

Per un millor Sistema Públic de Salut

Document fruit dels debats organitzats pel Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS) amb la participació de professionals de la salut i ciutadans a títol individual o pertanyent a d'altres organitzacions, (Dempeus per la salut, Fòrum Català d'Atenció Primària (FoCAP), Associació Catalana de Defensa de la sanitat Pública (ACDSP-FADSP), Grup de Recerca en Desigualtats en Salut UPF (GREDS-EMCONET, Fundació Congrés Català de salut Mental (FCCSM), en front de les retallades indiscriminades i la "política" sanitària de la Generalitat de Catalunya. Setembre a desembre de 2011

Perquè volem un Sistema de Salut Públic, amb més equitat, més eficient i sostenible i amb major qualitat, nosaltres també recomanem "retallar", més que retallar, "extirpar", treure del Sistema tot allò inútil per la salut i el benestar, allò ineficient, la burocràcia, la despesa innecessària, treure els programes o prestacions que no tenen evidència científica d'efectivitat en salut, la manca de compromís i responsabilitat d'alguns professionals i treballadors, treure la dispersió actual de proveïdors assistencials i subcontractats. Concentrant empreses públiques, fent sinèrgies; extirpar els concerts amb entitats amb afany de lucre o negoci. És per tot això que ens proposem aquí donar la nostra visió d'aquest model de Sistema Públic de Serveis de Salut.

Objectiu: dirigit a professionals i treballadors i treballadores de la salut, polítics, ciutadania motivada i mobilitzada (plataformes, organitzacions, consells de salut, etc) Dotar-nos d'un instrument per sortir de l'actual crisi reforçant i millorant el sistema públic (millorar l'eficiència, la sostenibilitat i la qualitat). Passar de la protesta a la proposta, demostrar que una sortida diferent és possible.

Metodologia Cada tema s'ha elaborat per un grup de ponents i s'ha realitzat un debat posterior. (CAPS, Salut Pública, Dempeus, FOCAP, Economia de la Salut, UPF, etc)

Continguts:

- 1. El model de Sistema Sanitari Públic Català:**
- 2. L'Atenció Primària com a eix del Sistema**
- 3. L'atenció especialitzada i els Hospitals**
- 4. Els fàrmacs, un exemple de despesa important**
- 5. L'Atenció a la salut mental**
- 6. Salut integral biopsicosocial. Desigualtats de gènere**
- 7. La salut en totes les polítiques**
- 8. Per una nova Cultura de la salut.**

1.EL SISTEMA SANITARI PÚBLIC CATALÀ

S. Marimón, A. Colom, T. Tua, Ll. Camprubí, O.F. Quiroga

1. El “model català”: les relacions sistèmiques

1.1. Relacions entre les entitats sanitàries del sistema

1.1.1 L’evolució del sistema “magma”

1.1.2. L’estructura de poder dins del sistema.

1.1.2.1. Les patronals

1.1.2.2. La proliferació d’entitats. La imaginació contractual

1.1.3. La voluntat de desmantellament de l’ICS. El sector públic amb lucre

1er. Canvi radical en la distribució de competències dels òrgans màxims de govern de l’ICS

2on. Pèrdua de la naturalesa jurídica de l’ICS i dels seus centres

3er. D’un ICS per prestar serveis públics, a uns ICS debilitat al servei d’un mercat sanitari que inclogui el mercat públic i el privat

4rt. Tota la sanitat pública podrà repartir beneficis

1.2. Canvis i contradiccions en l’evolució del model territorial

1.3.Ciutadania i sistema sanitari

1.3.1. Drets i objectius socials del sistema sanitari de finançament i responsabilitat pública

1.3.2. De la teoria a la pràctica

2. El “model català” de salut: el model de finançament

2.1. La incidència del model a les finances públiques

2.2. La concertació, característica específica del “model català”

3. Problemes greus a afrontar

3.1. Manca de transparència

3.2.La sostenibilitat

3.3. Desigualtats

3.3.1. Les desigualtats en salut a Catalunya

3.3.2. Les desigualtats en el sistema sanitari a Catalunya

3.4.3. Els perills per a l’equitat en salut del sistema sanitari català

3.4. Feble democràcia participativa

3.4.1 La participació dels professionals, a reformar totalment

3.4.2. La participació ciutadana pendent

1. El “model català”: les relacions sistèmiques

1.1. Relacions entre les entitats sanitàries del sistema

1.1.1 L'evolució del sistema “magma”

La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) ha tingut dues lectures des dels seus orígens (1990). Una, la que ha considerat que la pròpia Llei tenia un ordre jeràrquic de prevalença, en síntesi:

1er) Principis Informadors: a) *Concepció integral i integrada del sistema sanitari a Catalunya, fent especial èmfasi en la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia.* (art 2)

2on) Configuració del Servei Català de la Salut (SCS) per *els centres, els serveis i els establiments, de protecció de la salut i d'atenció sanitària i sociosanitària*, que són els propis de la Generalitat, més els integrats o adscrits mitjançant els corresponents convenis d'integració o adscripció funcional (art 5). De fet ja la Llei General de Sanitat (1986), preveia l'existència d'hospitals privats vinculats al Sistema Nacional de Salut, si fos necessari assistencialment; amb vinculació mitjançant protocol definit (art 66).

3er) Finalitats, funcions i activitats del SCS (respectivament art 6, 7 i 8). La seva primera activitat: *l'educació sanitària, la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia*

4rt) Estructura i ordenació. En el cas dels hospitals: per a *una òptima ordenació hospitalària* (i per) *l'homogeneïtzació adequada de les prestacions* dels diversos centres ratifica i regula la ja existent, des de 1985, Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) que inclou els de l'Institut Català de la Salut (ICS) (arts 49 i 50).¹

5é) Recursos de personal i els materials (béns i drets) del SCS que, en coherència amb l'anterior, tant fa esment als dels centres propis de la Generalitat com dels centres adscrits d'altres administracions locals.

Però una altra lectura, la que es pretenia, la que ha resultat oficial, la que s'ha transmès com a única veritat com a conseqüència del predomini de la visió neoliberal de considerar que les regles del mercat contribueixen millor a l'eficiència també en el sector de la salut de finançament i públic. Aquesta visió s'ha centrat quasi

¹ El SCS es va estructurar en base a diversos decrets. En el pròleg del *Decret 26/1991, de 18 de febrer, pel qual s'estableix el règim jurídic i es despleguen l'estructura i l'organització centrals del Servei Català de la Salut*, s'explicita que aquest també “*està configurat per tots els centres, els serveis i els establiments sanitaris públics i de cobertura pública de Catalunya i al qual corresponen, a més de les funcions de gestió i administració dels centres, els serveis i les prestacions del sistema sanitari públic*”

exclusivament en part de l'article 7, caricaturitzant-lo en dogmatitzar-lo, i ha considerat que la LOSC establia una total divisió de funcions entre un SCS, com contractista comprador, i uns "proveïdors" dels serveis contractats. Aquesta segona visió permesa per la LOSC, però no articulada per la mateixa, ha representat un progressiu deteriorament del primer principi informador de la LOSC, la *concepció integral i integrada*. I de fet s'han produït:

- a) dissociació (o tensió permanent) entre SCS i ICS;
- b) mai han estat signats els convenis pels compromisos d'integració o adscripció (art 5) i sols es signen els concerts econòmics de prestació de serveis;
- c) una negligència del SCS en la prevenció i la promoció de la salut a l'espera de que les seves responsabilitats les concretés una Llei de Salut Pública (2009) i les assumís un altre organisme, l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPC) ara ja establerta;
- c) que el SCS (central i regional) oblidés la planificació equitativa, les responsabilitats directives del SNS sense establir instruments comuns (sistemes d'informació i logística)
- d) que el SCS considerés que la responsabilitat de l'assistència era "dels centres" i, en la pràctica, només dels centres, malgrat ser clares les seves responsabilitats en la LOSC, i
- d) simultàniament, un marasme sobre el que vol dir un model Xarxa. Un model que sona a modern, però amb la següent realitat.

Ja des de principis dels anys 90 es parlava dels "proveïdors de la XUP" però sols existia la XHUP, l'hospitalària creada el 1985, i no es deia res del model de relació o integració ni entre els equips d'atenció primària que no són de l'ICS, ni entre hospitals i primària; només bones voluntats. Passats 10 anys sense definir relacions per la cohesió del Sistema, un decret de l'any 2000 configurava *el sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT)* amb 4 xarxes, però la definició dels requeriments per formar part del les xarxes de salut mental i d'atenció sociosanitària es van anar prorrogant any rere any fins que a 2010, un nou decret², ha tornat a establir un nou SISCAT amb d'altre configuració en 3 xarxes sense justificació comprensible del canvi, amb uns equips d'atenció primària perduts pel mig, una atenció especialitzada ambulatoria que no se sap com s'integra amb la resta i uns *convenis singulars de vinculació* a les respectives xarxes indefinits i que queden indefinibles fins el 2015. Del 2000 a 2015 pel sol fet de tenir un concert amb el SCS ja es forma part, provisionalment, del SISCAT, el "*sistema integral*". Però hi ha hospitals amb concert que no figuren en el llistat del decret del SISCAT de 2010, tampoc existeix cap llistat dels membres de les altres xarxes i hi ha motius fonamentats per pensar que tampoc el SCS coneix be quants són. Cadascú vol comptar el nombre de centres i serveis a la seva manera, també dins de l'administració del govern, un fenomen que té el seu origen en les pugnes de poder social de que en parlarem. La

² Decret 196/2010 de 14 de desembre, És a dir publicat al DOGC en data amb un govern en funcions, recent perdudes les eleccions

resultant és que, fins i tot per quelcom tan aparentment simple com és el comptar, es cerqui el consens i sempre guanyi la quantitat sobre la qualitat³. Un sistema indefinit i impossible de conèixer amb suficient precisió ni pot ser integrat, ni és possible que tingui una perspectiva integral.

Ara la Llei d'agilitat i reestructuració (LAR)⁴ enfosqueix i dilueix encara més la perspectiva. Estableix (LAR art 15) que la nova LOSC (art 50) dirà que tots els centres que puguin tenir alguna consideració de públics (n'hi diu els que “*siguin adscrits*”), poden ser usats i gestionats per terceres empreses o entitats, per tant, també els de l'ICS. Si segons la lectura de la LOSC que hem denominat “oficial” (però no avalada per destacats juristes de la salut⁵) el SCS havia transferit la seva responsabilitats de prestació dels serveis a l'ICS i als concertats tant el públics com els privats, ara es vol explicitar per Llei que el “campi qui pugui” també serveix pels poc o molt públics: tot és subcontractable. Les responsabilitats aniran diluint-se en cadena.

Portem 20 anys sense que el sistema sanitari estigui configurat segons les seves pròpies lleis i un sistema de contractacions i subcontractacions més adequat a un sistema de favors creuats que a un estat de dret o, fins i tot, a un mercat contractualment regulat, ja que, tal com comentarem més endavant en parlar dels concerts, pròpiament tenim un “mercat relacional”. Aquest mercat, en el que les relacions personals de gerents i presidents amb la direcció del SCS són determinants, unes relacions per afinitats personals, ideològiques o polítiques, ha estat qualificat en alguna coneguda escola de negocis com de sistema magma. A partir d'ara també els centres que es pugui pensar que són públics podran ser usats i gestionats per tercers, és a dir, la subcontractació en cadena sense compromisos d'integració, ni de lleialtat en la no generació de demanda innecessària o política d'equitat, ni de transparència, en cap punt de la cadena. Si ja teníem un sistema de relacions caòtiques, un magma, el model resultant de la LAR:

- es contradiu absolutament 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 realment un model en xarxa però amb unes relacions entre els centres i el SCS de caire mercantil i de favors (tenir un bon concert ↔ tenir “satisfeta” la ciutadania).
- es generarà més insatisfacció ciutadana ja que les empreses i entitats subcontractades generaran més demanda i expectatives ciutadanes per pressionar perquè els hi incrementin els “seus” contractes finançats públicament i pocs s'ocuparan d'una política *integral i integrada* de millora de la salut de tothom.
- s'incrementaran, encara més, els costos per reiteració de funcions i activitats no directament assistencials dins del sistema i la dificultat de generar sinèrgies

³ De les 3 xarxes en la que hi ha menys membres és en la d'internament, la única amb llista oficial publicada. El nombre de centres que en són membres va créixer un 6%, entre la publicació del Decret aprovat i l'anterior publicació per sotmetre'l a informació pública. En un cas, el de centres de salut mental de la regió de Barcelona, el SCS havia descobert o acceptat, en aquells 7 mesos, que eren un 19% més.

⁴ La LAR és una de les lleis en que va ser dividida l'anomenada llei “òmnibus”. En el moment de redactar aquest document està en debat parlamentari

⁵ Tema tractat en la *Revista Derecho y Salud*, a destacar el seu nº extraordinari Vol 16, nov 2008

D'altra banda, simultàniament, s'ha anat generant a partir del període 1998-2003 un altre discurs absolutament aliè a la legislació vigent, el discurs de que el SCS és, simplement, una asseguradora pública que contracta a empreses que prestin serveis per atendre contingències del seus assegurats. Un model no de salut sinó de productes sanitaris a prestar no a uns ciutadans amb dret a la salut, sinó a uns assegurats que tenen garantit que algú –amb condicions – els atindrà si tenen problemes. En la literatura de sistemes sanitaris i d'economia de la salut està assumit que un model d'assegurament social (Àustria, Bèlgica, Holanda, França, Alemanya) i un model de Servei Nacional de Salut (SNS, NHS en anglès: Regne Unit, Irlanda, països escandinaus) són dues opcions completament diferenciades. La opció de la legislació bàsica a Catalunya pel model SNS és clara⁶. En canvi sigui per remarcar la visió mercantil, del SCS com asseguradora, o per amagar millor el que diu la legislació sobre el que hauria de ser l'estructura del Servei Català de la Salut (LOSC art 5 i Decret 26/1991) per la mateixa època el SCS va passar a denominar-se també "Catsalut"⁷

Tenint presents aquestes confusions en aquest informe utilitzarem la terminologia segons els usos més establerts. Per tant parlarem indistintament de "Servei Català de la Salut", "Catsalut" o CatSalut" i aplicarem també les sigles XUP al que segons els decrets corresponents és el SISCAT; però quan parlem del que hauria de ser segons la legislació, al·ludirem al conjunt de "centres adscrits al SCS". Per referir-nos al Sistema que a Catalunya respon a la Llei General de Sanitat (LGS) parlarem del nostre Sistema Nacional de Salut, del SNS de Catalunya, del nostre Sistema o del Sistema de salut de finançament públic a Catalunya. De conformitat amb els criteris del preàmbul de la LOSC entenem que actualment el nostre el SNS, és el conjunt del Departament de salut, el SCS, el SISCAT (no ben configurat encara) i les agències ASPC, ICAM i AIADS⁸

1.1.2. L'estructura de poder dins del sistema.

1.1.2.1. Les patronals

L'any 1980 ja existia la Unió Catalano-Balear d'Hospitals (UCBH) com associació patronal de centres privats, amb o sense ànim de lucre, que posteriorment es quedaria en sols "Catalana" (UCH). L'any 1983 es constituí el Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC) exclusivament amb centres vinculats a l'administració local, de naturalesa jurídica pública o privada, majoritàriament de fundacions. Aquest caràcter exclusiu l'ha anat perdent, primer els anys 80 en produir-se fusions de centres – els consorcis resultants passaven a estar associats a les dues patronals - i, sobretot, a partir dels canvis generats després de la modificació d'estatuts del CHC el 1999 en que es va anar allunyant de la democràcia local. Actualment també en formen part centres amb ànim de lucre. Totes dues patronals compten amb centres de tots els nivells

⁶ Veure Preàmbul de la LOSC apartat II

⁷ En aquest període, que també coincideix amb el més negre pel desenvolupament de sistemes d'informació pel conjunt del Sistema el Director del SCS era Josep Prat de qui ens tornarem a parlar en notes posteriors

⁸ ASPC = Agència de Salut Pública de Catalunya. ICAM = Institut Català d'Avaluació Mèdica. AIADS = Agència d'Informació, Avaluació i Desenvolupament en Salut, nova denominació que li dona la Llei d'agilitat i reestructuració administrativa (LAR) a la fusió i nous canvis de funcions de les anteriors IES i AATM, més la incorporació de l'àmbit de sistemes d'informació generat en el Departament de salut

assistencials incloses empreses de serveis sanitaris si bé tots els centres de l'actual Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC, anterior CHC) tenen relació amb el Servei Català de la Salut (SCS), el que no succeeix en tots els de la UCH. Ambdues no sols actuen com a patronal de la XHUP a efectes laborals sinó, sobretot, com a grup de pressió en defensa dels interessos de les seves entitats i empreses associades i amb perfecte aliança en front del seu "adversari", l'ICS. Tots els canvis significatius de concerts entre el SCS i els centres, tant els canvis de model de concertació com els canvis qualitius individuals, han estat acordats de fet directament entre les dues patronals i el SCS.

Han assolit un notori èxit en el seus objectius que en alguns aspectes han estat molt positius per la sanitat catalana (promoció de la qualitat i l'eficiència dels seus centres) però no en d'altres que han perjudicat al conjunt del sistema sanitari català de finançament públic i han tingut un origen comú: la seva obsessió per treure-li poder i pes a l'ICS. Una conseqüència negativa genèrica ha estat en la seva contribució a l'ofensiva ideològica per la creença de que el que és públic no pot ser eficient; més concretes han estat les que tractarem en parlar de la proliferació d'entitats, de la voluntat de desmantellament de l'ICS i de la manca de transparència. L'altra conseqüència negativa, no sols imputable a aquestes patronals, ha estat la menor democràcia del sistema. El SCS ha incorporat als òrgans de direcció i participació del sistema públic no sols a aquestes dues patronals sinó també a l'Associació Catalana d'Establiments Sanitaris (ACES) de centres exclusivament privats i només excepcionalment concertats. La resultant és que l'ICS que cobreix dos terços de la sanitat responsabilitat del SCS sols ostenta, en determinats organismes, un quart de la representació i que aquesta només és dels gerents, no dels professionals de la salut com a tals.

1.1.2.2. La proliferació d'entitats. La imaginació contractual

En d'altres organismes del govern consten 112 entitats amb personalitat jurídica pròpia vinculades al SCS i/o al Departament de Salut que, segons l'establert, haurien de formar part del SISCAT o tenir-hi una vinculació contractual prèvia al concert per la prestació d'assistència⁹. Hi ha elements per pensar que són moltes més, ja que en aquestes 112 no hi ha les privades i són de les més diverses formes jurídiques: entitats de l'administració, organismes autònoms, consorcis, fundacions públiques i privades, societats mercantils sotmeses a diferents lleis. Que siguin moltes no és, per si mateix, ni bo ni dolent, el problema està en :

- Som a Catalunya i encara no se sap diferenciar entre autonomia i independència. La positiva autonomia de gestió o la diferenciació de funcions es consideren només possibles si hi ha independència i aquesta al 100%. Cada entitat creu que ha de tenir tots els serveis administratius i de gestió: compres, comptabilitat, sistemes d'informació, etc., i si és un hospital totes les

⁹ Amb el següent detall d'aquestes 112:

4. Servei Català de la Salut (CatSalut), Institut Català de la Salut (ICS), Servei Aranès de la Salut, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
8 Organismes autònoms,
8 Entitats de dret públic sotmeses al dret privat,
32 Societats mercantils,
22 Consorcis,
38 fundacions.

especialitats, amb les corresponents duplicitat de costos i/o unitats de dimensió improductiva

- L'interès coincident de les patronals i del SCS en mantenir a les patronals com intermediàries (les grans entitats no ho necessiten) i en que l'assignació de recursos no sigui objectiva segons pautes establertes sinó per negociacions entre grups de poder. Parlarem dels concerts més endavant .
- Imitar "la imaginació contractual" dels grups empresarials per emmascarar la rendició de comptes o els mecanismes de control establerts i com exercici d'increment de poder econòmic i/o social, mitjançant no un "model tanc" (una gran empresa), sinó un "model pop". En el món empresarial on s'aposta fort per les sinèrgies i l'ús dels sistemes d'informació i comunicació es fan concentracions, però hi ha molts grups d'empreses que responen a un altre model: un nucli dur d'empresaris (sovint capitanejats per un de sol) que aglutina diversitat d'empreses en les que els inversors són diversos o parcialment repetits. Les facturacions creuades permeten discrecionalitat en la distribució de beneficis i l'evasió fiscal mitjançant la "enginyeria comptable-financera". En la sanitat catalana, on s'ha aplicat aquest model, permet més discrecionalitat en les subcontractacions i fugir del control econòmic i de l'endeutament, fugida que es facilita mitjançant el cercar quina és la forma jurídica d'entitat que millor ho permet. Alguns n'hi diuen "cercar de l'eficiència" identificant discrecionalitat caciquista amb eficiència. S'ha produït intent de fugida, més per fugir del control públic, de la ciutadania, que per fugir del dret públic o del dret a seques fent el que alguns juristes n'han qualificat "d'*incoherències legals*"¹⁰. Històricament molts models de relacions en sanitat han estat models de poder social. Un exemple de cerca de poder social mitjançant el que hem denominat "model pop" el tenim en el Grup Sagessa¹¹.
- L'obsessió per mostrar a l'ICS com a ineficient per la seva dimensió ha provocat que ni es volguessin contemplar les seves potencialitats per ser gran empresa com ho ha mostrat en disposar de potents sistemes d'informació i sinèrgies de notoris èxits (IDI, Logaritme, programes de "prescripció intel·ligent"). Les patronals no han volgut crear aquests instruments o hi han abdicat ràpidament per preservar la dicotomització i dispersió del model català com a connatural al mateix. La manca d'instruments per l'eficiència elevat a la categoria de virtut !!!

1.1.3. La voluntat de desmantellament de l'ICS. El sector públic amb lucre

El projecte de Llei d'agilitat i reestructuració administrativa (en endavant LAR), que en aquests moments s'està discutint al Parlament, inclou una significativa reforma de la

¹⁰ Veure en la *Revista de Administració sanitària siglo XXI*, v. A. Menéndez Rexach, vol 6, nº 2, en la *Revista Derecho y Salud*, v. M. López Benítez Vol 9, nº1 i F.J.Villar Rojas Vol 16 i Vol 17. (F.J.Villar Rojas ha estat Vicepresident de la Asociación de Juristas de la Salud)

¹¹ El "Grup Sagessa" va néixer el 1989 a partir de l'Hospital de Reus, depenent de l'Ajuntament de la mateixa ciutat. Actualment compta amb 83 centres, serveis i entitats diferents en 21 municipis de la província de Tarragona. El seu màxim òrgan de govern depèn de l'empresa *INNOVA Grup d'Empreses Municipals de Reus SA*, holding de més de 20 empreses que té com a Director General a Josep Prat, qui ja portava 6 anys a 1989 de gerent de l'Hospital de Reus. J. Prat va compaginar un temps la direcció de Sagessa amb ser alt directiu del Consorci Hospitalari de Catalunya fins que va passar a ser Director del Servei Català de la Salut (1998-2003). Actualment, a més de Director general d'INNOVA és President de l'*Institut Català de la Salut* i Conseller de *USP Hospitales* empresa que compta amb 12 hospitals i 23 consultoris en el conjunt d'Espanya (a BCN, Dexeus) i que depèn de la multinacional *USP International Services*, empresa de la que en són titular(s) societat(s) de capital risc

Llei de l'ICS que es traduirà en el seu efectivament desmantellament en quatre aspectes

1er. Canvi radical en la distribució de competències dels òrgans màxims de govern de l'ICS

- S'elimina la referència a quin òrgan de govern té competència per aprovar o modificar contractes plurianuals (art 8.2.i)¹² i s'eleva a un milió d'euros la competència del director/a-gerent per signar contractes amb tercers (8.2.j)
- El Consell d'Administració passa a ser com una Junta general d'accionistes que sols serveix per beneir el que ja s'ha fet i cobrar dietes. Temes que són d'habitual competència dels consells d'administració d'una empresa i en els que, en qualsevol cas, convé que hi hagi participació social, com són: *aprovar la memòria anual i la liquidació del pressupost* (8.2.g), *ratificar acords o convenis de col·laboració amb altre entitats* que podrien ser de centenars de milions d'euros (8.2.j), *la construcció o la remodelació total de centres* (8.2.n), *aprovar el règim retributiu i les retribucions dels càrrecs directius* (8.2.s) passen a la comissió executiva on estatutàriament poden no haver-hi, i en la realitat no hi ha, persones proposades pels sindicats, els ajuntaments o representants del Consell dels professionals o d'entitats de pacients. Una comissió executiva que tampoc està obligada a informar dels seus acords al Consell d'administració.
- La capacitat de control sobre la direcció-gerència per part del Consell d'Administració o de la seva executiva queda enormement reduïda (canvis o supressions a l'art 8.2 j,i,l,n,o). Ni tan sols serà com un Consell d'una *holding*. Cal notar també que des de gener hi ha un President que no es limita a presidir el Consell d'Administració sinó també òrgans executius, una funció exercida individualment que no està reglada ni per la Llei de l'ICS, ni pels seus estatuts, ni per la LAR i, per tant, jurídicament poc controlada.¹³
- El/la Director/a gerent, o també una persona de rang inferior si ho vol la gerència o la presidència, podrà adjudicar qualsevol activitat que fins ara feia l'ICS a tercers sense que ni ho hagi de ratificar el Consell d'administració (supressió 8.3k)
- El conjunt de canvis de competències tenen en la *lleï d'agilitat* una redacció que dificultarà un text refós de la Llei de l'ICS que permeti conèixer les competències dels diferents òrgans de govern en relació al conjunt del sistema públic o exigirà també un nou canvi en la llei. En tot cas, els canvis requereixen, però no es diu, canvis en els estatuts de l'ICS.

Valoració:

- **Una àmplia majoria dels canvis no estan justificats per raó d'agilitat i alguns provoquen que el Govern tindrà menys control sobre el director/a gerent de l'ICS que sobre les decisions d'un conseller/a i, per tant, n'informarà menys**

¹² En aquest apartat les referències a articles de llei, que es citen entre parèntesi, són als de la Llei 8/2007 de l'ICS

¹³ Per tenir present el paper que pot estar representant per la perspectiva de desmantellament de l'ICS el seu actual President, Josep Prat, cal tenir present, a més del que hem apuntat en nota anterior, un altre referència del seu CV: va entrar en el sector sanitari en deixar la Subdirecció d'*Astilleros y Talleres del Noroeste SA (ASTANO)* càrrec des del que va jugar un paper significatiu en la reconversió del sector naval espanyol

públicament. A menys que per agilitat s'entengui discrecionalitat descontrolada, és a dir, caciquisme.

- Ens agradaria que ens digui el Banc d'Espanya, el Cercle d'Economia, o qualsevol catedràtic de ciències empresarials (no implicat en interessos de mercat) si és raonable aquesta **capacitat de transferir les activitats pròpies a la competència per part de, no se sap qui, en una empresa tan gran.**
- En els 23 anys de l'anterior etapa de CiU no van ni arribar al Parlament els intents d'una Llei de l'ICS. En l'etapa del tripartit el consens per una llei que va ser aprovada per unanimitat va requerir més de tres anys i mig. Ara una *lleï d'agilitat i racionalització*, tramitada urgentment, **serà per l'ICS una llei d'arbitrarietat i "campi qui pugui"**. No cal ni parlar de transparència, ni de que estem parlant de l'empresa més gran de Catalunya, ni recordar que fins 2011 ha estat 100% finançada amb impostos i cotitzacions de la ciutadania i que compta amb una alta i demostrada valoració per part de la ciutadania.

2on. Pèrdua de la naturalesa jurídica de l'ICS i dels seus centres

- Es desnaturalitzen tots els actuals centres de l'ICS. Amb la derogació de la disposició transitòria 2ª passen als llimbs, no se sabrà, o costarà saber, quina personalitat jurídica tenen (com, de fet i malauradament, ja passa en molts altres centres del SISCAT)
- Es modifica l'art 22 relatiu al patrimoni adscrit a l'ICS. El patrimoni de la Generalitat, del Servei Català de la Salut o de la Seguretat Social on hi ha centres de l'ICS ara està adscrit a l'ICS, amb la nova redacció, podrà adscriure's a qualsevol altre entitat. Això té dues repercussions:
 - Atès que fa poc s'han transferit a la Generalitat edificis propietat de la Seguretat Social, inclosos els 8 hospitals de l'ICS, aquests es podran adscriure o transferir a d'altres entitats, vendre'ls o establir-ne censos amb tercers i això podria generar costos imputats a l'ICS i, per tant, gravar el pressupost de la sanitat, és a dir dels serveis de salut, amb costos generats pel finançament de la Generalitat com ja ara passa amb costos financers en els centres públics concertats. Es pot descapitalitzar la sanitat i augmentar-hi costos de contribució nul·la per a la salut
 - Altres centres que avui no són patrimoni propi de l'ICS sinó que són exclusivament edificis d'altres organismes de la Generalitat adscrits a l'ICS demà podran adscriure's a d'altres entitats públiques o privades.
- Els centres i serveis de l'ICS podran tenir qualsevol forma jurídica o passar a forma part d'altres *consorcis i entitats* en que hi participi l'ICS (nou redactat de l'art 12.3), sense cap garantia de transparència
- Ja no es preveu que cap altre centre o entitat s'integri a l'ICS (supressió art 12.5).
- S'anul·la el programa d'integració de l'Institut de Diagnòstic per la Imatge (IDI) en l'ICS en el que s'estava treballant fa més de dos anys, programa que era norma legal.¹⁴

¹⁴ En el projecte de Llei d'agilitat totes les reformes del la Llei de l'ICS s'estableixen entre els articles 21 i 31 llevat de la integració de l'IDI en l'ICS que es suprimeix en l'art. 142 del projecte de Llei d'agilitat en anular la disposició addicional 5ª del *Decret llei 4/2010, de 3 d'agost, de mesures de racionalització i simplificació de l'estructura del sector públic de la Generalitat de Catalunya*

Valoració: **L'objectiu d'aquests canvis** – i no estem fent una interpretació sinó que ho diem en funció de paraules que s'han dit per instàncies del govern i hi ha informes dels que la premsa se'n han fet ressò – és **convertir a l'ICS en un mer holding d'empreses de diferent forma jurídica i nivells de participació**, incloses les minoritàries, que potser segueixin mantenint la imatge de que són part de l'ICS o que es pugui donar la imatge, segons l'auditori o el que interessi, de que són o no de l'ICS¹⁵. Els motius, al·legats o no, i les conseqüències són o seran aviat:

- “Fer caixa” venent parts de l'ICS o de les entitats que són de l'ICS. Un exemple és l'operació ja preparada de “vendre” part de l'IDI mitjançant una ampliació de capital “que l'ICS no pot fer”. L'IDI resultant, al poc temps, vendria els seus serveis a l'ICS, amb més cost total que en l'actualitat.
- **Dividir l'ICS en múltiples empreses per disminuir, o reduir a qüestions de mercat, el control públic** (ni que sigui a nivell informatiu).
- Fer “aliances estratègiques” amb altres entitats creant empreses, nous consorcis, UTEs (Unions temporals d'empreses que es converteixen en permanents), **per evitar “la temptació” de que l'ICS absorbeixi o incrementi cap activitat i per reduir el control públic**. A remarcar: no ens referim a control procedimental, administratiu, sinó a control transparent emprant tecnologies de la informació de les que utilitzen els nens.
- Crear noves EBAs en lloc de seguir potenciant l'reeixit programa d'autonomia de gestió iniciat el 2009. El mapa de les EBAs existents o sol·licitades a la ciutat de Barcelona mostra clarament que és un model que, sense transparència, interessa a professionals que treballen per la classes mitjanes, sobretot si són barris de classe molt benestant i en canvi gens, si és població de rendes mitjanes –baixes.
- S'al·lega, de paraula, que cal treure la major part possible de l'ICS dels mecanismes “burocratitzats i esterilitzants” de la funció pública. Un apriorisme intencionat que no resisteix cap anàlisi basada en la realitat i en la voluntat de racionalitzar-la. **Una racionalització que no s'hauria de fer precisament amb una llei d'agilitat i reestructuració sinó amb l'ús avançat dels actuals sistemes i tecnologies de la informació, tal com ha estat fent l'ICS els darrers anys convertint-se en un exemple a copiar pels centres concertats i així ho va recomanar el Parlament per unanimitat en una moció aprovada el passat 9 de juny**¹⁶
- **S'accentuarà** una de les més grans lacres del nostre sistema sanitari de finançament públic: **la gestió basada en el caciquisme** (≠ agilitat)
- Però potser el motiu no declarat i el de conseqüències més rellevants estigui en el que comentarem en l'apartat següent d'aquest document sobre l'assistència privada en l'ICS.

A recordar i tenir present:

- Els consorcis són les úniques empreses (ens referim a totes, no sols a les públiques) per les que no existeix un registre públic on s'hi puguin consultar les seves memòries i comptes anuals. Dels consorcis sanitaris en que la

¹⁵ Aquesta situació ja es dona en consorcis de centres d'atenció primària dels que l'ICS és membre. Encara que sigui el soci majoritari no se'n fa menció, ni les seves dades s'inclouen, en les memòries de l'ICS, ni se'n dona compte als òrgans màxims de govern del mateix, per evitar el control

¹⁶ <http://www.parlament.cat/activitat/bopc/09b066.pdf#page=14>

Generalitat en té la majoria¹⁷ el seu pressupost és aprovat pel Parlament però els seus comptes no són d'accés públic fins que la Sindicatura de comptes, quan pot i vol, els fiscalitza i n'emet el corresponent informe que sí que és d'accés públic. En el millor dels casos poden passar anys

- L'any 2005 un *Grup de treball sobre bon govern i transparència administrativa* presidit per l'exsíndic de Greuges i expresident de l'Institut Europeu d'Ombudsman Sr. Anton Cañellas, que va comptar amb reconegudes personalitats de la universitat, l'empresa i la societat civil, deia: "*Recomanem l'adopció d'un criteri dràsticament restrictiu a l'hora de constituir noves empreses i consorcis públics, evitant la proliferació d'unes i altres, la burla del control administratiu que facilita el "maquillatge" comptable – financer i provoca que se'n dilueixin les responsabilitats polítiques*"¹⁸.
- Fa un any, un nou i exhaustiu *Estudi del sector públic de la Generalitat de Catalunya* proposava que nombroses i concretes entitats de l'àmbit sanitari públic havien de desaparèixer per integrar-se en d'altres
- Per facilitar la integració de l'IDI en l'ICS es va modificar la Llei de l'ICS¹⁹ per a que, sense cap limitació ni condicionant, pugui comptar amb personal laboral. Ara ja no hi ha ni l'excusa "sindicofuncionarial" per parlar del "burocratisme" de l'ICS
- Convindria recordar els motius pels que el Banc d'Espanya ha exigint la fusió de caixes i la UE, a instàncies empresarials, va establir l'estatus d'empresa d'àmbit europeu: amb major grandària més estabilitat, menys costos de gestió, més adaptabilitat. L'exemple de "la Caixa" és innegable²⁰; en canvi a l'ICS, per amagar que és un gran pastis força apetitós se'l qualifica de "monstre". Mirem qui aplaudeix quan així se'l qualifica.

Conclusió d'aquests canvis i valoracions: sembla prou palès que el que **es pretén en realitat és exactament els contrari del que diu el títol de la llei, donar *agilitat* i el contrari del que des de fa anys i des de diversos àmbits s'està demanant:**

- **No es redueixen entitats:** És segur que **augmentaran el nombre i cost de funcions administratives i directives i els costos** del diagnòstic i que es farà encara molt més complex, embolicat, conxorxat i opac l'ICS i el conjunt del sistema sanitari públic. Fins i tot s'elimina el poc que estava fent l'anterior govern: la integració de l'IDI en l'ICS. Si es vol fer amb l'empresa pública més gran de Catalunya el contrari de la reducció d'organismes que es demana, precisament perquè és una empresa sanitària (excepció explicitada en el pacte PP-CiU per donar llum verda als pressupostos), només pot ser perquè trossejant l'ICS (ja es parla de dividir-lo en unes 20 empreses o més) és més

¹⁷ En un consorci qui té la majoria no es compta per qui aporta més capital sinó que depèn de qui anomena més membres del Consell d'Administració i això respon a pactes de tipus polític (en llenguatge "modern": com resultat de les regles del mercat interinstitucional de poder social). En la sanitat catalana hi ha l'experiència d'un consorci que en ampliar-se amb un nou associat, a qui se li va donar un representant en el Consell, la Generalitat va deixar de tenir-ne la majoria i va deixar de formar part dels grup d'empreses de la Generalitat

¹⁸ Recomanació nº 29 de l'informe consultable a:

http://www20.gencat.cat/docs/governacio/Funcio%20Publica/Documents/Estudis/Arxius/doc_83851192_1.pdf

¹⁹ Modificació feta per *Decret Llei 4/2010, de 3 d'agost, de mesures de racionalització i simplificació de l'estructura del sector públic de la Generalitat de Catalunya*

²⁰ Precisament 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).

fàcil anar-hi donant entrada en la seva propietat als “mercats”...que ja són presents en el sector i confinat quedar-se'n un bon tros²¹. Als causants de la crisi econòmica, després d'acceptar les seves exigències retallant l'estat del benestar, ara se'ls hi vol regalar fer negoci amb el que en queda.

- **No representarà una eficient agilització i simplificació. Sí que, en canvi, en l'ICS s'hi ha avançat molt en els darrers anys. Mitjançant l'ús de sistemes i tecnologies de la informació i amb el programa d'autonomia de gestió (no d'independència, ni d'autogestió, conceptes sensiblement diferents) s'estava aconseguint en l'ICS gràcies, també i precisament, a les sinèrgies possibles per la seva gran dimensió.**

3er. D'un ICS per prestar serveis públics, a uns ICS debilitat al servei d'un mercat sanitari que inclogui el mercat públic i el privat

Per l'article 29 del projecte de llei d'agilitat es modifica tot l'article 15 de la Llei de l'ICS. Amb el canvi desapareix el text del vigent apartat 2 que diu: *Les instal·lacions dels centres i els serveis de l'Institut Català de la Salut no es poden utilitzar per a prestar-hi assistència sanitària privada de cap mena, sinó que s'han de dedicar a les activitats d'interès públic pròpies de l'Institut, amb un ús intensiu i eficient.* Ara el nou text (LAR 29, Llei ICS 15.2) simplement es fa referència a les lleis d'accés a la cobertura pública (Llei 21/2000) i general de sanitat (LGS)²²

En la “lleï omnibus” sols es modificava aquest apartat 2 i el nou text deia: *“Les instal·lacions dels centres i serveis de l'ICS per raó d'interès públic declarat per acord del Consell d'Administració es podran utilitzar per a prestar-hi assistència sanitària no finançada amb càrrec a fons públics”*

S'ha produït, en aquest aspecte, un canvi radical entre la lleï omnibus i la d'agilitat? Per respondre haurem d'explicar el context en el que es fa aquesta modificació:

És cert que el redactat en la lleï de 2007 d'aquest apartat 2 es prestava a aparent contradicció amb l'apartat 1 del mateix article 15 que preveu fer i cobrar activitats sanitàries no incloses en les prestacions del sistema públic com, p. ex., atenció a accidents per esport de risc o complimentar certificats mèdics, però si l'objectiu fos efectivament simplificar, senzillament amb substituir en el text actual “no assistència sanitària privada” per “no assistència en la que hi ha cobertura pública” seria suficient.

Fins ara la justificació que tenien alguns altres hospitals públics comarcals concertats per fer activitat per assegurances privades era per facilitar que els pacients que volien aprofitar la seva assegurança i no emprar finançament públic no haguessin d'anar a hospitals d'altres poblacions. En el cas d'alguns consorcis hospitalaris públics

²¹ Exemples ja a Catalunya, sense haver de referir-nos a Madrid o València: El preu de l'adquisició per l'empresa de capital-risc Capiro del “negoci” de l'Aliança, facilitada per “salvar” els llocs de treball va ser, segons *vox populi*, amb promeses de la concessió de la gestió d'un nou hospital. Ja s'ha constituït la societat de professionals que es queda amb l'hospital Dos de maig. El seu futur no serà el que està establert en el *Mapa sanitari*, la integració amb Sant Pau (pàgs 280-282, *Mapa* aprovat per Decret 37/2008), sinó el que s'ha produït en diversos casos a Alemanya: 1er) societat de professionals, 2º) aquesta no pot fer front a les inversions i se la queda un societat de capital risc.

²² Respectivament referència general a la Llei 21/2010 i concreta als art 16 i 83 de la Ley 25/1986 (LGS)

constituïts per la fusió de varis centres preexistents la justificació era la continuïtat d'activitat privada d'alguna entitat privada consorciada. Teòricament, en aquests casos, amb una única llista d'espera, tal com estableix la LGS; teòricament, perquè ningú ho ha controlat. En no tenir aquestes excuses l'Hospital Clínic va crear Barnaclínic que, en el mateix hospital amb la justificació d'un informe de 3 experts en economia, ètica i filosofia²³, atén a pacients privats. Les pautes d'actuació que segons aquest informe resol el *problema ètic que plantegen les prestacions privades* no s'estan complint tal com ara han recordat els màxims responsables de l'Associació Catalana d'Establiments Sanitaris (ACES) que, a més, ha senyalat que es tracta d'unes pautes "impossibles de complir i menys de controlar en la pràctica", quelcom que molts professionals del sector públic ja venien dient²⁴.

Per valorar si hi ha incompliments legals, a més de la pràctica real, convé tenir present que l'informe dels 3 experts, en les *consideracions jurídiques i polítiques*, expliciten que cal considerar que es doni compliment als art. 16 i 90.6 de la Llei general de sanitat (LGS). En canvi l'aparat 15.2 de la LAR es refereix als art. 16 i 83 de la LGS. L'art 16 es refereix a "*lista de espera única*", l'art 83 es refereix al que ja queda regulat en l'art 15.1 de la LAR però l'art 90.6 de la LGS, que no s'esmenta en la LAR, exigeix "*que l'atenció sanitària i de tot tipus que es presti als usuaris afectats pel concert (p.ex. AMB una mútua privada) serà la mateixa per a tots sense altres diferències que les sanitàries inherents a la naturalesa pròpia dels diferents processos sanitaris, i que no s'establiran serveis complementaris respecte dels que existeixen en els centres*" (el subratllat és nostre)

Constatem, per tant, que es suprimeix el que deia el vigent art 15.2 (com ja feia el projecte de Llei òmnibus) i que en el nou text del mateix 15.2 (LAR) no es fa referència a l'art. 90.6 de la LGS. Cal preguntar-se: primer, si malgrat el canvi, entre "Llei òmnibus" i LAR, l'objectiu és o no el mateix i, segon, per què no es cita l'art 90.6 de la LGS i com es pot obviar el compliment d'aquest article de la LGS. Anem per passes; el context també ens ajuda a respondre-hi.

En la Llei "òmnibus" es deia que es podria prestar assistència privada per la "*raó d'interès públic*". En el capítol del document dels 3 experts dedicat a *consideracions econòmiques* es diu que renunciar a l'ús d'equipaments públics per a l'oferta de prestacions privades equival a renunciar a un *benefici potencial* i això representa una *càrrega innecessària al contribuent*. En la Llei de mesures fiscals i financeres que acompanya a la Llei del Pressupost de 2011, per esmena del grup parlamentari de CiU introduïda un cop presentada la Llei d'agilitat, s'hi ha afegit un capítol²⁵ de *règim jurídic*

²³ V. Camps, G López Casasnovas, A. Puyol. Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas. Barcelona. 2006 (www.fundaciogrifols.org)

²⁴ Cal assenyalar també que l'informe citat dels 3 experts és de 2006, per tant anterior a l'actual Llei 21/2010 que ha universalitzat la cobertura pública. A Catalunya, des de fa un any, ja no hi ha ciutadans que no puguin disposar de cobertura pública. L'exclusió anteriorment existent certament invitava a la imaginació per a que, amb finançament privat (assegurament o particular) les persones excloses (majoritàriament autònoms i professionals lliures), poguessin ser ateses en centres públics. Ara ja no hi ha aquesta excusa

²⁵ Capítol V, articles 68 a 70. Per valorar com s'està produint el desmantellament del caire públic de la sanitat: Aquest capítol V de la Llei (7/2011) titulat *Règim jurídic de les entitats del sector públic* de la salut va ser incorporat com esmena del Grup parlamentari de CiU al text de la Llei proposada pel propi govern,

de les entitats del sector públic de la salut en el que s'explicita que les que actuen en règim de mercat intern de caràcter regulat i tenen personal laboral es regiran pels principis de rendibilitat, economia i productivitat²⁶ i si el saldo del compte de resultats dona beneficis el podran aplicar a lo que vulguin. La primera resposta ja la tenim: l'objectiu de la supressió del que diu el vigent art 15.2 de la Llei de l'ICS i la seva substitució per un nou redactat que sembla ser 100% conforme a lleis establertes per governs socialistes és que també les entitats del sector públic de la salut puguin generar beneficis mitjançant pacients de finançament privat. El mateix objectiu de la llei omnibus es manté en la llei d'agilitat: promoure les assegurances privades. Ara bé, difícilment els ciutadans jugaran a facilitar beneficis als centres sanitaris si s'han de pagar una mútua més o menys cara. La compensació ja vindrà quan no sigui tan escandalós el desgravar-ho, com s'ha anunciat però encara no s'aplica. De moment, i ja des d'ara, es vol fer promovent que els pacients privats rebin un tracte preferencial de dos tipus. El primer: que no s'apliqui estrictament la llista d'espera única, per això es considera que pot citar-se en la LAR sense risc l'art 16 de la LGS que ho prohibeix ja que la doble llista d'espera és molt fàcil d'amagar, sobre tot si no es vol (i no es vol) controlar. El segon tracte preferencial serà que rebin serveis complementaris respecte dels que existeixin en els centres sanitaris públics dependents de l'Administració Pública concertant però això també ho prohibeix la LGS i és molt difícil d'amagar (LGS 90.6). Per facilitar que els centres de l'ICS puguin donar aquests serveis complementaris que generin clientela interessada en pagar-los (com a mutualistes o particularment) el primer que es fa és amagar que existeix l'art 90.6 de la LGS, el segon és que la legislació catalana ho permeti a les entitats del sector públic de la salut i per això ara es donen dos passos: s'afegeix un capítol V a la llei que acompanya a la del Pressupost que ho facilita i, en la LAR, es desnaturalitzen jurídicament els centres de l'ICS tal com ja hem comentat. Però, per assegurar-ho, es vol donar un altre pas: que, en base a llei, siguin mínims els centres que tinguin el caràcter de *públics dependientes de la Administración Pública concertante*. Com s'està fent?

per tant, sense ni temps pel debat parlamentari ni per a que transcendís a la societat. Ho va fer quan ja tenia escrits de consultores, de les del "pensament únic", amb les que estava negociant encàrrecs per som reformar l'ICS. En un d'aquests informes s'explica que es tracta de "*facilitar la participació dels professionals en la gestió dels centres i serveis de l'ICS mitjançant la creació d'entitats de base associativa, participades minoritàriament per l'ICS, les quals podrien signar contractes amb les entitats creades per a la gestió desconcentrada dels centres i serveis de l'ICS*" i que un d'aquests informes, de data del 8 de juny del 2011, enumera els articles de la llei de 2007 de l'ICS que s'haurien de modificar per reorganitzar l'institut públic. Com que no n'hi havia prou amb el que deia la reforma de la llei de l'ICS ni en la "lleí omnibus", ni en la LAR, es va incorporar a corre-cuita tot un capítol en la llei de mesures fiscals i financeres.

Per aquestes reverències concretes: <http://www.lamalla.cat/societat/salut/article?id=1000752>

²⁶ Cursives extretes del capítol V art 68.1 i 68.2 de la *Llei (7/2011) de mesures fiscals i financeres* que acompanya a la llei del Pressupost de 2011. El fet de que s'explicitin aquest tres conceptes expressa que no són equivalents i que per rendibilitat s'ha d'entendre benefici financer. Per promoure el *règim de mercat intern* en el mateix article (68.2) es fa una invitació *estratègica* a disposar de sistemes d'informació diferenciats dels d'altres entitats similars el que no deixa de ser sovint avui en dia contrari a l'aplicació dels principis empresarials elementals d'economia i productivitat, sense que calgui fer referències a que estem parlant d'un sector que s'hauria de basar en protocols consensuats en base al coneixement disponible en comú

Per diversos motius, entre ells per adaptar-se a directives de la Unió Europea, *la Ley 30/2007 de Contratos del Sector Público* va establir una clara diferència entre les empreses públiques o denominables del sector públic que són *medio propio* d'una Administració Pública, de les que no ho són²⁷. No ho són si tenen plena autonomia de gestió, aspecte que no sempre és prou clar, i només són mitjà propi d'una Administració si compleixen dues condicions netament definibles: que la totalitat del capital de l'empresa sigui de titularitat pública i que explícitament es digui que són "*mitja propi*" en la norma fundacional o en els estatuts. Una Administració si vol adjudicar un servei públic per concurs primer ha d'explicitar que no té cap *mitjà propi* que ho pugui fer i, en tot cas, si convoca concurs cap entitat que sigui *mitjà propi* pot presentar-s'hi. Això explica el procés que sembla que s'està seguint també pels centres de l'ICS: ara es defineix amb més precisió, quan a més d'autonomia de gestió, hi ha personalitat jurídica pròpia²⁸ (Capítol V de la *Llei de mesures fiscals i financeres*), es vol deslligar la titularitat dels edificis i instal·lacions de la titularitat de l'entitat que gestiona l'activitat²⁹, crear noves societats o consorcis que gestionin l'activitat dels centres, unes societats o consorcis que en els seus estatuts no es dirà que siguin *mitjà propi* ni de la Generalitat ni del Servei Català de la Salut³⁰, i promoure la participació de capital privat, sigui amb ànim de lucre (ja es negocia per l'IDI) o per participació d'una fundació privada. La conseqüència serà el que realment es pretén: disposar del més petit nombre i volum possible d'entitats que, gestionant prestacions públiques, tinguin la consideració de *mitjà propi*, que no es pugui dir que són *públics dependents de l'Administració Pública concertant*. Això no sols per poder establir *serveis complementaris* per malats privats, també per poder adjudicar noves activitats o nous centres mitjançant uns concursos oberts als que no puguin presentar-s'hi les entitats que siguin *mitjà propi* encara que siguin més eficients que d'altres, privats o públics, que sí que s'hi podran presentar.

4rt. Tota la sanitat pública podrà repartir beneficis

La *Llei de mesures fiscals i financeres* que, com sempre, acompanya a la de Pressupostos estableix aquest any i queda ja per endavant si no es torna a modificar que: *les entitats del sector públic de la salut que actuen en règim de mercat intern de caràcter regulat gaudeixen d'autonomia per a l'adopció de les decisions relatives a la*

²⁷ Ley 30/2007 art 4.1.n i 24.6

²⁸ Volem precisar que l'autonomia de gestió en absolut representa *per se* privatització, representa unes diferents regles del joc dins d'una organització sanitària. Situació diferent si hi ha autonomia jurídica per tractar-se d'entitat que els seu pressupost l'aprova el parlament i situació encara més diferent si no hi ha ni transparència ni control democràtic. Lo públic quan no hi ha transparència pot no ser jurídicament privat però de fet resulta particular dels i pels qui ho controlen

²⁹ Això ja es dona en diversos consorcis sanitaris públics i en fundacions (p.ex. St Pau). En els centres concertats qui té el concert és l'entitat que gestiona l'activitat però qui forma part del SISCAT és el centre on es presten els serveis. Els centres poden tenir una denominació discrecionalment canviant. Aquestes circumstàncies faciliten la confusió sobre qui forma part del SISCAT a que ens hem referit en l'apartat 1.1.1.

³⁰ Ja en l'etapa del tripartit sectors dels qui creuen en el deu del mercat i en el pecat original de burocratisme de lo públic van fer pressions per a que consorcis públics amb participació majoritària de la Generalitat i el mateix ICS no incorporessin en els seus estatuts que eren *mitjà propi* de la Generalitat. L'ICS no ha modificat el seus estatuts per a explicitar-ho

*destinació del saldo del compte de resultats de l'exercici pressupostari, del romanent dels exercicis anteriors i de les disponibilitats líquides de tresoreria. La supervisió i el control sobre l'activitat econòmica, financera i de gestió de les entitats només es pot portar a terme quan aquesta ha estat desenvolupada, pel sistema d'auditoria externa, amb caràcter anual, d'acord amb la normativa vigent, i sens perjudici de la regulació específica del tipus de personificació jurídica.*³¹

Això vol dir que, a partir d'ara, no només en les entitats privades, sinó també en tota l'activitat finançada per la Generalitat en aquest *sector públic de la salut*, és a dir, en els actuals consorcis i empreses públiques que no són *mitjà propi* de la Generalitat, més les empreses que surtin del desmembrament de l'ICS, es podran repartir beneficis. Per les "ex-ICS" ja s'hi concretarà un personalitat jurídica "adient" per poder-ho fer. En la pràctica però els beneficis no apareixeran com *saldo del compte de resultats de l'exercici pressupostari*. Tal com ja fan moltes empreses familiars o de grups de professionals (advocats, arquitectes, metges) un consell d'administració extraordinari abans de cap d'any, potser a l'hora de les postres del sopar de Nadal, decidirà que en lloc d'un previst benefici es "gratifiqui l'eficiència" dels directius amb un "bonus" o plusos especials i el resultat sigui moderadament deficitari, i això pel "bé de l'empresa", que seguirà autoqualificant-se de pública, però que no voldrà que en veure l'auditoria algú de la Generalitat pensi que està finançant-li en excés i li redueixin el pressupost assignat en el concert de l'any següent. No hi haurà ni "benefici", ni "dividend", hi haurà més despesa de personal o d'empreses externes de propietat vinculada als directius o "cotitulars" de l'empresa pública. Això, exacte o aproximadament, ja és el que estan fent algunes EBAs i d'altres centres privats de la XUP/SISCAT i ho expliquen orgullosos als amics. Per això pot comprendre's que hi hagi metges decidits partidaris de cercar *tipus de personificació jurídica* adients per les empreses que en resultin del trossejament de l'ICS, esperant tenir poder decisorí en les mateixes, i que alts directius del Departament i de l'ICS s'atreveixin a dir que lo únic que es pretén és agilitzar i desindicalitzar. Aconseguir que ni Parlament, ni interventors, ni auditors puguin preguntar en què es gasta cada partida pressupostària, ara, a més, s'evita que els sindicats o qualsevol entitat o associació cívica puguin fer, amb dades, preguntes "impertinents". El "negoci és el negoci" i, com ja ha explicat algun expert que viu del negoci sanitari, l'actual ICS és *massa gran* i per a que sigui font de negoci, primer s'ha de trossejar³². Entenent "negoci" no només des de la perspectiva econòmica sinó també com a "negoci de més poder social en el pastis sanitari". Sense que entri capital privat ja es pot convertir a tota empresa pública... en empresa amb ànim de lucre per a directius, empreses o fundacions relacionades.

Conclusions i síntesi de la valoració:

- **Es constata que no es pretén agilitzar l'ICS, sinó sols trossejar-lo per camuflar objectius que no s'expliciten en les lleis que ho permetran, objectius que hi ha qui pretén negar, però expressats en d'altres llocs:**

³¹ Tot el text en cursiva correspon als articles 69 i 70 de la Llei 7/2011, de 27 de juliol.

³² v Diari de Girona de 17-10-2011 i 25-11-2011. El model ja s'ha començat a negociar pel que fa a l'Institut de Diagnòstic per la Imatge (IDI), des de fa 20 anys 100% de l'ICS (v. EL PAÍS 2-5-2011)

- Que bona part de la seva atenció primària pugui passar a dependre, amb l'eufemisme d'establir aliances estratègiques, d'entitats concertades públiques o privades de naturalesa essencialment hospitalària o simplement es converteixin amb EBAs jurídicament independents
- Que sota l'adjectiu d'Instituts o d'altres es creïn Unions Temporals d'Empreses o altres formes jurídiques que permetin l'entrada de capital privat i/o que tinguin per objecte que parts de l'ICS siguin botí apetitós en el que hem denominat "mercat de poder social en el pastís sanitari"
- **L'objectiu** explícit en la llei òmnibus era que en els centres de l'ICS es pogués fer activitat privada. En la llei òmnibus es deia clarament en un article i es facilitava en d'altres, ara amb **la llei d'agilitat**, ajudada amb la llei que acompanya els pressupostos, hi ha motius per pensar que simultàniament es pretén: amagar l'objectiu però articulant-ho millor i **avançar més per facilitar**:
 - **incorporar l'activitat privada en els actuals centres de l'ICS**
 - **deslligar-los de la Generalitat** modificant la seva naturalesa jurídica
 - **fomentar que les relacions** entre els SCS i tots els centres concertats pel SCS, també els actuals de l'ICS, siguin relacions **econòmiques de mercat**
 - **es donin** en la sanitat de finançament públic, també en els actuals centres de l'ICS un cop feta la *reestructuració administrativa*, **serveis complementaris als pacients finançats privatament**, com a forma
 - d'incentivar la subscripció **d'assegurances sanitàries privades** i que
 - **els centres públics precisin de menys finançament públic en obtenir-ne de privat**
- No es fa res per evitar i en canvi **es facilita** que el sistema sanitari català pugui **anar passant cap a un model com el dels EUA**: abans d'atendre es pregunta al pacient com ho finançarà
 - si disposa de targeta d'una assegurança privada se li podran oferir serveis complementaris
 - si només disposa de la targeta del SCS-CatSalut i ja s'està esgotant l'activitat "comprada" pel CatSalut al pacient se l'enviarà a casa posant-lo darrera en la llista d'espera o deixant-lo per l'any vinent.
- No **estem parlant de** futurisme que començarà en aprovar-se la llei d'agilitat, estem parlant d'un present que, amb les "retallades" del pressupost, la llei d'acompanyament al pressupost i **accions ja existents**, ja ha començat.
- Si fos veritat que, com ha comunicat per escrit el Director-gerent de l'ICS (20 d'octubre), com a resposta a aquestes intencions publicades en la premsa, de que només es preveuen canvis "*per desenvolupar i donar compliment al que estableix la Llei de l'ICS, aprovada l'any 2007 pel Parlament de Catalunya amb el consens majoritari de tots els grups parlamentaris*", per què es modifica la Llei de l'ICS?; per què concretament es fan aquestes modificacions de la llei?

1.2. Canvis i contradiccions en l'evolució del model territorial

No es van desplegar en termes de relacions assistencials el sectors sanitaris establerts en la LOSC (1990), posteriorment sí que darrera del concepte de governs territorials de salut (GTS, 2006) hi havia un model teòric, però que resultava contradictori amb la seva estructuració. Un 68% dels territoris amb menys de 200.000 habitants i només un 24% amb més de 250.000, mínim i màxims marcats l'any 1986 per la LGS, que l'Informe Abril (1990) considerava s'havien d'ampliar. 40 territoris (36

més BCN amb quatre) és un nombre excessiu. Més que la proximitat ha dominat l'hospitalocentrisme cantonalista que ha dificultat una bona coordinació d'especialitats i de nivells i ha dificultat el control democràtic en cavalcar algun territori en dues províncies

L'alta heterogeneïtat de les característiques i mitjans dels hospitals i l'alta heterogeneïtat de la concentració-dispersió de la població catalana no ha estat compensada per una política de cohesió intra i inter territoris basada en criteris dels objectius de salut, equitat i cohesió social. En despesa per càpita les diferències entre territoris són superiors a la relació 1 a 4, diferència no justificada per diferències socials. Diferència que s'explica per l'heterogeneïtat dels nivells d'hospitals distribuïts en el territori, per una política cantonalista no vàlida per territoris petits i a un sistema de concerts del SCS amb els centres que inclou diferències en el finançament d'un mateix procés sovint superiors al 300% amb resultat de manca d'equitat tal com comentarem més endavant.

1.3. Ciutadania i sistema sanitari

1.3.1. Drets i objectius socials del sistema sanitari de finançament i responsabilitat pública

Unes declaracions del Conseller de salut Sr. Ruiz el passat 25 d'octubre sobre el dret a la salut de les persones va generar una declaració d'un conjunt de professionals, molts d'ells del CAPS, sobre els determinants reals de la salut (www.caps.cat) en el que es citaven els articles de la Constitució i de l'Estatut en els que queda clar quedar clar que és responsabilitat governamental que el sistema sanitari es basi en el dret de la persones relatiu a la salut. D'altre part la Llei General de Sanitat (LGS 1986) per la que es va constituir el Sistema Nacional de Salut explicita (art. 3 i 12) *que: Els mitjans i actuacions del sistema sanitari estaran orientats prioritàriament a la promoció de la salut i a la prevenció de les malalties (...). La política de salut estarà orientada a la superació dels desequilibris territorials i socials. (...) Els poders públics orientaran les polítiques de despesa sanitària per tal de corregir desigualtats sanitàries i garantir la igualtat d'accés als serveis sanitaris públics en tot el territori espanyol, segons el que disposen els articles 9.2 i 158.1 de la Constitució.. Aquest article 158.1 fa referència a l'equitat financera entre les CCAA i el 9.2 diu: *Correspon als poders públics promoure les condicions perquè la llibertat i la igualtat de l'individu i dels grups en què s'integra siguin reals i efectives.* Els mateixos termes s'utilitzen en l'art. 4.2 del nostre Estatut. Pel que fa als principis que pel sistema català estableix la LOSC (art 2), entre ells hi ha: a) *Concepció integral i integrada del sistema sanitari a Catalunya, fent especial èmfasi en la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia.* c) *Universalització per a tots els ciutadans residents a Catalunya dels serveis sanitaris de caràcter individual o col·lectiu.* e) *Racionalització, eficàcia, simplificació i eficiència de l'organització sanitària.* f) *Equitat i superació de les desigualtats territorials o socials per a la prestació dels serveis sanitaris.**

En funció del que diuen aquests pilars del nostre ordenament jurídic el sistema sanitari de finançament públic ha de respondre al dret a la protecció de la salut i a l'objectiu de

cohesió social. Els ciutadans tenen el dret a exigir que el nostre sistema sanitari no sigui ni un mer mercat regulat i finançat públicament, ni tampoc un sistema d'assegurament públic³³ per atendre totes les contingències en matèria de salut de les persones. En coherència amb aquest dret els centres sanitaris que formin part d'aquest sistema no poden ser només proveïdors de serveis assistencials, han d'estar compromesos de forma efectiva i controlada amb els objectius de cohesió social i amb uns principis de *racionalització, eficàcia, simplificació i eficiència* no sols de les seves pròpies entitats sinó també del conjunt *de l'organització sanitària*. Un compromís signats en els contractes d'adscripció previstos, com ja hem dit, en l'art 5 de la LOSC i que no s'han signat mai.

1.3.2. De la teoria a la pràctica

La teoria continguda en la legislació bàsica posa l'eix de l'atenció en el ciutadà, però la pràctica en "tot per al ciutadà...amb molt poc ciutadà". Podem llegir en el web del Catsalut en parlar del model català: *"Els ciutadans i ciutadanes de Catalunya, que són assegurats del CatSalut i que, per als proveïdors, són els seus clients, són també propietaris del sistema públic de sanitat. En un sistema integral de salut com el nostre, els ciutadans i ciutadanes es consideren també corresponsables de la seva salut"*³⁴. En d'altre apartat titulat *"Com incorporem la veu de la ciutadania en la contractació dels serveis?"* es diu: *El CatSalut facilita a cada entitat proveïdora els resultats específics de les enquestes i inclou en els seus contractes de compra de serveis sanitaris i sociosanitaris clàusules de satisfacció objectius anuals per tal que cadascuna de les entitats proveïdores que presten serveis sanitaris puguin fer progressar aquells aspectes susceptibles de millora segons la percepció de les persones usuàries"*³⁵.

Per al CatSalut som assegurats i per els centres sanitaris proveïdors de serveis som clients, però en lloc de considerar-nos objectes del mercat sanitari se'ns hauria de definir com a ciutadans que a vegades estem malalts, a vegades treballem com a professionals o empleats, però que sempre formem part del Sistema, com a ciutadans, com a persones amb els nostres drets i obligacions, evidentment diferents dels que poden tenir els clients en una relació comercial o els assegurats que signen un contracte amb qualsevol asseguradora. La diferència conceptual, que pot semblar una simple qüestió terminològica, marca dràsticament quina ha estat l'aplicació pràctica dels principis teòrics del Sistema Sanitari, del Sistema de Salut envers la ciutadania establerts en funció de la Constitució, Però no és sols una qüestió de diferència entre teoria i pràctica. També és una errònia transposició de les relacions de mercat a la sanitat. En un mercat els proveïdors animen a comprar i els clients decideixen què demanen comprant. En salut els professionals animen i ensenyen a no haver de demanar assistència mitjançant hàbits saludables, els ciutadans exposen els seus problemes de salut i els professionals són els qui decideixen quins mitjans calen per

33 El discurs, aliè a la legislació vigent, de que el SCS és, simplement, una asseguradora pública que contracta a empreses que prestin serveis per atendre contingències del seus assegurats es va introduir en els anys en que era director del SCS la persona a que ens hem referit en notes anteriors: Josep Prat.

34 http://www10.gencat.net/catsalut/cat/coneix_model_res.htm

35 http://www10.gencat.net/catsalut/cat/experiencies_enquesta.htm

resoldre'ls. El sentit de la demanda és absolutament diferent. L'objectiu d'empresa amb ànim de lucre és provocar més demanda. L'objectiu d'una entitat pública o sense ànim de lucre en situació de manca de transparència pot ser també provocar més demanda per tenir més poder social. L'objectiu d'un servei de salut que actuï segons els principis de la LGS i la LOSC és reduir les necessitats assistencials de la ciutadania. El sentit de la oferta és encara més diferent. En salut el caire d'efectiu servei públic ve tant o més que per la seva forma jurídica, per les seves prioritats en l'oferta de serveis. El pensament mercantilista està ofegant la sanitat pública.

Resum-conclusions sobre relacions sistèmiques:

- L'elevat nombre d'institucions i centres, la confusió d'un model inexplicable, qualificable de "magma", l'ocultació dels interessos particulars o de grup, interessos que son de poder social i econòmics, dins de les entitats públiques o privades i de les "patronals", més el pes creixent de la ideologia neoliberal, dificulten enormement la *concepció integral i integrada del sistema sanitari a Catalunya* (1er principi en la LOSC, art 2), **necessària per a una eficient contribució del sistema sanitari a la salut del catalans** i són origen de la manca d'obligació de rendir comptes públics, la manca de transparència i l'increment de costos (manca de serveis comuns de compres, logística, STICs, etc.). Defectes accentuats per l'abandó del SCS, en fer sols de "comprador", de les seves responsabilitats en planificació i promoció, tant dels principis informadors de la LOSC, com d'instruments per a la cohesió i les sinèrgies en el Sistema.
- Manquen els contractes previstos de compromisos pels centres del SISCAT (LOSC art 5, Decret 196/2010, art 10), i que creiem haurien de ser relatius a:
 - **lleialtat** als principis informadors del nostre sistema, als seus valors (LOSC art 2, LGS art 3), particularment sobre **no generació de demanda innecessària, promoció i prevenció en salut i cohesió social**. Amb indicadors de control de compliment
 - **transparència, amb exigència del model de dades obertes**
 - incompatibilitats definida de càrrecs, de cap de servei cap amunt
 - límits en l'endeutament
 - 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; segons propostes de "l'Informe Vilardell" de 2005)
 - Sancions a entitats o persones per incompliments en aquest contracte
- **No s'ha formalitzat l'articulació dels esgraus del procés de diagnòstic i tractament** previstos en la LGS (art 15) i indispensables per l'eficiència del sistema:
 - 1er) l'atenció primària integral de salut (LGS art 18), inclou comunitària
 - 2on) l'atenció especialitzada de l'Àrea de salut (àrea, sector o territori)
 - 3er) els centres de referència acreditats

- El procés de territorialització ha accentuat la inversió del procés: l'AP dependent d'un hospital del territori
- Les modificacions que es volen fer per desmembrar en l'ICS no tenen cap justificació pel progrés del nostre sistema, però en tenen pel seu afebliment i, sobre tot, per reduir la seva contribució a la cohesió social.
- Les relacions dins del sistema haurien de respondre al model de drets i objectius socials establerts en la nostra legislació bàsica (Constitució, Estatut, LGS, LOSC) però en la realitat les relacions entre institucions responen a les d'un "mercat relacional" i les relacions de les entitats públiques o concertades amb la ciutadania a un simple mercat amb regulació i finançament públic. S'oblida també i s'amaga que, en tot mercat, la primera "lleï" és l'expansió no pas la racionalització.
- Recentment s'ha establert per llei que la sanitat pública pugui actuar també amb ànim de lucre

2. El “model català” de salut: el model de finançament

2.1. La incidència del model a les finances públiques

Algunes persones no han deixat d'intentar col·locar el missatge que les retallades són conseqüència de la deficitària gestió pressupostària dels darrers anys. La realitat no sembla donar suport a aquest argument: la Generalitat de Catalunya al menys des de l'any 2004 i fins l'esclat de la crisi amb tota la seva virulència l'any 2008, ha liquidat els seus comptes consolidats amb estalvi brut. És a dir, en tot i cadascun dels anys immediats a la crisi econòmica els ingressos corrents van superar les despeses corrents, i en un percentatge promig relativament significatiu, el 6,3%. Per tant, en aquest període 2004 - 2007 la Generalitat va seguir escrupolosament el que es coneix com *regla d'or* de les finances públiques que consisteix en que els ingressos tributaris i transferències corrents financin la totalitat de la despesa corrent (salariis, compra de béns i serveis i subvencions) i una part de l'activitat inversora.

L'import de l'estalvi brut seria en realitat superior del que mostren les xifres si tenim en compte, que durant aquests anys es va anar dedicant recursos a sufragar l'enorme quantia de despesa que havia estat meritada a l'exercici 2003 i que no es va reconèixer pressupostàriament en aquell exercici per manca de crèdit. L'any 2003, pel conjunt del Catsalut, ICS i ICASS, el govern de CiU va deixar 1.981 M€ de despesa meritada sense reconèixer. D'aquesta quantia, el gruix, 1.808 M€, corresponia al Catsalut. Això va significar que a l'exercici següent, l'any 2004, aquest organisme tenia el 28% del seu pressupost inicial compromès d'entrada en despesa que s'havia incorregut l'any anterior. La nova administració sanitària, en comptes de fer aflorar aquesta despesa desplaçada reconeixent-la en el mateix any 2004 en la seva totalitat, òbviament amb el cost de generar un elevat dèficit per la mateixa magnitud, va optar per anar absorbint-la paulatinament en els pressupostos dels exercicis posteriors fins l'any 2009 en que es va eixugar en la seva totalitat. No obstant això, l'any 2010 ha tornat a produir-se aquesta mala pràctica, i encara que és tracti d'un volum molt inferior 850M€ -el 43% de l'import de 2003- o una situació de greu crisi no l'eximeix de la crítica per vulnerar els principis de la gestió pressupostària. El que en qualsevol cas sorprèn, és que les denúncies més vehements procedeixin d'aquells que varen deixar, precisament, tant significatiu llast al final del seu mandat. Un mínim de coherència seria exigible en aquest tema i en altres com veurem més endavant.

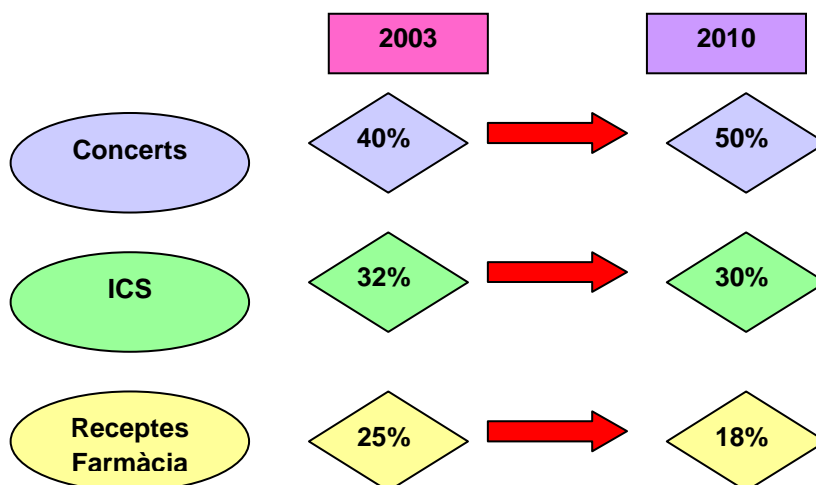
Per tant, fins l'esclat de la crisi, el dèficit que presentaven els comptes de la Generalitat era degut a que una part de la inversió no es cobria amb els ingressos corrents i per tant es finançava amb deute. Aquesta és una pràctica conceptualment totalment correcta, i que hauria de trobar el seu límit no en perjudicis sinó en el càlcul econòmic que determina el volum d'inversió sostenible financerament que es pot executar donades les bases econòmico-financiers que sustenten la institució. La defensa del dèficit zero o superàvit es basa en plantejaments purament ideològics que no tenen cap fonamentació teòrica ni tampoc empírica, és més els darrers estudis sobre els efectes econòmics del deute públic defensen que certes dosis de deute –i per tant, de dèficit previ origen del deute- són favorables pel creixement econòmic. Aquests mateixos treballs han situat en el 80-90% els llindars de deute públic respecte el PIB a partir dels quals consideren que apareixen efectes nocius macroeconòmics. Doncs bé, l'economia espanyola l'any 2007 tenia un nivell de deute públic del 42,1% del PIB i un

superàvit pressupostari de l'1,9% del PIB. Aleshores, pel que diuen les dades són totalment infundades afirmacions sobre si l'administració pública vivia per sobre de les seves possibilitats i com a molt es podria discutir si el govern català va invertir o no més enllà de les seves possibilitats econòmico-financeres. En aquest sentit el CAPS ja va presentar un informe analitzant el pressupost sanitari de la Generalitat per a 2011 i comentant aquetes possibilitats³⁶

El finançament del Servei Català de la Salut (SCS), tant quan es tractava d'una partida finalista procedent dels Pressupostos Generals de l'Estat, com quan ha esdevingut integrat en el traspàs genèric de recursos, que cada CCAA pot distribuir com cregui convenient, no ha estat mai suficient, ni realista, han estat uns pressupostos maquillats on tothom sabia de la seva insuficiència any rere any, el que provoca el desplaçament del dèficit públic als prestadors de serveis mitjançant preus insuficients i/o compra de menys activitat de la necessària, així com el desplaçament del pagament del deute a exercicis posteriors ("les factures al calaix") que han practicat tots els Governos de la Generalitat. Actuació que porta a pràctiques de discrecionalitat que desvirtuen la necessària regulació que hauria d'exercir l'autoritat sanitària, com veurem tot seguit. Aquesta insuficiència de finançament només ha tingut un curt període de millora, entre els anys 2005 i 2007, on els pressupostos del Departament de Salut van assolir uns nivells acceptables de realitat i suficiència.

La despesa del SCS en termes reals ha crescut un total del 37,5% en els darrers 7 anys, augment que ha s'ha concentrat principalment en la despesa d'activitat concertada, la qual ha recollit el 77% de l'incrementa de la despesa. Així, la concertació ha anat guanyant pes dins del conjunt de la despesa sanitària, passant del 40% del total de la despesa del SCS l'any 2003 al 50% l'any 2010. Paral·lelament, el pes de l'ICS ha sofert una lleugera disminució del 32% al 30% mentre que la caiguda en el pes de la despesa en receptes de farmàcia ha estat més significativa, al reduir-se del 25% al 18%, si bé aquesta no inclou la despesa farmacèutica hospitalària que és la que ha crescut més.

Distribució de la despesa sanitària a Catalunya, 2003-2010.



³⁶ http://www.caps.cat/images/stories/DOCUMENT_DE_TREBALLpremsa.pdf

L'augment de la concertació és produeix paradoxalment en un context en que moltes de les entitats concertades, fonamentalment en l'àmbit de l'Atenció hospitalària i especialitzada són en l'actualitat entitats de titularitat pública, sota fórmules de personalitat jurídica diversa. En aquest sentit, adquireixen una major rellevància les obligacions de les esmentades entitats per la transparència i control dels recursos públics esmerçats a les activitats sanitàries.

I més, quan donat el caràcter públic de moltes de les entitats proveïdores, el CatSalut acaba responent dels seus dèficits i deutes i per tant efectuant les aportacions al capital o fons patrimonial d'aquestes entitats. Tanmateix, també atorga subvencions d'explotació a diverses entitats, així com transferències específiques com la corresponent al ICF, per exemple, en base a l'Acord de Govern de la Generalitat de 1999 pel qual es va assumir el deute de l'Hospital General de Catalunya avalat pel CatSalut (23 M€) i les transferències efectuades per finançar a càrrec del CatSalut les obres de noves instal·lacions sanitàries licitades per les entitats proveïdores. L'any 2010 es van transferir un volum de recursos de 133 M€ per la totalitat d'aquests conceptes i que van constituir una part creixent dels 665 M€ transferits d'ençà 2003 fins l'actualitat.

Òbviament, totes aquestes aportacions formen part, generalment de compromisos d'actuació que s'estenen al llarg de diversos anys per la qual cosa constitueixen despeses que es comprometen per exercicis futurs. A finals de l'any 2010, el CatSalut tenia 4.321 M€ compromesos al llarg dels següents anys fins l'any 2039, d'aquest destaca l'importa de 1.084 M€ corresponent al Conveni subscrit l'any 2006 amb l'Orde Hospitalari de Sant Joan de Déu en relació al nou Hospital Sant Boi de Llobregat i de durada fins l'any 2036. També hi ha partides compromeses a raó de concessions efectuades l'any 2003 com la referida a l'Hospital Duran i Reynals (Sociosanitari i Salut mental) que s'allarga fins l'any 2034 o la de l'Hospital militar de Lleida (Sociosanitari) per una durada fins l'any 2021. També s'inclouen les pensions pendents de pagament dels 16 censos emfitèutics existents en l'actualitat que s'han anat constituint des de l'any 2000 afectant tant a hospitals i CAPs, com els lloguers a ICF equipaments per la recent constitució de 24 Drets de Superfície corresponents a sengles Centres d'atenció primària.

2.2. La concertació, característica específica del “model català”

Un sistema sanitari com el nostre que es basa en el model de Sistema Nacional de Salut (LGS) ha de tenir una característica fonamental: la regulació de l'oferta, per tal de preservar l'equitat d'accés a les prestacions, que són universals.

L'exercici d'aquesta regulació es fa mitjançant la Planificació i l'Ordenació del recursos i la prestació de serveis. A Catalunya la prestació l'administració la fa de forma Directa (ICS), indirecta (Concerts) i compartida (Consorticis).

Així doncs, es tracta d'un model teòric de “Mercat Regulat”, però el que realment tenim, des d'un principi, és un “Mercat Relacional” on qui realment determina l'oferta són els proveïdors de serveis, mitjançant les patronals del sector, els grans centres assistencials i els col·legis de metges, a través de la major o menor capacitat de

“relació” de cada un amb l'administració, a part del “pes” de les diverses administracions locals front a la Generalitat.

La diversificació de proveïdors a Catalunya, aprofitant la “situació històrica” heretada del sistema de Seguretat Social, va portar a contraposar el “monopoli de l'ICS” a la competència entre varis proveïdors, però el cert és que s'ha acabat amb un “oligopoli territorial” de diferents entitats privades i/o públiques amb implantació comarcal en exclusiva (Sagessa al Camp de Tarragona, Mútua de Terrassa al Vallès Occidental, La Fundació de l'Hospital de Palamós a l'Alt Empordà, etc).

Hi ha hagut un recorregut des de la proposta de fomentar l'eficiència mitjançant “la competència” entre proveïdors, considerant el sistema un “quasi mercat”, a proposar la “cooperació”, per acabar en les anomenades “aliances estratègiques”, per allò de tornar a l'economia d'escala. Ara tenim la proposta de desmembrament de l'ICS, tornant a la idea primera de la competència entre proveïdors, considerant per part del sector concertat que l'ICS, com entitat pública, fa “competència deslleial” a la resta de proveïdors. Criteri ara acceptat pel Govern de la Generalitat que desvirtua de forma flagrant el mandat de la LOSC, que considera els concerts d'activitat com a complement de la prestació de serveis públics propis.

Els mecanismes de relació d'aquest “no mercat” han estat, com s'ha dit, la relació discrecional “a dos” mitjançant instruments com ara:

- Clàusules de suport econòmic a l'explotació (subvencions encobertes a fons perdut, per eixugar dèficits o fer inversions)
- Compra d'activitat de Llistes d'Espera (“peonades” de tarda)
- Concursos de gestió i prestació de serveis (EBA, Proves Complementàries, amb postulants únics per territori).
- Preus negociats de l'activitat contractada als hospitals mitjançant l'IRR, del 0,74 al 1,36 i l'IRE del 0,43 al 1,42, aplicats a 5 nivells diferents.³⁷
- Pagament a tarifa molt reduïda de l'activitat atesa per damunt de les previsions
- Programes d'especial interès pel Departament, de concessió discrecional.
- Ocultació dels costos de recerca i formació universitària sense finançament específic, diferenciat
- Signatura de les clàusules econòmiques anuals prop de tancar-se l'any, inclòs el volum d'activitat “comprada”, és a dir quan pràcticament ja s'ha realitzat i per tant pot ser que ja sigui previsible que es contracti una quantitat d'activitat inferior a la que, de segur, es farà.

El resultat és el notori desequilibri que hi ha en el que cobren uns i altres hospitals del que se'n deriven desequilibris notoris en l'objectiu d'equitat. No hi ha una comptabilitat de costos mínimament suficient però si s'aplica el finançament rebut per diverses vies resulta que, en el corresponent a un mateix procés, les diferències entre centres poden ser, en no pocs procediments, molt superiors al 300%

³⁷ Aplicació dels índex IRE (Intensitat Relativa d'Estructura) que és mesura segons l'estructura de mitjans físics de cada centre en proporció a la de tots i del IRR (Intensitat Relativa de Recursos) que es mesura segons la complexitat dels diagnòstics tractats en malalts ingressats, també en proporció a la de tots els hospitals, dos índex calculats emprant molts paràmetres. Aquesta aplicació dona una aparença d'objectivitat que es constata artificial quan també s'aplica per la tarifa d'urgències i d'atenció ambulatoria provocant, que pels pacients que entren per una porta o un altre d'urgències o són visitats pel mateix problema en la consulta d'un hospital o d'un altre, un hospital cobri 4 vegades més que un altre. Tampoc incentiva a una millor qualitat en resultats de salut emprant els mateixos recursos físics. L'establiment de 5 nivells d'hospitals que no es corresponen amb criteris de planificació cronifica diferències entre l'import econòmic destinat a uns territoris o sectors de salut respecta a d'altres

De CiU al Tripartit:

Així com la LGS va tenir forta oposició tant per la dreta com per l'esquerra del PSOE, la LOSC va gaudir d'un total suport l'any 1990, que ja no va ser total en la seva modificació de 1995. El ple suport al model dels partits majoritaris ha fet que la sanitat a Catalunya hagi estat un dels aspectes públics més consensuats, fins ara. També, certament hi ha hagut algunes diferències de plantejament entre CiU i l'aplicat en l'etapa del Tripartit, sobretot en aspectes com ara:

- La planificació: Mapa Sanitari i Socisanitari, Plans Directors.
- La racionalització de la salut pública (Llei de Salut Pública)
- L'increment de recursos: Inversions en equips (Proposta Horitzó 2012)
- Equiparació de condicions laborals al sector (Transitòria 5ª de la LOSC)
- La governança amb els ajuntaments (Governs Territorials de Salut)

Però tot plegat ha quedat molt desvirtuat en l'aplicació pràctica pel manteniment del "mercat relacional", que no ha canviat el més mínim en aquest període. Aquest model de "mercat relacional" ha tingut, pels responsables del sistema, les seves avantatges en períodes d'expansió dels pressupostos ja que:

- Incentiva als gerents dels centres a incrementar la seva activitat però només en funció de la seva expectativa d'assolir un millor concert, per més compra o millor tarifa.
- Permet, per la possibilitat simultània dels instruments assenyalats, una negociació fàcil per decidir a quins centres s'incrementa més que a la pauta general: en un dinar entre el director del SCS i el de cada patronal "tants milions per aquest, tants per l'altre, tant per l'altre... i ja tenim els instruments i fórmula per quadrar-ho"
- Fomenta, pels motius anteriors, una fidelitat clientelar del gerents, no necessàriament de tipus polític sempre que es demostrï ser "bon" gestor; un qualificatiu indefinit i subjectiu, ja que la manca de transparència, de la que en parlarem, i la inexistència generalitzada d'una comptabilitat de costos no permet avaluar qui, en què, ni com, és més o menys eficient que els altres. Aquesta fidelitat clientelar és piramidal: dels gerents als directors de les patronals, d'aquests al director del SCS

Aquesta forma aplicada durant anys no serveix si no hi ha increment suficient del pressupost global. Com que no hi ha pràctica de prioritzar de forma racional i transparent als propis gerents dels centres concertats no els hi ha estranyat les "retallades lineals" de 2011. Aquesta forma no era possible per l'ICS i el servilisme que ha exigít als gerents dels centres concertats els ha fet expressar que l'ICS estava privilegiat per no tenir aquesta exigència d'adaptació al "mercat relacional". La considerada "excepcionalitat" de l'ICS ha incomodat a les direccions del SCS. L'alt poder pressupostari dels directors-gerents de l'ICS els hi ha facilitat parlar de tu a tu amb el Departament d'economia, sense passar pel SCS. No és d'estranyar que els directors del SCS hagin desitjat, ni que sigui per aquest motiu, el debilitament de l'ICS mitjançant el seu trossejament. Ara, un "ex", ho està formalitzant

3. Problemes greus a afrontar

3.1. Manca de transparència

En la mateixa línia que l'exposat fins ara els instruments d'avaluació i control de resultats del sistema existeixen, el tema es com es gestionen, quina es la seva aplicació pràctica i quins nivells de transparència assoleixen.

Els instruments actuals podem dividir-los en:

Generals:

- Enquesta de salut de Catalunya
- Enquestes de satisfacció ciutadana i professional
- Memòries d'Activitat

Particulars dels centres:

- Central de Resultats
- Avaluació d'objectius específics
- Registre de Llistes d'Espera Quirúrgiques i Diagnòstiques
- Reclamacions, Unitats d'Atenció al Client i Gestió Centralitzada al SCS

Enquesta de salut: fins l'última, en general ha estat positiva. Amb la corroboració de les diferències provocades pels diferents nivells econòmics, socials i educatius més que per l'oferta de recursos d'atenció sanitària. Haurem de veure en la propera els efectes de la situació econòmica i social conseqüència de la crisi, que incidirà encara més en les desigualtats de salut, i de les retallades generalitzades de recursos que ha implantat el Departament de Salut.

Enquestes de satisfacció: La repetició, de forma endèmica de les baixes valoracions en les diferents onades de consulta per part dels usuaris i usuàries en temes concrets (Informació als pacients de salut mental, el menjar als hospitals, els temps d'espera en les consultes, tant d'especialistes com d'AP, les llistes d'espera per a intervencions quirúrgiques, el contacte telefònic a la AP per parlar amb el capçalera, etc), així com les queixes i observacions dels professionals (pressió assistencial, poca possibilitat d'autoorganització, manca de coordinació entre AP i Hospitals, etc) no han estat resoltes.

Memòries d'activitat: Poca resposta a l'evidència de diversitat clínica entre centres, les diferències en la utilització de serveis entre territoris, la mancança endèmica d'alguns recursos assistencials a determinats territoris, etc.

Central de Resultats: Amb una metodologia d'aportació voluntària de dades per part dels centres i serveis concertats, sense validació externa. Manca de coneixement públic dels resultats individualitzats per centres i serveis, una manca justificada de forma perversa³⁸. Manca de reconeixement de la infradotació de recursos per part del

³⁸ La no identificació de centres va ser justificada ja des dels orígens com a « Central de balanços » al·legant que eren dades confidencials, posteriorment en els informes s'ha justificat amb una referència

Catsalut que s'evidencia en els resultats comptables del sector amb dèficit permanent, i que propicia els mecanismes de compensacions "relacionals".

Registre de Llistes d'Espera: Instaurada la gestió per uns quants procediments quirúrgics, no tots, i proves diagnòstiques, tampoc totes, després de 20 anys de funcionament del Catsalut i no gestionades encara les d'Atenció ambulatoria d'especialistes. El Departament de Salut canvia els criteris d'inclusió per tal de maquillar la dificultat d'accés als serveis sanitaris; una de les formes bàsiques de maquilla-ho és la discrecionalitat amb que es considera quan un pacient "s'incorpora" a la llista d'espera. El que interessa sobretot als ciutadans, però també als seus metges d'AP és tot el "temps d'espera", el que va des de que pacient o metge detecten un problema fins que s'inicia el tractament, no sols el que comença quan algú el posa en una llista

Avaluació d'objectius específics, per Centre o Regió Sanitària: En unes quantitats d'entre el 60% i el 40% respectivament. Amb afectació de la part variable dels concerts (5%) si no hi ha compliment, que mai es materialitza la sanció, ans el contrari, es paga tota l'activitat concertada sempre que s'arribi al 80% d'acompliment del concert.

Reclamacions: Llista única del Catsalut, amb oficines descentralitzades amb gestió pròpia dels centres (UAP), amb informació al públic genèrica i agregada, que dificulta el coneixement de la situació i la comparança en els resultats.

Aquests són els instruments però en absolut es pot parlar de transparència. Sols hi ha transparència quan les dades són d'accés públic, creïbles, comparables i fàcilment interpretables, amb identificació dels centres i entitats on es generen i explicació dels indicadors que s'hi elabori. Estem lluny d'això. Cal el model de Govern Obert (*Open Government*), que avui en dia està acceptat per les administracions de molts països³⁹, que impulsi la transparència mitjançant el concepte de Dades Obertes (*Open Data*).

Sols passarem a disposar d'un sistema sanitari segons el que està escrit en lleis i documents oficials i deixarem de tenir un sistema "magma", un "mercat relacional", si hi s'adopta aquest model de dades. La transparència dificulta la corrupció, dona eines a la ciutadania per exercir la participació, prestigia les administracions públiques i esmicola els grups de poder que es basen en la possessió de la informació per exercir-lo al marge de la societat democràtica.

La Generalitat de Catalunya, ha endegat una web per impulsar aquest moviment però en l'àmbit de salut⁴⁰, a part de la manca de vincles a les dades dels instruments comentats, entre les dades que hi ha penjades, no es troba cap dada, o vincle d'accés on es puguin trobar, de les que mencionem en aquest treball en relació a la transparència, com poden ser:

ambigua a la legislació però s'ha fet de forma explícita, clara i pública en base a la Llei Orgànica de Protecció de Dades (acte públic el 8-07-2010 i posteriorment en web pública). Dir que la LOPD no permet identificar nominalment de quins centres són els resultats que es publiquen, tractant-se de resultats d'entitats i activitats finançades públicament en un tema d'alt interès pels professionals i la ciutadania, és qualificable d'ús pervers d'una Llei orgànica

³⁹ Veure, per exemple, la iniciativa del president Obama a <http://www.whitehouse.gov/open>:

⁴⁰ <http://www.gencat.cat/temes/cat/salut.htm>

- Els concerts econòmics de prestació de serveis dels centres del SISCAT.
- El llistat complet de qui forma la xarxa del SISCAT amb especificació de la seva naturalesa jurídica actual. Haurien de constar-hi també els seus corresponents convenis de vinculació amb el SNS, però ja hem dit que ni existeixen
- Comptes anual i/o memòria de les diferents entitats del Sistema
- Compatibilitat dels càrrecs ocupats en el SNS
- Relació de resultats dels centres i serveis amb la seva corresponent avaluació
- Registre de la/les llistes d'espera
- Informació qualitativa de reclamacions i suggeriments, per centres i serveis.

El model de Govern obert ja va ser explícitament recomanat en l'informe del *Grup de treball sobre bon govern i transparència administrativa (27-7-05)* anteriorment citat: *“Recomanem garantir l'accés a la informació per mitjà de l'ús generalitzat de les tecnologies de la informació, i especialment, de les xarxes i Internet aprofundint en els criteris d'administració oberta i estructurant sistemes coordinats entre les administracions públiques”*⁴¹. Per evitar quedar en les bones intencions l'informe proposava que la informació que no fos pública respongués a normes establertes i amb un *“catàleg complet i detallat d'aquells documents que no són susceptibles de ser consultats, entenent que tots els que no es trobin dintre d'aquests numerus clausus són de lliure accés”*

Un model de dades obertes del sistema sanitari ha de ser transparent per tota la ciutadania però tenint present també dos aspectes. En primer lloc, que els qui prenen decisions que afecten directament a resultats de salut i econòmics són milers de professionals i que es basen en informació i coneixement. No és sols una qüestió de transparència. No se'ls hi pot exigir eficiència si se'ls hi limita l'accés a informació disponible o no s'estableixen eines comunes pel tractament intel·ligent de les dades per generar coneixement i ajut a les seves decisions. En segon lloc, que la plena transparència ha d'anar acompanyada d'estrictes mesures per la confidencialitat i seguretat de les dades de salut de persones d'acord amb la legislació de protecció de dades personals i s'han de donar garanties a la ciutadania de que la confidencialitat està ben controlada. Un camp, aquest darrer, en el que queden negligències a superar⁴².

⁴¹ Recomanació nº 48. v link en nota a peu de pàgina de l'apartat 1.1.2.3

⁴² El sistema de la Història Clínica Compartida a Catalunya pot donar aquestes garanties mitjançant que cada ciutadà pugui accedir a la seves pròpies dades i també conèixer qui hi ha accedit i en concepte de quina autorització. Però el sistema que està desenvolupat i instal·lat tècnicament des d'inicis del 2009, no s'ha posat a la disposició de la ciutadania

3.2. La sostenibilitat

Pel manteniment de les prestacions de serveis sanitaris, resumidament, podríem dir que existeixen tres vies, la solidaritat basada en la fiscalitat progressiva o les quotes obligatòries, el copagament i les variants mixtes, des dels repagaments més tous (països europeus) fins els més durs (Estats Units d'Amèrica) havent demostrat tots ells, en diferents graus, la manca d'equitat d'accés de les persones més dèbils o desafavorides, amb les conseqüències negatives tant per a la població com pel propi sistema de salut.

Certament, pels poders públics, és molt més fàcil d'implantar la via del copagament (malgrat la contesta ciutadana) que l'aplicació tant d'un finançament adequat com la racionalització de la gestió a tots els nivells (amb resposta dels sectors influents i dels poderosos).

De la gestió meso i de la micro també s'ha de fer una anàlisi, per adequar-la als nous temps, incorporant-hi, de veritat, els aspectes de participació i implicació dels usuaris i usuàries dels serveis sanitaris.

El model de la LGS, d'ara fa 25 anys, va ser un gran pas endavant, amb base en un pilar fonamental com va ser la Reforma de l'AP, al seu torn recolzada en Alma Ata, però estem parlant de 1986, o sigui fa 25 anys. L'entorn ha canviat molt i el progrés tecnològic ha estat important. Preservant l'essencial, és a dir el principis bàsics en política de salut i cohesió social de la LGS s'ha de readaptar a la societat actual, la qual cosa no vol dir adaptar-ho als interessos e ideologia dels sectors socials dominants.

En el nivell *meso* es va fer la transició de la gestió administrativa a la gerencial, amb gran disgust dels metges, però en aquells moments, sense la possibilitat de contraposar ni preparació, ni experiència pròpies per entomar el canvi.

En el nivell *micro* la transició va ser el pas d'un exercici professional lliure, amb una dedicació parcial al sistema de Seguretat Social (les famoses "dues hores") a una contractació jerarquitzada, amb dedicació completa (qualificada per part d'alguns professionals, des del primer moment, com a "proletaritzada")

Certament la gestió *meso*, de centres i serveis sanitaris, també pot estar molt condicionada pel propi model de cada país i sens dubte un SNS planificat i regulat planteja uns límits que, segons com sigui gestionat, poden arribar a desincentivar a qui s'esforci en una gestió eficient. De la mateixa manera aquesta gestió *meso* pot condicionar la *micro* dels professionals, en el desenvolupament de les seves responsabilitats i la necessària implicació en el centre sanitari i en el conjunt del sistema.

Els professionals sanitaris ja fa uns quants anys que han anat adequant el seu perfil per a l'assoliment dels llocs de direcció i lideratge dels seus centres i serveis, mitjançant especialitzacions i mestratges de gestió.

Pel que fa a la gestió *micro*, fa menys temps, també s'han endegat experiències interessants que s'haurien d'anar aprofundint i ampliant, com ara els Instituts de Gestió Clínica, als centres hospitalaris, o l'Autonomia de Gestió, en els centres d'AP, on es transfereix la capacitat de decidir, planificar i gestionar de forma descentralitzada sobre la dotació de recursos assignats, així com sobre l'organització personal i de l'equip, en un marc d'avaluació de l'eficiència i de resultats en salut de la població assignada. Tot

plegat dins del marc normatiu de les institucions públiques, que hores d'ara permeten aquestes modificacions i adaptacions organitzatives.

Així doncs, un cop plantejat, discutit i acceptat majoritàriament quin és el model sanitari que volem pel nostre país, i pactada la suficiència de finançament, els ítems imprescindibles per assolir un resultat òptim són:

- Transparència: en la gestió i la informació (en tots els nivells)
- Implicació: de gestors, professionals i ciutadans (en el manteniment i bon govern del sistema)
- Avaluació: de l'eficiència dels serveis i els resultats en salut (dels equips)
- Reconeixement: del treball i de l'esforç (dels professionals)

I han d'aplicar-se verticalment en les dues direccions.

Per afrontar la problemàtica de la sostenibilitat el govern va constituir el 2004 un Grup de Treball per a la Racionalització de la Despesa Sanitària amb 13 experts de diferents àmbits de la sanitat i del món acadèmic i empresarial, 5 d'ells a proposta dels grups parlamentaris. L'informe, consensuat per tots els membres del grup, va ser presentat al febrer de 2005 rebent el nom del seu president: "Informe Vilardell". L'any 2009 els Departaments de salut i d'economia van tornar a convocar al mateix Grup de Treball. La dinàmica de treball, participació dels seus membres, concreció de preguntes i elaboració de l'informe van ser sensiblement diferents a les de 2004-05. L'informe no consensuat, amb vots particulars (tampoc es pretenia un informe de consens) va ser fet públic el juliol de 2010

Creiem que per a un programa de sostenibilitat del nostre Sistema Sanitari Públic, és a dir, per una perspectiva d'equilibri finançament-despeses en una societat econòmica i socialment canviant, l'Informe Vilardell de 2005 és un molt bon punt de partida per a consensuar mesures de reforma del sistema i d'eficiència en la seva contribució al progrés i cohesió social

3.3. Desigualtats⁴³

⁴³ Referències i fonts de dades d'aquest apartat:

Enquestes de Salut de Catalunya: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3598/doc32868.html>

OMS-Sistemes sanitaris: http://www.who.int/topics/health_systems/en/index.html

http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/memories/2009/04_09_catsalut_resum.pdf

http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/memories/2010/10_catsalut.pdf

http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3579/demanda_sanitaria_2010.pdf

http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/veu_ciudadania_plaensa.pdf

http://www10.gencat.net/catsalut/cat/prov_enquestes_taula.htm

http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2011/10/05/11/12/90d6413c-8d1b-4e2c-ab45-8cbd834fabe3.pdf (l'istes espera)

http://www.elpais.com/articulo/cataluna/reforma/listas/espera/puede/aumentar/desigualdades/elpepuespca/20110921elpcat_4/Tes

Les desigualtats en salut estan arreu íntimament associades amb les desigualtats socials (i en alguns casos bidireccionalment relacionades). I hauria de ser un objectiu civilitzador i de societat reduir-les. Però si els arguments d'igualtat d'oportunitats, ètics i d'una concepció menys desigual de la societat no són suficients, des de múltiples àmbits de les ciències socials s'està posant de manifest que l'augment de les desigualtats és una amenaça a l'estabilitat i al progrés i creixement econòmic.

3.3.1. Les desigualtats en salut a Catalunya

Es segueixen localitzant en els tradicionals eixos de desigualtat produïts socialment: Classe social, gènere, edat i territori. Les desigualtats no s'han de confondre amb les diferències en salut, aquestes últimes explicables per l'atzar i factors biològics. Tot i no disposar encara de les dades més actualitzades de les diverses onades de l'enquesta en continu de salut de Catalunya ESCA 2010, les dades de l'ESCA 2006 i altres publicacions i registres oficials són tossudes en senyalar la permanència d'aquestes desigualtats; tant en indicadors objectius de l'estat de salut, com en les auto-percepcions.

Les classes socials més desfavorides tenen menor esperança de vida, pitjors estats de salut, pitjor qualitat de vida, pitjor auto-percepció de la pròpia salut, així com menor accessibilitat a hàbits de vida saludables. Aquestes desigualtats apareixen en forma de gradient entre tots els nivells, no només comparant els extrems.

Les dones tenen pitjor estat de salut, i pitjor qualitat de vida tot i tenir una esperança de vida més elevada (malgrat una esperança de vida en bona salut i una esperança de vida lliure de discapacitats menor) i uns hàbits més saludables.

Territorialment tot i de no disposar de dades desagregades en àrees més petites es poden apreciar desigualtats en salut (sigui en esperança de vida, estat de salut, morbi-mortalitat, i qualitat de vida) a nivell comarcal (o de Govern Territorial de Salut) tot i no poder-se descriure un patró sistemàtic.

Pel què fa a l'edat podem observar pitjors resultats en salut (objectiu i percebut) en les franges edatàries més vulnerables, resultats no únicament explicables pel fet biològic.

3.3.2. Les desigualtats en el sistema sanitari a Catalunya

http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir488/ssalut_futur.pdf

http://www20.gencat.cat/docs/pla-salut/La_salut/arxius_documents/0_Pla_de_salut_de_Catalunya%20a_horitzo_2010_2apart_tot.pdf

http://www20.gencat.cat/docs/pla-salut/La%20salut/arxius_documents/5.1_5.6%20La%20utilitzaci%C3%B3%20de%20serveis%20i%20la%20qualitat.pdf

http://www20.gencat.cat/docs/pla-salut/La%20salut/arxius_documents/8.1_8.3%20Les%20difer%C3%A8ncies%20i%20desigualtats%20en%20salut.pdf

Tenim un entorn normatiu garantista pel què fa al dret a la protecció de la salut i a l'accés universal i gratuït a les prestacions sanitàries: Declaració Universal dels Drets Humans, Tractat de la Unió Europea, Constitució Espanyola, Estatut d'Autonomia de Catalunya, Ley General de Sanidad i Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya.

L'Organització Mundial de la Salut ens parla també de la importància que un sistema sanitari garanteixi i afavoreixi l'equitat en salut, corregeixi les desigualtats de partida i afavoreixi l'accessibilitat i cobertura; funcions que lògicament només farà l'esfera pública.

Fins ara, el sistema sanitari a Catalunya, malgrat les notòries diferències que hi ha en la distribució territorial del seu pressupost que no respon a resoldre desigualtats en salut, no es pot dir que hagi estat per sí mateix generador de desigualtats. La cobertura i accés universal, i gratuït a la majoria de prestacions, així com els programes concrets destinats als segments de població més vulnerables, i a grups amb situacions específiques han permès no accentuar el gap de les desigualtats en salut i reduir-lo.

Pel què fa a l'ús dels serveis sanitaris podem veure com les classes socials més baixes usen més l'Atenció Primària i els serveis d'urgència, mentre que les classes més benestants tenen major accés als especialistes, i en conjunt als professionals sanitaris.

Les classes socials més altes tenen una proporció de cobertura sanitària complementària (assegurament privat complementari) molt superior a les classes populars. Així mateix les dones i les persones grans presenten percentatges menors d'assegurament sanitari privat que no pas els homes i població adulta.

El conjunt de la població (inclús aquells que tenen assegurement complementari) reconeixen que el sistema públic és millor en totes les dimensions clínic-assistencials, únicament sent més valorada la sanitat privada en els aspectes de confort, hotelers i temps d'espera per a situacions menors.

3.3.3. Els perills per a l'equitat en salut del sistema sanitari català

L'evidència científica ens diu que qualsevol pas que afavoreixi el moviment cap a l'esfera privada dins l'eix públic-privat del sistema sanitari fomentarà les desigualtats en salut. En el debat polític en l'àmbit sanitari hem escoltat recentment algunes propostes en aquest sentit. Aquests passos es poden produir en les dimensions del finançament (menor contribució pública absoluta i relativa respecte el total de la despesa sanitària, noves modalitats de copagament, reducció de les prestacions i cobertures públiques), de la provisió (qui és titular de les prestacions oferides), de l'assegurament (amb l'afavoriment de l'assegurament privat), de la gestió, de la direcció i planificació del sistema i de la formació dels professionals. Hem escoltat propostes especialment en dues línies: reducció de la cartera i prestacions i de la seva qualitat (per via explícita amb canvis normatius, o per la implícita de la reducció del finançament) i per les propostes de nous copagaments per a determinades prestacions. És a dir si s'altera el nivell de cobertura (sigui en la llista de prestacions o el caràcter universal) o la gratuïtat d'aquestes s'accentuen les desigualtats en salut.

Les retallades aplicades actualment i que ja ens diuen que es mantindran i altres mesures que s'estan adoptant amb afectació al nivell de cobertura i qualitat poden generar un altre efecte accentuador de les desigualtats derivades del sistema sanitari. Poden alterar el consens entre tots els sectors socials sobre la qualitat, legitimitat necessitat i garantia que té l'actual sistema sanitari així com la tranquil·litat que aquest ofereix. Si els sectors socials més privilegiats deixen de percebre com a bo el sistema públic, intentaran fracturar i induir els canvis necessaris per afavorir una migració cap a un sistema amb més component privat, al qual no tothom hi pot tenir accés.

Les retallades són contràries a l'equitat en salut. Però a més a més estan accentuades pel seu caràcter lineal i a vegades regressiu. Una retallada lineal en el pressupost global de la Generalitat no es pot considerar equitativa (ja que redueix igualment coses que són desiguals i que tenen contribucions a l'equitat molt diferent). Però tampoc es pot considerar en el departament de salut. Es retallen aquelles partides que tenen una major contribució a la reducció de les desigualtats en salut i amb major ús per part dels sectors desafavorits com són l'Atenció Primària i molts programes de Salut Pública i no s'aborden ineficiències específiques.

Així mateix les reduccions de garanties en els temps màxims en les llistes d'espera per als procediments quirúrgics més habituals i els canvis de criteri en les prioritzacions i ordenació suposaran una nova font de desigualtats.

Per tant totes aquelles iniciatives que poguessin conduir cap a un sistema amb cobertura de mínims i dual (on la sanitat pública tingués un rol de beneficència) afavoririen les desigualtats en salut.

3.4. Feble democràcia participativa

3.4.1 La participació dels professionals, a reformar totalment

El finançament del *Sistema Nacional de Salud* creat per la *Llei General de Sanidad* era en el seu inici 100% de la *Seguridad Social* i per tant vinculada a per les cotitzacions d'empresaris i treballadors. Fins ara no s'ha assolit la plena universalització d'un finançament públic per a tota la ciutadania⁴⁴ que, d'altra banda, es nodreix 100% dels impostos i sense participació de la Seguretat Social. Això va determinar que en l'origen, tan la LGS com la LOSC situessin en els màxims òrgans de representació, respectivament, a "*les organitzacions sindicals més representatives*" i a "*les organitzacions empresarials més representatives*" és a dir als representant dels finançadors del sistema. Aquest model de participació persisteix fins avui tot i ha anat generant una triple distorsió.

La patronal UCH va aconseguir en el seu dia ostentar la representació de la patronal Foment del Treball en el nostre SNS tot i la manca de lògica ja que, com constatem cada dia, les patronals empresarials estan interessats en una sanitat pública més barata i/o més reduïda per pagar menys impostos i, en canvi, una patronal com la UCH està interessada en un pressupost molt més elevat de la sanitat. Que la UCH estigués en els òrgans màxims del SCS va arrossegar que les altres patronals, CHC i ACES, pressionessin i aconseguissin ser-hi també.

⁴⁴ A Catalunya per la Llei 21/2010, de 7 de juliol. Per tot l'Estat, Ley 33/2011, de 4 de octubre

Per la part sindical, metges i infermeres van pensar que els sindicats típics, els de classe, representaven poc els seus interessos professionals (no pocs creien que tampoc els laborals) i van crear-se sindicats corporatius, que també s'han incorporat en alguns òrgans de govern o participació i, simultàniament, els col·legis professionals han reivindicat ser els legítims representants dels interessos professionals, aconseguint també un bon pes en la sanitat de finançament públic. Però els col·legis professionals no representen només els interessos professionals dels que solament treballen en la sanitat pública sinó també, i proporcionalment molt més, als de la sanitat privada. Segona distorsió.

La tercera distorsió, en part derivada de la primera, és la que expressa la realitat ja comentada: l'ICS que cobreix dos terços de la sanitat de finançament públic sols ostenta, en alguns òrgans de govern i/o participació, una quarta part del sector.

Creiem que la representació dels professionals de la salut, com a tals, hauria d'estar diferenciada de la representació dels interessos laborals i corporatius. Aquesta representació s'hauria d'articular de la següent forma:

- Diferenciada en funció de les diverses professions regulades per la Llei 44/2003 d'ordenació de les professions sanitàries
- Diferenciada pels nivells assistencials: primària i comunitària, especialitzada i hospitalària, salut pública i sociosanitària
- Directament proporcional al nombre de professionals dels centres del SISCAT que tinguin més del 90% del seu pressupost amb finançament públic
- Només elegibles per càrrec de representació els professionals amb dedicació exclusiva a centres públics

3.4.2. La participació ciutadana pendent

La regulació de la participació ciutadana està present a totes les lleis: Declaració Universal de Drets Humans, Constitució Espanyola, Llei General per a la defensa dels Consumidors i Usuaris⁴⁵, Estatut d'autonomia, Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya. És, doncs un dret recollit en la nostra legislació bàsica, però també una dimensió essencial en els processos socials que tendeixen a la promoció de la salut pública, tal i com ha estat reconegut per l'OMS, que dona veu i vot a la ciutadania fent-la co-responsable i incorporant-la com a part integrant del procés, de manera que estigui compromesa amb la presa de decisions en les estructures regulars del sistema, que comprèn recursos, organització, gestió i control de resultats. És un esquema de funcionament basat en la cooperació de totes les parts que intervenen en els sistemes de salut.

En el nostre Sistema la participació ciutadana està establerta en múltiples organismes tan directius com consultius i per vies múltiples: ajuntaments, diputacions, consells comarcals, sindicats, corporacions professionals, associacions d'usuaris, de malalts i de consumidors. Els que són més específics per a la participació ciutadana són els Consells de Salut i un àmbit específicament pensat per promoure-la eren els Governos Territorials de Salut (GTS). Ara el projecte de Llei d'agilitar i reestructuració administrativa (LAR) suprimeix els GTS, "ressuscita" els sectors de salut previstos en la LOSC i modifica la participació, no sols en els Consells de salut sinó també en

⁴⁵ Ley 26/1984, de 19 de julio

d'altres òrgans de govern i participació. Es redueixen competències en els que va establir la Llei de l'ICS, com ja hem comentat, i es modifica la composició dels establerts en la LOSC⁴⁶, amb resultat de menor participació ciutadana

En tot cas, fins ara, la participació ciutadana està poc desenvolupada i lo poc que hi ha, sovint ni arriba a ser consultiu, sinó que és purament informatiu i unidireccional: de l'administració als consellers participants. El Govern tripartit havia començat amb un tímid intent de posar a disposició ciutadana alguna informació en la web per a facilitar aquest procés de participació iniciat amb la constitució dels GTS⁴⁷, però continuem sabent molt poc del que passa tant a les sessions dels consells executius com dels consultius, perquè no n'hi ha informació. No tenim dades de les reunions que fan, el temes tractats, les aportacions que resulten aplicables, les propostes, les millores.

És necessari un espai específic per als Consells de salut i/o participació, tant perquè es puguin comunicar i col·laborar entre ells com per oferir a la ciutadania el resultat del seu treball. És una proposta que s'ha presentat al Departament de salut, però que mai s'ha arribat a implantar ni amb el Govern tripartit ni pel que veiem, en aquest de CiU. Ara, amb el desenvolupament de les TIC no hi cap excusa. Creiem necessari que pel que fa a informació s'apliqui la recomanació de l'informe, ja citat anteriorment, del *Grup de treball sobre bon govern i transparència administrativa (27-7-05)* que diu: *“Recomanen regular, en l'àmbit de l'Administració de la Generalitat de Catalunya, l'accés a la informació i la documentació pública, mitjançant la determinació genèrica de convertir tots els documents en l'àmbit de l'Administració en documents públics i accessibles al ciutadà. No obstant això, aquesta determinació genèrica no pot ser absoluta, raó per la qual s'han d'establir els corresponents procediments per determinar els límits a l'accés quan escaigui”*⁴⁸. Aquesta cita, com la ja transcrita del mateix document representarien un canvi de perspectiva. Actualment predomina el concepte de confidencialitat i selecció de la informació facilitada. La recomanació demana la inversa: facilitar tota la documentació llevat del que s'hagi especificat com a reservat

El sistema sanitari públic català. Resum i propostes

A. 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

⁴⁶ Es modifiquen els articles de la LOSC: 13.1, 30.1, 34.1, 37.1 i 39.1

⁴⁷ Aquesta informació encara està al Web del CatSalut:

http://www10.gencat.net/catsalut/cat/coneix_model_gts_taula.htm

⁴⁸ Recomanació nº 54. v link en nota a peu de pàgina de l'apartat 1.1.2.3

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.

B. 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. És una “*conditio sine qua non*” per considerar cap reforma ni cap informació com acceptables

2. Redefinir el nostre Sistema Nacional de Salut (SNS) mitjançant una adscripció contractual al Servei Català de la Salut - segons lo 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 en lo relatiu a 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'incompleixin.

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 el trossejament de l'ICS

6. 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**

5. Anul·lació immediata 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.

6. Prendre com a punt de partida per les reformes convenientes les propostes de "**l'Informe Vilardell**" 2005 i els continguts de les comissions de treball recentment presentats del **Fòrum de la Professi3 Mèdica** que es poden consultar a la Web del Col·legi de metges de Barcelona

2. L'ATENCIÓ PRIMÀRIA EN EL SISTEMA DE SALUT

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.

Els serveis sanitaris bàsics propis de l'atenció primària són:

- Atenció a la patologia aguda i crònica (inclosa l'atenció als traumatismes lleus i patologia mental no greu): processos diagnòstics, valoració de gravetat, tractaments, i derivació a altres professionals si és necessari.
- Seguiment de malalts crònics: 30% de la població té hipertensió 10% té diabetis, i/o insuficiència orgànica de caràcter crònic.
- Atenció continuada i urgent.
- Atenció domiciliària a les persones que ho requereixen.
- Atenció pal·liativa i suport familiar en situació de malaltia avançada o de final de vida.
- Activitats de prevenció: vacunes, detecció precoç de malalties i educació sanitària.
- Activitats comunitàries i de promoció de la salut: relació amb entitats, administració local, programes de salut comunitària, estudi i tractament dels contactes de malalties infeccioses, relació amb serveis socials.
- Gestió de les incapacitats laborals .

Al 2010, a Catalunya, el 97,9% de la població té Equip d'Atenció Primària (EAP) assignat, en un total de 417 Centres d'Atenció Primària (CAP) i 831 consultoris locals (juliol 2010). Es disposa de 118 dispositius d'atenció continuada (CUAP, PAC,CAC) Durant el 2010 tres quartes parts de la població ha estat atesa a l'atenció primària.¹

Del 2003 al 2010 hi ha hagut un augment important de la despesa sanitària pública, al voltant de 67%, però l'APS ho ha fet en un 35 %, mentre que l'atenció especialitzada s'ha incrementat en un 55%.²

L'augment de plantilla dels últims anys i la implantació de noves tecnologies han permès destinar al voltant de 10 minuts per visita i invertir la tendència creixent del nombre de visites fetes per habitant i any. En els últims anys la cartera de serveis de l'APS ha augmentat: tractament ACO, infiltracions, petita cirurgia, lesions de pell benignes i altres, i això ho ha fet sense desviar-se del pressupost assignat. Professionals de l'atenció primària d'alguns territoris lideren processos d'atenció a pacients crònics, amb caràcter transversal i coordinant les intervencions que es realitzen des de l'atenció especialitzada, havent millorat resultats en reingressos i ús dels serveis d'urgències. L'atenció primària és la responsable incontestable de la contenció i disminució de la despesa de farmàcia que s'ha produït els últims anys. L'APS és el servei sanitari més utilitzat pels ciutadans, és el més proper geogràficament, ofereix visita en el termini de 1-2 dies i el grau de continuïtat dels professionals és elevat. La satisfacció dels usuaris també és elevada.

Alguns resultats ens poden donar idea de la importància de l'augment de recursos per a l'APS: 47,9% de bon control de l'hipertensió arterial al 2009 sobre el 39,6 % al 2005. O el 64,8% de control òptim de la diabetis al 2009 sobre el 54,5% al 2003, segons les dades del CatSalut.³

Els pressupostos del 2011 i les conseqüències de les retallades

En el pressupost del Departament de Salut s'observa una disminució progressiva del pressupost global de salut assignat a l'Atenció Primària. En el pressupost del 2011 representa un 17,5%, quan l'any 2003 era del 21,6% del total.

Aquesta disminució relativa dels recursos fa que es consolidi un sistema sanitari amb una fort predomini de l'atenció especialitzada, en contra de les recomanacions de la Organització Mundial de la Salut i de múltiples entitats científiques i professionals.

La disminució de personal (força productiva principal a l'APS) comportarà de fet una disminució de l'accessibilitat (element clau de la qualitat i la resolució de l'APS) i 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. La menor accessibilitat als serveis d'APS poden dissuadir alguns usuaris de consultar per problemes "banals", però també retardaran l'atenció a problemes greus i faran augmentar les urgències hospitalàries, amb la conseqüent saturació de serveis, retards en l'atenció i elevació de costos.

Amb les "retallades" els professionals estan treballant a major pressió (durant l'estiu un metge ha fet les consultes corresponents a 2 companys i algunes infermeres han fet la feina de cinc) que no vol dir major productivitat, perquè no és el mateix atendre només la demanda aguda que fer el seguiment de crònics, com tampoc és el mateix disposar de 10 minuts per visita o disposar-ne 5. Estem veient una situació de sobrecàrrega física i mental de molts professionals i tot plegat comporta una major probabilitat d'error, menys capacitat per escoltar i parlar amb el malalt, aspecte fonamental de l'APS.

A part dels costos en salut, satisfacció de l'usuari i benestar mental dels professionals, la disminució dels serveis tindrà el seu cost social: més patiment, més desplaçaments, més dies de baixa laboral, més llistes d'espera per proves i cirurgia i més ús de serveis privats.

Tot i que el Departament de Salut repeteix que les retallades no tindran repercussió en la qualitat, és difícil imaginar que una menor accessibilitat, una disminució del temps per pacient i una major demora per a la pràctica de proves complementàries no tingui un impacte en salut, tant en els aspectes assistencials com en els preventius, que els veurem a mig termini.

PROPOSTES PER A UNA ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT, EIX DEL SISTEMA SANITARI

En front de la crisi, a més a més de dotar de recursos suficients al sistema públic de salut augmentant el ingressos, com varem dir en el nostre primer informe,⁴ aquesta és una magnífica ocasió per millorar també en eficiència, qualitat i sostenibilitat del sistema públic en base a un major desenvolupament de l'APS. Per contra, s'ha optat per ordenar als centres sanitaris i professionals unes retallades reals del 17% dels pressupostos d'aquest any, que s'han aplicat sense un estudi previ de les ineficiències, i afectant en un major percentatge a l'APS.

Està abastament demostrat que els sistemes sanitaris que es basen en una APS forta són més eficients, i així ho reflecteix la OMS en el seu informe⁵ en el que recomana als governs mesures en aquest sentit. Els canvis que s'han de produir en el sistema

sanitari han de contemplar canvis en la orientació assistencial, dotar de més competències i recursos a l'APS, centrar l'atenció en les necessitats reals dels ciutadans, considerar-los en la seva integralitat i en la seva realitat social. Només així guanyarem en qualitat, seguretat, eficiència i sostenibilitat, i dins d'aquest model centrat en l'Atenció Primària creiem que cal:

- ✓ **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
- ✓ **Gestió per 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.
- ✓ **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. Caldrà en aquest tema estudiar peculiaritats del territori i fer circuits protocol·litzats (CAP, CUAP, urgències hospital, Sanitat Respon, etc). L'atenció a les emergències hauria d'estar centralitzada en el SEM (Servei d'Emergències Mèdiques: 061 o 112.)
- ✓ **Participació d'APS en la gestió de la llista d'espera per proves complementàries.** L'accés a la visita d'especialistes d'hospital ha de requerir sempre una sol·licitud de consulta del metge d'atenció primària, amb mecanismes de prioritització de la citació al seu abast. Aquesta situació ha d'incloure tots els dispositius especialitzats. **El metge especialista i l'hospital ha de ser de lliure elecció** per part dels professionals d'APS d'acord amb el pacient.
- ✓ **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.
- ✓ **Racionalitzar la xarxa de diferents proveïdors d'atenció primària** afavorint les fusions, les sinergies i les col·laboracions per tal de reduir les despeses de gestió, tot afavorint l'eficiència mitjançant l'economia d'escala.
- ✓ **Atorgar autonomia de gestió a cada EAP**, amb participació efectiva en la selecció de professionals i en la gestió econòmica (pressupost definit, de lliure ús, per a cada EAP) objectiu assolible sense crear necessàriament noves empreses. Autonomia que comporta corresponsabilitat de tot l'equip de professionals en els objectius de la organització.
- ✓ **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.
- ✓ **Impulsar una nova cultura social** que fomenti que els ciutadans assoleixin més autonomia en relació a la seva salut i disminueixi la medicalització, amb la implicació de professionals sanitaris, gestors, polítics, organitzacions ciutadanes i dels mitjans de comunicació. Aprofundir en la democràcia sanitària mitjançant la participació real i responsable de professionals i ciutadans en el sistema (seguint els principis de participació en Consells de Salut exposats en el 18^e Congrés de Metges i Biòlegs celebrat a Girona al 2008) .

- ✓ **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.
- ✓ Al assumir l'Atenció Primària i Salut Comunitària més funcions assistencials i tasques de salut pública s'haurà de **dotar 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%
- ✓ **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 en la qualitat i complexitat del seu treball. Han de disposar, 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).
- ✓ **L'Atenció Primària, els seus directius, la seva organització i els seus professionals, han de ser acollidors amb els pacients i ciutadans**, procurant un accés als serveis i als professionals en lloc i moment adequats, eliminant barreres burocràtiques, actuant amb equitat amb totes les persones i amb informació i transparència en les seves actuacions i alineant-se amb corresponsabilitat amb els valors del sistema públic de salut.

1(Central de resultats. Segon informe desembre 2010.
http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/central_resultats.htm)

2.L'atenció primària de salut a Catalunya en els pressupostos 2003-2011
<http://focap.wordpress.com/category/documents/>)

3.El sistema de salut i la xarxa sanitària pública de Catalunya. Línies estratègiques i evolució 2004-2009. http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/publicacions_recents.htm)

4.Anàlisi dels pressupostos de salut 2011 i propostes alternatives per millorar el sistema públic de salut. Grup CAPS. www.caps.cat

5.OMS. Informe OMS 2008: La atención primaria más necesaria que nunca. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html>)

3.L'ATENCIÓ ESPECIALITZADA EN EL SISTEMA DE SALUT ALGUNES PROPOSTES DE FUTUR PELS HOSPITALS

“Les organitzacions dels sectors públic, privat i voluntari necessiten visualitzar-se no només en termes de les màquines i les piràmides, sinó també en termes de sistemes de vida orgànica, en constant evolució i adaptació a mesura que interactuen amb un entorn extern canviant”

(Hartley and Benington,2011, in The future of leadership and management in the NHS. The King's Fund)

Introducció-

Algunes consideracions sobre el context i l'entorn general

L'actual context de crisi econòmica i les mesures adoptades des dels governs europeus i, particularment la situació a Catalunya, extremen la preocupació per la qualitat i viabilitat del sistema sanitari públic. És un sistema reconegut per la seva cobertura i accés universal, per la seva qualitat, equitat i la generació de satisfacció i cohesió social. -.

Malgrat els bons resultats globals del sistema sanitari, hi ha marge per a la millora, especialment des del punt de vista de l'adaptació planificada, efectiva i eficient als principals factors de desequilibri i de creixement de la despesa. Podria ser una gran oportunitat per a la cerca de consens amplis amb la ciutadania i els i les professionals i organitzacions del sector sanitari, sobre els canvis a emprendre.

Les principals decisions entorn a la crisi d'ingressos i a l'assignació de recursos al sistema públic son bàsicament de caire polític i no econòmic^{49 50}. Per a determinats nivells de desenvolupament humà, hi ha evidència contrastada de l'increment net de la despesa dels ciutadans en el sector privat quan el sistema públic deixa de realitzar determinades prestacions o perd accessibilitat i, de com aquest canvi implica més increment de la despesa sanitària en relació a la realitzada pels sistemes públics^{51 52}.

En clau de benestar de les persones i de preservació de drets socials és important reforçar els sistemes públics i vetllar per la seva eficiència i efectivitat, com a una de les garanties de sostenibilitat. Aquest és el marc de reflexió on se situa el document.

⁴⁹ Blanken A. Flexibility againts efficiency?. University of Twente, 2008

⁵⁰ Fundación Alternativas. Javier Rey del Castillo: Una nueva Ley General de Sanidad para sostener el Sistema Nacional de Salud, 2011

⁵¹ Lewis M., 2002, in Funding Health Care: Options for Europe. Open university Press, Buckingham, UK, pp 184-205

⁵² Ch. White: Health Care Spending Growth: How different is the United States from the rest of the OECD? Health Affairs, 2007, 26: 154-161

Des de 2007 comptem amb una successió de propostes d'experts, organitzacions multilaterals^{53, 54, 55, 56, 57, 58} i, actuacions d'altres països de la Unió Europea, d'Austràlia, Canadà, etc... per a introduir canvis estructurals en els sistemes de sanitat pública.

En general hi ha coincidència en situar els nous **reptes** del sistema, que es caracteritzen:

- els professionals han d'actuar en un marc de canvi cultural en la relació amb el pacient, vetllant per la seva informació, seguretat i autonomia de decisió.
- el repte de l'envelliment, l'emergència de les patologies cròniques avançades i complexes i l'atenció adequada al final de la Vida
- l'impacte de problemes nous en l'edat pediàtrica, secundaris a la prematuritat, i la major prevalença de problemes vinculats a estils de vida i comportaments socials, com ara, l'obesitat i problemes de salut mental (*A Catalunya: ESCA 2010*)
- la creixent influència de la recerca i la innovació tecnològica –tant en el camp diagnòstic com de la farmacologia i la cirurgia, amb l'eclosió de tècniques poc invasives, la robòtica, els avenços en diagnòstic per la imatge, els biomarcadors i la medicina personalitzada,...
- les tecnologies de la informació i l'estandardització dels processos d'atenció,
- el canvi en la docència de les noves generacions de professionals,
- la millora de la productivitat d'un sector d'alt valor

En la literatura referenciada^{59, 60, 61, 62} i, malgrat la gran diversitat amb la que operen els sistemes públics (tant en els esquemes de finançament, com en l'organització dels serveis), també hi ha coincidència en un seguit de mesures: a) potenciar les intervencions cost-eficients: la promoció de la prevenció i la responsabilitat dels ciutadans en la seva salut, promoció de l'atenció primària amb una visió integrada de l'atenció, b) col·laboració i coordinació per a superar la fragmentació entre nivells d'atenció i proveïdors, c) flexibilitat i adaptació de les intervencions en base a la promoció de la xarxa de sistemes d'informació clínica compartida, d) avaluar, planificar i gestionar la introducció de les innovacions, e) l'autonomia en la gestió de les institucions i dels professionals, afavorint la desburocratització i reforçar la governança dels sistemes, f) revisió i avaluació dels models d'inversió en estructures sanitàries, especialment dels hospitals i, dels seus models de pagament de l'activitat i el seu producte.

⁵³ PriceWaterhouseCoopers: HealthCast 2020: Creando un futuro sostenible

⁵⁴ PriceWaterhouseCoopers: Behind the numbers. Medical cost trends for 2011

⁵⁵ McKinsey and Co. Informe FEDEA. Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario, 2009

⁵⁶ Antares Consulting. V.Gil et al. Sostenibilidad financiera del sistema sanitario. 10 medidas estructurales para afrontar el crecimiento del gasto, 2010

⁵⁷ PriceWaterhouseCoopers, You get what you pay for

⁵⁸ DELSA/HEA 2011.R.Saltman et al: Health sector innovation and partnership: policy responses to the new economic context

⁵⁹ Commonwealth of Australia 2010. A healthier future for all australians

⁶⁰ HOPE. European Hospital and Healthcare Federation 2011. The crisis, hospitals and healthcare

⁶¹ NHS 2010. Equity and excellence: liberating the NHS –white paper-

⁶² Nuffield Trust 2011. Commissioning integrated care in a liberated NHS

Sobre aquesta base, plantegem una reflexió que vol contribuir al debat sobre el sistema públic de salut i, molt especialment aportar-hi propostes, en aquest cas i, de manera específica en l'àmbit de l'atenció especialitzada hospitalària, atès que d'acord amb tots els estudis ha d'assumir importants canvis i adaptacions.

Els hospitals de Catalunya. Referència breu

La Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) de Catalunya compta amb 69 hospitals d'aguts, 96 centres d'internament sociosanitaris i 41 centres d'internament de salut mental.

La propietat de la provisió hospitalària és molt variada: 8 hospitals de l'ICS, de titularitat pròpia del Departament de Salut, empreses públiques i consorcis de la Generalitat de Catalunya, consorcis de base municipal, fundacions privades i alguna societat mercantil

La cobertura de l'atenció hospitalària a Catalunya és territorial, distribuïda en 7 Regions Sanitàries i amb població de referència assignada a través de les Àrees Bàsiques de Salut de l'Atenció Primària. El 95,1% dels pacients catalans son atesos amb resolució als hospitals de la seva Regió Sanitària. Només alguns dels procediments d'alta complexitat terciària es realitzen exclusivament en els hospitals de Barcelona i la seva àrea metropolitana. En els últims anys s'ha avançat en alguns processos de coordinació entre ells, específicament per a l'atenció urgent i continuada d'alguns procediments: Codi infart, neurointervencionisme, codi politrauma, cirurgia toràcica del Vallès. No hi ha guàrdies conjuntes en cirurgia cardíaca ni en transplantaments.

El 77,1% de l'activitat realitzada pels hospitals de la XHUP és finançada amb càrrec als pressupostos de la Generalitat de Catalunya, que únicament compra al sector extern a la XHUP un 0,5% de l'activitat d'hospitalització.

A Catalunya, amb dades de la Memòria 2010 de CatSalut, la despesa hospitalària representa el 53,32% de la despesa corrent anual, sense comptabilitzar les inversions, front a 16,87% de l'Atenció Primària i 15% de Farmàcia. En dades de *L'European Health Observatory on Health Systems and Policies*, la despesa del sector hospitalari dins els sistemes de salut europeus, se situa entre el 35% i 70% de la despesa total.

L'increment interanual de la despesa en salut i, especialment la dels hospitals, constitueix un signe d'alerta, respecte a la necessitat de replantejar estratègies d'eficiència i/o de garantir ingressos.

La taxa Mitjana Anual Acumulada de la despesa pública de salut a Catalunya ha estat de 9,4% entre 2003-07 (Fulls Econòmics), que se situava 1,8 punts per sobre del creixement del PIB català en el mateix període (7,6%). El major impacte en aquest creixement procedeix del sector hospitalari.

Ara bé, el tractament d'aquest desequilibri ha d'acompanyar-se de criteris altament ponderats d'eficiència i efectivitat. Intervencions estructurals no suficientment

planificades poden tenir un efecte greu en l'evolució econòmica de Catalunya i en els seus índexs de generació d'ocupació, a més de l'afectació possible dels resultats en salut de la població i del manteniment sense deteriorament de la capacitat del sistema mateix. El sector sanitari, i els hospitals en particular, constitueixen un àmbit d'alt valor agregat, d'acord amb la consideració de l'OCDE que valora la capacitat de generar riquesa d'aquells sectors amb ús intensiu de coneixement i recursos tecnològics. En el cas de Catalunya, el multiplicador de valor agregat és un 20% superior a altres sectors de l'economia. *Fulls Econòmics del Departament de Salut, 2010*, amb l'elaboració de les taules TIOC mostra el creixement del Valor Afegit Brut hospitalari en un 9,9% interanual, essent el component més important d'aquest índex la remuneració dels professionals (85% en el cas dels hospitals).

Àrees de millora del model hospitalari català. Consideracions sobre els hospitals del futur en un sistema públic més integrat i eficient.

L'adequació de l'estructura organitzativa per a la millor realització de les funcions dels hospitals

Estem davant organitzacions del coneixement, reconegudes com a empreses d'alta complexitat. Precisament per aquesta condició, als hospitals els hi és aplicable el principi de la prudència en la gestió dels canvis ⁶³ a que han de fer front, així com el requeriment de ponderació crítica dels beneficis a obtenir amb els canvis i una correcta valoració dels períodes d'aprenentatge o adaptació requerits.

La millora dels seus resultats des del punt de vista de la qualitat i de l'eficiència ha d'anar molt estretament lligada a la coherència de la seva estructura en relació les funcions que els hospitals han de desenvolupar o preparar-se a desenvolupar en el futur, tant des del punt de vista dels serveis d'atenció als pacients com de la gestió i expansió de coneixement. I això, depèn de l'acceptabilitat dels professionals que hauran de dur-ho a terme

Els hospitals han progressat adequadament dins la cultura de la gestió cada vegada més eficient de les estades dels pacients, dels processos quirúrgics sense ingrés, en l'atenció segura i de qualitat dels procediments aplicats. En canvi, l'organització predominant, l'orientació i estructura dels sistemes d'informació, el model d'incentius,... s'han d'adaptar per a permetre treballar des de la gestió de la clínica basada en l'evidència i de la continuïtat de l'atenció amb l'atenció primària i social.

Els serveis d'especialitat clàssica segueixen sent l'estructura bàsica sobre la que es basa l'activitat dels hospitals. Des del punt de vista del coneixement, l'ordenació dels serveis representa un valor, ⁶⁴ del que s'hauria de maximitzar l'aportació professional sobre el procés assistencial dels pacients. Aquest procés s'ha d'organitzar d'acord a les necessitats d'atenció i cura, amb un paper rellevant de les infermeres i

⁶³ J.S.Lawson in From Clinician to manager. McGraw –Hill Book Company. 2002.p. 11-26

⁶⁴ IBM Global Business Services 2008. La asistencia sanitaria en 2015. Nuevos modelos y competencias en la prestación de servicios sanitarios

d'especialistes com els de Medicina Interna. La intervenció de les diverses especialitats ha d'implicar una intervenció de valor sobre els dispositius assistencials diversos (urgències, llit d'hospitalització, hospital de dia, unitats funcionals diverses,...)

Hi ha serveis que fàcilment poden prestar atenció multinivell, com és el cas de la pediatria, ginecologia, salut mental, rehabilitació,... Així mateix, els professionals de la Medicina Familiar i Comunitària constitueixen un servei, que opera bàsicament en l'atenció comunitària i en aquelles àrees estructurals definides per atenció a processos d'execució hospitalària per als que puguin ser competents.

La necessitat de les intervencions professionalitzades de les infermeres en hospitals progressivament més centrats en l'atenció de situacions crítiques, de pacients quirúrgics d'estades curtes i de pacients fràgils amb múltiples necessitats posarà a prova canvis radicals en l'atenció de cura global del pacient. Aquesta atenció requereix un component relacional amb àrees de fisioteràpia, d'atenció comunitària, de cures post-agudes, responsabilitats tècniques molt especialitzades,.. a més de noves funcions d'àrees d'exploracions i seguiment ambulatori.

Al mateix temps, la tasca de suport assistencial sobre els circuits dels pacients, la comunicació amb ells i les seves famílies esdevé un àrea clau que requereix una reorientació de les àrees administratives, menys burocràtiques, més tecnificades i centrades en la cultura de servei al pacient i als professionals assistencials.

La visió ampla dels serveis, l'optimització dels recursos i les economies d'escala aconsellen la concentració dels serveis centrals de laboratoris i Diagnòstic per la Imatge, amb capacitat d'oferta amplia al territori, a proveïdors diversos i actuant en xarxa entre si per a la referència més especialitzada de determinades tècniques.

Un dels principals reptes dels sistemes de salut és atendre adequadament les persones amb patologies cròniques.. Es calcula que un 50% de la població dels països desenvolupats morirà d'una malaltia crònica no càncer i les persones amb aquestes malalties son les que més consum de recursos sanitaris realitzen en els seus últims 2 anys de vida pels repetits reingressos^{65, 66}. En el nostre entorn (Font: *Classificació morbiditat poblacional ICS. CRGs*) un 75% de les persones majors de 65 anys tenen almenys 1 patologia crònica, l'1,5 % de la població atesa té més de 3 patologies cròniques i consumeix el 15% de tots els ingressos hospitalaris, 20 vegades més visites a l'atenció primària que la població sana i 12 vegades més despesa en farmàcia.

L'evidència científica mostra la bondat de models integrats d'atenció, especialment en les fases avançades de les malalties, amb orientació comunitària.⁶⁷

Aquesta integració, "centrada en les necessitats del pacient"^{68, 69} requereix de la bona identificació del pacients mitjançant un sistema d'informació unificat en base a la

⁶⁵ McNamara B. et al. A method for defining and estimating the palliative care population. *J. Pain Symptom Managr.* 2006 7; 32(1): 5-12

⁶⁶ Coventry et al. Prediction of appropriate timing of palliative care for older adults with non-malignant life-threatening disease: a systematic review. *Age and ageing* 2005: 34.218-227

⁶⁷ Eusko Jaurlaritza 2010. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi

Història Clínica Compartida, treballar amb objectius i guies de pràctica clínica comuns, amb coordinació amb els punts d'atenció continuada i urgències hospitalàries de referència, xarxa sociosanitària, recursos socials. La definició dels processos d'intervenció compartits ha d'homologar estàndards de dades i indicadors d'output.

L'atenció primària ha de liderar la gestió d'aquest tipus de intervenció a la comunitat i al domicili dels pacients, compartint àrees de decisió clínica amb els referents especialitzats.

Els directius assistencials dels hospitals i de l'AP tenen un rol clau en un model d'integració d'orientació comunitària que compta amb molts exemples internacionals, tal com queda palès a les referències bibliogràfiques anteriors i,⁷⁰ com recullen les societats científiques espanyoles

S'ha de posar en valor algunes experiències contrastades d'integració en algunes de les denominades OSI (Organització sanitària Integrada) que a Catalunya han aportat diversitat de resultats ⁷¹.

L'hospital ha de ser un dispositiu compromès amb l'enfortiment de l'autonomia dels pacients i les polítiques de prevenció i educació en hàbits saludables que s'han de desenvolupar des de l'àmbit comunitari sanitari i associatiu. Massa vegades, sobre factors de risc en persones sanes, es desenvolupen estratègies de seguiment assistencial que clientelitzen a les consultes dels hospitals aquestes persones amb ús de proves diagnòstiques i tractaments no aprovats en els Plans de Salut, ni avalats per estudis locals autoritzats

La col·laboració i integració de serveis en base territorial. L'ordenació del terciarisme i l'optimització dels recursos d'alt cost

El terciarisme és només la punta de l'iceberg de la necessitat d'ordenar l'oferta en general i gestionar la innovació, en particular i, a tots els nivells.

És un fet que en l'àmbit professional mèdic, s'associa millora de qualitat dels serveis a l'adopció de les tecnologies que culminarien el cycle de prestacions d'un servei, a vegades de manera competitiva amb altres serveis. La pròpia formació dels professionals abona aquesta expectativa, que acaba sent un element de pressió fora del control dels gestors dels centres, els quals, en ocasions, son portantveus d'aquesta expansió, darrera d'un malentès prestigi, quan no de conflictes d'interès.

La coherència del sistema requereix un rol decidit del regulador-asseguradora pública al respecte, dibuixant escenaris basats en les projeccions disponibles per aquelles intervencions que neixen d'alta tecnologia i tendiran a generalitzar-se, destriant-ne

⁶⁸ The King's Fund 2010. Chris Ham and Natasha Curry. Clinical and service integration. The route to improved outcomes

⁶⁹ European Observatory on Health Systems and policies 2010 R.Busse et al. Tackling chronic disease in Europe

⁷⁰ SEMI y SEMFYC 2011. Declaración de Sevilla. Atención al paciente con enfermedades crónicas

⁷¹ Consorci Hospitalari de Catalunya 2007. Vargas ML i Vargas I. Organizaciones Sanitarias Integradas

aquelles que pel numero de pacients i/o les característiques de la tècnica requeriran ser concentrades.

L'exercici proactiu de planificació de futur avala la capacitat de prendre decisions explicables, publicant la cartera dels centres, l'avaluació de resultats i els mecanismes de revisió, així mateix és orientadora per als lideratges innovadors en relació les prioritats del sistema.

A Catalunya, la competència entre hospitals, especialment els d'alta tecnologia i terciaris, ha multiplicat l'oferta de prestacions com transplantament o de noves tecnologies diagnòstiques en els grans hospitals universitaris de Barcelona i àrea metropolitana. En la major part dels casos, aquests hospitals són empreses públiques, però amb diferent lògica de govern i de representació de l'administració local i no s'ha estat capaç de concentrar en un únic centre tecnologies de número de beneficiaris baix.

La seva actuació ha estat de lobby vers CatSalut, en tant que finançador, provocant una sobreoferta fragmentada, que es viscuda pels hospitals dels territoris com a fre a la seva capacitat resolutiva. Es l'exemple de l'intervencionisme per a les angioplàsties urgents i l'oferta d'atenció continuada, que requereix d'una avaluació de les dades sistemàtiques de que es disposa, sobre qualitat, temps de desplaçament i situació dels equips de guàrdia.

La duplicitat d'oferta hospitalària és paradigmàtica a les capitals de província amb la presència dels hospitals, propietat del Departament de Salut/CatSalut i els hospitals del Departament de Salut/ICS. A diversos territoris l'expansió de l'oferta sociosanitària i la seva progressiva coordinació amb la comunitat i l'atenció primària per a l'atenció els pacients fràgils i amb patologia crònica ha de fer revisar l'oferta tradicional d'hospitals d'aguts a les mateixes àrees.

Hi ha experiències internacionals d'aliances estratègiques amb fusió de serveis i d'integració entre centres, que compten amb avaluacions de resultat dels processos. Els èxits depenen de la capacitat de generar processos madurs de cultura compartida entre centres, continuïtat en el seguiment dels objectius marcats i lideratges integradors ^{72 73},

En el nostre entorn, el document del Consell de la Professió Mèdica de Catalunya, "Les relacions entre centres hospitalaris" <http://www.gencat.cat/salut/cpmc/> indica el valor de les aliances entre centres de diferent nivell d'atenció, tant en l'àmbit de l'assistència, com de la recerca i docència. Entre les seves recomanacions hi ha la "d'afavorir la creació de serveis especialitzats de base territorial, prestadors del seu coneixement a més d'un centre hospitalari de diferent nivell", també recomana l'intercanvi i la col·laboració entre professionals de diversos centres i nivells.

El manteniment i la millora de l'accessibilitat i la gestió resolutiva de la demanda

⁷² KPMGinternational 2010 R.Carter. Taking the pulse. A global stdy of mergers and acquisitions in healthcare

⁷³ Commonwealth of Australia 2010. A national health and hospitals network for Australia,s future

S'ha de reforçar la coordinació per a la resolució amb l'atenció primària, pactant altes dels controls reiterats i, afavorint la consulta assessora i de ràpida resolució, sense expandir l'oferta especialitzada de primer nivell.

En el nostre mitjà, els circuits de Diagnòstic Ràpid del càncer i la seva provada millora en l'accés a proves i consultes especialitzades és una experiència a seguir impulsant.

A més, tant en l'àmbit de la consulta programada com en l'atenció urgent, en el nostre entorn comencem a comptar amb bones pràctiques, que s'han de reforçar, d'atenció resolutiva a través de telemedicina i telemonitorització (Teleictus entre Vall d'Hebron-Vic i Granollers, consultes de control ecogràfic a distància en cirurgia cardíaca infantil de Vall d'Hebron- Hospital Dr.Josep Trueta,....)

El Departament de Salut ha encarregat a l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut l'elaboració de criteris per a la prioritització dels pacients en llista d'espera quirúrgica, creant comissions de treball multidisciplinari. Més enllà dels mecanismes de ponderació de la preferència dels pacients a intervenir, el sistema ha de comptar amb un mecanisme de seguiment i control transparent de la llista d'espera pública per a garantir la qualitat de la seva gestió, especialment després dels increments dels pacients en llista i l'increment de les demores per la retallada d'activitat. Una altra àrea d'intervenció és el treball comunicatiu que la pròpia Agència podria canalitzar per evitar la gran variabilitat de pràctica en les indicacions, a partir dels propis criteris elaborats i el benchmarking intercentres de CatSalut.

La transparència en la gestió de les llistes d'espera també ha de permetre les actuacions de redistribució de recursos, molt especialment en les intervencions de prioritat com cirurgia de coronàries i en la cirurgia del càncer.

En els últims 4 anys a Catalunya hi ha hagut una tendència d'estabilització i/o de disminució de les urgències hospitalàries (Memòries ICS, CaTSalut). Malgrat tot, en les enquestes als ciutadans es constata la insatisfacció amb les llargues esperes per a resolució en els serveis d'urgències. Hi ha mesures de gestió provades i comunicades com a millores (programació de llits disponibles per urgències diàries, model de triatge infermer i nivells resolutius dins dels serveis d'urgències,...) que s'han de generalitzar i monitoritzar. Al mateix temps, hi ha mesures que depenen del contracte de serveis, que pot acabar incentivant perversament les estades nocturnes i de 24 hores, així com l'activitat, malgrat ser realitzada pels dispositius integrats de l'atenció primària.

Els serveis d'urgències hospitalaris han d'estar estretament coordinats amb dispositius del seu territori de l'AP (inclús integrats dins el mateix espai), de manera que la urgència especialitzada només s'activi per la complexitat, la necessitat d'observació o compensació dels pacients, a instàncies del primer nivell gestionat per l'Ap i/o dels sistemes d'emergències *i call centers* de distribució de pacients.

En aquest àmbit, per les implicacions sobre la futura situació de salut i fragilitat dels pacients i famílies, mereix especial atenció la garantia de temps d'atenció i resolució ràpida de les intervencions sobre fractures de fèmur de l'ancià o l'atenció urgent de les crisis psicòtiques d'adolescents i adults.

La cultura de l'avaluació i la transparència en mans dels professionals-

Constitueix una de les eines més importants per a dotar de confiança al sistema públic, als seus directius i als professionals. És la base per a la gestió clínica de qualitat, per la rendició de comptes del sistema als ciutadans en general i, per a introduir pràctiques eficients a partir del coneixement i comparació de resultats.

La dimensió d'avaluació de resultats segurs en els pacients adquireix una gran importància des del punt de vista de la qualitat, però també dels costos afegits del sistema. A l'informe d'Antares Consulting, referenciat anteriorment, s'inclouen les estratègies de seguretat en els pacients com una de les mesures de sostenibilitat del sistema, xifrant, d'acord a l'estudi ENEAS que cita, en més de mil milions d'€/any l'estalvi a realitzar, evitant intervencions causants de complicacions i que compten amb evidència.

Els professionals informats són el nucli de les decisions racionals. Tenir a l'abast i, de manera compartida entre nivells d'atenció, eines com les guies clíniques amb estàndards d'intervenció ben avaluats és clau per a prendre decisions sobre la conveniència de tractar anèmies en insuficiències renals cròniques terminals, línies quimioteràpiques en càncer, tractament de factors de risc en pacients amb alta fragilitat.

L'avaluació de la qualitat i la gestió de la innovació-

La comparació de resultats, l'establiment d'evidència sobre bones pràctiques o d'efectivitat de determinades tecnologies hauria de ser el motor principal de canvi dins el nostre sistema, tant des del punt de vista dels planificadors, com dels gestors i professionals.

En les organitzacions de coneixement la gestió sistemàtica de la generalització de les millors experiències, sigui de millora de procediments i d'organització, o la translació i aplicació de resultats de recerca, crea institucions robustes i generadores de prestigi i reconeixement dels professionals.

L'absència d'aquesta cultura crítica és font de desmotivació davant la manca d'estímul i de reconeixement per aplicacions realitzades que acaben "engolides" en el dia a dia. La manca de sistemàtica en la gestió del coneixement afavoreix la introducció erràtica de pràctiques poc coherents amb l'estratègia general de les institucions i vulnerabilitat davant els grups de poder per la introducció de tecnologies.

Hi ha proveïdors sanitaris del nostre entorn que han aconseguit avenços reconeguts en aquest àmbit (Parc Taulí, Hospital Clínic,..). Es compta amb molt valor aportat des dels professionals del sistema per a la configuració de les solucions d'informatització, experiències de gestió clínica de farmàcia, de circuits de valor en àrees quirúrgiques i de pre-operatori, de gestió de la innovació, d'aliances estratègiques, de models autònoms de gestió,.. L'avanç deriva de la cultura crítica de l'excel·lència sobre els errors i encerts propis.

Pel seu impacte, la gestió d'excel·lència per a la innovació en Farmàcia i la introducció de noves tecnologies diagnòstiques mereixen un capítol específica en la gestió hospitalària, amb participació protagonista dels professionals.

Per a completar el cicle d'innovació en les organitzacions i la seva gestió es requereix un canvi en la cultura jurídica de les institucions públiques. Una part important del coneixement dels professionals del sistema públic és transferit al sector industrial privat, sense contrapartides i, més, sense instruments per a l'aplicació de millores sobre les experiències

En clau global del sistema públic, el Reial Decret 1030/2006 regula la cartera de serveis bàsics i comuns de l'SNS, així com el mecanisme de noves incorporacions. Les agències d'Avaluació de Tecnologies autonòmiques realitzen informes no vinculants per a la introducció de novetats i, molts d'ells son d'avaluació de medicaments. La incorporació de noves tecnologies representa entre 33 i 50% de l'increment interanual en despesa sanitària.

Es requereix d'una Agència d'Avaluació Estatal, amb capacitat vinculant per al conjunt i reforçament de la presa de decisions, àgil i capaç d'interactuar amb xarxa amb les estructures solvents existents⁷⁴ sota criteris d'efectivitat, cost-eficàcia, seguretat i recomanacions de substitució. Entre altres coses, es posaria ordre a la proliferació d'espais de consens de professionals i reguladors autonòmics que acaben amb estudis i recomanacions de difícil aplicació sense el marc global. D'altra banda,⁷⁵ els sistemes d'avaluació, ja en l'actualitat i sense esperar canvis normatius, han d'obeir a mecanismes dinàmics, limitant determinades intervencions a intervencions temporals dels que s'han de tenir resultats per a la seva continuïtat.

Les TIC i els sistemes de gestió de la informació clínica-

La proliferació de sistemes d'informació fragmentats per proveïdor és un dels grans desastres històrics de la gestió de la informació del sistema sanitari de Catalunya. A la despesa astronòmica de les implantacions i desenvolupaments sobre solucions diverses, s'hi suma la dificultat de compartir i integrar dades, així com la difícil comparabilitat dels processos de gestió.

És competència de la direcció del sistema de salut establir les eines d'integració de la informació clínica, els catàlegs de prestacions i el seu manteniment, així com avançar en el catàleg estàndard de variables i procediments reconeguts en els plans de salut per a intervencions poblacionals (cribatges i els seus períodes, recomanacions de prevencions primàries i secundàries,...).

Els professionals-

Els hospitals han de fer front a canvis en profunditat de la seva ordenació i, per tant de la manera tradicional de treballar dels seus professionals. Hi ha aspectes fonamentals

⁷⁴ Fundacion Alternativas 2011, O.de Solà-Morales. La evaluación de las tecnologías sanitarias en España

⁷⁵ Asociación de Economía de la Salud 2011. La Sanidad Pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable

com és l'imprescindible viratge cap la professionalització enfront la funcionarització del nostre sistema, especialment en l'àmbit estatutari, com recull l'excel·lent document de la *Asociación de Economistas de la Salud*, amb les 17 propostes davant la crisi, <http://www.aes.es/actualidad.php> (cita núm. 27)

La participació, la productivitat⁷⁶, els models de progressió en la carrera professional, els incentius per la bona pràctica i l'eficiència i els models de selecció dels professionals estan en el centre de tots els debats per a la gestió del canvi en els hospitals.

Es compta amb consensos per als processos de coordinació, integració, participació dels professionals en la gestió i govern de les institucions, recollits als documents produïts entre 2009 i 2010 del Consell de la Professió Mèdica de Catalunya i de la Professió Infermera de Catalunya.

Els models de pagament dels serveis i les inversions

Les tendències en la configuració dels models de pagament tendeixen a construir models multifactorials basats en finançament capítatiu, resolució i qualitat i producció d'activitat (*ref. 11: A healthier future for all australians*) Normalment s'exclou i finança a banda el terciarisme. En els debats de la reforma sanitària d'Obama, també va adquirir carta de naturalesa el finançament de l'assessoria i la interconsulta de qualitat associada a la xarxa telemàtica.^{77, 78, 79}

Un important debat és el model d'incentius útils per a gestionar els canvis destinats a la integració i coordinació entre nivells, a la gestió de la demanda i les millores de la productivitat, situats al nivell dels professionals.

Pel que fa a les inversions, gairebé tots els informes referenciats plantegen l'avançar cap a models de compartició públic-privat. En qualsevol cas i, malgrat no disposar de massa fonts per a contrastar el seu benefici, l'avaluació dels models PFI anglesos⁸⁰ s'ha mostrat que generen un increment del cost de les inversions superior al 10%, desplaçat de manera inflexible a futur. La inelasticitat de les fórmules de pagament per cànon i lloguers s'està posant a prova en aquest moment de crisi i severes retallades. Aquest és el motiu de les recomanacions d'estricta avaluació de necessitats i alternatives emesa pel sistema sanitari canadenc i fiacés al respecte.

L'esgotament del cicle dels hospitals d'estructura clàssica és un fet.⁸¹ La implicació de costos futurs de les inversions hospitalàries (el valor de la inversió equival al cost de funcionament bianual) té un gran arrossegament del model d'atenció, de manera que

⁷⁶ The King's Fund 2010, J.Appleby et al. Improving NHS productivity. More with the same not more of the same

⁷⁷ PriceWaterhouseCoopers 2008. You get what you pay for

⁷⁸ Michael E. Porter: What is value in health care? N.Engl.J Med, 2010, dec 8: 1-5

⁷⁹ Thomas Bodenheimer et al. Follow the money-Controlling expenditures by improving care for patients needing costly services. N.Engl.J.Med. 2009; 361:1521-3

⁸⁰ Medwave 2010 V.Bachelet. Una revisió crítica de tres dimensions de concessions en salut: riesgo, calidad y efectos fiscales

⁸¹ Bernd Rechel et al. Even in tough times: investing in hospitals of the future. The health policy bulletin of the European Observatory on Health Systems and policies, 2010; 12: 1-3

és urgent la substitució dels espais rígids per les estructures flexibles, adaptades a la col·laboració en el territori i a poder organitzar processos que permeten gestió per a la minimització de costos en un 80% de les activitats estandarditzades (80:20).

El manteniment de les instal·lacions i la gestió adequada de les tecnologies i la seva seguretat representa un cost d'inversió pel sistema públic que ha de ser curosament planificat i previst. La seva desconsideració, especialment en el sistema públic de gestió directe, ocasiona desordre, entrada de tecnologies no controlades, dependència de la indústria i mal ús de les despeses corrents dels centres hospitalaris. Les recapitalitzacions no poden ser rescats puntuals "in extremis" de situacions d'alta precarietat, com va ocórrer al 2005, sinó una actuació planificada i prioritzada.

La governança i la gestió dels hospitals públics-

Els hospitals formen part de la classificació d'empreses de més alta complexitat i la seva gestió requereix lideratges i equips basats en la capacitat de generar aliances per a provocar processos de canvi que depenen d'estructures professionals altament influents. Els pactes interns i les estratègies de desenvolupament han d'assentar-se en processos de confiança que només la solidesa de les estructures de govern poden donar.

Els dèficits en governança i direcció global del sistema públic a Espanya i Catalunya, generen uns espais de competència mal entesa dins el propi sistema, que no es resol només a través dels consells d'administració de cada entitat i, molt menys a través de la politització dels gerents.⁸² De fet, és un clam la necessitat de despolititzar la gestió dels hospitals.

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 s'ha de dibuixar de manera nítida, especialment en moments de crisi severa.

És urgent clarificar i diferenciar la funció directiva vers el maneig dels instruments que aquesta direcció fa servir, entre ells la "compra" de serveis a les seves pròpies empreses públiques, a les pertanyents a altres administracions i a les fundacions privades.

L'enfortiment de la direcció del sistema públic ha de ser una garantia per interactuar a nivell de Consell Interterritorial de l'SNS i per a lliberar la gestió dels hospitals de la pressió política i dels canvis d'equips motivats per aquesta circumstància.

Els equips de gestió i direcció dels hospitals han de respondre de les estratègies encomanades pels òrgans de govern del sistema públic, responsabilitat dels quals és

⁸² S.Peiró et al. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit.2011; 25(2):95-105

el nomenament dels Consells d'Administració. La participació de ciutadans i professionals, a més d'institucions locals representatives, constitueix un element de solidesa i fortalesa organitzativa.

En el cas de Catalunya, les diverses empreses proveïdores tenen consells d'administració pel conjunt de les seves línies de provisió en salut. 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. L'autonomia de gestió dels hospitals i/o de les estructures de gestió territorial de les que formin part es una prioritat

En moments de crisi i de canvi convé reforçar els òrgans directius dels centres i la seva capacitat de diàleg, negociació i pacte amb els professionals i les organitzacions dels treballadors. No només és un problema del nostre país la confusió populista de direcció i gestió amb burocràcia del sistema. És d'altíssim interès la reflexió al respecte publicada per King's Fund ⁸³ sobre la necessitat de professionalitzar la gestió i *Decalogo para el Buen Gobierno de los Centros Sanitarios y la Profesionalización de la Dirección*, publicat per l'OMC i SESPAS, entre altres societats científiques

La recerca i la docència en els hospitals

Cadascuna d'aquestes àrees d'activitat dels hospitals requereix una visió específica, que com a primer pas, a més de la participació organitzada dels professionals, ha de tenir àrees de decisió integrades al comitè directiu de les empreses. En els últims anys hi ha hagut un progrés molt important en la institucionalització de la recerca dels hospitals i en l'ordenació i transparència de la gestió dels projectes, línia que s'ha d'aprofundir i entroncar amb la transferència innovadora.

La docència requereix aliances entre centres. Les noves generacions de professionals de la salut han de ser competents amb els continguts dels nous models d'atenció i no només amb els coneixements tècnics concrets d'especialitat

En els últims anys hi ha hagut un progrés molt important en la institucionalització de la recerca dels hospitals i en l'ordenació i transparència de la gestió dels projectes, línia que s'ha d'aprofundir i entroncar amb la transferència innovadora.

⁸³ The King's Fund 2011. The future of Leadership and Management in the NHS. No more heroes

La docència requereix aliances entre centres. Les noves generacions de professionals de la salut han de ser competents amb els continguts dels nous models d'atenció i no només amb els coneixements tècnics concrets d'especialitat.

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 (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. 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 medicament:

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 capdavanter 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 dels ciutadans i usuaris en aquestes polítiques.

5.ATENCIÓ A LA SALUT MENTAL. PER UNA SORTIDA DIGNA DE LA CRISI Declaració de la Fundació Congrés Català de Salut Mental

Consideracions Prèvies

Comença a ser àmpliament admès i reconegut que la crisi econòmica i social de caràcter global, ha estat el resultat de la especulació financera, afavorida per la política de desregulació dels mecanismes públics de control a nivell de les instàncies estatals i internacionals.

La ideologia del mercat i de la lliure concurrència, amb el concurs de la hegemonia, introduïda a tots els nivells, del pensament biomèdic exloent, ha convertit la Salut en un article de consum i ha afavorit una tendència a la “medicalització de la vida”.

El procés d'instauració de la democràcia a Espanya va permetre impulsar una Reforma Psiquiàtrica que, des de la impugnació del model asilar manicomial, i superant l'assistència psiquiàtrica anterior depenent de les Diputacions provincials, així com de les consultes ambulatories de neuropsiquiatria de l'ICS i dels serveis de psiquiatria d'algun hospital general, ens va portar a un nou paradigma d'orientació comunitària, estructurat com una xarxa de serveis de salut mental “d'ús públic”, territorialitzada. Xarxa que tot i els increments del seu pressupost els darrers temps, mai no ha arribat a assolir un finançament equitatiu al de la resta de la Salut i des de la qual els equips professionals han tendit a prestar una atenció en continuïtat terapèutica, preferentment a malalts mentals greus.

Evolució i actualitat de la xarxa de salut mental

Després de la contestació antipsiquiàtrica, de la perspectiva personalitzadora psicoanalítica i de l'aportació de la psicofarmacologia, el nou model impulsat des del moviment progressista de professionals ha promogut en el curs de les darreres dècades una profunda transformació d'allò que va passar a denominar-se atenció de les malalties mentals per la seva voluntat assistencial, terapèutica i rehabilitadora.

Des de fa anys, les dades epidemiològiques indiquen un creixement important de la morbiditat i de la discapacitat derivada dels trastorns psiquiàtrics. La depressió, segona causa de discapacitat l'any 2014, es preveu que sigui la segona causa de malaltia l'any 2020, després de la cardiopatia isquèmica. El suïcidi és la segona causa de mortalitat entre els joves. Un terç de la població es veurà afectada per un trastorn psiquiàtric en el curs de l'any. L'OMS també assenyala que dues tercers parts dels afectats per un trastorn mental no arriben a demanar ajut a un professional sanitari.

El Pla Director de Salut Mental i Addiccions (2006), fruit d'un ampli consens, sobre tot dins del moviment de professionals de la xarxa pública, ha assolit una fonamentació teòricotècnica i unes propostes organitzatives i funcionals que han representat un salt molt important en la qualitat de l'atenció. Aquest Pla, informat des del Consell Assessor del mateix PDSMiAd i aprovat per la Conselleria de Salut, fent ressò de la greu informació epidemiològica i de morbiditat psiquiàtrica en feu un dels factors justificatius important de la seva promulgació. Circumstàncies epidemiològiques introductòries que també es troben tant en la declaració d'Helsinki (2005) dels ministres de la Salut de la UE, com en el document sobre “*Las estrategias de salud mental del Servicio Nacional de Salud de España*”, elaborat pel Ministerio de Sanidad i aprovat i assumit per les conselleries de salut de les comunitats autònomes.

En aquest sentit, és important recordar algunes de les recomanacions i propostes més

importants recollides en aquests documents:

1. Necessitat de promoció i millora de la salut mental en tots els països de la UE.
2. La importància i naturalesa de la problemàtica requereix d'un abordatge des de les polítiques públiques.
3. L'atenció primària ha de constituir la porta d'entrada i el nivell responsable de la gestió i seguiment clínic dels malalts.
4. Cal una lluita decidida contra l' estigmatització dels malalts mentals.
5. Es recomana una formació dels professionals de la salut mental adaptada a l'orientació comunitària.
6. S'ha de recolzar i promoure l' "apoderament" dels usuaris i familiars.

D'altra banda, i com no podia ser d'una altra manera, la implantació comunitària de l'assistència i l'apropament territorial i psicològic (i la estimulació des del mercat sanitari del consum!) ha donat lloc a un increment progressiu d'una demanda que es va fent més complexa i més reiterant en quant a les visites. Una complexitat que ha posat de manifest i reiterat el caràcter biopsicosocial dels trastorns i patiments psiquiàtrics, els quals requereixen, en conseqüència, el consens entorn d'un model d'assistència integral d'alta complexitat, en el que (d'acord amb les propostes del PDSMiAd) es vol privilegiar la prevenció, l'orientació comunitària, una pràctica demostrable i una "evidència científica". Requeriment aquest darrer, del que és un bon exemple la proliferació de guies clíniques, en bona part inspirades en la classificació diagnòstica de les malalties mentals de l'Associació Psiquiàtrica Americana, APA; classificació i diagnòstics promoguts des d'una orientació biomèdica i afavorits i patrocinats per la indústria farmacèutica. Amb la qual cosa s'afavoreix la contradicció entre la consciència de la complexitat de les problemàtiques i de la necessitat en correspondència d'una resposta complexa i el reduccionisme amb que s'empren sovint guies i protocols.

PROPOSTES davant la crisi

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

1. Vèncer i superar les resistències polítiques, ideològiques i teòriques que frenen i obstaculitzen l'avenç d'un model públic de salut mental centrat en la persona, equitatiu i de qualitat.
2. Dir no a les retallades ("Injustes, ineficaces i inapropiades": Canviem Europa!. Manifest europeu contra la política anticrisi neoliberal) i sí a la revisió a l'alça de la tributació de les rendes altes. Reforma de la política fiscal amb persecució seriosa del frau fiscal. Informació per part de l'administració, de l'abast real de les eventuais retallades.
3. Dir no a la reducció pressupostària en salut mental, la qual cosa podria representar una versió d'allò de "socialitzar les pèrdues (en el cas salut) i privatitzar els guanys". Tot tenint en compte el baix percentatge històric que representa el pressupost destinat a la salut mental dins del pressupost general de Salut.
4. Dir no a la privatització d'entitats i serveis. La xarxa de salut mental, per raons tècniques, d'eficiència i justícia, ha de ser d'ús i de gestió pública i adreçada al bé comú de la salut de la totalitat dels ciutadans.
5. Restabliment de la persona, ens 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 hospitalocèntriques i reconeixent normativament i materialment a l'atenció primària el caràcter de centre de referència i gestió en el seguiment dels processos mèdicoadministratius i terapèutics.

11. Defensar i millorar la gestió i funcionament dels serveis, segons els principis de la territorialització, d'uns sectors geodemogràfics d'atenció assumibles pels equips professionals i a l'abast de la població. Vetllant per la assignació dels suficients recursos materials i administratius, així com d'una coordinació i supervisió que faci possible un bon funcionament de la xarxa de salut mental segons els principis d'atenció integral, orientació comunitària i plantejament assertius recollits al PDSMiAd.

12. Avançar en la instauració i millora dels òrgans d'assessorament i participació dels usuaris, familiars i ciutadans.

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

6.LA PERSPECTIVA BIO-PSICO-SOCIAL DE LA SALUT. DIFERÈNCIES DE GÈNERE

Esperanza Aguilà Ducet. Programa Dona, Salut i Qualitat de Vida del CAPS

Els diferents factors que intervenen a la salut responen a aspectes biològics, psicològics, socials, culturals i mediambientals. Aquest model bio-psico-social 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.

Un sistema de salut que incorporés aquest model hauria de ser capaç d'entendre i d'escoltar els malestars de les persones en la seva totalitat. Però ara per ara, el que sovint trobem és la frustració dels professionals, originada pel sentiment de no tenir recursos per a respondre a les demandes que reben per part de les persones usuàries, al no identificar-les com a problemes sanitaris, originada per les expectatives de les persones que s'acosten al sistema de salut per resoldre els seus malestars, moltes vegades després de llargs itineraris a la recerca de recursos de suport inexistents. Per al model mèdic actual la salut ve de fora, no és inherent al mateix cos o a la persona, el cos es veu fragmentat, els especialistes arreglen les peces 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 cos⁸⁴.

Des del Programa Dona, Salut i Qualitat de Vida del CAPS hem analitzat les diferències i les desigualtats en la salut de dones i homes des de la perspectiva bio-psico-social, situant-nos en el paradigma que proposà el Dr. Jordi Gol i Gorina en la seva definició de salut: *aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa*, formulada al X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, celebrat a Perpinyà el 1976 i plenament vigent al segle XXI.

La situació de crisi actual ha esdevingut un escenari en el que es fa evident aquest impacte de les condicions de vida i de treball a la salut, posant-se de relleu les diferències i les desigualtats socials, de gènere, de classe social. La precarietat i la pobresa són factors de risc per a la salut, poden augmentar les situacions de dolor i cansament (les primeres causes de consulta de les dones), d'estrès (que afecta els sistemes immunològic i reproductiu), d'empitjorament de les malalties cròniques i de comportaments violents. L'atur ha esdevingut una emergència de salut pública, la desocupació pot generar la pèrdua de l'autoconfiança i de les relacions socials lligades a la feina amb risc d'exclusió social i multiplicar per set el risc de contraure alguna malaltia mental, augmenta els problemes d'ansietat i depressió (tres vegades més que en els que treballen), enganxar-se a drogues com l'alcohol o el tabac, morir prematurament o suïcidar-se.⁸⁵

⁸⁴ Maria José Hernández Ortiz. Medicina integrativa ¿la medicina del futuro? Seminari RedCaps novembre 2011

⁸⁵ Joan Benach i Carles Muntaner. Grup d'investigació en desigualtats en salut de la UPF. Publicat a El Periodico de Catalunya 29 març 2011

Aquest impacte és superior en les persones en situacions més desfavorides, incrementant les desigualtats socials en salut⁸⁶. Un mal clima laboral pot produir ansietat generalitzada, estrès, el síndrome *burnout* (desgast professional o 'estar cremat'), mobbing, assetjament sexual, però també absentisme. Això pot derivar en patologies cardiovasculars i de salut mental, a més de moltes malalties musculoesquelètiques.⁸⁷

La classe social, el binomi treball-ocupació i el nivell educatiu tenen una forta relació amb la salut, a mesura que empitjoren les condicions del entorn, sumant les estructures de poder i la falta d'oportunitats, els indicadors de salut de la població es tornen més negatius, quedant sobretot les dones en situacions de major vulnerabilitat de pobresa i exclusió social (Rohlf, 2006). Si es tenen en compte els factors econòmics, productius i socials en les condicions de vida d'homes i dones, es posa de manifest la relació directa entre com afecten a la vida i a l'estat de salut de cada persona de forma diferent. Tanmateix, si es tenen en compte els processos migratoris, la vulnerabilitat o les situacions de discriminació, es fan especialment visibles en les dones.⁸⁸

Si analitzen l'augment de l'esperança de vida veiem que no sempre va acompanyada d'una bona salut. L'esperança de vida és més llarga en les dones que en els homes, en el 2006, 83,8 anys per a elles i de 77,2 anys per a ells, però si analitzem el número d'anys amb bona salut, es a dir sense discapacitats, son superiors en els homes. Les dones tenen pitjor percepció de la seva salut, definint-la com bona o molt bona el 54% d'elles (en front del 63% d'ells), independentment al grup d'edat, classe social, nivell d'estudis o situació laboral a la que pertanyin i augmenta en les dones sense feina remunerada o dedicades principalment a les tasques domèstiques.⁸⁹

Les dones presenten més malalties cròniques i fan un major us dels serveis sanitaris ambulatoris, dada que s'ha confirmat en la literatura en tots els països del mon que tenen una accessibilitat igualitària al sistema sanitari.⁹⁰ La primera causa de consulta és el dolor i el cansament que dificulta el desenvolupament normal de les seves activitats quotidianes. Hi ha factors de risc diferencials que haurien de ser previnguts o abordats de forma diferent entre dones i homes, com són les causes de patologia cardiovascular, diabetis o la obesitat. Lois Verbrugge va assenyalar l'any 1989 que el pitjor estat de salut de les dones es devia a riscos adquirits i a aspectes psicosocials com el sedentarisme, l'atur o l'estrès físic i mental que produeix la doble o triple jornada laboral que han de realitzar, així com el treball emocional que constantment realitzen en el seu paper de cuidadores de tota la família i del seu entorn. La incorporació de les dones al mercat del treball (el 47% aproximadament per l'any 2006), no ha portat de la ma la inclusió de la majoria dels homes a l'espai de la reproducció domèstica i de la cura, i per tant les dones estan assumint la multiplicitat de rols i la doble o triple jornada laboral.⁹¹

⁸⁶ Lucía Artazcoz. Agència de Salut Pública de Barcelona. Major impacte de la crisi econòmica sobre la salut de les dones. Revista MyS 30. 2011

⁸⁷ Neus Moreno. La clase social y el género, claves en los riesgos psicosociales en el trabajo

⁸⁸ Informe Salud y Género 2006. Observatorio de salud de las mujeres. Ministerio de Sanidad y Consumo

⁸⁹ Esther Redondo, coordinadora del Grupo de Trabajo de Actividades Preventivas de SEMERGEN, 33º Congreso Nacional de SEMERGEN, Oviedo.

⁹⁰ Carme Valls Llobet. Les causes orgàniques del malestar de les dones. Revista Mujeres y Salud núm. 16

⁹¹ Informe Salud y Género 2006. Observatorio de salud de las mujeres. Ministerio de Sanidad y Consumo

Si analitzem també les diferències entre dones i homes veiem que elles dediquen cada dia de mitjana 6 h 47 minuts al treball remunerat i domèstic, mentre que el temps dels homes és una hora menys, concretament 5 h 48 min. El desequilibri entre els dos gèneres encara s'accentua més quan es focalitzen les dades en les tasques domèstiques familiars. El 66% d'aquest treball a les llars recau en les dones, mentre que el 31%, en els homes, just la proporció inversa que en el treball remunerat, on els homes hi dediquen més temps. Segons les dades de l'Enquesta de l'ús del temps (Idescat/INE, 2003), que mesuren els resultats de quatre o cinc generacions a la vegada, en 70 de cada 100 llars la responsabilitat i la gestió del treball domèstic és de la "persona principal femenina", i només en 4 de cada 100 llars és de la "persona principal masculina".

En termes estructurals el volum de dones assalariades s'incrementa, però la seva responsabilitat relativa a l'organització i realització del treball domèstic familiar sembla que disminueix poc⁹². Respecte a la cura dels fills, l'enquesta sobre els usos del temps del Institut Nacional d'estadística (CSIC, 2005) indica que les dones dediquen aproximadament tres cops més temps a la cura de fills i filles que els homes.⁹³ Marianne Frankenhaeuser i Ulf Lundberg en el seu projecte Volvo varen demostrar que els nivells d'hormones d'estrès en les dones romanen elevats després del treball, a diferència dels homes, en els que es redueixen quan arriben a casa.

Els estils de vida estan definits com a determinants de la salut de la població, en aquest àmbit també hi ha diferències de gènere i de classe social. Els homes tenen conductes menys saludables que les dones en el consum del tabac, encara que això està canviant en els joves. Les dones són més conscients dels aspectes saludables de la dieta però realitzen menys activitat física, d'altra banda les addiccions tenen una major penalització social en el cas de les dones, especialment si aquestes són mares, i són més invisibles, per exemple en el cas de l'alcohol que es consumeix preferentment en l'àmbit privat. També trobem diferències en les prevalences de l'anorèxia (més altes en les noies) i en els accidents de trànsit (més alts en els nois), responent a la influència dels missatges socials associats a la imatge del cos femení i al risc com a signe de identitat masculí respectivament.

Els adolescents que llegeixen revistes o veuen programes o anuncis en televisió relacionats amb la imatge mostren una major insatisfacció amb el seu cos. Les noies són les més sensibles a empitjorar la percepció del seu físic per aquest tipus d'informació. Així ho assenyala un treball realitzat per investigadors de l'Hospital Meixoeiro de Vigo i publicat en la revista 'Womens Health Issues', que ha avaluat l'associació entre l'exposició a revistes i televisió, algunes variables psicològiques com la interiorització del ideal corporal de primor, les alteracions alimentaries o l'autoestima i l'índex de massa corporal (IMC) amb la insatisfacció corporal en funció del gènere.

La major morbiditat de les dones es canalitza a través de les consultes d'atenció primària, la diferent utilització de les consultes d'especialistes es deu casi exclusivament a l'atenció a la salut reproductiva. El percentatge de dones amb ingrés hospitalari de al menys una nit en un hospital suposa un 10,7% en front d'un 8,5% d'homes, que per contra tenen una major estància mitja. El pes dels parts en els ingressos hospitalaris condiona les diferències, un 25% de les dones que varen ingressar en un hospital ho van fer per aquest motiu. Els medicaments pel dolor són el medicament més consumit per les dones (el 31.5% de las dones l'havien consumit en les últimes dues setmanes). El diferencial de consum de les dones amb els homes en

⁹² Cristina Brullet i Clara Roca. Malestars: infància, adolescència i famílies (CIIMU, 2008),

⁹³ Realitat familiars a Catalunya 2010 secretaria de polítiques familiars i drets de ciutadania

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⁽⁹²⁾.

L'estudi sobre les visions de ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya⁹⁴ que aporta una perspectiva integrada, posa de relleu que en relació als recursos sanitaris, tant els usuaris com els professionals i els gestors "invisibilitzen els recursos que aporten els ciutadans per a l'atenció i la cura de la salut. Només les cuidadores principals molt sobrecarregades, una part del personal d'infermeria (xarxa sociosanitària i xarxa de salut mental) veuen una relació complementària entre el sistema d'ajuda formal i informal d'atenció a la salut. Tanmateix veuen més l'activitat desenvolupada pel personal mèdic i pels homes que per les dones. Això succeeix a tots els nivells assistencials per igual i de manera particular a l'atenció primària". Vuit de cada deu persones cuidadores són dones entre 45 y 65 anys, sense remuneració o molt precària que fa jornades per sobre de les 40 hores setmanals, pateixen dolor, cansament, problemes amb l'estat d'ànim i en alguns casos aïllament social.

Podem afirmar que el model bio-psico-social de la salut posa en evidència que la salut de les persones ve determinada per les condicions de vida i de treball, pels factors socials i les creences culturals i d'altra banda, que el treball informal (treball de cura no remunerat) és invisible per a la comunitat i per tant poc valorat. Propostes a tenir en compte en les polítiques públiques de salut:

- **CANVI DE MODEL.** Les persones han de ser protagonistes actives de la seva cura, el terapeuta acompanyarà en l'orientació cap a les opcions multidisciplinàries de salut que més convinguin a la persona, tenint en compte l'objectiu principal de preservar la salut i promoure la pròpia capacitat curativa de l'organisme.⁹⁵ El model actual genera un estrès en el personal sanitari que representa un dels riscos laborals més importants.
- **ANDROCENTRISME.** La ciència mèdica actual és androcèntrica, utilitzant l'home com a objecte i centre d'estudi que no te en compte la morbiditat femenina diferencial.
- **RECERCA I DOCÈNCIA:** El model relacional. Canviar el model de recerca i docència cap a un model mèdic i científic relacional⁹⁶ que inclogui les condicions de vida i de treball i en el cas de les dones s'allunyi del concepte de la salut només reproductiva. Cal fer una nova lectura del cos com organisme atenent a les diferències i a les desigualtats. Els professionals han de ser els primers en entendre la perspectiva bio-psico-social, ser conscients de les seves limitacions i apostar pel treball multidisciplinari.

⁹⁴ Estudi de les visions de ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya. Marga Sánchez-Candamio Mendez, Universitat de Girona i Lupicinio Iñiguez Rueda, Universitat Autònoma de Barcelona. 2006

⁹⁵ Maria José Hernández Ortiz. Medicina integrativa ¿la medicina del futuro? Seminari RedCaps novembre 2011

⁹⁶ Esteban, Mari Luz (ed) 2007. Introducción a la antropología de la salud. Osalde. Bilbao

- **COORDINACIÓ.** Entre els sistemes de salut i benestar principalment, però també amb altres àrees que afecten a la vida i a la salut (àmbit laboral, medi ambient...) en un procés continuat que permeti desenvolupar plans i procediments que actuïn com un mitjà no com un objectiu.
- **MEDICALITZACIÓ.** 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, tan o més eficaç per millorar la salut i la qualitat de vida.

7 .ELS DETERMINANTS DE LA SALUT I LES POLÍTIQUES PER DISMINUIR LES DESIGUALTATS EN SALUT

Carme Borrell, Lucia Artazcoz, Davide Malmusi

1. Les desigualtats socials en salut

El concepte de "desigualtat social en salut" es refereix a les diferents oportunitats i recursos relacionats amb la salut que tenen les persones en funció de la seva classe social, gènere, territori o ètnia, el que es tradueix en una pitjor salut per part dels col·lectius socialment menys afavorits⁹⁷. Diversos estudis mostren com les desigualtats en salut són importants, causant en molts casos un excés de mortalitat i de morbiditat superior a la majoria de factors de risc d'emmalaltir coneguts⁹⁸, i a més, aquestes desigualtats tendeixen a augmentar al llarg del temps com a conseqüència de la incorporació més ràpida dels avenços en salut per part de les persones de les classes socials més avantatjades⁹⁹. També cal tenir present que l'evidència científica existent assenyala com les desigualtats en salut es poden reduir si s'apliquen les intervencions i polítiques públiques sanitàries i socials adequades¹⁰⁰.

A l'Estat espanyol el coneixement de les desigualtats socials en la salut ha augmentat en les últimes dècades gràcies a la investigació desenvolupada per alguns grups de recerca. Els seus resultats han estat publicats en revistes especialitzades, i també en llibres i informes^{101,102,103,104}. A més, els últims anys s'han començat a publicar informes monogràfics sobre les desigualtats en salut a algunes Comunitats Autònomes com en el cas de Catalunya¹⁰⁵, el País Basc¹⁰⁶ i Andalusia¹⁰⁷.

⁹⁷ Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22:429-45.

⁹⁸ Woolf SH, Johnson RE, Phillips RL Jr, Philipsen M. Giving everyone the health of the educated: an examination of whether social change would save more lives than medical advances. *Am J Public Health.* 2007 Apr;97(4):679-83.

⁹⁹ Alvarez-Dardet C, Montahud C, Ruiz MT. The widening social class gap of preventive health behaviours in Spain. *Eur J Public Health.* 2001;11(2):225-6.

¹⁰⁰ Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, et al; European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med.* 2008;358(23):2468-81.

¹⁰¹ Artazcoz L (ed.). Monográfico Género y Salud. *Gac Sanit.* 2004; 18(Supl.2).

¹⁰² Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV, editores. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit.* 2004;18 Suppl 1.

¹⁰³ Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Barcelona: El Viejo Topo, 2005.

¹⁰⁴ Rodríguez M, Urbanos R (dirs). Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción. Elsevier España, 2008.

¹⁰⁵ Borrell C, Benach J (coords.). L'evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2005.

¹⁰⁶ Bacigalupe de la Hera A, Martín Roncero U. Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Vitoria-Gasteiz: Ararteko, 2007.

¹⁰⁷ Escolar Pujolar A (ed). Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía. Cadiz: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía, 2008.

Les dades disponibles indiquen la persistència d'enormes desigualtats en salut segons classe social, gènere i territori a Catalunya. Per exemple, a la ciutat de Barcelona, l'esperança de vida d'un home resident en el districte de Ciutat Vella és més de 5 anys inferior a la d'un home del districte de Sarrià-Sant Gervasi¹⁰⁸. L'any 2006, a Catalunya, la probabilitat de declarar una salut general regular o dolenta era d'un 7,8% per un home de 45 anys de classe social I (més privilegiada) i del 40,2% d'una dona de la mateixa edat de classe social V (més desfavorida)¹⁰⁹.

2. El model dels determinants socials de les desigualtats en salut

Els determinants socials de la salut són les condicions en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen i són els principals responsables de les desigualtats en salut. Aquestes circumstàncies estan configurades per la distribució de la riquesa, el poder i els recursos a nivell mundial, nacional i local, i estan fortament influïdes pels poders econòmics i polítics¹¹⁰.

Existeixen diferents models per explicar les causes o factors determinants de les desigualtats en salut. Aquí presentem el model de la *Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España* (Figura 1)¹¹¹. El model conté dos elements principals: els factors estructurals i els factors intermedis de les desigualtats en salut. Els factors estructurals es componen del context socioeconòmic i polític i de l'estructura social. El context socioeconòmic i polític es refereix als factors que afecten de forma important a l'estructura social i la distribució de poder i recursos dins d'ella. Aquests inclouen: a) Govern en el seu aspecte ampli, és a dir, la tradició política, la transparència, la corrupció, el poder dels sindicats, etc. i b) actors econòmics i socials com ara les grans corporacions. Ambdós determinen les polítiques macroeconòmiques com per exemple les polítiques fiscals, les de mercat de treball o les d'estat del benestar (educació, atenció sanitària, protecció social etc.). A més, també s'inclouen en aquest apartat els valors socials i culturals que sustenten les polítiques i les jerarquies.

L'estructura social inclou els diferents eixos de desigualtat que determinen jerarquies de poder en la societat com són la classe social, el gènere, l'edat, l'ètnia o la raça i el territori. Aquests eixos determinen les oportunitats de tenir una bona salut i posen en evidència l'existència de desigualtats en salut a causa del poder, el prestigi i l'accés als recursos, sent més beneficiades les persones de classes socials privilegiades, els

¹⁰⁸ Agència de Salut Pública de Barcelona. Llibre de Mortalitat 2008. Disponible en www.aspb.cat/quefem/sisalut/SISalutLlibresIndicadors/LlibreMortalitat_2008.html

¹⁰⁹ Malmusi D, Borrell C, Benach J. Migration-related health inequalities: Showing the complex interactions between gender, social class and place of origin *Soc Sci Med*. 2010 Nov;71(9):1610-9.

¹¹⁰ CSDH. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.

¹¹¹ Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit*. 2011. doi:10.1016/j.gaceta.2011.07.024

homes, les persones d'edat jove i adulta, les de raça blanca i les originàries d'àrees geogràfiques més riques. Aquests eixos de desigualtat estan relacionats amb el concepte de discriminació o de "les relacions de classe, gènere o raça injustes basades en pràctiques institucionals i interpersonals on membres d'un grup dominant adquireixen privilegis a base de subordinar a altres persones i justifiquen aquestes pràctiques mitjançant ideologies de superioritat o diferències ", que es denominen classisme, sexisme o racisme¹¹². L'estructura social determina desigualtats en els factors intermedis, els quals, al seu torn, determinen les desigualtats en salut. Aquests factors inclouen en primer lloc els recursos materials que són: a) Les condicions d'ocupació (situació laboral, precarietat) i treball (riscos físics i ergonòmics, organització i entorn psicosocial), b) la càrrega de treball reproductiu (tasques domèstiques i de cura de les persones), c) el nivell d'ingressos i la situació econòmica i patrimonial, d) la qualitat de l'habitatge i els seus equipaments, e) el barri o àrea de residència i les seves característiques. Els recursos materials influeixen en els processos psicosocials com la falta de control, de suport social, i les situacions d'estrès (esdeveniments vitals negatius), i també en les conductes relacionades amb la salut.

Aquest model posa en evidència que les causes de la bona salut i de les desigualtats en salut són causes que, majoritàriament, no depenen de les persones individuals, sinó que depenen de factors socials i que, per tant, s'han d'abordar des d'aquesta perspectiva.

El sistema sanitari com a amortidor de les desigualtats en salut

Encara que els serveis sanitaris, en si mateixos, contribueixen molt poc a la generació de les desigualtats en salut, un menor accés als serveis de salut i menor qualitat dels mateixos per als grups socials menys afavorits pot repercutir en pitjors conseqüències dels problemes incidents en la salut i el benestar. Algunes de les propostes que es comenten recentment al nostre país, com la implantació de copagaments, podem augmentar les desigualtats en l'accés i per tant perjudicar als grups menys afavorits¹¹³.

Per tant és molt important mantenir el nostre Sistema Nacional de Salut de caràcter universa i gratuït per tothom per garantir-ne l'accés. Així per exemple, un servei que no està inclòs en el Sistema Nacional de Salut, com l'accés al dentista mostra desigualtats importants segons classe social: un 36,6 dels homes i un 43,7% de les dones de classes no manuals (més privilegiades) el van utilitzar l'any anterior a l'entrevista de l'Enquesta de Salut de Catalunya de 2006 i en canvi aquestes xifres van ser més baixes pels homes (29,9%) i dones (34,5%) de classes manuals¹¹⁴.

¹¹² Krieger N. Discrimination and health. In: Berkman L, Kawachi I, editors. Social epidemiology. Oxford: Oxford University Press. 2000, pp. 36–75.

¹¹³ Trivedi AN, Mooloo H, Mor V. Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly. N Engl J Med. 2010;362(4):320-8.

¹¹⁴ Borrell C, Palència L, Rodríguez-Sanz M, Malmusi D, Bartoll X, Puigpinós R. Evolución de las desigualdades sociales en salud en Cataluña. Med Clin (Barc). 2011;137(Supl 2):60-65

L'impacte de la crisi en la salut de la població

D'altra banda cal assenyalar que, en condicions de crisi com l'actual, l'empitjorament de les condicions de vida i treball de les persones repercutirà negativament en la salut de la població tal com ja ha estat descrit a d'altres països del nostre entorn. Així per exemple, un article recent que compara indicadors de salut i utilització de serveis abans i després de la crisi a Grècia posa en evidència l'empitjorament de l'estat de salut de la població, l'augment dels suïcidis i homicidis i també l'increment de problemes de salut que afecten als grups més vulnerables com són la sida i l'ús de drogues. A més, s'ha descrit també la disminució en l'accés als serveis de salut¹¹⁵.

3. Les polítiques per reduir les desigualtats en salut

La *Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad y Política Social*, amb la finalitat de desenvolupar una estratègia estatal per reduir les desigualtats socials en salut, va constituir el novembre de 2008 *la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España*. La *Comisión* va lliurar el seu informe final al maig de 2010^{111,116}, amb un total de 166 recomanacions, ordenades per prioritat i dividides en 14 àrees que abasten l'acció sobre el context polític i la distribució de recursos, les condicions de vida i treball al llarg del cicle vital, els entorns de vida, els serveis sanitaris, i la informació, recerca i docència (vegeu la taula 1). És important assenyalar que les recomanacions es basen en els determinants de la salut (segons el model conceptual presentat a l'apartat anterior), fet que contrasta amb els plans de salut de la majoria de les comunitats autònomes que estan basats en problemes de salut. Així per exemple, el nou Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 es presenta sobretot com un pla de serveis sanitaris, no basat en els determinants de la salut i tenint poc en compte els problemes de salut de la població¹¹⁷. Aquest fet contrasta amb els plans de salut de països com Suècia¹¹⁸, on els determinants socials de la salut en són l'eix central.

Les recomanacions incloses en el document final de la *Comisión* són molt diverses, per exemple pel que fa al nivell de concreció (molt generals, com "Proveir una educació pública de qualitat", o molt detallades, com "Facilitar beques de menjador escolar"), així com al nivell territorial (estatal, autonòmica o local) i sector de competència (Salut o altres). Les recomanacions principals, més generals, que en el document encapçalen cada àrea, sumen un total de 27. Podrien destacar-se com missatges clau:

- La reducció de les desigualtats socials en salut no és possible sense un compromís per impulsar la salut i l'equitat en totes les polítiques i per avançar cap a una societat més justa.

¹¹⁵ Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*. 2011 Oct 22;378(9801):1457-8. Epub 2011 Oct 9.

¹¹⁶ Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.

¹¹⁷ Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya 2011-2015, Versió 1.0. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2011. www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3619/plasalut_vfinal.pdf

¹¹⁸ Swedish National Institute of Public Health. Sweden's new public health policy. National public health objectives for Sweden. Swedish National Institute of Public Health; 2003.

- Són necessàries polítiques públiques per millorar les condicions de vida al llarg de tot el cicle vital: una educació de qualitat des de la primera infància, llocs de treball i salaris adequats i prestacions de protecció de la desocupació, prestacions per a la dependència, pensions mínimes dignes.
- S'ha de fomentar l'accés a entorns de vida (barris, pobles i habitatges) generadors de salut, començant per les àrees més desfavorides. La promoció de la salut s'ha de basar en la creació d'entorns afavoridors d'hàbits saludables i en prioritzar la participació de la població més desfavorida.
- És important que es mantingui i millori la cobertura, l'accés i la qualitat del Sistema Nacional de Salut, i es dissenyin els programes sota la perspectiva d'equitat.
- És necessari disposar de dades i sistemes de vigilància, recursos per a la recerca i per a l'avaluació d'impacte en salut, i espais de formació per als actuals i els futurs professionals sanitaris, de salut pública i d'altres sectors implicats.

4. Conclusió: la salut en totes les polítiques

Tenint en compte el que s'ha comentat fins ara, per poder disminuir les desigualtats en salut és necessari tenir en compte la “Salut en totes les polítiques”¹¹⁹, 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 altres, en els que es generen o transmeten desigualtats socials. Per tant, per poder portar a terme l'enfoc de STP, és necessari la implicació dels diferents sectors dels governs, així com de la població civil i altres agents implicats.

Idees força

- 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.

¹¹⁹ Artazcoz L, Oliva J, Escribà-Agüir V, Zurriaga O. La salud en todas las políticas, un reto para la salud publica en España. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2011 May-Jun;25(3):260

- 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.

Figura 1. Marc conceptual sobre els determinants de les desigualtats en salut. Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España.



Taula 1. Recomanacions de la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España

Grans parts	Nº de recomanacions
Part I. La distribució del poder, la riquesa i els recursos	
Àrea 1. Salut i equitat en totes les polítiques	7
Àrea 2. Finançament just i despesa pública per a l'equitat	8
Àrea 3. Poder polític i participació	6
Àrea 4. Bona governança mundial	5
Part II. Condicions de vida i de treball quotidianes al llarg del cicle vital	
Àrea 5. Infància	21
Àrea 6. Treball	23
Àrea 7. Envel·liment	21
Part III. Entorns afavoridors de la salut	
Àrea 8. Entorns físics acollidors i accessibles	9
Àrea 9. Accés a un habitatge digne	7
Àrea 10. Entorns afavoridors d'hàbits saludables	17
Part IV. Serveis sanitaris	
Àrea 11. Un sistema sanitari que no causa desigualtat	32
Part V. Informació, vigilància, recerca i docència	
Àrea 12. Informació, vigilància i avaluació	3
Àrea 13. Recerca	4
Àrea 14. Docència	3
TOTAL	166

8. LA CULTURA DE LA SALUT, PARTICIPACIÓ, DEMOCRACIA I APODERAMENT CIUTADÀ

Document aportació al debat per Dempeus

1.- Salut, sanitat, participació social. Les polítiques de la salut, i fins i tot de la sanitat, la seva formulació, indicadors, avaluació i impacte no són temes tancats, acotats a tècnics, ni poden ser exclusius dels professionals de les anomenades ciències de la salut.

La definició de salut més nostra i ja esdevinguda clàssica : *“La salut és una manera de viure (que no pas un “estat”) autònoma, solidària i joiosa”* del **X Congrés de metges i biòlegs en llengua catalana de Perpinyà (1976)**.

Aquest enfocament que reclama, implica i necessita la ciutadania per al seu compliment, és absolutament antagònic a afirmacions insostenibles com les fetes pel conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya, quan diu que *“la salut és un bé privat que depèn d’un mateix i no de l’Estat”*, i que, *“la salut depèn només de la genètica, els antecedents familiars i els hàbits personals”*.

Ningú format i informat qüestiona que els determinants socials de la salut són d’importància i valor definitius. Condicions laborals, ambientals, escolars, nutricionals, urbanístiques, culturals, vials... determinaran inequívocament la salut d’una societat. I les polítiques de cada societat seran els determinants, o causes de les causes

“La salut és un assumpte social, econòmic, i polític, i sobretot és un dret humà fonamental. La desigualtat, pobresa, explotació, violència i injustícia estan en l’arrel de la mala salut i de les morts dels pobres i marginats ” Declaración para la Salud de los Pueblos (Bangladesh, 2000)

Així doncs, entenem que no es pot parlar pròpiament de salut sinó es fa des d’una perspectiva i abordatge social. La sanitat, com a sistema, podrà ser públic o privat, però la salut sempre serà pública. Són precisament les característiques de la salut com a conjunt de béns i serveis públics que interactuen en un nivell clarament social, i la necessària implicació des dels diferents col·lectius i la ciutadana, els factors que permeten i determinen el caràcter públic de la salut, de la salut pública.

2.- Salut i democràcia participativa: la ciutadania com a (co)protagonista

La ciutadania, que no és client ni usuària passiva, és realment la titular del sistema públic de salut. Com a tal li correspon un paper protagonista (coprotagonista) a l’hora de decidir quins son els seus objectius, valors, caràcter y prioritats del SNS.

Aquesta presa de posició com a protagonista entesa com un exercici de sobirania popular, com desplegament legítim i desitjable d’un Dret (a la protecció de la salut), com assumpció d’una responsabilitat col·lectiva i solidària, no obliga a una capacitació tècnic -professional prèvia sinó una decisió raonada, debatuda i compartida de quina salut, com, i amb quina prioritat social és la desitjada majoritàriament. Els/les professionals, que també des de la vesant ciutadana, seran els qui posaran els

instruments i mitjans per assolir aquesta aspiració social i de qualitat democràtica. I en rendiran comptes de forma sistemàtica.

No incorporem afirmacions d'algunes societats i experts que fan seva la *inevitabilitat i el compromís de determinats pactes "polítics"*, més o menys imposats, en el sentit d'*eixugar dèficit públic* i pressupostari a partir de limitacions en inversió salut, sanitat i polítiques socials. Aquesta fora ja una primera (i fonamental) decisió a resoldre democràticament i participativa.

Volem discutir que s'entén, i com es mesura, i en relació a què, o a qui, com a despesa sanitària, eficiència, sostenibilitat, o austeritat entesa com a retallada, i per tal de fer-ho ens investim de la legitimitat de "titulars" del sistema. Reclamem un gran debat socialment obert i políticament vinculant. Exigim la màxima transparència i accessibilitat real a dades i a sistemes d'avaluació existents i altres de nova creació en funció de corregir actuals biaixos economicistes.

Aquesta posició de base no suposa en absolut desestimar formes de millor praxis, de racionalització de recursos, d'avaluació clínica i del cost-efectivitat-risc, de correcció d'errors, ajustament de tècniques i protocols, adequació de tractaments i permeabilitat i relació de nivells assistencials.

Tot plegat conceptes que han de permetre també incorporar al debat la reivindicació de recuperació de gestió i titularitat pública respecte de concertacions-externalitzacions-privatitzacions, de més transparència i millors sistemes recaptadors defugint de l'enganyós concepte dels sistema híbrid, *mixt* o complementari, on la lloada col·laboració acaba sent, finalment, de recursos públics desviats a beneficis privats.

A partir d'aquestes idees cal bastir un sistema normatiu i legislatiu que permeti la real incorporació de la ciutadania, de forma activa, respectuosa i democràtica, però no ensinistrada, condicionada, des/mal/informada o subjecta a interessos de part. Un nou model de "Consells participatius" i una incorporació sistemàtica de representació la ciutadania als estaments de direcció i decisió.

3.- Des de la ciutadania, per una nova cultura de la salut.-

Reivindiquem una **NOVA CULTURA DE LA SALUT**, recuperant la concepció global dels antics metges salubristes catalans que varen donar una empremta social a Catalunya, enderrocant muralles i humanitzant una indústria naixent.

Afirmem que no és de cap manera saludable viure en una societat on l'economia mana sobre la política. No és bo per la salut que organismes supranacionals que ningú ha escollit (FMI, BM, OMC, BCE, G-20) i els interessos privats d'empreses multinacionals, d'indústries químiques i farmacèutiques i institucions financeres responsables de l'atur en retallar els crèdits a les petites i mitjanes empreses, s'apropiïn del finançament dels serveis públics i deixin a tants treballadors i treballadores sense casa ni futur ni esperança. Avui fins i tot treuen, posen i anomenen a dit (el seu dit) i sense cap mena de consulta als pobles, caps i programes de govern.

Les privatitzacions, les retallades, el menysteniment dels drets, tenen clarament biaix de gènere i de classe. Desestructuren la nostra societat i aplanen el camí a noves formes d'explotació, marginació i infelicitat de les persones, estant fomentant una societat individualista, cruel, on sols el sofriment és compartit, i de la que es vol eradicar la solidaritat amb un nou autoritarisme i menyspreu per l'ésser humà (especialment per als més dèbils) que sols poden fer germinar les llavors de l'exclusió i del feixisme.

No és acceptable per la salut que les persones, el medi, la qualitat de vida, les necessàries relacions de suport, participació social i la cultura, siguin mercaderia. La salut no pot ser moneda de canvi per als guanys d'uns pocs, i que ens mereixem una societat millor. Per això ens comprometem a treballar per a desenvolupar aquests 9 eixos fonamentals per a la construcció d'una Nova Cultura de la Salut (NCS) per tornar el poder a la política en el sentit més noble i evitar que sigui el sector privat de salut i sense un transparent i efectiu control democràtic, el que dicti els objectius de salut tant per les localitats com per Catalunya, l'Estat i la Unió Europea.

Per això proposem un eixos definidors de la Nova Cultura de la Salut, amb un llistat de Línies a desenvolupar:

3. Eixos de la Nova Cultura de la Salut:

1) Desmercantilitzar la salut i l'atenció sanitària del control privat i la influència del neoliberalisme i el complex industrial biomèdic-farmacèutic. No a cap 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 entre les tres cors: el biològic, el psicològic i el social, en una visió integral de la salut . Igualment **desbiomedicamentitzar** la salut lluitant contra la falsa concepció de l'existència d'un fàrmac per a cada malestar, 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, tal i com recomana la Comissió de la OMS de Determinants de Salut.

5) Cal fer èmfasi en l'equip i la figura del treballador/a social, com un col·lectiu de salut (infermeria, psicòlegs, auxiliars, farmacèutics, etc.) que juntament amb els metges i metgesses d'atenció primària constitueixen els professionals de major proximitat al ciutadà.

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 la importància de la qualitat del medi en les polítiques de salut (amb l'habitatge, considerat fins i tot 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, impulsant objectius. **La nova cultura de la salut entén que la participació ha de ser lliure i activa, co-responsable, amb veu pròpia,** ha de crear un poder ciutadà real i fort, argumentat, amb propostes alternatives. Sols així té sentit parlar de participació de la societat civil.

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

1.- DRETS de gènere 2.- DRET específic d'empara de les persones més desvalgudes i maltractades 3.- DRETS a la salut laboral i a combatre riscos, malalties laborals i ambientals. 4.- DRET a tracte digne per tothom i a NO expulsar dels drets malalts afectats/des per patologies "emergents", mal resoltes, insuficientment tractades, o senzillament poc investigades. 5.- DRET a deslliurar-nos de les concepcions economicistes dominants. 6.- DRET A un Sistema Nacional de Salut Públic, l'únic que pot garantir l'equitat, desmuntant el tòpic de la seva insostenibilitat i falsa "gratuïtat".

4.- La salut transversal i omnipresent.

Però a més, com ens recorden des de la OMS; la crida a l'acció ha de transcendir el sector de la salut i arribar a altres àrees com l'educació, el transport, l'ocupació, i fins i tot els marcs jurídic i judicial.

Hi ha evidència científica de que les prestacions econòmiques d'atur eviten o redueixen l'impacte sobre la salut en general i la mental en particular. Tan cert com que la crisi econòmica incrementa les desigualtats en la salut segons el nivell socioeconòmic.

Finalment, voldríem acabar per allà on hem començat: recuperant memòria, reprenent ciència i consciència...

Estem d'acord amb la **carta d'Ottawa** que "*La salut ha de formar part de l'ordre del dia de les persones responsables de l'elaboració dels programes polítics, en tots els sectors i a tots els nivells*" que "*La salut es crea i es viu en el marc de la vida quotidiana; en els centres d'ensenyament, de treball i de lleure*".

Considerem imprescindible construir aliances, treball i proposta conjunta entre ciutadania, professionals, organitzacions científiques i entitats socials, per una Nova Cultura de la Salut, per a garantir els Drets Humans i enfortir els valors d'autonomia i solidaritat.

Avui la tasca és **CONFLUIR** en un enorme cabal salutífer i esperançador, on cadascú aporti el millor al col·lectiu, sense renúncies, sense imposicions, des del respecte i la suma. Per una vida més digna, més feliç i un món millor.