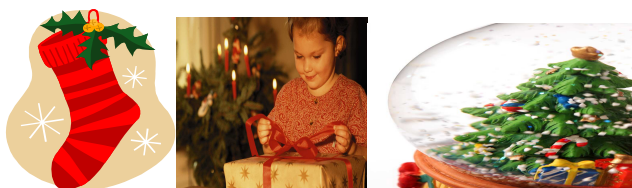

BUTLLETÍ CAPS

Butlletí d'Informació nº 34

Novembre 2008

París 150, 1er 2ª. 08036 Barcelona. Tel/fax 93 3226554. E-mail: caps@pangea.org
<http://www.caps.pangea.org>



EDITORIAL

SANITAT SOSTENIBLE?

Tenim a Espanya una sanitat pública, que es va fer universal, en l'etapa que Ernest Lluch era responsable del Ministeri. Tenim per tant un sistema sanitari que dóna drets a la salut i a l'assistència sanitària a tota la ciutadania amb igualtat de condicions. L'accessibilitat al sistema està garantit a tot l'estat espanyol, però hi ha qüestions que fan poc eficient el treball assistencial i la necessària coordinació entre medicina primària i especialitzada: per exemple, les llistes d'espera, quirúrgiques o per fer proves diagnòstiques, o la dificultat per atendre problemes crònics, com el dolor i cansament. Aquest problema representa el primer motiu de consulta a primària entre les dones i les persones grans, i comporta, també, llargues derivacions que duren mesos, d'un especialista a l'altre. Les esperes assistencials provoquen també un excés d'utilització dels serveis d'urgències, per patologies cròniques, que no banals, que haurien de ser ateses a altres nivells del sistema. La immigració, acusada en fals, de provocar una sobrecàrrega del sistema no utilitza en excés el sistema per tractar-se d'una població jove i

treballadora. La bona notícia de l'increment de l'esperança de vida, el denominat envelliment de la població, augmenta la demanda assistencial, però hauria de ser tractada amb optimisme creatiu, i amb una prevenció dels riscos (hipertensió, diabetis, colesterol...) sense medicalitzar-los per sistema.

La preocupació per la sostenibilitat del nostre sistema sanitari és creixent, i hem de debatre amb rigor quines son les causes. La sostenibilitat d'un sistema sanitari depèn de la eficiència del seu funcionament, de la seva organització, i de que els costos dels serveis donats no superin als pressupostos de que es disposa. Reconeixent que hi han problemes de finançament per l'increment de població, hauríem d'analitzar també en profunditat, al costat dels professionals de la salut i dels ciutadans i ciutadanes que fan servir el sistema, i els gestors, quins són els problemes de la manca d'eficiència del sistema. Per què es retarda l'atenció entre fer proves i resoldre resultats en els diagnòstics?, i en la resolució del dolor? Per què estan augmentant les demandes als serveis d'urgències? Podem demanar al sistema sanitari que resolgui el malestar provocat per problemes

laborals, socials, d'autoestima o de relacions de parella? O bé ho hem de fer amb un enfocament sociosanitari i interdisciplinari?

La despesa farmacèutica és també un gran pilar de la sostenibilitat del sistema sanitari públic, i el seu increment és un fet progressiu. La factura farmacèutica anual a Catalunya va ser d'uns 1400 milions d'euros només a atenció primària durant el 2007. Després dels antihipertensius, la despesa més gran pesa sobre ansiolítics, antidepressius, hipnòtics i altres psicofàrmacs, que són administrats majoritàriament a dones. No es pot doncs atribuir l'augment de la despesa farmacèutica només a la demanda dels jubilats. Molt abans de la jubilació es tracten amb psicofàrmacs molts altres malestars que no tenen etiologia clara, com la denominada fibromialgia i tantes altres afeccions.

En un debat recent organitzat pels amics de la UAB, el Prof. Figueras, comentava que l'acte mèdic, és una de les poques relacions entre usuaris i professionals en la que la decisió comporta efectes sobre la despesa, les proves i els tractaments, però aquesta decisió només la pot prendre una de les parts, la dels professionals que indiquen el procediment diagnòstic i terapèutic a seguir. És sostenible augmentar el nombre de professionals sanitaris, si el sistema no pivota en la prevenció real, i la promoció de la salut? Si no canviem el model i el temps de atenció, augmentar només el nombre de professionals pot incrementar encara més la medicalització. Intercanviar angoixes per receptes amb psicofàrmacs és un mal sistema d'atenció.

Si hem passat a tractar els riscos, enlloc de prevenir-los i la prevenció s'ha convertit en medicalització, no farà pas millorar la sostenibilitat del sistema incrementar només el copagament. Som un dels països europeus en que els ciutadans i ciutadanes paguen més proporció de la despesa farmacèutica (excepte els jubilats) i més contribueixen al total de la despesa

sanitària, a més de la part proporcional dels impostos que tots i totes paguem.

Estem d'acord en les declaracions de la patronal en que s'ha de fer un debat social sobre la cartera de serveis del sistema sanitari públic, i que no es poden donar noves prestacions, per cap tipus de pressió, sense haver-ne aprovat la eficiència i la sostenibilitat. Però no estem d'acord en centrar el debat en els complementos per menjars als hospitals, o amb el pagament per visites, perquè no s'ha demostrat que eviti la utilització excessiva del sistema i en canvi pot incrementar les desigualtats i les inequitats. El sistema sanitari només serà sostenible, si és eficient, democràtic, amb participació real dels ciutadans i corresponsabilització dels mateixos en la seva salut i la salut col·lectiva. Cal obrir un debat social sobre els serveis que han de ser finançats pel sistema públic de salut i retornar a la ciutadania el protagonisme de la seva salut.

Carme Valls-Llobet, Josep Martí, i Esperança Aguilà. Membres de la Junta del CAPS (Centre d'Anàlisi i Programes sanitaris)

NOTICIES CAPS

Seminari 08 de la RedCAPS de dones professionals de la salut

REDCAPS FA 10 ANYS



Deu anys fent xarxa!!

Tal com us anunciàvem al darrer butlletí hem celebrat el desè seminari de la nostra xarxa de dones professionals de la salut a l'Estat Espanyol: la RedCAPS .

Ho hem fet a la Residència d'Investigadors de Barcelona i aquesta vegada ha inaugurat la directora del *Instituto de la Mujer* que és l'entitat que dóna suport a aquesta iniciativa. Hi ha participat 130 dones de tot l'Estat.

La Carme Valls va fer una conferència on mostrava els guanys de la nostra xarxa, el que hem avançat en visibilitat però també tot el que ens queda i els reptes per seguir endavant

Les taules rodones mostraren els reptes que tenim per davant a partir de les experiències de diferents professionals i davant de temes nous que anirem abordant. I També com seguir i treballar des de la nostra perspectiva dins les institucions científiques, polítiques, universitats i des del feminisme.

Com sempre esperem que aviat podrem publicar les ponències perquè totes i tots les pigueu llegir.

I després vam anar sopar al Poble Espanyol...



PARTIPACIO EN EL IV FORUM DE LA FAV (Federació d'associacions de veïns i veïnes de Barcelona)

Els dies 7 i 8 de novembre la Favb va organitzar el **4t Fòrum Veïnal Barcelonès sobre ecologia urbana**, una trobada que va reunir un centenar de persones de diversos àmbits socials i en el qual es van voler establir les bases per treballar en el futur des del moviment veïnal els temes ambientals. Amb el material que va sorgir d'aquesta trobada es realitzarà un **manifest que es presentarà el pròxim 26 de novembre a les 19 hores a l'Ateneu Barcelonès** (Canuda, 6). Una posada en comú a la qual esteu tots i totes convidats a participar. D'altra banda, amb els



materials que es van treballar es prepararà un número especial de la publicació **Quaderns de Carrer**. Estan alguns penjats a la web, entre elles el que va presenta en Josep Martí en nom del CAPS

http://favb.cat/pdfs/forumveinal/epmarti_salut.pdf



per llegar :

Resumen del Informe de la OMS sobre la salud en el mundo 2008 «La atención primaria de salud, más necesaria que nunca»

http://www.who.int/whr/2008/summary_es.pdf

La atención primaria de salud, más necesaria que nunca

Resumen

Hace 30 años, la atención primaria de salud se presentó como un conjunto de valores, principios y enfoques destinados a mejorar el grado de salud de las poblaciones desfavorecidas. En todos los países, ofrecía una manera de mejorar la equidad en el acceso a la atención de salud y la eficiencia en la manera en que se usaban los recursos. La atención primaria de salud adoptó una visión holística de la salud que iba mucho más allá del limitado modelo médico. Reconocía que muchas de las causas básicas de la mala salud y de la enfermedad escapaban al control del sector de la salud y, por lo tanto, deben abordarse a través de un enfoque amplio que abarque a toda la sociedad. De ese modo cumpliría varios objetivos: mejorar la salud, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar enormemente la eficacia de los sistemas de salud. Hoy en día, los sistemas de salud, incluso en los países más desarrollados, no alcanzan esos objetivos. Aunque se han realizado notables progresos para mejorar la salud, luchar contra la enfermedad y alargar la vida, las personas no están satisfechas con los sistemas de salud que existen en todo el mundo. Una de las mayores preocupaciones se refiere al costo de la atención de salud. Se trata de una preocupación realista, ya que 100 millones de personas caen en la pobreza todos los años al costear la atención sanitaria. Un



número aún mayor de personas no puede acceder a ningún tipo de atención de salud.

El problema radica en que los sistemas de salud y los programas de desarrollo de la salud se han convertido en un mosaico de componentes dispares. Ello se evidencia en la excesiva especialización de los países ricos y en los programas impulsados por donantes y centrados en una sola enfermedad de los países pobres. Una gran proporción de los recursos se destina a los servicios curativos, pasando por alto las actividades de prevención y promoción de la salud, que podrían reducir en un 70% la carga de morbilidad a nivel mundial. En resumen, los sistemas de salud son injustos, inconexos, ineficientes y menos eficaces de lo que podrían ser. Además, sin una reorientación sustancial es probable que los actuales sistemas de salud se vean desbordados por los crecientes desafíos del envejecimiento de la población, las pandemias de enfermedades crónicas, las nuevas enfermedades emergentes, como el SRAS, y las repercusiones del cambio climático.

«En lugar de reforzar su capacidad de respuesta y prever los nuevos desafíos, los sistemas sanitarios parecen hallarse a la deriva, fijándose una tras otra prioridades a corto plazo, de manera cada vez más fragmentada y sin una idea clara del rumbo a seguir», se señala en el Informe sobre la salud en el mundo 2008, titulado La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Con la publicación de este informe el 14 de octubre, la OMS espera iniciar un debate a nivel mundial sobre la eficacia de la atención primaria de salud como una forma de reorientar los sistemas nacionales de salud. En un editorial publicado recientemente en la revista The Lancet, la Directora General de la OMS, Margaret Chan, escribió: «Ante todo, la atención primaria de salud ofrece una manera de organizar el conjunto de la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención es tan importante como la cura, y en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención».

En realidad, la OMS espera reavivar ese debate. La atención primaria de salud se puso oficialmente en marcha en 1978,

cuando los Estados Miembros de la OMS firmaron la Declaración de Alma-Ata. Eso fue hace 30 años. Unos cuantos países persiguieron este ideal. Pero, como afirma la Dra. Chan: «Este enfoque se malinterpretó casi de inmediato».

La atención primaria de salud se interpretó erróneamente como la prestación de una mala atención a los pobres. También se consideró que se centraba exclusivamente en el primer nivel de atención. Algunos la calificaron de utópica, y otros pensaron que era una amenaza para el cuerpo médico.

En el Informe sobre la salud en el mundo, la OMS propone que los países basen sus decisiones relativas al sistema de salud y al desarrollo de la salud en cuatro orientaciones normativas amplias e interconectadas. Estas cuatro orientaciones representan los principios básicos de la atención de salud.

Cobertura universal: para que los sistemas sean equitativos y eficientes, todas las personas deben tener acceso a la atención de salud de acuerdo con sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago. Si carecen de dicho acceso, las desigualdades en materia de salud producen décadas de diferencias en la esperanza de vida, no sólo entre países, sino dentro de los países. Estas desigualdades plantean riesgos, en particular brotes de enfermedades, para todos. Ofrecer una cobertura para todos constituye un desafío económico, pero actualmente la mayoría de los sistemas se basa en pagos directos, que es el método menos equitativo y eficaz. La OMS recomienda sistemas de mancomunación de fondos y de prepago, como los planes de seguro. El Brasil comenzó a trabajar para lograr la cobertura universal en 1988, y ahora llega al 70% de la población.

Servicios centrados en las personas: los sistemas de salud pueden reorientarse para responder mejor a las necesidades de las personas a través de puntos de prestación de servicios integrados en las comunidades. Cada una de las 17.000 “casas de salud” de la República Islámica del Irán presta servicio a unas 1 500 personas, siendo responsables del acusado descenso de la mortalidad de las dos últimas décadas, en las que la esperanza de vida pasó de 63 años en 1990 a 71 años en 2006. La estrategia de

atención primaria de salud de Nueva Zelandia, que se puso en marcha en 2001, hace hincapié en la prevención y la gestión de las enfermedades crónicas. Las “policlínicas” cubanas han contribuido a que los cubanos gocen de una de las mayores esperanzas de vida (78 años) de los países en desarrollo del mundo. El Programa de Salud Familiar del Brasil proporciona una atención de calidad a las familias en su domicilio, en las clínicas y en los hospitales.

Políticas públicas saludables: la biología no explica por sí sola muchas de las diferencias de longevidad, como la diferencia de 27 años entre los barrios ricos y pobres de Glasgow. De hecho, gran parte de lo que afecta a la salud se halla en gran medida fuera de la esfera de influencia del sector sanitario. Los Ministerios de Comercio, Medio Ambiente, Educación y otros influyen en la salud, y, sin embargo, se suele prestar muy poca atención a las decisiones de estos ministerios que afectan a la salud. La OMS considera que todas deberían ser objeto de deliberaciones y que es preciso integrar ampliamente un enfoque de “la salud en todas las políticas” en todos los gobiernos. Ello exigirá modificar los cálculos políticos, ya que algunos de las mayores mejoras de la salud pueden lograrse por medio de programas de desarrollo desde la primera infancia y la educación de las mujeres, pero es poco probable que estos beneficios se hagan realidad durante el o los mandatos de un único político.

Liderazgo: los actuales sistemas de salud no se encaminarán de forma natural a modelos más equitativos, eficientes (que funcionen mejor) y eficaces (que alcancen sus objetivos). Así pues, más que mandar y controlar, el liderazgo tiene que negociar y dirigir. Todos los componentes de la sociedad –incluidos los que tradicionalmente no intervienen en la salud– tienen que participar, incluso la sociedad civil, el sector privado, las comunidades y el sector empresarial. Los responsables de la salud deben garantizar que los grupos vulnerables tengan una plataforma para expresar sus necesidades y que se preste atención a estas peticiones. Las posibilidades son enormes. En la mitad de los países del mundo, los problemas de salud son la mayor preocupación personal

para una tercera parte de la población. Para asumir un liderazgo sensato es necesario saber lo que funciona. Sin embargo, la investigación sobre sistemas de salud es una esfera que a menudo recibe financiación insuficiente. En los Estados Unidos de América, por ejemplo, tan sólo se dedica el 0,1% del gasto del presupuesto nacional en materia de salud a la investigación sobre sistemas de salud. No obstante, la investigación es necesaria para generar las mejores pruebas científicas que sirvan de base para tomar decisiones de salud.

Al perseguir estos cuatro objetivos de atención primaria de salud, los sistemas nacionales de salud pueden llegar a ser más coherentes, más eficientes, más equitativos y mucho más eficaces.

Es posible avanzar en todos los países. Ahora, más que nunca, existen oportunidades para empezar a cambiar los sistemas de salud y convertirlos en atención primaria de salud en todos los países. Las dificultades difieren en países con distintos niveles de ingresos, pero también existen aspectos comunes. Se gasta más dinero que nunca en salud y se tienen más conocimientos para abordar los problemas sanitarios mundiales, incluso mejores tecnologías médicas. Actualmente también se reconoce que las amenazas y oportunidades en materia de salud son comunes en todo el mundo. La ayuda es importante para algunos países, pero la gran mayoría del gasto sanitario procede de fuentes nacionales. Incluso hoy en día, en África, el 70% de los recursos destinados a la salud procede de fondos nacionales. Así pues, la mayoría de los países tiene la capacidad necesaria para comenzar a avanzar hacia los beneficios de la atención primaria de salud y beneficiarse de ellos.

[Resumen del Informe sobre la salud en el mundo 2008 OMS «La atención primaria de salud, más necesaria que nunca» \[pdf 35kb\]](#)



LOTERIA CAPS. AQUEST ANY TOCA....



Hem escollit un número cap i cua a veure si toca.... **Podeu demanar de 5 a 20 euros de participació perquè en tinguem per tothom**

A la secretaria del CAPS
caps@pangea.org
O al telèfon 933226554

EL DEBATE SOBRE LA FINANCIACIÓN DE UN SERVICIO PÚBLICO (EL PERIODICO 19/11/08)

La sanidad catalana, en precario

GUILLEM López-Casasnovas*
Catedrático de Economía de la UPF

No es nada difícil, estos días, leer comentarios duros contra la Conselleria de Salut, y contra la sanidad catalana por extensión: presupuesto insuficiente, promesas incumplidas, profesionales quemados, amenazas de aplicación de medidas de copago impopulares, cambios en equipos directivos, gastos innecesarios, etcétera. ¿Qué sucede, pues, en este sistema que durante muchos años ha sido visto como modelo, paradigma de modernización y ejemplo de participación de la sociedad civil? En realidad, creo que al modelo en sí mismo no le ha ocurrido nada. Este puede ser el problema. Desde la transferencia a la Generalitat, a inicios de los 80, el sistema de salud ha ido haciendo los deberes de adaptación a las necesidades cambiantes lo mejor que ha podido. Ha mantenido al máximo --que ha demostrado ser políticamente posible-- la separación entre la provisión y la producción de servicios y se han introducido medidas de gestión en función de la restricción presupuestaria en la gestión pública. Y, además, con la introducción de nuevas formas empresariales en la atención primaria como frontera de innovación.

ESTA ADAPTACIÓN ha tenido muchas dificultades, no solo políticas, sino también ciudadanas y culturales, a la vista de cómo unos y otros entienden todavía hoy la empresa y el ánimo de lucro en este sector. El empuje vivido se ha basado en cada caso en la voluntad e ilusión que han puesto en ello personas concretas y los *consellers* que han estado al frente. Pero esto hoy ya no parece suficiente para dar vida a la operativa de un sistema que tiene muchos descosidos. El entusiasmo fallece, el simple discurso se agota y la liturgia se hace rutina y pierde valor. Los argumentos de los críticos, legítimos, y que hoy levantan la voz más que nunca, no son, sin embargo, a menudo coherentes. Dicen que no es un

tema de dinero, pero acaban siempre con propuestas que requieren más recursos. Muchos profesionales que denuncian despilfarro se arrugan después cuando tienen que identificarlo cara a establecer copagos de racionalización. Algunos proveedores que piden globalmente más autonomía no se la ganan alejándose de la exclusividad de la financiación pública cautiva y de la demanda de programas especiales. Y los que además hacen las críticas desde otros sectores o territorios todavía no han puesto ejemplos de otros ámbitos --aparte del sanitario-- en los que la gestión, la profesionalización y las capacitaciones se hayan desarrollado tanto como en el sistema de salud. Si quieren, les puedo poner ejemplos en gestión universitaria y verán diferencias clamorosas. Si apetece, puedo explicar también fechorías e inconsistencias en sistemas más allá del Ebro. Pero esto ahora no nos llevará a ninguna parte. Está claro que vida inteligente hay en todas partes, a pesar de que todavía hoy no conozco un sistema como el nuestro que tenga una central de balances presidida por un profesional independiente, que esté trabajando la información de resultados con la transparencia con la que aquí se trabaja, que tenga un sistema de compra de servicios mínimamente estructurado y que acepte políticamente las críticas de sus participantes "sin represalias". Puedo hacer la lista también de deficiencias del funcionamiento práctico de nuestro sistema de salud --que creo conocer--, la inoperancia de sus mesianistas de pro y de los que lo politizan todo sin ofrecer propuestas viables que generen consenso. Creo que aquí y ahora hay que enfatizar el buen sistema que todavía tenemos, mejorarlo con medidas concretas y no enterrarlo bajo una frustración más de las que ya vive la perpleja sociedad catalana y a la que algunos excesos verbales contribuyen decididamente. Le ocurre a nuestro sistema el mismo problema que a muchas otras cosas en la vida: el *mal* del crecimiento y que no se puede vencer solo con entusiasmo. Tenemos una sanidad que intenta responder a las demandas, aspiraciones y voluntades de una sociedad desarrollada como la nuestra, medicalizada y sobreconsumidora que busca en las curaciones de la salud lo que ya no encuentra en la metafísica.

Esto genera unas necesidades de gasto a los que una financiación --que en el mejor de los casos *regionaliza* los recursos per cápita medios del Estado español-- no puede responder. Cuanto más desarrollada, más gasto, aquí y en cualquier país occidental. Más gasto no equivale a más financiación pública.

EN LA MEDIDA en que una sociedad se desarrolla es esperable que el peso de este desarrollo se reduzca mediante fórmulas más ligadas a la aportación del usuario. Sí, hablo de copagos. No es la fórmula ideal. Mejor sería concentrar sus recursos públicos en las prestaciones de coste-efectividad probadas, y dejar el resto al seguro complementario. Pero si el Estado es incapaz de establecer un catálogo de prestaciones, no veo otra

medicina que los copagos. Algunos dirán que con una financiación vinculada al PIB propio de Catalunya y no a la financiación media de la población española, nada de todo esto sería necesario. Pero esto equivale al concierto económico y otras formas de reducción del déficit fiscal catalán, que de momento ni la Constitución vigente ni el nuevo Estatut (¿vigente?) amparan. En definitiva, en las presentes condiciones, matar uno mismo a la criatura no habiéndola sabido alimentar tiene un grado de culpa superior a que ésta muera por inanición delante del fracaso colectivo en reanimarla.

COMENTARIS DEL PEP MARTÍ A L'ARTICLE

El Guillem fa molt bé el diagnòstic: *“Tenemos una sanidad que intenta responder a las demandas, aspiraciones y voluntades de una sociedad desarrollada, medicalizada, sobreconsumista, que busca en la curación de la salud (! será de la enfermedad ?) lo que ya no encuentra en la metafísica”* i segueix: *“esto genera unas necesidades de gasto a las que la financiación no puede responder”*

Parla de *“copagos de racionalización”* i diu que els que hi estan en contra *“acaban con propuestas que necesitan mas recursos”*, aquests no som pas nosaltres.

Però s'equivoca en el tractament: si bé diu que hauríem de finançar *“prestaciones de coste.efectividad provadas”* acaba dient: *“Si el Estado es incapaz de establecer un catálogo de prestaciones, no veo otra medida que el copago”*

Nosaltres creiem que amb el copagament, injust, no equitatiu i que no soluciona ni el finançament ni el sobreconsumisme, només seguirem amb el mateix model: medicalitzat, sobreconsumista i basat en la malaltia i en la superespecialitat. Cal canviar de paradigma sanitari: establir el catàleg de prestacions (o cartera de serveis) després d'un ampli debat ciutadà (pedagògic i resolutiu), corresponsabilitzar al ciutadà en la seva salut i la salut col·lectiva amb participació real en el sistema, centrar el sistema en la salut i no en la malaltia, i per fer-ho possible potenciar al màxim l'atenció primària i la seva tasca de salut comunitària.

