



QUADERN CAPS Temàtic

n.35

Desembre 2013

**EL SISTEMA SANITARI EN
FRONT LA CRISI**

**Problemes i propostes de millora per un
autèntic Servei Nacional de Salut**

Recull de documents fruit dels debats i seminaris impulsats pel Grup de Polítiques de Salut del CAPS del 2011 al 2013

www.caps.cat

Sumari

0. **Introducció: 40 anys per construir i destruir el Servei nacional de Salut.** J. Martí Valls (coordinador GPS/CAPS) pag.3
1. **Diagnòstic i propostes de tractament de la situació actual del Sistema Públic de Salut** . Debat del GPS (CAPS). febrer de 2011. Pag.4
2. **Anàlisi dels pressupostos de salut 2011 i propostes alternatives per millorar el Sistema Públic de Salut.** A. Colom, S. Marimon, T. Tuà (redactors) amb aportacions i debat de 12 persones més. Juliol 2011. Pag. 11
3. **Trossejament de l'ICS. 10 raons per què diguem NO.** GPS. Desembre 2011. Pag. 21
4. **Per què els serveis de salut han de ser públics?** Seminari CAPS. gener 2012. Pag. 24
5. **Per un millor sistema públic de salut.** Seminari CAPS I, setembre a desembre 2011. RESUM, CONCLUSIONS I PROPOSTES. El Document complert 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. Pag. 27 (versió en castellà en www.caps.cat)
6. **Propostes per a la regeneració del caràcter públic de la sanitat catalana.** Seminari CAPS II, publicat maig 2013. Ponents: Montserrat Figarola, Santiago Marimón, Josep Martí.
Altres participants en el Seminari i signants: Mireia Alberny, Lluís Camprubí, Joan Canals, Imma Clarà, Jordi Colomer, Ramón Espasa, Olga Fernandez, Joan Gene, Josep Llop, Amando Martín Zurro, Marius Morlans, Vicente Ortún, Carme Valls, Robert Villaescusa. Pag. 43 (versió en castellà en www.caps.cat)

Introducció. 40 anys per construir i destruir el Sistema Nacional de Salut. J. Martí Valls (Coordinador del Grup de Polítiques de Salut del CAPS)

Al 1983 vàrem crear el CAPS (recollint l'experiència dels anys anteriors del GAPS del Col·legi de Metges de Barcelona i fruit ambdós de l'experiència col·lectiva del Congrés de Metges i Biòlegs celebrat a Perpinyà al 1976 (llavors no es parlava encara de metgesses ni altres professionals de la salut) Congrés amb la seva transcendent ponència: La funció social de la medicina, i fruit també del Congrés de Cultura Catalana en el seu àmbit de Sanitat (conclusions en l'assemblea de Terrassa al 1978). Aquest procés, primer liderat per professionals de la salut i després convertit en un autèntic procés popular de democràcia de base. Va ser en realitat un autèntic procés constituent definint quin model de societat volien els ciutadans i ciutadanes de Catalunya.

El CAPS naixia, fruit d'aquest procés, com una entitat científica, sense ànim de lucre, al servei de la societat i dels professionals de la salut, per ajudar a millorar les condicions de vida, la salut i el sistema sanitari de casa nostra. Citem aquí només dos paràgrafs de la nostra declaració fundacional de l'any 1983. Creiem que la salut és influïda directament per les condicions de vida i de treball, i que, en conseqüència, l'estratificació de la societat incideix en les expectatives de salut i també de malaltia. Considerem que la llibertat i la tolerància són condicions bàsiques per al desenvolupament de la salut. Entenem que la qualitat de l'atenció primària és fonamental per a l'eficiència dels serveis sanitaris. Com que considerem determinant la participació dels ciutadans i ciutadanes en la definició dels objectius i de les prioritats sanitàries, el CAPS es proposa, a més, oferir a la comunitat la informació i els instruments al seu abast que puguin ajudar-la a ésser protagonista de la pròpia salut.

En aquests 30 anys hem generat molta informació, sensibilització, formació, publicacions i accions, treballant per aquests objectius. Però darrerament les condicions socials, polítiques, econòmiques i ambientals han empitjorat molt ràpidament, de manera que avui ens trobem en un moment de crisi profunda del model de societat, de desenvolupament, de poder, crisi i desmantellament de drets socials i serveis públics. Per això creiem que ha arribat el moment de que cal canviar radicalment aquest model i per això hem incrementat el nostre treball en fomentar l'apoderament dels ciutadans i ciutadanes i treballar per l'autèntic professionalisme amb sentit social dels que treballen per la salut. Fruit d'aquesta tasca en els darrers tres anys, un grup nombrós de persones, hem generat documents, seminaris i debat sobre com podem millorar i regenerar el nostre Sistema Sanitari refundant l'autèntic Sistema Nacional de Salut de Catalunya que ja vàrem començar a construir fa 40 anys. Oferim en aquest Quadern els principals documents elaborats per que puguin ser útils en un nou procés constituent a casa nostra

1 DIAGNÒSTIC I PROPOSTA DE TRACTAMENT DE LA SITUACIÓ ACTUAL DEL SISTEMA PÚBLIC DE SALUT . CAPS.

Febrer 2011

La Salut i el Sistema Sanitari que volem

-Continuem creient que la Salut és una manera de viure amb Autonomia personal, Solidaritat i alegria de viure i no només absència de malaltia com deia en Jordi Gol (la salut com una manera de viure autònoma, solidària i joiosa"

-La Salut té molts determinants econòmics i socials, per això en primer lloc és un afer polític personal i col·lectiu. Els ciutadans han de ser protagonistes de la salut i els governs democràtics han de vetllar per la seva protecció, promoció i atenció de qualitat en la malaltia. al fer visibles els determinants econòmics, polítics, socials i ambientals de la salut per fer possible la lluita política per la salut.

-Creiem que no es bo per la salut, ni pel sistema sanitari medicalitzar la vida. El Sistema Sanitari, ara massa dedicat només a la malaltia, prioritàriament ha de defensar i promocionar la salut de la comunitat i la salut en totes les polítiques

-El Sistema Sanitari, és un pilar fonamental de la societat del benestar, ha de vetllar per la salut lluitant contra els riscos, els seus determinants socials i ambientals i atendre amb qualitat en la malaltia. La ciutadania ha de ser subjecte de les polítiques de salut no objecte: apoderament, qualitat en l'assistència, tracta diferenciat i personalitzat, respecte per la diversitat, és el que es demana i ha d'estar finançat pels pressupostos públics, basats en la solidaritat i una fiscalitat progressiva.

- Ha de ser universal (per tota la ciutadania) equitatiu (sense desigualtats en l'accés ni en l'atenció de qualitat), amb perspectiva de gènere, segur, de qualitat tècnica i humana, eficient i avaluat en els seus resultats, transparent i sostenible i amb la participació dels professionals i els ciutadans en la seva planificació, gestió i avaluació.

-Com que la salut està íntimament determinada (a més de per la genètica i la pròpia biologia) pels coneixements personals, els hàbits, les condicions socioeconòmiques i del medi, cal una implicació i responsabilitat de cada ciutadà en la protecció i millora de la salut, en el bon ús del Sistema Sanitari i també en la millora d'aquestes condicions socials i econòmiques de la comunitat.

-La cartera de serveis del sistema de salut públic ha de ser definida a partir de l'evidència científica d'efectivitat per la salut i amb participació i debat social de professionals i ciutadans.

-Cal aprofundir en la democratització del sistema amb una veritable participació responsable de professionals i ciutadans en òrgans establerts per aquest fi.

DIAGNÒSTIC DE LES POSSIBLES CAUSES DE LA CRISI

1.Les ineficiències estructurals dels model actual d'atenció sanitària:

-Els serveis sanitaris estan orientats a la malaltia, tenint pocs recursos i sent poc eficients en la protecció i promoció de la salut, la qualitat del medi i la salut en totes les polítiques.

-El sistema assistencial centrat en l'especialització, l'hospital i la tecnologia. Amb poc recursos i poc prestigi de l'atenció primària, la salut comunitària i la salut pública com a prevenció..

-La molt precària coordinació entre nivells assistencials, amb duplicitat de proves, visites, protocols, llistes, etc. La tardança en el diagnòstic, la mala utilització i duplicitat de proves i tecnologia, les llargues llistes d'espera, a més de ser un greu perjudici per la qualitat de l'atenció és un increment considerable de despesa

-La variabilitat clínica, amb processos poc evidents d'efectivitat en salut i molts cops amb riscos i danys afegits.

-Manca de connexió i coordinació efectiva entre nivells assistencials, primària, especialitzada i sociosanitària.

-Els costos creixents d'administració i coordinació.

-Existència encara de fortes desigualtats en salut i assistència, entre territoris, per causes socials i econòmiques, per gènere i país de procedència .

2.La major utilització dels serveis de salut per part de la població, provocada per:

-Major taxa d'envelliment i de malalts crònics

-Hàbits i estils de vida menys saludables, menys coneixements i autocura per part de la població

-Menor tolerància a la malaltia, al sofriment i a la dependència de la cultura actual, ignorància i por que afavoreix interessos econòmics de consum innecessari.

-A la medicalització creixent d'aspectes de la vida que no són malalties, al consumisme mèdic, de medicines (panacea), de tecnologia, afavorit pel un concepte equívoc de "qualitat de vida" i que serveix molt be als interessos econòmics de les grans corporacions.

-L'increment de l'oferta, no sempre justificada científicament, per part del propi sistema.

3.Dèficit de finançament i l'increment de la inflació sanitària per sobre de la inflació general, que es pot explicar pels majors costos:

-La introducció i utilització creixent de noves tecnologies sanitàries i noves prestacions, moltes d'elles sense esser avaluades en termes de cost efectivitat en salut.

-Increment dels costos i excessiva utilització innecessària de les noves tecnologies, utilitatge, procediments diagnòstics, medicaments, pròtesis, etc i manca de professionals sanitaris (metges i infermeres fonamentalment)

-L'increment en els darrers anys de molts nous beneficiaris del sector públic sense una correlació en increment pressupostari corresponent.

PROPOSTA DE TRACTAMENT D'AQUESTA SITUACIÓ

Si aquest diagnòstic és encertat cal prendre les mesures estructurals per fer front a aquestes causes de crisi:

1.Per millorar les ineficiències del sistema de salut:

-Transparència. Lluitar contra la corrupció, la partitocràcia i la manca de professionalisme

-Redefinir la cartera de serveis segons les evidències científiques i les necessitats dels ciutadans i ciutadanes Replantejar les activitats preventives, i assistencials, que no aporten valor en salut.

-Reordenar la medicina de tercer nivell i l'oferta hospitalària, segons criteris de necessitat dels pacients i no de demandes electorals o professionals.

-Fomentar els serveis compartits més eficients entre els equipaments assistencials.

-Dotar a l'Atenció Primària, com ja s'ha dit, de l'autonomia, prestigi i recursos necessaris per atendre i ser resolutius en la gran majoria de patologies. La Primària té el pressupost i l'autonomia per contractar serveis d'especialistes i hospitals.

-Implicar a la ciutadania en l'autocura, la prevenció, la promoció de la salut i en el control i millora del sistema.

-Transferir funcions i tasques a altres professionals de l'equip assistencial, amb igual o millor qualitat.

-Vetllar més decididament per la seguretat del i la pacient i reduir la variabilitat clínica no explicable per motius epidemiològics.

-No fer tasques substitutives o parasitàries, induïdes per les assegurances privades, en el sector públic.

-Valorar la introducció de les TICs en salut només pel seus beneficis i el ràpid retorn de les inversions.

-Fomentar i organitzar la participació de ciutadans i professionals a tots els nivells de prestació de serveis, la informació transparent, la implicació i corresponsabilitat en el sistema.

2.Per fer front a l'increment d'utilització de serveis:

-Centrar el sistema assistencial en l'Atenció Primària i la salut comunitària, que vol dir dotar a aquest nivell de les competències, autonomia, prestigi i recursos suficients per fer front a les necessitats de salut dels seus ciutadans i ciutadanes.

-Invertir decididament en promoció i prevenció de la salut, la salut en totes les polítiques públiques. Augment del pressupost dels serveis de salut pública.

-Desenvolupar el model específic d'atenció a la malaltia crònica, centrat en l'Atenció Primària i amb bona coordinació amb l'especialitzada i la socio sanitària.

-Alternatives a la hospitalització convencional: domiciliària, hospitals de dia, sociosanitària, pacient expert, etc.

-Implicar, corresponsabilitzar i fer participar activament al ciutadà en la seva salut i la salut col·lectiva, en la defensa i millora dels serveis de salut, en la definició de noves prestacions, en la seva equitat, efectivitat i sostenibilitat.

-No al re-pagament per prestació de serveis per anar en contra de l'equitat, afectant a les persones econòmicament desfavorides i als malalts crònics

3.Pel dèficit de finançament i l'increment de la inflació sanitària:

-Adequar el pressupost a les necessitats de població actual mitjançant una fiscalitat suficient i progressiva, que doni prioritat a les prestacions socials.

-Incrementar el control i l'avaluació de noves tecnologies, en termes de salut, abans d'introduir-les en el sistema públic

-Millorar la productivitat i l'eficiència del sistema.

-Regular el cost de farmàcia

-Unificar en un únic Servei assistencial de salut les mutualitats patronals/laboral, les de funcionaris, etc.

-No desgravar els impostos pel fet de pertànyer a una Mutualitat privada.

Aportacions dels assistents al debat del CAPS sobre el document:

Diagnòstic i proposta de tractament de la situació actual del Sistema Públic de salut (30 de març de 2011)

-S'ha remarcat que tenim un dels millors sistemes assistencials de salut dels països del nostre entorn, en equitat, en percepció dels usuaris, en qualitat de prestacions.

-També es constata que la despesa sanitària ha experimentat un important creixement en els darrers anys i s'ha convertit en una preocupació per al Govern, el sistema sanitari i la societat en general.

-En el període 2002-2010, la despesa en salut de la Generalitat de Catalunya ha crescut un 70,5%. Passant de 6.092.612 d'euros de despesa real al 2003 a 10.287.837 d'euros al 2010

-L'any 2010, la despesa per càpita ha estat de 1.364,72 €, un 45,7% superior a la de l'any 2003. L'increment de la despesa per càpita en aquest període ha estat més baix que la despesa total degut a que en aquests anys la població ha augmentat més d'un 12%

-El consens social i polític d'un Sistema Sanitari Públic i Universal, sembla que de moment (al menys públicament) no s'ha trencat. El Sistema de Salut com a conquesta social.

-El Sistema Públic únic i enfortit és més capaç d'afrontar els reptes de futur, millor que un sistema dispers i fragmentat. El Sistema Públic s'ha demostrat que no és inflexible ni rígid com alguns ens volen fer creure. 6

-No s'haurien d'externalitzar serveis (ni assistencials ni de suport) ja que si existissin costos més baixos d'aquests serveis externs, serien deguts a les precàries condicions laborals dels seus treballadors.

-Cal enfortir-lo en autonomia dels professionals, personal del ciutadà i social.

-Sabem que la oferta condiciona la demanda i la major freqüentació.

-S'ha d'enfocar i avaluar el Sistema en els seus resultats en salut, no en la seva oferta o activitat. Això ha de condicionar l'oferta de serveis i la contractació.

-S'ha de posar en més valor la informació i la seva transparència per la planificació, gestió i avaluació.

-No trossejar l'empresa pública, planificació i gestió macro i també major autonomia de gestió micro.

-Innovar en organització i gestió

-Major productivitat de professionals, treballadors i recursos estructurals

-Major importància i recursos a l'Atenció Primària i Salut comunitària com a conductora del pacient en el sistema.

-Apoderar a la ciutadania, sobre tot als pacients crònics, en la cura de la salut.

-No renegar de la qualitat dels serveis d'urgències.

-Tenir molt en compte que el Sistema de Salut és fonamentalment una empresa de coneixements, amb la majoria de decisions en mans dels professionals, caldrà implicació, participació, major autonomia i formació continuada a càrrec del propi Sistema.

-La despesa en fàrmacs del nostre Sistema de Salut, és una de les més altes d'Europa al igual que l'oferta de fàrmacs (un 30% del total de la despesa pública en salut son els medicaments). En aquest tema caldrà una política radical, transparent i amb fort lideratge per posar-la al seu lloc.

-Substitució centralitzada de medicaments barats; substitució per part dels prescriptors de fàrmacs amb equivalència terapèutica; reducció dràstica del número de medicaments autoritzats (de 6.000 actuals a 400); comissions farmacoterapèutiques a Àrees Bàsiques.

El Sistema de Salut que volem i defensem

Conclusions del document de debat del CAPS Diagnòstic i propostes de tractament de la situació actual del Sistema Públic de Salut Es pot consultar tot el document a: www.caps.cat

1. Volem un Sistema de Salut Públic, unitari i fort, finançat suficientment segons les necessitats en salut, per una fiscalitat progressiva.

2. Un Sistema menys medicalitzat i amb menys pes de fàrmacs, revisant les prestacions i la tecnologia sense evidència científica d'eficiència en termes de salut

3. Un Sistema que fomenti l'autonomia de les persones i dels professionals, així com la seva corresponsabilitat en la protecció i la cura de la salut i la bona utilització del Sistema.

4. Calen polítiques de salut en totes les polítiques públiques, ja que els principals determinants de la salut són socials, ambientals i econòmics
5. Un Sistema centrat en la Salut Pública i l'Atenció Primària i Salut Comunitària de qualitat, prestigiada i resolutiva, com a porta d'entrada i gestora del procés assistencial. En mans dels professionals amb més autonomia i amb participació real de ciutadans i professionals
6. Concentrar, coordinar i fer sinèrgies de l'atenció especialitzada i hospitalària, amb una oferta de cartera de serveis amb evidència d'efectivitat en salut. Coordinació real amb l'atenció soci sanitària.
7. Avaluació del Sistema en termes de resultats en salut, transparència en la informació i utilització de la mateixa per modular la oferta.
8. Millorant l'atenció als crònics i a la dependència.
9. Refús de tot el que signifiqui debilitar el Sistema Públic, mesures com el copagament, la retallada indiscriminada de la despesa, la precarietat laboral, la retallada de prestacions i serveis necessaris, les rebaixes de fiscalitat, els concerts a proveïdors privats, etc.

2. ANÀLISI DEL PRESSUPOST DE SALUT 2011 I PROPOSTES ALTERNATIVES PER MILLORAR EL SISTEMA PÚBLIC DE SALUT. Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS) juliol 2011

COMENTARIS AL PRESSUPOST del Departament de Salut 2011

- 1) La diferencia del pressupost inicial 2010 al del 2011: - 616.163,54 € = -6,46%
Més la despesa realitzada i transferida al 2011 (+ 850 M €)
La diferencia de tancament 2010 a inicial 2011: - 1.466.663.162,55 € = -14,2%

Podem tenir en compte, també, l'increment de preus al consum (IPC) del 2010, que va ser del 3,5%, i que repercutirà en la capacitat de compra del sector salut. En aquest cas estaríem a un nivell de disminució de despesa pel 2011 de: - 17,7%.

Aquest pressupost ens situa encara més per sota de la UE-15 i de les CCAA d'Espanya en el nº 12 de les disset. La càpita serà de 1.206,98 € (tornant al nivell de 2007).

- 2) El Capítol I (personal), reflexa només el personal de l'Administració del CatSalut (-5,03%)

El personal de l'ICS està inclòs a la partida "Contracte Programa" de capítol IV, amb el descompte del 5% arrossegat de juny de 2010 més una rebaixa del -7,41%

Inicial 2010	1.757.882.303,66	
Tancament 2010	1.701.658.879,34	(-56,23 M€)
Inicial 2011	<u>1.575.335.340,33</u>	
	<u>- 126.323.539,01€</u>	-7,41%

El personal de la XHUP està inclòs en la partida "Compra de Serveis" del Capítol II, que no es coneix desagregat (com si coneixem a l'ICS). Si estimem per la Concertada un mateix % de disminució de l'ICS ens posem a una disminució de pressupost de personal de uns 230 milions Això ens porta a preveure que aquesta retallada tindrà uns efectes sobre l'empleabilitat que es poden estimar en uns 7.000 professionals i treballadors (la meitat de la plantilla de SEAT)

- 3) La rebaixa del -5,87% en el capítol II "Compra de bens i serveis", del propi CatSalut encara tensionarà més la situació de deute del sector amb el proveïdors, i la reposició de fungibles i l'adequat manteniment de centres i serveis. El mateix capítol II del pressupost de l'ICS, amb una rebaixa del -12,38% farà molt difícil el manteniment i reposició.

Per a la resta de la XHUP la reducció del -7,28% del conjunt del pressupost (no podem desagregar el Capítol II, que seria la suma del capítol de cada un dels

centres) els posarà en una situació molt difícil de tresoreria, segons manifesta la mateixa patronal. En aquest mateix capítol II, l'epígraf "Medicina Hospitalària de Dispensació Ambulatòria" MHDA, amb un increment del 27,31%, respon a la "recuperació del dèficit assolit en anys anteriors de finançament no adequat" molt per sota de la despesa real que es preveia (amb uns 100 M€ menys). Analitzem la de l'ICS:

Inicial 2010	206.965.000,00	
Tancament 2010	273.606.273,27	(+ 32,52)
Inicial 2011	<u>243.117.000,00</u>	
	-30.489.273,27 €	= - 11,15%

- 4) En el Capítol IV l'epígraf "Farmàcia", es proposa una reducció de prop de 200 M€ (- 13,15%) de forma bastant irreal, per aplicar durant el que resta d'any. Malgrat aquesta partida ha tingut un comportament de desacceleració en el seu increment durant els últims anys. Haurien de plantejar-se reformes estructurals i administratives en el sector farmacèutic.
- 5) La partida per a "pròtesis", que es una de les que augmenta ho fa per adequar-se a la despesa real (que durant anys ha estat infra dotada). El mateix criteri "d'adequació" a la despesa real, pro en sentit contrari, s'aplica a la partida de "Medicació estrangera", si bé sembla que el decrement d'un -35% pot afectar als usuaris en l'aplicació de criteris d'autorització més restrictius.
- 6) Els capítols VI, VII i VIII, que es presenten sota l'epígraf "Despeses i Aportacions de Capital" (Inversions Reals, Transferències de Capital i Aportacions de Capital), tant per centres i serveis propis (ICS, EEPP), com per centres i serveis participats (consorcis) o per centres i serveis concertats (XHUP), amb una disminució de -24,61% reflecteix la gran retallada en inversions sota l'eufemisme "una nova programació de les inversions previstes" (Un 60% de les obres iniciades o programades s'aturaran i algunes de finalitzades no entraran en funcionament)

Conclusió:

"Retallar per a fer-lo sostenible" no es possible. Si "retalles", fas "sostenible"
UNA ALTRA COSA, MÉS PETITA, DESMINUÏDA.

Per "fer sostenible" el Sistema de Salut has de REESTRUCTURAR,
REORDENAR, REORIENTAR

2. EN FRONT D'AQUESTA RETALLADA DE LA DESPESA ENS PODEM PREGUNTAR: ES QUE ESTEM GASTANT MASA EN SALUT

El nivell de despesa en salut és desafortat?

L'import de la despesa del pressupostada en salut¹, a Catalunya l'exercici 2010 va ser 10.177 M€ que significa el 31,29% del pressupost de la Generalitat i el

¹ Es tracta del Pressupost de l'Agrupació de Salut de l'àmbit Generalitat i que compren el Departament, CatSalut, ICS, i el conjunt d'Entitats autònomes, Entitats dret públic, Societats mercantils, Consorcis i Fundacions

25,63% si es compara amb el pressupost consolidat del Sector Públic de la Generalitat. D'aquest import el CatSalut va gestionar el 93,8%, es adir, 9.548 M€.

Situació respecte països de l'entorn?

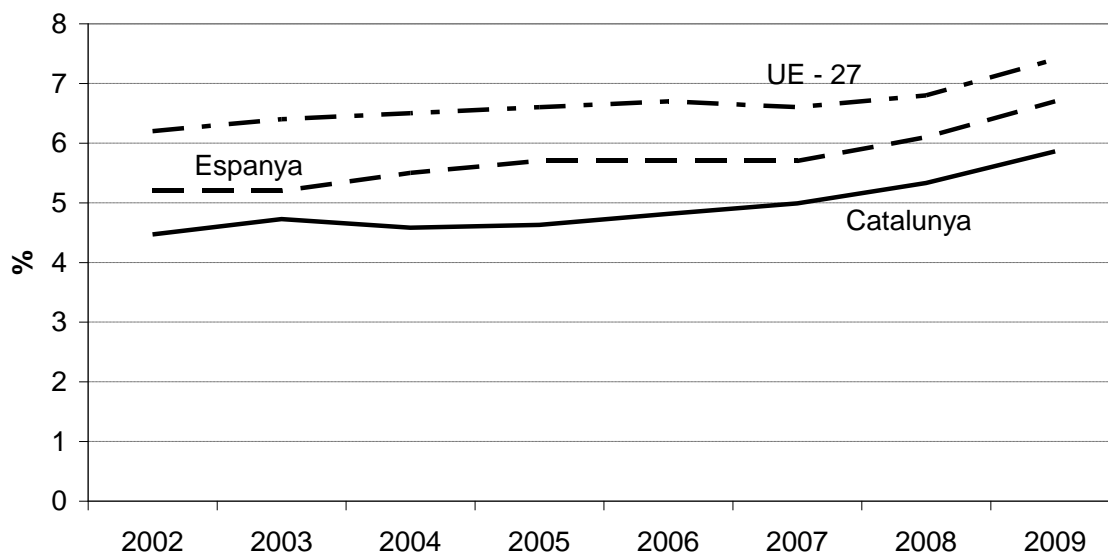
Una forma d'avaluar la suficiència del nivell de despesa es efectuar la seva comparació amb els imports públics que es dediquen a salut en la resta de països avançats. Si es mesura en termes de despesa respecte el PIB, d'acord amb les dades d'Eurostat, es comprova que a Espanya a l'any 2009 el sector públic dedicava uns recursos a salut equivalents al 6,7% del PIB, quantia inferior a la despesa pública mitjana en salut dels 27 països europeus que fou el 7,4% del PIB Europeu, diferència que s'accentua si la comparació s'efectua amb països com França (8,3%), Bèlgica (8%) i Regne Unit (8,5%) per exemple. Pel que fa Catalunya, la despesa pública en salut ha estat quantificada pel CES² en el 4,4% del PIB per l'any 2007, substancialment inferior a la mitjana espanyola d'aquell any i que la situa a la cua de les Comunitats Autònomes per despesa pública en relació al PIB, superant només a les Comunitats de Madrid i el País Basc que presenten ratios inferiors. El Departament de Salut³ ha calculat pel mateix exercici una ratio del 5,0%. Seguint els criteris emprats en aquesta darrera publicació hem estimat la despesa pública en salut a Catalunya a l'any 2009 en el 5,86% del PIB, clarament inferior tant a la mitjana espanyola com l'europea

La diferència respecte la mitjana europea s'ha anat mantenint al llarg dels darrers anys, com es mostra en el quadre següent, amb una certa reducció de la distància a partir de l'any 2007 però que de fer-se efectives les retallades anunciades amb tota probabilitat comportarà una nova ampliació de les diferències amb Espanya i principalment amb la mitjana dels països europeus.

² Consejo Económico y Social de España (2010) *Informe sobre Desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario*.

³ Departament de Salut (2010) *La salut com a sector econòmic de Catalunya*, Fulls econòmics del sistema sanitari, Informes 10,

Despesa pública en Salut en percentatge del PIB, 2002-2009

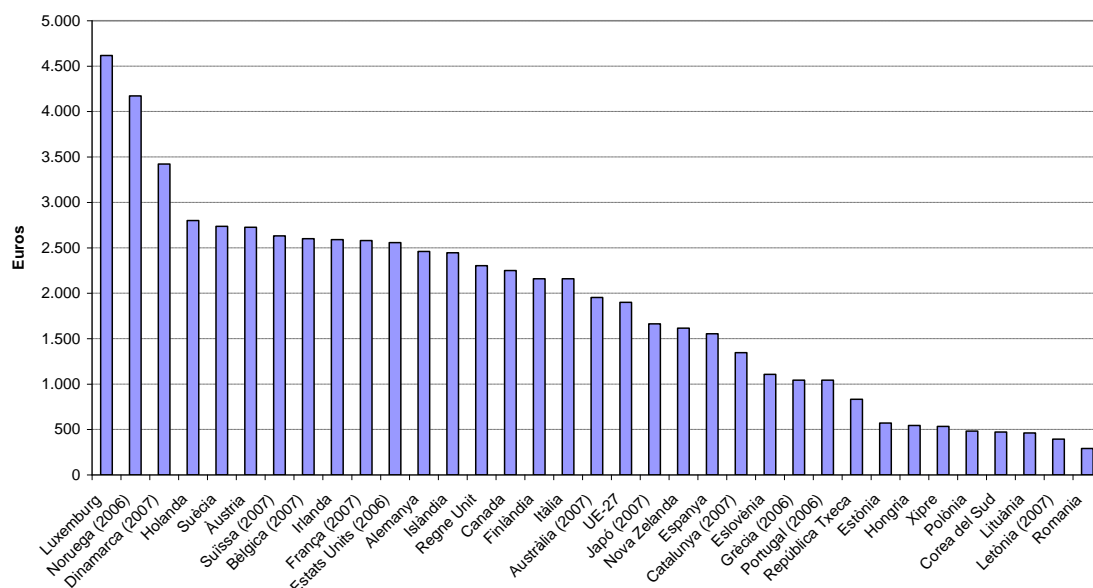


Font: Eurostat, Generalitat de Catalunya i elaboració pròpia

Tanmateix, si l'anàlisi s'efectua en termes de despesa per càpita els resultats per Espanya i Catalunya són encara més decepcionants. Amb les dades de l'exercici 2008, Espanya amb una despesa pública per càpita en salut de 1.554 € -d'acord amb les dades d'Eurostat- es trobava en el lloc 21 del rànquing de països de la OCDE classificats per la quantia dels recursos públics per càpita destinats a l'àrea de salut. Això significa no sols que a Espanya el sector públic destina per càpita un terç de la despesa que dediquen els països més avançats en aquest camp, sinó que es dedica el 60% dels recursos que esmerça França, el 63% d'Alemanya, el 67% del Regne Unit o el 71% d'Itàlia, es a dir, com a norma es destina entre el 60 i el 70 % del que gasten els països del nostre entorn més proper. Catalunya, com s'observa en el quadre es troba en una posició inferior a la mitjana espanyola, a l'any 2007 –darrer del que disposem de dades per Catalunya, la despesa pública en salut per càpita fou el 94,6% de la corresponent espanyola.

Una possible matisació a aquests resultats es contrastar-los amb els nivells de renda relatius, la qual cosa vindria a assenyalar si el nostre nivell d'estat de benestar pel que fa a salut es correspon amb el nostre nivell de renda relatiu. Doncs bé, Espanya presentava un nivell de renda per càpita l'any 2008 del 103% respecte la mitjana europea (UE-27) molt similar a la Itàlia (104%) i la de França (106%) i en canvi com ja s'ha vist la distància respecte els recursos públics que es dediquen en aquests països a salut són extremadament significatius: es dedica per persona un 40% menys que a França i un 29% menys que a Itàlia.

Despesa pública per càpita en Salut, 2008



Font: Eurostat i elaboració pròpia

Així doncs les dades mostren que el nostre nivell de despesa pública en salut és inferior al que correspondria respecte la nostra posició de renda relativa en el marc dels països de la Unió Europea, es a dir, destinem menys recursos públics a salut que els països de nivell de renda per càpita similar, per tant, tenim un Estat del Benestar en l'àrea de salut inferior al nostre nivell de riquesa relativa respecte el nostre entorn europeu. De fet mentre la renda per càpita espanyola està pràcticament a la mitjana de la renda per càpita europea, la despesa pública en salut per càpita espanyola és el 81,8% de la mitjana europea estimada en 1900 euros.

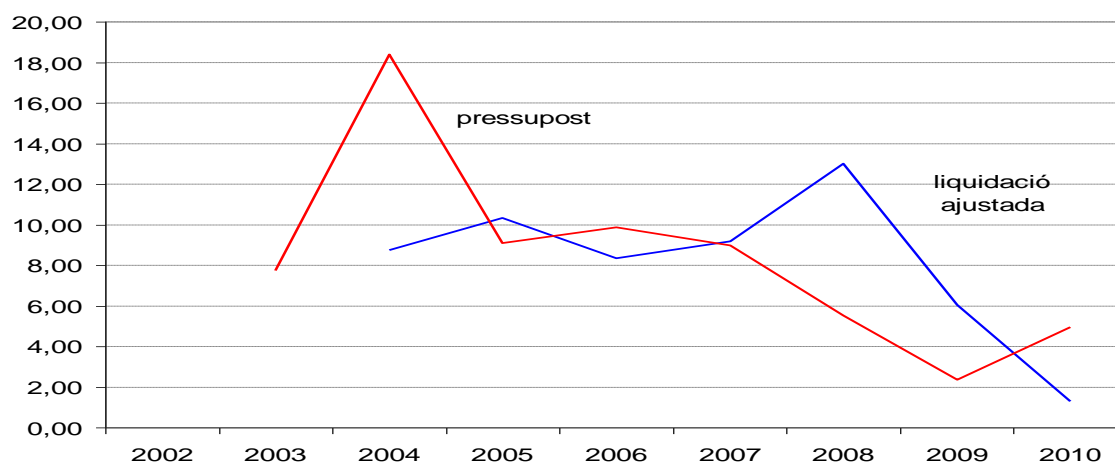
Evolució de la despesa en salut en els darrers anys

La despesa nominal ajustada per la despesa desplaçada va incrementar-se en un promig del 9,15% en els anys 2004-2007, el 2008 assoleix la taxa més alta del període, 13,01% i partir d'aquí comencen els ajustos, 2009 (6,05%) i 2010 (1,29%).

Qualsevol anàlisi de la despesa liquidada en salut ha d'ajustar-se per la despesa desplaçada⁴. Aquest que és un problema comú a la major part de les Comunitats Autònomes crea distorsions molt severes en els pressupostos públics i constitueix una practica que contradiu el imprescindible rigor pressupostari. No obstant, la seva rellevància en termes d'import i la seva generalització pel que fa al nombre de Comunitats autònomes pot constituir un símptoma de deficiències en el finançament de la salut que s'hauria d'analitzar i atendre d'una vegada per totes.

⁴ Per despesa desplaçada entenem la despesa realitzada (meritada) però no comptabilitzada per manca de crèdit pressupostari.

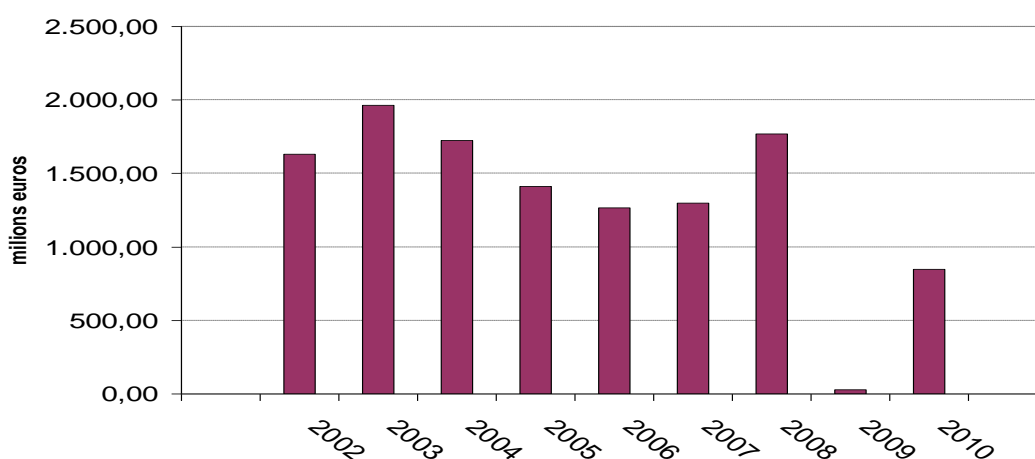
Evolució de la despesa liquidada ajustada per la despesa desplaçada i del pressupost. Catsalut, 2002-2010



Font: Generalitat de Catalunya, Sindicatura de Comptes i elaboració pròpia

L'exercici 2003, l'import de la despesa desplaçada a l'àmbit de la salut fou de 1.963 M€. Es va anar reduint paulatinament mitjançant la seva absorció pressupostària, però va rebrotar en els anys 2007-2008, per ser pràcticament absorbida l'any 2009, en que es va saldar amb els fons de 3.183 M€, a càrrec del increment del nou model de finançament autonòmic, per fer-hi front es va habilitar un crèdit extraordinari i un suplement de crèdit que es va dedicar a finançar per 2.610 M€ la despesa de Salut meritada i no reconeguda. Tanmateix, l'exercici 2010 sembla que torna a haver-hi 850 M€ de despesa desplaçada.

Despesa desplaçada en Salut als pressupostos de la Generalitat de Catalunya



Font: Sindicatura de Comptes i elaboració pròpia

Que caldria fer?: Els ingressos tributaris, aquesta és la qüestió

No es pot parlar de despesa sense parlar de Recursos, es dir d'ingressos. Precisament aquesta és la qüestió clau de l'Estat del Benestar a Espanya i

Catalunya: la seva clara i greu insuficiència. Les dades parlen per si soles, per la mitjana dels països de la Unió Europea, a nivell de EU-16, el total d'ingressos⁵, l'any 2009, sumaven el 40,2 % del PIB, a Espanya arribava tot just al 32%, es a dir, 8,2 punts percentuals inferiors. Inclòs, a nivell de EU-27 s'estava 7,6 punts percentuals per sota.

Aquest és el greu problema de les finances públiques estatals i catalanes, la insuficiència de recursos resultat de la defiscalització de les diverses figures impositives, la continua introducció de privilegis que beneficien profundament a les rendes més elevades fins al punt que els rics pràcticament no contribueixen o ho fan en insuficient mesura a l'erari públic i la permissivitat amb l'elevat frau fiscal que s'ha calculat en nivells de més del 5 per cent del PIB. Tanmateix, una part de la davallada dels ingressos, aquella que més afecta a les Comunitats autònomes, especialment a Catalunya, es deu a que el sistema impositiu va anar-se'n configurant excessivament depenent dels ingressos generats per les activitats immobiliàries amb la qual cosa han caigut paral·lelament a l'esclat de la bombolla immobiliària i l'enfonsament de l'activitat en aquest sector. Els efectes de la crisi sobre una menor recaptació en principi afectaria a tots els sistemes impositius i per tant només podrien explicar les diferències entre un i altres en mesures d'impactes diferencials.

Ingressos tributaris + cotitzacions socials, 2009.
En percentatge del PIB Font Eurostat

EU-16: 40,2%
Espanya: 32,0%

3.Un Exemple de despesa important: el medicaments

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 (la qual inclou la pròpiament hospitalària més la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria, MHDA). 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.

⁵ Ingressos tributaris més cotitzacions de la Seguretat Social

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 dels medicament:

-Selecció centralitzada dels medicaments més idonis per al conjunt del sistema de salut, amb negociació dels seus preus. Introducció de sistemes de preus relacionats amb el valor terapèutic dels medicaments.

-Prohibició total de la promoció comercial als centres de SNS, públics i concertats.

-Sistemes d'informació sobre medicaments i terapèutica independents de la indústria farmacèutica, propis del sistema de salut i integrats en les eines informàtiques.

- Formació continuada organitzada des del mateix sistema de salut. Deixar d'acreditar oficialment els cursos organitzats o patrocinats per companyies farmacèutiques.

- Creació de Comissions Farmaco-terapèutiques a totes les àrees sanitàries, amb la funció de garantir la participació professional i la gestió clínica en terapèutica, seleccionar les recomanacions terapèutiques i els medicaments d'elecció, garantir i acordar la continuïtat assistencial entre hospitals, atenció especialitzada i atenció primària, concretar la formació continuada, i fer un seguiment de les pràctiques preventives i terapèutiques i els seus resultats.

-Establiment de sistemes d'incentius segons indicadors de prescripció de medicaments i ús d'altres tecnologies sanitàries.

-Potenciar la implicació dels ciutadans i usuaris.

4.CONCLUSIONS DE L'ANÀLISI DELS PRESSUPOSTOS DE SALUT 2011

1. La retallada de la despesa real proposada en relació a la realitzada el 2010 es del **-14,2%**
2. Si tenim en compte l'increment de l'IPC la disminució de despesa del 2011 serà del **-17,7%**

3. Això situa a Catalunya amb una despesa en salut encara més per sota dels països de la UE-15 i d'altres comunitats autònomes, amb una despesa per càpita de 1.206,98 e.
4. En el capítol de personal, al 2011 hi ha una retallada del 7,41% (ICS) respecte a l'inici del 2010, si ho calculem per la resta del sector (XHUP) representa una disminució de despesa en personal de 230 milions d'euros, que representa un equivalent a prescindir de 7.000 professionals i treballadors del sector.
5. En conclusió: "retallar per fer sostenible" no es possible. Retallar es tenir una altre cosa mes petita, disminuïda, però que pot seguir sent poc sostenible.
6. Per la sostenibilitat del Sistema de Salut cal reestructurar, reordenar, reorientar i augmentar la financiació.
7. Ens podem preguntar: es que estem gastant massa ? NO, a Espanya la despesa pública en salut es un 6,7% del PIB, inferior a la mitjana del la Europa dels 27 països que es del 7,4%. A Catalunya la despesa pública en salut es encara inferior: 5,86% del PIB (2009)
8. La despesa pública en salut per càpita d'Espanya al 2008 era de 1.554 e. (el país nº 21 de la OCDE) Recordem que a Catalunya amb les retallades de despesa proposades pel 2011, la despesa per càpita serà de 1.206,98 e. Tenim un nivell de Estat de Benestar en Salut inferior el nostre nivell de riquesa relativa i molt per sota de la mitja dels països europeus i d'Espanya.
9. Que caldria fer?: Els ingressos tributaris, aquesta es la qüestió. La mitjana d'ingressos tributaris dels països de la UE-16 eren del 40,2% del PIB mentre que a Espanya es del 32%, es ha dir 8,2 punts per sota

5.QUE CALDRIA FER COM ALTERNATIVA A AQUESTS PRESSUPOSTOS

1. Augmentar els ingressos, fiscalitat progressiva i a nivell de la mitja del la UE-15
2. Optimitzar les despeses tenint en compte els valors: equitat, eficiència i qualitat
3. Transparència en la informació: de resultats en salut, econòmica i de concerts, identificant centres i territoris, dades obertes.
4. Oferta de serveis i avaluació planificada en termes de necessitat i equitat en salut, evitant les retallades lineals.
5. Reducció, sinèrgies, fusions entre proveïdors. Optimitzant ofertes de terciarisme, de compres, serveis comuns, innovació, etc
6. Prendre les mesures en despesa de farmàcia descrites en aquest document.
7. Més prevenció i protecció de la salut, desmedicalitzar. Salut en totes les polítiques.
8. Fer l'assistència allà on sigui més eficient amb igualtat de qualitat. Potenciar la Primària amb més recursos i autonomia per poder ser més resolutive i fer el paper de coordinació de l'atenció sanitària.

9. Implicar, responsabilitzar, donar autonomia, empoderar als professionals i als ciutadans amb instruments de participació real en el sistema.
10. Situar les retribucions dels professionals i treballadors del sector al nivell que els hi correspon per la seva qualificació i responsabilitat

Responsables de la elaboració del document:

Agustí Colom. Professor d'Economia, Universitat de Barcelona

Santiago Marimon. Economia i sistema d'informació en salut. Membre del CAPS

Toni Tuà. Responsable d'Afers Socials de CCOO. Membre del CAPS

Aportacions i Participants en la discussió del document:

Josep Artigas. Advocat, gestió sanitària. Membre del CAPS

Antoni Barbarà. Metge, Dempeus per la salut

Carme Borrell. Metgessa salut pública, membre del CAPS

Lluís Camprubi. Investigador Salut pública, grup GREDS-EMCONET.
Universitat Pompeu Fabra

Olga Fernandez. Psicòloga, gestora de *e-criterium*, membre del CAPS

Albert Ferris. Consultor, membre del CAPS

Joan Ramón Laporte. Catedràtic de Farmacologia, UAB

Josep Martí. Metge, membre del CAPS

Àngels Martínez. Economista, Dempeus per la salut

Ramón Morera. Metge, Fòrum Català d'Atenció Primària (FOCAP)

Carme Valls. Metgessa, membre del CAPS

Francesca Zapater. Metgessa, presidenta del FOCAP

3.TROSSEJAMENT DE L'ICS - 10 MOTIUS PERQUÈ DIGUEM NO Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS). Barcelona, 15-12-2011

1. Fins l'aprovació de la llei de reforma de l'ICS del 2007 aquesta entitat tenia el problema de la manca d'instruments de gestió que el fessin més eficient:

- Tenia les limitacions d'un pressupost administratiu
- La gestió de personal amb criteris funcionarials
- La manca d'autonomia de gestió territorial, de serveis i dels professionals amb una direcció centralitzada i poca governança democràtica

La llei 8/2007 del parlament de Catalunya te la vocació i capacitat per arreglar aquest problema però curiosament aquesta llei no s'ha acabat de desenvolupar i ara ens proposen reformar l'ICS com empresa pública i dividir-lo d'entrada en més en 24 empreses

2.. El trossejament de l'ICS, reivindicació històrica de la patronal privada del sector sanitari, serà el principi de desmoronament dels principals valors del nostre sistema sanitari públic

- Del seu nivell d'equitat, superior a molts d'altres dels països del nostre entorn
- La seva qualitat i eficiència, superiors a molts d'altres
- El model de Sistema Nacional de Salut integral molt superior en resultats de salut i en valors a un model d'asseguraments.
- El seu caràcter públic i no fent de la salut i la malaltia un negoci

3. El trossejament és contrari als principis d'integració i integralitat prioritaris segons la Llei General de Sanitat, la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya i les evidències científiques, per a una política de millora de la salut de les persones

4. Les mentires que s'escriuen o diuen ens reafirmen en la NO "bondat" de la operació de trossejament. Primera falsedat: s'escriu⁶ que l'ICS de la Llei 8/2007 te una *rigidesa que dificulta l'adaptació de l'ICS*. Per aquest motiu es diu que s'està canviant al Parlament la Llei 8/2007. L'experiència del que s'ha fet a l'ICS a partir de la Llei, del que s'havia pogut decidir i no s'ha decidit, demostren la falsedat d'aquesta afirmació⁷.

5. Segona falsedat escrita: l'alta direcció de l'ICS i del Departament ha disposat d'escrits que expliciten que es vol incorporar capital privat amb ànim de

⁶ Informe: *La Governança de l'ICS. La Reformulació de l'Institut Català de la Salut*. Maig de 2011

⁷ Membres del CAPS que, posteriorment a l'aprovació de la Llei 8/2007, han estat membres del Consell d'Administració de l'ICS ho poden explicar.

lucre en empreses de l'ICS, escrits que s'han emprat per modificar la Llei de l'ICS (mitjançant la llei òmnibus) i, simultàniament, s'han negat aquestes intencions. En paral·lel el Director-gerent ha escrit a tot el personal que amb la "reformulació" sols es vol fer un desplegament de la Llei 8/2007⁸ quan ja era al Parlament la proposta de canvi de Llei

6. El trossejament i el canvi en la Llei de l'ICS per poder-hi fer atenció privada facilitarà un sistema d'assegurament:

a) on es pugui donar **tracte preferent a pacients privats**

b) des de l'ICS es fomenti un **sistema dual**: una sanitat pública per la majoria de la població (similar a la antiga beneficència) però amb superior qualitat en els serveis (menys llistes d'espera, confort d'hospitalització, etc.) pels que utilitzin les rendes més altes

c) És clar que un objectiu real és la introducció no sols de l'ànim de lucre empresarial sinó també l'**ànim de lucre en l'acció dels professionals sanitaris**. Es vol impulsar un model de professionals amb retribució a risc, inclòs l'econòmic. Risc no en funció de compliment d'objectius sinó en funció del diferencial ingressos-costos⁹.

7. Hi ha evidències de falsedats argumentals quan es diu que **els professionals** volen autogestió. Investigades les preferències d'autogestió (EBAs) o d'autonomia de gestió, els professionals d'AP de l'ICS **han mostrat (2009) molt majoritàriament preferència per l'autonomia de gestió i sols EAP en barris de renda alta preferència per l'autogestió**. Nosaltres diem SI a més descentralització i autonomia de gestió en el territori, dels serveis i dels professionals, i NO ha l'autogestió amb personalitat jurídica que permet entrar a la iniciativa privada en el sistema públic

8. El trossejament empresarial en sanitat **és contrari a l'eficiència i a l'estabilitat**. Es dona l'argument de que la gran dimensió de l'ICS el fa *molt difícil de governar i gestionar*. És un criteri contrari a la tendència a la fusió d'empreses, no renyida amb major autonomia de gestió, i a les recomanacions dels seus líders¹⁰. En d'altres sectors quan es vol eficiència i estabilitat les empreses es fusionen; en canvi es creen "grups empresarials" quan es vol fer enginyeria financera per pagar menys impostos o per tenir facilitat de desprendre's de parts del grup

⁸ Carta del 20 d'octubre del 2011

⁹ Explícit però amb d'altres paraules en l'informe referit de maig 2011. Veure també informe CAPS

¹⁰ Isidre Fainé, President de La Caixa i de la Confederación Española de Directivos y Ejecutivos ha fet recentment a aquests una crida a "revisar las estructuras de costes, racionalizarlas y aprovechar las economías de escala" (EL PAÍS 2-11-11).

9. Hi ha evidència de que **el minifundisme empresarial en la sanitat catalana concertada ha estat negatiu per la reducció de costos del conjunt del sistema**

a) ha frenat molt i de forma tant negativa com explícitament intencionada les possibilitats de sinèrgies (unificació de compres, sistemes d'informació, logística)

b) ha generat pressió per, amb més costos, disposar de més finançament i poder social

c) ha frenat la transparència, fins i tot de forma perversa, amb l'objectiu d'amagar on hi havia costos injustificats i sobrefinançament públic del que s'han beneficiat els seus responsables (econòmicament o amb més poder social)

d) s'ha aplicat la lògica de tot mercat: competir per tenir millor posició en el mercat però aliar-se per a que el propi mercat sigui més gran. En aquest cas "mercat" més gran vol dir més costos a finançar públicament o de forma privada.

10. **Es dóna un argument que ara podria ser contrari al motiu de la recent reforma de la Constitució:** el trossejament és per crear diverses empreses sanitàries que tinguin llibertat per l'endeutament públic emprant l'ordenament jurídic privat

4.PER QUÈ ELS SERVEIS DE SALUT HAN DE SER PÚBLICS?

Document del Seminari CAPS. 25 de gener 2012

Que entenem per entitat o empresa pública?: Servei Nacional de Salut integral com empresa única o podem tenir concerts amb proveïdors que no siguin de propietat pública? si es així, quins valors i compromisos hauríem de demanar als proveïdors concertats.

Que entenem per entitat o empresa pública

1.primera definició: Es tota entitat o empresa que sigui propietat de l'administració pública (sigui estatal, autonòmica o municipal)

2.segona definició (segons la U.E.): aquella entitat en la qual el poder públic pot exercir una influència dominant, en raó de la seva propietat (definició 1), de la seva participació financera majoritària o de les normes que la regeixen (estatuts de l'entitat i majoria de l'administració en el seu òrgan de govern). Sembla doncs que l'element crucial de l'empresa o entitat pública és la capacitat de l'administració pública d'exercir la direcció de l'empresa. Dues característiques més d'una entitat pública: que la seva raó d'existència no és l'obtenció de lucre dels seus accionistes o administradors i que està sotmesa al control públic específic per part de l'administració i les seves dades han de ser transparents i públiques.

Per què, des del punt de vista de la salut, els Sistemes Sanitaris Públics son millors que la iniciativa privada

1.Juridicament el Servei Nacional de Salut és l'establert a Espanya i les comunitats autònomes, per la Llei General de Sanitat (1986) i la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC, 1990 i 1995) que integra tots els serveis sanitaris d'una comunitat en una organització única. Però de fet aquestes lleis han quedat sense desenvolupar-se completament.

2.Els components d'un sistema sanitari públic poden ser dirigits i controlats al 100% per òrgans derivats d'eleccions democràtiques. Encara que les diferències reals entre públic i privat també és un problema de governança i de democràcia real, ja que poden haver-hi empreses públiques que per manca de transparència i de governança democràtica funcionin com a privades dels interessos lucratiu i/o de poder social d'un quants.

3.Els sistemes públics poden garantir la permanència, estabilitat i continuïtat dels servei, cosa que no pot fer la iniciativa privada, on si no hi ha negoci directa o indirecta, no hi ha servei.

4.Els Servis públics de salut poden dedicar recursos a vigilància i promoció de la salut d'una manera planificada i poblacional, i no només atenció a la malaltia (els privats podrien fer aquestes funcions d'una manera més dispersa amb finançament públic)

5. Suposant igualtat de qualitat i d'eficiència, els públics són menys costosos econòmicament ja que no hi ha beneficis pels accionistes ni directius.

6. Els públics, i dins d'un Sistema públic també els concertats amb els criteris que després s'esmenten, asseguruen l'equitat, igualtat d'accés i de tracte igual per a tothom, en base a la solidaritat impositiva.

7. Encara que el nostre sistema català és de provisió de serveis dual: uns de propietat de l'administració autonòmica (ICS) i altres concertats amb entitats sense afany de lucre, com menys dispersió i tipologia jurídica dels proveïdors, menys costos de seguiment i avaluació, més transparència i major control públic.

8. Com més unitaris i integrats són els serveis majors possibilitats d'ajustar-se a la planificació, de fer sinèrgies de serveis clínics, de continuïtat assistencial, de tenir serveis comuns mancomunats: compres, sistemes de TIC, manteniments, etc. per tant més eficient i sostenible serà el sistema públic.

9. La formació dels professionals, la gestió del coneixement i la recerca, poden ser planificades i finançades segons necessitats socials i de salut (no segons interessos particulars i de negoci).

10. Majors possibilitats de participació real i control per part dels ciutadans i dels professionals.

Quins valors i condicions han de signar els proveïdors de serveis de salut adscrits al SNS (que tenen una contribució directa per la salut i a més, relació directa amb la ciutadania (SISCAT)

1. Llei al SNS. Amb compromís signat de que és una empresa que vol participar en l'oferta de serveis de salut públics amb qualitat, eficiència i equitat. Declarant que no té incompatibilitats institucionals ni directives similars a les exigides en l'administració pública, amb altres organitzacions amb interessos de lucre. Compromís i declaració que ha de ser controlada amb transparència. Adaptar els seus estatuts declarant-se com *medi propi del Servei Català de la Salut* (segons l'art. 5.a de la LOSC)

2. Certificar que és una empresa sense afany de lucre ni negoci (no reparteix beneficis econòmics als accionistes i no té sous ni dietes dels seus directius per sobre dels del sector de propietat pública). Certificació controlada amb transparència

3. Que la seva oferta de serveis vindrà sempre condicionada per les necessitats planificades en els plans de salut de l'administració pública en el seu territori. Tindrà control sobre la demanda induïda i derivada. S'ajustarà als estàndards de qualitat del Sistema (l'listes d'espera, visites, estades, complicacions, resultats en salut)

4. Aplicar els programes de gestió corporativa del SNS: retribucions, incentius i incompatibilitats de professionals i directius. Sinèrgies, fusions, col·laboracions, coordinació, etc que siguin proposades per l'administració en raó de la planificació territorial i eficiència. Continuïtat assistencial, compres, prescripció, sistemes d'informació, etc.

5. Transparència absoluta, compromís a donar les dades detallades i complet seus resultats en salut i la seva gestió econòmica, que seran públiques i comparables, al igual que les de la resta d'empreses de propietat pública. (Informe sobre Bon Govern i Transparència Administrativa del 27-07-05)

6. Tindran límits a l'endeutament equivalents als de les administracions públiques. S'informarà de la possible penalització, rescissió del conveni o absorció de l'empresa per part de l'administració pública, segons el grau d'incompliment d'aquest valors, condicions i objectius anuals.

5.PER UN MILLOR SISTEMA PÚBLIC DE SALUT. Seminari CAPS. setembre a desembre 2011

RESUM, CONCLUSIONS I PROPOSTES Que es van presentar a la Jornada de Commemoració dels 25 anys de la Llei General de Sanitat. 15 de desembre de 2011, a seu de la CAMFIC

El Document complert *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 (78 pàgines) a la web del caps www.caps.cat

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 contraproductiu 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 consegüent 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
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, són 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 sí 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. Continuitat 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 qualitius, 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 dels 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 intrahospital on l'output no és més activitat, que incentivi l'eficiència en el maneig de llits i quiròfans i reconegui els resultats qualitius 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

Demanem 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 biopsicosocial, com subjecte del coneixement i de l'atenció. Revisió crítica del model biomèdic com a mètode privilegiat i exclouent 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 hospitalo cèntriques i reconeixent normativament i materialment a l'atenció primària el

caràcter de centre de referència i gestió en el seguiment dels processos mèdico administratius 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.

<http://www.caps.cat/dones-i-salut.html>; <http://www.caps.cat/redcaps.html>

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 11 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. EIXOS DE LA NOVA CULTURA DE LA SALUT. Conclusions

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 nous 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 desbiomedicalitzar 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.

6. PROPOSTES PER LA REGENERACIÓ DEL CARÀCTER PÚBLIC DE LA SANITAT CATALANA. Seminari CAPS II, publicat al maig 2013

Què vol aquest document i per que

L'objectiu d'aquest text és presentar propostes polítiques i organitzatives per regenerar avui i preservar cara al futur el caràcter públic de la sanitat Catalunya.

Han passats 26 anys de la Llei General de Sanitat i de la incorporació a la Unió Europea, 22 anys de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya i el context de l'actual crisi econòmica i financera, junt a polítiques recents aplicades pels governs de Catalunya i Espanya, representen una efectiva amenaça pel nostre sistema sanitari. És necessari, tant defensar-lo com fer una revisió de l'estructura del nostre sistema sanitari de finançament públic. És necessari aclarir, regenerar i consolidar el seu caràcter públic i corregir les deficiències i desequilibris existents. Regeneració que es fonamenta en:

a) Els valors que han de donar caràcter al sistema: democràcia efectiva, universalitat, equitat social i territorial, sostenibilitat, ètica pública. Valors d'exercici mesurable per la seva capacitat per a generar salut, progrés sostenible i cohesió social.

b) L'equilibri entre, d'una part, les responsabilitats constitucionals de les administracions en protecció de la salut i atenció a la malaltia, que inclou assistència a tots els individus i salut pública, i les responsabilitats dels professionals i, d'altra part, l'acceptació realista, tant dels condicionants econòmic financers internacionals, com de la selecció de les pràctiques cost-efectives des del punt de vista de l'evidència científica. És necessari dotar al sistema d'eines de deliberació ètica que permetin afrontar pedagògicament aspectes de la condició humana en ser uns *morituri* amb creences i sentiments diversos que ens porten fàcilment a posar per davant la salut personal o la dels nostres éssers estimats, per sobre dels valors públics que defensem

Àmbits de les reformes que proposem

El nostre sistema sanitari ha de tenir sempre una actitud proactiva afrontant millores convenientes i possibles. Ara calen efectives reformes estructurals per superar problemes crònics que s'han anat agreujant. De l'ampli camp d'acció possible per superar-los en aquest escrit sols ens referirem a tres àmbits de reformes sistèmiques:

L'ordenació, govern i responsabilitats institucionals inter e intra territoris, ja que:

- Necessitem un Servei Català de la Salut que no sigui mer comprador-regatejador sinó actiu i responsable d'assegurar els principis de *universalització, equitat i superació de desequilibris territorials i socials*¹¹
- Necessitem un model sanitari català comprensible per la ciutadania, no basat en regles mercantils sinó en la concreció de responsabilitats i compromisos a curt i llarg termini amb els principis de *simplificació, racionalització, descentralització i estabilitat pressupostària*. Per això, cal evitar que s'hagin de convocar concursos per a l'adjudicació de serveis d'atenció primària i comunitària on sempre pot guanyar no el millor sinó el més espavilat en preparar papers. Respecte a hospitals de la XHUP, ni concursos ni riscos d'haver de cercar inversors privats per manca d'inversions, manteniment o qualitat assistencial en hospitals no dependents de la Generalitat però de continuïtat indispensable

Les relacions entre entitats i centres a nivell nacional i en cada territori, ja que

- Ens és indispensable una atenció primària i comunitària que, amb major autonomia de gestió dels seus equips, lideri amb força i cohesió la *concepció integral i integrada* i la *sectorització* territorial, indispensables també per l'*eficàcia, l'eficiència* i la *participació comunitària* en el sistema. Cal capgirar l'actual hospitalocentrisme
- Cal acabar amb les pugnes entre el "món ICS", el "món EPIC" (empreses i consorcis públics) que, massa sovint, no són de competència per a una millor qualitat o eficiència. Cal suprimir aquesta dualitat que resulta negativa per a professionals i ciutadans. Cal apropar la presa de decisions als professionals i a la ciutadania sense caure en el foment del "caciquisme" individual o de grup

Els models pel control públic de la gestió econòmica i de l'execució de les polítiques de salut, a nivell dels seus resultats i de la ètica aplicada en la pràctica concreta, ja que

- No és acceptable no aprofitar les oportunitats que avui ofereixen els sistemes i tecnologies de la informació i la legislació de la UE per dotar a la sanitat catalana de finançament públic d'una efectiva transparència i d'un únic sistema eficient de control i avaluació de riscos. Avui és possible superar tan situacions lamentables de descontrol, com models de control previ generadors d'ineficiències en sanitat de provisió pública, o de control tan a posteriori que no sigui ni honest ni just valorar els riscos assumits en la presa de decisions. També es convenient i possible evitar sistemàtiques que premin el compliment de normes administratives discutibles per sobre dels resultats en salut i econòmics, o que generin una burocràcia avui absurda
- Cal frenar la degradació de la ètica pública que la crisi econòmica està generant més que aflorant

¹¹ Principis escrits en cursiva extrets dels articles 3,5 i 7 de la LGS, 2 de la LLOSC i 135 de la Constitució

Reformes que proposem

Mitjançant un procés successiu de: pacte polític i social, concreció legislativa del pacte, programa temporalitzat per a cada reforma i execució controlada dels corresponents programes, creiem que cal portar a terme, en els 3 àmbits senyalats, els següents 5 blocs de propostes de reforma:

- 1 **L'ICS, les seves empreses filials i les entitats del grup denominat “empreses públiques i consorcis”** (aquets ja públics i dependents d'alguna entitat de la Generalitat), si no ho han fet ja, **passaran a reconèixer explícitament en els seus estatuts el seu caràcter de mitjà propi de la Generalitat** de conformitat amb la directiva de la UE i la LCSP¹². Progressivament la totalitat de les entitats amb hospitals generals de la XHUP i/o amb equips d'atenció primària haurien de passar a ser entitats que siguin *mitjà propi* de la Generalitat i opcionalment la resta d'entitats amb centres d'internament sociosanitari o de salut mental. En el Consell de govern de les entitats que siguin o passin a ser *mitjà propi* d'una entitat de la Generalitat més del 50% dels seus membres han de ser nomenats per la Generalitat i la resta pels Ajuntaments o Consells comarcals i entitats de la societat del territori.
- 2 L'actual Servei Català de la Salut (SCS), l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPC) i les entitats provisoras de serveis que siguin mitjà propi de la Generalitat passaran a **constituir-se com Servei Nacional de Salut de Catalunya (SNSC)**, amb les corresponents i respectives funcions, ben distribuïdes i acotades, de planificació, finançament, avaluació i prestació dels serveis de salut a Catalunya i depenent políticament del Departament de Salut del govern de la Generalitat qui tindrà adscrita l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitària de Catalunya (AQuAS). Un SNSC com a estructura d'estat o de nació amb competències exclusives en sanitat tal com ho entén la Unió Europea en relació als seus estats membres. Això vol dir que s'establirà una clara diferència entre entitats, centres i serveis que formen part del SNSC i centres i serveis d'entitats que, per no ser mitjà propi de la Generalitat, treballen pel SNSC. Diferenciació acompanyada de mesures i controls per assegurar cap manca d'equitat per a la ciutadania derivada de la diferent naturalesa jurídica del centres provisors de serveis i del seu diferent vincle compromès amb el SNSC. El Parlament de Catalunya hauria d'establir **un doble compromís de blindar tant la universalitat**, considerant que tot empadronat té dret a la protecció a la salut, **com el**

¹² Respectivament: Directiva 2004/18/CE de la Unió Europea i article 24.6 de la Llei de Contractes del Sector Públic (L 30/2007, RDL 3/2011)

criteris bàsics del model d'estructura del SNSC aquí definits. **Considerant que ambdós són estructura d'estat** i com a tals, sigui quin sigui el model de vincle de la nació catalana amb Espanya i Europa, sols són alterables per majoria qualificada del Parlament de Catalunya

3 Modificació dels sistemes de control institucional i ciutadà i per l'ajust de desequilibris territorials, socials o econòmics i l'avaluació de resultats i riscos. Concretament:

3.1 Codi ètic i de sostenibilitat aplicat a totes les entitats del SNSC així com a la totalitat d'entitats amb centres de primària e internament que treballin pel SNSC. Aplicat als respectius òrgans de govern, als professionals propis i a les empreses o professionals que contractin. **Codi amb model de transparència absoluta** i d'abordatge dels possibles conflictes d'interessos privats individuals o col·lectius, de directius, de professionals o d'usuaris, tant en i entre entitats sanitàries públiques com respecte a privades. Codi amb criteris i pautes d'actuació identificables objectivament, gens genèriques, avaluades amb independència, monitoritzables i sancionables.

3.2 Sistema d'informació integrat de la sanitat amb finançament públic (SIISP), obligatori per totes les entitats amb hospitals i EAP i aquelles altres concertades, amb interoperabilitat de les seves dades i accés a documents, amb informació de l'activitat, llistes/temps d'espera, pressupost i execució del mateix amb comptabilitat general i de costos. Inclou Història Clínica Compartida a Catalunya i Recepta Electrònica (prescripció i també dispensació) preservant-ne la possibilitat d'identificació de les persones i regles precises en accessos a dades personals. El SIISP ha d'aportar eines per a la gestió clínica, generant informació clínica i econòmica *on line* i models de comparació estandarditzats per al conjunt dels professionals del sistema públic. La interoperabilitat dels sistemes d'informació a nivell clínic i professional ha de ser la base de les intervencions integrades sobre els processos dels pacients

3.3 Supressió de qualsevol tipus d'intervenció o control previ amb capacitat de bloqueig de decisions que són competència dels Consells de govern, gerències o direccions generals, llevat de decisions amb compromisos no laborals de quantia o temporalitat superior a uns límits que s'explicitaran. Sistemes d'informació econòmica de les entitats de la sanitat de finançament públic (inclou SEC-95) segregat del(s) sistema(es) dels altres Departaments de la Generalitat

3.4 Establir en l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitària (AQuAS) una sistemàtica d'anàlisi de la informació disponible prou exhaustiva per detectar desequilibris presents i riscos de futur per l'equitat, l'estabilitat i

la sostenibilitat de qualsevol entitat o incompliments del codi d'ètica i sostenibilitat, així com per recerca en actituds passades o previsibles de centres, grups de professionals i ciutadania i en impacte dels incentius. Per aquests efectes farà seguiment i anàlisis *on line* del SIISP i disposarà d'accés a actes i contractes dels òrgans de govern de les entitats i centres. Avisarà als responsables corresponents del SNSC i de les entitats dels desequilibris en salut o pressupostaris de correcció urgent, sigui a nivell d'entitat, centre o territori. Farà públics tots els seus anàlisis e informes. Farà les propostes de ponderació dels paràmetres a emprar per l'assignació d'un pressupost de base capitativa per el finançament dels serveis assistencials i de salut pública per la població de cada sector (territori) de salut. En la selecció de les persones pel òrgan de govern, els directius i els professionals de l'AQuAS es vetllarà explícitament per la independència i rigor del criteri professional, sentit de la responsabilitat i visió directiva dels seleccionats.

- 4 **Progressiu procés per establir que en cada territori (sector) de salut una entitat pública**, mitjà propi de la Generalitat, responsable de provisió de serveis assistencials i de salut pública **que**, a més, **sigui responsable de que en el territori s'apliqui una efectiva concepció integral i integrada dels serveis de salut** finançats per la Generalitat, segons pautes de planificació establertes pel Departament de Salut i pressupost assignat pel Servei Català de la Salut (SCS). Proposem que aquestes entitats es denominin “**Serveis Territorials de Salut de...** (denominació del territori)”, genèricament “**STS**”. El procés creiem que hauria de tenir les següents característiques:
- a) Dividir Catalunya en un mínim de 7 territoris de salut (denominats en la LOSC “sectors de salut”), un per vegueria, preveient que en algunes vagueries es divideixin progressivament en més d'un territori de salut fins arribar a un màxim d'uns 22 STS¹³
 - b) Per constituir cada STS es fusionaran les entitats sanitàries que ja siguin mitjà propi de la Generalitat o d'altres administracions del territori, amb la part de l'ICS i de l'actual SCS del territori corresponent. En l'entitat resultant s'hi hauran d'incorporar tots els centres d'atenció primària del territori dependents anteriorment d'entitats mitjà propi de la Generalitat i s'hi incorporaran el altres centres d'internament i atenció primària concertats de les entitats que acordin aquesta integració en el STS corresponent, prèvia acreditació *ad hoc* per part de l'AQuAS. Atenent a les entitats fusionades s'establirà el Consell de govern del STS en el que la representació de la Generalitat serà majoritària (inclou SCS).

¹³ Ara tenim 29 sectors. N'indiquem un màxim de 22 passant a Barcelona ciutat de 10 a 4 i a l'Alt Pirineu-Aran de 2 a 1. Representaria una mitjana de 340.000 habitants per territori “sector sanitari”

- c) Cada entitat STS tindrà, com a mínim, un hospital general i tota l'anterior atenció primària del territori d'entitat(s) mitjà propi de la Generalitat o que s'integrin al STS. En funció dels hospitals generals que, d'entrada o progressivament, passin a incorporar-se formalment al SNSC i atenent al volum de la població a atendre, els inicials STS s'aniran subdividint i augmentant el nombre de STS, amb els seus corresponents òrgans de govern territorial.
- d) Cada entitat STS, a més de la provisió dels serveis en els seus centres, passarà a exercir la responsabilitat de la política territorial corresponent a la concepció integral i integrada dels serveis de salut, concretament, dels fluxes de pacients en la provisió dels serveis d'atenció primària, especialitzada, hospitalària, salut mental i sociosanitària del SNSC. Amb aquest fi els equips de professionals d'atenció primària d'entitats que no passin a ser mitjà propi de la Generalitat passaran a integrar-se en l'entitat STS al termini del concert o contracte actual del SCS amb l'entitat per la que treballaven.
- e) Cada STS tindrà el caràcter legal de *"mitjà propi i servei tècnic"* del SCS (i aquest com *"poder adjudicador"* de la Generalitat) i es configurarà igual que l'actual ICS *"com a entitat de dret públic de la Generalitat, que actua subjecte al dret privat, amb personalitat jurídica pròpia i plena capacitat d'obrar per al compliment de les seves funcions (...) de conformitat (... amb) l'estatut de l'empresa pública catalana"*.

5 Autonomia de gestió de tots els hospitals i centres d'atenció primària del SNSC amb decisions adoptades pels responsables del STS del territori sobre serveis comuns a emprar. Foment de la gestió clínica y de la competència per comparació entre centres i grups de centres (per territoris i serveis)

Han participat i signen aquest document:

Ponents: Montserrat Figarola, Santiago Marimón, Josep Martí.

Altres signants: Mireia Alberny, Lluís Camprubí, Joan Canals, Imma Clarà, Jordi Colomer, Ramón Espasa, Olga Fernandez, Joan Gene, Josep Llop, Amando Martín Zurro, Marius Morlans, Vicente Ortún, Carme Valls, Robert Villaescusa

Annexes al document “Propostes per la regeneració del caràcter públic de la sanitat catalana”

1. Una història que explica la situació actual

1977-1980. Generalitat provisional, amb Govern unitari. Conseller de Sanitat: Ramon Espasa. Criteri aplicat: la sanitat de finançament públic ha de seguir comptant amb tots els recursos amb què ja compta la Seguretat Social. Catalunya és on el INP té més hospitals concertats, precisament perquè la gran majoria dels concertats ja existien abans de la sanitat franquista, però tots els centres d'atenció primària són de l'INP

1982. Nova Llei de Fundacions privades (CiU). Alguns hospitals comarcals concertats que eren "Fundacions benèfiques" no adapten els seus estatuts: reivindiquen ser hospitals públics. (Ho faran en anys posteriors)

1981-83. Es constitueix, entre aquests hospitals, el Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC), el seu president i el Consell formats per alcaldes i regidors de sanitat.

1983. Les activitats assistencials de l'INP passen al nou Institut Català de la Salut (ICS).

1985. Llei de l'Estatut de l'empresa pública catalana. Comprèn "*societats mercantils*" i "*entitats de dret públic sotmeses (...) a dret privat*".

1985. Decret de formalització de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya i criteris d'acreditació que han de complir els centres (no és d'entitats). Passen a formar part de la XHUP els hospitals de l'ICS, els vinculats a ajuntaments, més alguns pocs de mútues i privats. Els hospitals concertats que no superen l'acreditació passen a ser centres sociosanitaris

1986. Llei General de Sanitat (Espanya). Inclou el criteri i concepte de XHUP

1987. Primers Consorcis Hospitalaris (Vic i Sabadell) que integren la Generalitat i entitats públiques i privades (fundacions) mitjançant consorcis públics que no es regeixen pel dret administratiu públic i el personal dels quals continua regint-se per la legislació laboral ordinària. Suport unànim de tots els partits i societat civil. A Sabadell representa passar de 3 entitats sanitàries formalment privades i concertades a un consorci públic amb Consell format majoritàriament per representants de la Generalitat. A aquests consorcis el Ministeri de Sanitat els considera privats com fa amb tots els concertats. Persones del món dels consorcis comencen a teoritzar que els consorcis es regeixen per les seves pròpies normes.

1990. Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) que estableix el Servei Català de la Salut. Malgrat el que es diu en els seus articles 5 i 7 (avui vigents) comença a teoritzar-se que la LOSC ha establert la diferenciació de funcions entre un SCS com a comprador de serveis i uns centres/entitats prestadors de serveis sanitaris. Interpretació discutida per prestigiosos juristes

1995. Reforma de la LOSC per establir CAPs que puguin ser gestionats per entitats de Base Associativa (EBA, que inclou ànim de lucre).

1999. L'alcalde de Reus i president del CHC, deixa l'alcaldia però no pas la presidència del CHC. Per això es modifiquen els estatuts del CHC. Comencen a incorporar-se a CHC centres sanitaris no vinculats a ajuntaments i entitats privades amb ànim de lucre (EBAs).

2000. Decret que estableix el Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT), integrat per la XHUP i incorporant els CAPs i la salut mental, però per a aquests, queda pendent la definició de requeriments per a la seva incorporació. Segueix avui pendent

2006. S'estableixen els governs territorials de salut (GTS), com a consorcis, amb un alt pes dels ajuntaments.

2006. Es publica "*Les Prestacions privades en les organitzacions sanitàries públiques*", (justificació de Barnaclínic). No s'han establert les normes públiques concretes que ho regulin, sol·licitades en les conclusions d'aquest document

2006. Incorporació d'empreses públiques i consorcis (EPIC) sanitaris al Sistema Europeu de Comptes Econòmics Integrats (SEC-95). El CHC es posiciona el 2008 en contra d'aquesta mesura.

2007. Llei de l'ICS per la qual "*Es crea l'Institut Català de la Salut com a entitat de dret públic de la Generalitat, que actua subjecte al dret privat, amb personalitat jurídica pròpia (...) de conformitat (... amb) l'estatut de l'empresa pública catalana*". Llei aprovada per unanimitat del Parlament (pendent de fer-se plenament efectiva)

2007. Nova llei de contractes del sector públic (LCSP). Regula el concepte de "*mitjà propi i serveis tècnics del poder adjudicador*" per aplicar el criteri i directiva de la UE.

2008. Inici del programa de l'ICS per dotar els CAPs que ho desitgin d'autonomia de gestió (no pas autogestió amb total independència decisòria)

2010. La mútua Aliança ven l'hospital del Sagrat Cor (SISCAT-XHUP) a Capiro (i també una clínica a Sabadell). Capiro, nou membre del SISCAT.

2010. Intent frustrat de fusionar entitats que depenen al 100% de la Generalitat, però es reforma la Llei de l'ICS eliminant restriccions per contractar personal laboral (qualsevol lloc passa a poder ser ocupat per funcionaris, estatutaris o laborals).

2011. Llei d'acompanyament del pressupost (CiU) que desregula les entitats del sector públic de la salut.

2011. Llei "*òmnibus*" (entre d'altres de similars) que modifica la LOSC, la Llei de l'ICS i suprimeix els GTS. No s'alteren les relacions públic-concertat, ni la naturalesa de l'ICS però sí que se l'autoritza a prestar serveis privats i es redueix el pes dels ajuntaments en la sanitat de finançament públic

2011-2012. Retallades dràstiques en els pressupostos i concerts. En major percentatge a centres de l'ICS. Temptatives de "desmantellar" l'ICS?
2012. Primer concert d'un CAP (a L'Escala) adjudicat a empresa amb ànim de lucre que no és una EBA (Eulen). (Avui anul·lat per tribunals)
2012. Reforma del Codi Penal en matèria de transparència

Conseqüències d'aquesta història:

- Impossible conèixer avui, conforme a llei, què és el Sistema sanitari públic català, per la seva complexitat, però sobretot a causa del incompliment, per part del propi Departament de Salut, de la LOSC i dels decrets del SISCAT en aspectes substancials
- Discutible solidesa legal de la base de l'anomenat "model català", és a dir, la dicotomia entre un comprador públic (SCS) i una provisió (ICS + centres concertats) que es relacionen en termes de mercat
- Desequilibri invers del pes sanitari i institucional entre ICS i concertats. Mentre l'ICS té el 10% dels hospitals de la XHUP, la seva atenció primària atén prop del 70% de la població
- Dues constatacions contraposades. A l'ICS la incompatibilitat entre intervenció prèvia (administrativa) i gestió clínica, només salvable amb trampes (factures amagades) o desatenció en apropar-se el final de l'any. En els concertats (públics o privats) el total obscurantisme exercit pel SCS mitjançant una perversa interpretació de la LOPD: considera que les dades d'activitat, de qualitat assistencial o econòmiques dels centres sanitaris finançats públicament són dades privades i, conseqüentment, només publicables parcialment i de forma anònima.
- Confusionisme generalitzat a nivell popular, de sectors intel·lectuals, de mitjans de comunicació i de professionals del sistema en terminologia bàsica, i contraposant-la o equiparant-la sense rigor: ICS vs SCS; públic = administració, empresa = privat; entitat pública ↔ dret privat; autogestió - autonomia de gestió
- independència decisòria; sanitat pública - salut pública.
- La definició del caràcter de la sanitat catalana més realista sembla ser la de "mercat relacional". Les relacions mútues dins el conjunt de directius i autoritats són el factor més explicatiu de la seva evolució quant a recursos sanitaris i financers. No s'ha planificat ni finançat les prestacions segons necessitats dels territoris ni s'ha avaluat els resultats.
- Dificultat d'una política i d'una pràctica professionals de la salut integral i integrada a nivell territorial i de la seva avaluació basada en criteris d'ètica pública. No coordinació entre nivells assistencials i centres. Serveis duplicats de dimensió insuficient. Absència d'una política de sinèrgies i serveis comuns.
- Pugna públic-privat més polaritzada per interessos corporatius o de grups socials que per valors ideològics. Polarització tant a nivell de professionals com d'institucions: tots a defensar "el nostre" al marge d'ideologies, sigui ICS, sigui

públic concertat o sigui estrictament privat. Aquesta pugna s'ha situat en diversos eixos superposats: ICS ↔ concertats, esquerra ↔ dreta, personal directiu i metges ↔ personal de titulacions mitjanes o inferiors, administrativistes ↔ desreguladors, cos d'interventors de l'administració ↔ empreses d'auditoria

- Si no es modifica la dinàmica tradicional pels concerts entre el SCS i els centres sanitaris (signatura quan ja s'han realitzat molta part dels serveis), la reforma del Codi penal (BOE 28-12-2012) converteix a gerents i comptables de centres considerables públics en obligats presumptes delinqüents

- Però potser el més greu, des de la defensa del caràcter públic, hagin estat el que podem anomenar "gols privatitzadors" i les corresponents valoracions publicades. El cas Sagrat Cor - Capio en la pràctica s'ha silenciada entre els defensors d'"allò públic" i negat pels defensors del "model català" i, en canvi, el cas l'Escala - Eulen ha provocat gran escàndol per considerar-lo el "primer" lliurament d'un centre d'atenció primària a una empresa amb ànim de lucre, quan la majoria d'EBA's ja existents, així com els EAPs cooperativa, també són amb ànim de lucre.

2. Observacions i recomanacions sobre les reformes proposades que fan els signants del document

Fem a continuació diverses observacions, recomanacions i precisions explicatives. Algunes de les precisions cal que siguin explícites en la concreció legislativa per articular els 5 blocs de reformes que plantejarem i que formen una unitat sistèmica que creiem necessària. En d'altres casos les precisions tenen el caràcter explicatiu de com es pot instrumentar el que proposem, però que podrien ser vàlides també d'altres concrecions pels objectius de les reformes proposades.

- Volem explicitar, en primer lloc, que sense un canvi radical respecte als ínfims nivells de transparència existents i exigits, ara i en el passat, cap procés de reforma pot tenir credibilitat. Per transparència absoluta entenem l'accés fàcil, creïble, comprensible i comparable de qualsevol dada de totes les entitats i centres que no afecti a dades de salut de persones particulars identificables, així com equivalent accés de qualsevol document, informe o acta d'òrgans de govern que afecti a centres, entitats o col·lectius de persones físiques, exceptuant les temàtiques o tipologies de documents explicitades en una llista *ad hoc*¹⁴.
- El codi ètic i de sostenibilitat ha de ser obligatori per a totes les entitats. Aplicant-li sempre el criteri de concreció i sempre publicant-lo de forma

¹⁴ Recomanació ja inclosa en l'*Informe sobre Bon Govern i Transparència Administrativa*. Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya. 2005. pg. 117

integra (però amb prou difusió de les modificacions). Hauria d'incloure aspectes identificables com:

- Característiques detallades de la transparència
- Pautes concretes sobre governança democràtica que potenciïn la participació ciutadana i la supremacia dels interessos públics i d'estabilitat institucional sobre els de grups socials, polítics, corporatius o econòmics
- Que els contractes o clàusules anuals entre el SCS-central o d'altres Departaments de la Generalitat amb les entitats assistencials haurien d'estar signats als 30 dies d'aprovat el Pressupost de la Generalitat, amb informació pública el dia de la signatura, però amb clàusules precises de possibles ajustos al llarg de l'exercici pressupostari
- Marges i causes acceptables de desviació en l'execució del pressupost i criteri per assumir-ne les diferències positives o negatives
- Règims d'incompatibilitats de membres dels diferents òrgans de govern, directius o professionals amb activitats que puguin generar demanda o costos innecessaris o desprestigi pel SNSC o que fomentin altres interessos privats o de grups particulars (inclosos partits polítics i entitats socials) injustificats. Amb model de control en el nomenament d'òrgans de govern i directius
- Actuacions a emprendre en possibles conflictes d'interessos en els diferents tipus de contractacions de serveis a prestar per tercers o de tercers amb directius i professionals en assistència en el propi centre o en d'altres públics o privats, inclòs l'exercici professional lliure, aprovisionaments, serveis exteriors, docència o recerca
- Gestió de llistes d'espera en el territori i en les entitats. Entenem que l'estricta compliment del principi de llista única per servei, centre o entitat, aplicat a tots els usuaris independentment de com es finança el servei que reben, no exclou preveure accions per reduir les diferències en temps d'espera entre serveis equivalents de diverses entitats del SNSC.
- Condicions clares i concretes i prou públiques per la possibilitat de prestació d'assistència no finançada pel pressupost de la Generalitat, pels centres del SNSC, i per aquells que siguin considerats indispensables pel SNSC (llistat públic)
- Establiment de preus màxims o mínims i normes en serveis no assistencials o no inclosos en la cartera de serveis i prestacions del SCS. Atès el que està passant en alguns hospitals creiem que tant aquest punt com l'anterior són de regulació urgent, de conformitat amb la Ley General de Sanidad, per part del Parlament
- Criteris per la composició i funcions de l'òrgan controlador del compliment del codi que tingui present la diferència entre la perspectiva ètica i la de sostenibilitat. Òrgan a establir

- Responsabilitats i procediments sancionadors en el compliment del codi i en el seu control
- Som conscients de que el canvi d'una realitat actual, amb model de sistemes de control diversos i dissociats segons les tipologies jurídiques i funcionals dels centres sanitaris i les voluntats dels controladors, cap a un model únic basat en la transparència i la avaluació de riscos *quasi on line*, comporta no sols la modificació de la Llei de Finances de la Generalitat sinó també la necessitat de que els controladors assumeixin el canvi d'un model o inexistent o de persecució d'errors i autoritzacions administratives, a un model generador de confiança i eficiència i valorat per resultats
- Caldrà concretar en forma que doni confiança i credibilitat a ciutadania i professionals com s'anomenen els òrgans de govern de les instàncies controladores i avaluadores: AQuAS i pel Codi ètic i de sostenibilitat. La participació en el procés d'entitats socials, acadèmiques i professionals dotades d'estructura democràtica i representativitat així com el consens polític (no per "quotes de poder"), és indispensable
- L'expressió "mitjà propi de la Generalitat" vol dir que pot ser-ho "de" qualsevol entitat contractant de la Generalitat: Departament de salut, Servei Català de la Salut, etc. En la majoria dels casos entenem que serà el SCS. Atès que l'objectiu és l'adaptació a la directiva de la UE i a la Llei de contractes del sector públic a efectes d'evitar els concursos per prestacions d'assistència hospitalària o d'atenció primària, i que els 100% dels contractes per atenció d'hospitals generals i AP s'apliqui la regulació i jurisprudència en la UE sobre els denominats serveis in *house providing*, el més pràctic serà que aviat les entitats passin a ser mitjà propi del SCS (tal com ja preveu l'art. 5 de la LOSC) i valorar si la reforma serà més socialment comprensible si el SNSC té personalitat jurídica i les entitats, particularment els STS, passen a ser mitjà propi del SNSC o del SCS.
- En la caracterització del SNSC no hem inclòs ni al propi Departament de Salut ni a la AQuAS per entendre que a ambdós organismes els hi corresponen responsabilitats i funcions tant respecte a la sanitat de finançament 100% privat com per aquella concertada (pública o privada) que treballi pel SNSC però que tampoc hagi d'estar dins del SNSC en no ser-li adequat el qualificatiu de "Nacional"
- Les característiques de les entitats "Servei Territorials de Salut (STS)" és oportú que, per a la seva política integradora, s'inspirin en el model

d'Organitzacions Sanitàries Integrades (OSI) promogut per la OMS¹⁵ que dona el protagonisme a l'atenció primària, si bé no han de tenir ni els elements d'asseguradora, ni respondre a una provisió de serveis per a persones individuals desvinculades del seu context social i territorial; pautes que adopten en molts altres indrets les denominades OSI.

- El model de SNSC que proposem pretén superar la concepció de separació de funcions actual que és de base legal molt discutible i base mercantil excessiva. Les relacions s'han de basar en ètica pública i una legalitat clara. La separació actual de funcions és entre govern (Departament de salut); compra de prestació de serveis (SCS); provisió encarregada (centres ICS); provisió comprada per SCS (concertats públics o privats). Ara els concerts entre el SCS i els centres públics de la Generalitat no ICS són un fals formalisme contractual ja que han de quadrar amb els pressupostos prèviament adjudicats pel Parlament. En la proposta que fem la diferenciació de responsabilitats (que no separació) pot ser:
 - Departament de salut: govern nacional de la sanitat pública i privada
 - SCS-central actual i ASP: govern nacional del SNSC, planificació d'inversions i de nous centres o serveis, assignació pressupostària territorial per assistència i salut pública i acreditació per prestar serveis a la sanitat de finançament públic
 - STS: govern del territori, provisió pública en el territori i proposta de distribució del pressupost territorial entre centres del SNSC o acreditats necessaris
 - SCS: Responsable de l'equitat interterritorial i del foment de sinèrgies interterritorials i de la utilització de serveis comuns
 - Altres Departaments de la Generalitat + SCS: assignació pressupostària específica per docència i recerca
 - SCS d'acord amb cada STS: pressupost del territori que s'apliqui a:
 - No a la pròpia entitat STS sinó als centres d'altres territoris que atenguin a pacients del seu territori (directament o per "compra")
 - A centres del propi territori no membres del SNSC, però concertats pel SCS
 - "Compra" de serveis comuns administratius, tècnics o sanitaris: Banc de sang i teixits, diagnòstic per la imatge, laboratoris
- En termes de responsabilitats i compromisos les relacions s'establirien en diverses modalitats contractuals. Concretament:

15 Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 49º Consejo Directivo. Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud. Washington. 2009

- Contractes “in house providing”: entre SCS i els STS i SCS i d’altres entitats “mitjà propi”.
 - Concerts per la prestació de serveis: entre SCS o ASP i les entitats no mitjà propi de la Generalitat i, per tant, no membres del SNSC
 - Contractes programa: entre STS i tots els centres del territori corresponent. En el cas de centres amb concert amb el SCS, serà un annex a aquest concert i en concretarà alguns aspectes
- Entenem que els processos de reforma indicats seran simultanis i que, en conseqüència, en la fusió d’entitats que donarà a lloc a generar el nou STS també hi participaran entitats que ara no formen part del grup d’empreses públiques i consorcis sanitaris. En tots els casos convindrà que els representants de la Generalitat en els Consells de govern dels STS tinguin vincles personals amb el territori, sense descartar que en els corresponents estatuts d’alguns STS s’expliciti, a més de les entitats que nomenen representants en el “bloc minoritari”, si hi ha entitat pública que en proposi per ser nomenats per la Generalitat (en el seu “bloc majoritari”). Particularment, en STS en els que s’hi incorporin entitats que avui depenen majoritàriament d’administracions locals convindria s’explicités si hi ha alguna administració proposant de representants a nomenar per la Generalitat (“bloc majoritari”), a part de que també puguin existir d’altres representants d’administracions. La proposta de supressió dels serveis territorials del SCS i la seva incorporació als STS es podria materialitzar establint una secretaria tècnica del STS dependent del President(a) o Vicepresident(a) que sigui un dels representants de la Generalitat nomenat pel SCS. La característica del Consorci Sanitari de Barcelona com govern amb personalitat jurídica pròpia per damunt dels sectors de salut existents en la ciutat no sembla que calgui repetir-lo en d’altres STS, per no generar noves personalitats jurídiques innecessàries
 - Creiem que un motiu destacat per que tots els hospitals no especialitzats i EAPs hagin de ser d’una entitat mitjà propi de la Generalitat és la seva capacitat de generar demanda a curt o llarg termini. Una demanda que tant pot ser justificada o prioritària com ni justificada ni prioritària, o pot estar condicionada si hi ha interessos privats (financers o de poder social no democràtic). No proposem que ser *mitjà propi* sigui necessari per altres serveis de salut, pels que també és oportuna una política integral i integrada, però que, en canvi, no tenen, o la tenen en molt menor grau, capacitat per generar demanda no necessària. Per exemple, els centres socio-sanitaris.
 - Els hospitals no mitjà propi de la Generalitat que siguin considerats de continuïtat indispensable, no haurien de poder endeutar-se a més d’uns 4 anys. Fer front al seu endeutament es converteix, en la pràctica, en

obligació de la Generalitat i en convertir despeses financeres en despeses de salut amb el conseqüent perjudici per població del territori. Pel mateix raonament, el finançament públic suportat directa o indirectament per la Generalitat i destinat a tals hospitals per atendre el manteniment i inversions considerats necessàries pel SNSC, o per sancions per incompliment del codi ètic i de sostenibilitat, es traduirà en un percentatge corresponent de participació en el capital i/o poder institucional de l'entitat concertada que, si fos el cas, aniria augmentant fins arribar a superar el 50% i passar a ser mitjà propi de la Generalitat

- Parlem de SCS-central per referir-nos a la part del Servei Català de la Salut que emana del Decret de 18-02-1991 relatiu a la estructura i organització dels serveis centrals del SCS i decrets posteriors modificant-les. Entenem que fora oportú que les funcions dels serveis territorials que emanen del Decret de 4-03-1991 i posteriors modificacions, quedessin assumides pels aquí denominats STS, sense descartar que persones del SCS-central que siguin membres dels Consells de govern dels STS hi dediquin bastants més hores que les assistències a reunions de tals Consells
- Dins del SNSC es diferenciarien els costos i finançament d'assistència, salut pública, recerca (no inclou innovació per eficiència de l'assistència) i docència. Un STS ha de ser responsable de la provisió dels serveis de salut per la població del seu territori, però com que pot ser que en un mateix territori, a més de la entitat STS, hi existeixin altres entitats sanitàries, siguin també mitjà propi de la Generalitat o no, cal precisar-ho. La responsabilitat del STS inclou la dels resultats en salut de la ciutadania del seu territori, dels costos de la pròpia entitat STS i de l'adequació d'aquests al pressupost assignat. Però per una efectiva política d'equitat que no vol dir igualtat, cal que siguin diferenciats, a tots els nivells, els costos per la salut dels derivats o imputables a la recerca i docència. Un STS ha de ser responsable de la distribució i execució del pressupost per atendre els costos per la salut de la ciutadania del territori, es realitzi aquesta provisió en el mateix o en d'altre territori, i també del pressupost de recerca i docència que realitzi el propi STS, però, en canvi, no ha de ser-ho del pressupost de recerca i docència que efectuïn d'altres entitats situades en el seu territori.
- Caldrà definir una dinàmica d'evolució del sistema actual de concerts amb cada entitat al model vàlidament qualificable de STS-capitatiu. La adequada pot ser la següent. El pressupost que distribuirà el STS serà de base capítativa, però que el distribueixi no vol dir que assumeixi cap funció d'asseguradora, sols de coordinar i liderar la provisió. Qui establirà els paràmetres per ponderar la base capítativa de cada territori serà la AQuAS. Qui marcarà el ritme d'adequació en la distribució del pressupost total entre territoris, des de la realitat actual fins al nivell idoni definit per l'AQuAS, serà

el SCS-central, que ho farà d'una forma plenament transparent. El sistema actual de tarifes pot servir d'indicatiu per a que els STS estableixin la distribució del pressupost del territori entre els centres i serveis però convindrà millorar i estandarditzar els sistemes de control de costos de l'activitat assistencial, particularment de l'atenció especialitzada, ja que ara encara la consideració dels costos està més condicionada pel criteri de tarifes segons nivells d'hospital que per la tipologia de tractaments a prestar. En altres paraules, cal establir una estratègia per passar d'un model orientat a finançar costos a un model per finançar objectius de salut; d'un model en el que es compara finançament a centres sanitaris, a un model en que es compari el finançament per a la salut de poblacions territorials que tenen i tindran diferents condicionants de salut i d'accés als serveis de salut

- En les propostes no hem parlat de “SISCAT” perquè ni des de que es va constituir la Xarxa Hospitalària de Utilització Pública de Catalunya (1985), ni des de que a aquesta se li van sumar altres xarxes de centres i serveis en el primer Decret que va emprar la denominació de “Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT)” (2000), ni en el darrer decret de 2010, mai s'han definit ni caracteritzat les relacions, vinculacions o compromisos entre centres que justifiquin el qualificatiu d'integral, ni s'hi ha donat cap model de referència per poder avaluar-li aquest qualificatiu, malgrat s'hagi sol·licitat (v. Informes Vilardell). D'altre part, des del 2000 segueix prorrogant-se la vinculació formal dels centres i serveis no hospitalaris en l'aglomerat de centres anomenant “SISCAT”. Un llistat no caracteritza un sistema. Creiem que aquí hem proposat un model de relacions que permet cobrir aquesta greu mancança, mitjançant l'aplicació travada de 3 models de vinculació sistèmica internacionalment definits: SNS, provisió integrada en territoris amb volum adequat de població i model “mitjans propis” d'un ens públic contractant, afegint-hi, a més, una avançada utilització dels STIC per a una cohesió i qualitat del SNSC, codificables i numèricament avaluable. Podem oblidar-nos del SISCAT en establir el SNSC entre el SCS i els STS
- Creiem que del procés de fusions i/o establiments de entitats-STS no haurien de resultar més d'unes 25 entitats mitjà propi de la Generalitat amb centres d'assistència a pacients (no incloem les entitats de serveis comuns). Així el resultat seria un signe de sinèrgies eficients gens qualificable de “trossejament”
- Convé també un canvi en el model de participació del sector (centres i professionals) en els òrgans de direcció del SNSC, que hauria de ser d'ajuntaments, directius i professionals dels STS, elegits democràticament entre ells, en lloc del sistema actual en el SCS que segueix el model de Seguretat Social de representacions corporatives polititzades: patronals

(inclou ajuntaments) i sindicats. Similar criteri de participació a nivell de cada STS. Cal estudiar e implantar la participació ciutadana en aquests òrgans de direcció mitjançant les xarxes i moviments socials del territori i, en tot cas, suprimir-hi i impedir-hi representacions dels interessos de la sanitat privada. En el model proposat el SNSC podria no tenir personalitat jurídica pròpia i tan sols un Consell de govern i òrgans de direcció/coordiació i de participació per damunt del SCS i tots els STS

- Les fusions, a nivell territorial, en una mateixa entitat de personal provinent de l'ICS i de centres concertats requerirà també un àmbit nou, específic del SNSC, per la negociació de les relacions laborals i professionals respectivament amb els sindicats i/o col·legis professionals, per arribar a suprimir diferències en funció de que es tracti de personal estatutari, fix o interí, funcionari o laboral i que, en les relacions amb els col·legis professionals, diferenciï els interessos professionals en l'exercici en la sanitat privada respecte als corresponents dins del SNSC. En el sector ja hi ha experiències en aquest sentit

Les entitats provisionals de serveis del SNSC hauran de comptar amb prestadors de serveis comuns: sistemes d'informació, compres, logística, gestió administrativa general i de personal, serveis d'estudis. Aquestes funcions les podrien prestar els actuals serveis centrals de l'ICS i del CSC, reformats, ja que no cal que sols hi hagi una entitat/empresa única per cada un d'aquests serveis i convé que els STS que els contractin no en disposin exclusivament a Barcelona ciutat. Els serveis "centrals" no han de manar ni directa ni subliminàriament, han de servir. Tampoc han de ser els representants dels centres o professionals en els STS o el SN

Han participat en la elaboració o discussió d'algun dels documents

Agustí Colom	Carme Valls	Ramón Espasa
Santiago Marimon	Francesca Zapater	Joan Gene
Toni Tuà	Pep Clusa	Josep Llop
Josep Artigas	Lola Castro	Amando Martín Zurro
Antoni Barbarà	Marta Carrera	Marius Morlans
Carme Borrell.	Carme Bono	Vicente Ortún
Lluís Camprubi	Esperança Aguilà	Robert Villaescusa
Olga Fernandez	Montserrat Figarola	Roger Bernat
Albert Ferris	Mireia Albery	Àngels Martínez
Joan Ramón Laporte	Joan Canals	Manel Ferran
Josep Martí	Imma Clarà	
Ramón Morera	Jordi Colomer	