

Algunes propostes de millora del nostre Sistema Públic de Salut

RESUM DEL DOCUMENT amb les principals idees força:

VALORS del Sistema Públic de Salut

La Salut es el que importa, sabem que els principals determinants negatius de la salut s'han de fer front amb polítiques globals que estan fora de les competències del Sistema sanitari. Però també es necessari i urgent un canvi radical del model sanitari, canvi de paradigma, passant d'un Sistema sanitari centrat fonamentalment en la malaltia i la medicalització, a un model públic de salut integral de les persones i la comunitat

CIUTADANS I PROFESSIONALS

***Els ciutadans i ciutadanes** són els protagonistes dels serveis de Salut. Cal impulsar polítiques actives de reversió de la cultura de la medicalització entre ciutadania professionals i polítics. Cal apoderar a les persones en la protecció de la seva salut amb decisions compartides i fomentar la salut de la comunitat amb l'ús raonable dels serveis sanitaris.*

***Els professionals** estan al servei d'aquests protagonistes i la seva salut. I per fer bé això s'ha de vetllar per les seves condicions de treball i tinguts en compte en la governança. Però alhora millorar la seva autonomia i responsabilitat i en la incorporació d'altres professionals i competències en el món de salut més adients als canvis per la presència de nous perfils dels pacients.*

ATENCIÓ PRIMÀRIA

Proposem una atenció primària i comunitària orientada a atendre prioritàriament les necessitats de salut de la població amb la col·laboració de la resta d'agents locals de salut i de la mateixa comunitat, gestionada amb la participació activa dels professionals i la ciutadania que realitza una atenció accessible, longitudinal integral, centrada en la persona i que també coordina el conjunt d'intervencions assistencials.

HOSPITALS del segle XXI

No calen mes hospitals, si cal assignar recursos per millora, manteniments i noves dotacions planificades. Planificar el terciarisme (caldrà definir-lo) en pocs hospitals distribuïts pel territori de Catalunya i fer sinergies i aliances entre comarcals i terciaris. L'hospital ha de tornar els pacients a l'Atenció Primària que no necessitin llit, alta tecnologia o expertesa d'especialistes de l'hospital.

PER UN SISTEMA SOCIAL I SANITARI INTEGRAT

El model més efectiu per afrontar els problemes de salut vinculats a la cronicitat, l'envelliment o pluripatologies que provoquen pèrdua de l'autonomia, és un model integrat social i sanitari. Per avançar en aquets model caldrà la definició i disponibilitat dels elements instrumentals, Sistemes de registre compartits, Guies d'actuació social i sanitària front els casos més prevalents, Envelliment amb solitud i necessitats complexes, Risc o situació d'exclusió social, infància situació de risc, addicions i problemes de salut menta.

POLÍTICA DE MEDICAMENTS

La indústria farmacèutica te com ha prioritat el negoci i la malaltia. La prioritat del Sistema de Sanitari ha de ser la Salut i la cura de totes les persones, per això el Sistema de Salut ha de ser totalment independent dels interessos de les companyies farmacèutiques i de productes sanitaris.

GENERE SALUT I SISTEMA SANITARI

La salut de les dones és diferent a la dels homes perquè existeix diferències per la diferent biologia; i també és desigual perquè els determinants de la salut impacten de manera diferent a les dones a causa dels imperatius de gènere, cal polítiques que modifiquin els determinants socials i ambientals, amb accions de promoció de la salut específiques per a les dones i amb reconeixement dels drets sexuals i reproductius. Aquesta diferència i desigualtat ha d'estar reconeguda en els sabers i les pràctiques dels Sistemes Sanitaris. Cal eliminar les iniquitats i l'esbiaix de gènere en la pràctica mèdica perquè els Sistemes Sanitaris no siguin una font més de discriminació i violències envers les dones. Per això cal introduir la perspectiva de gènere en les polítiques sanitàries, en la pràctica clínica, en la docència i en la investigació.

ELS DETERMINANTS DE LA SALUT

Cal reconèixer i planificar des dels diversos governs de les institucions públiques polítiques globals per fer front a les desigualtats econòmiques i socials, fonamentals com a polítiques de millora de la salut i l'equitat de les persones. Posar Salut en totes les polítiques

LA SALUT MENTAL

Cal desplegar un pla integral que unifiqui estratègies socials i sanitàries coordinadament amb els serveis socials, atenció primària i els serveis de salut mental emmarcat en un àmbit territorial per poder detectar i donar resposta àgil a les necessitats dels ciutadans d'aquell territori. Cal un increment considerable de recursos a la salut mental ambulatoria per tal de poder abordar amb suficiència la demanda creixent i de major complexitat que té la ciutadania.

DOCUMENT DEL DEBAT

Per un Sistema de Salut orientat a la població i a la salut, amb l'Atenció Primària i la Salut Pública actuant com a eix vertebrador.

Antecedents

Ara fa 8 anys (el 2011) vàrem començar un seminari (que va durar fins el 2013) de reflexió i propostes, organitzat pel Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS)¹, sobre el nostre Sistema Nacional de Salut i com millorar-lo. Era el moment àlgic de la crisi econòmica (la segona onada) que va portar l'aplicació de fortes retallades als pressupostos públics, entre ells els de Sanitat. Això ha comportat que sobre uns recursos per sanitat ja tradicionalment insuficients a Catalunya per Salut un 5,2% del PIB, mentre que a la UE-15 es un 7,5% i un 11,6% menys per càpita a Catalunya sobre la mitjana de l'estat) un agreujament de la precarietat del Sistema, que i es va perdre qualitat, equitat (sobretot en accessibilitat, resolució, condicions laborals i qualitat percebuda). Els lleus increments pressupostaris produïts a partir del 2015, no han resolt les mancances originades per les retallades i han reforçat el model hospitalocèntric existent.

¹ http://www.caps.cat/images/stories/Quadern_caps35_SISTEMA_P%C3%9ABLIC_DE_SALUT.pdf

A això s'han donat junt als canvis demogràfics i de la morbiditat (envelliment, augment de l'esperança de vida, augment de la cronicitat i complexitat de les patologies) i junt a un model sanitari propi del segle passat centrat en l'hospital, molt medicalitzat, dedicat sobre tot a la malaltia ja instaurada i amb domini cultural de l'alta tecnologia, en lloc de una atenció personalitzada, continuada, preventiva i promotora de salut, com pot donar l'Atenció Primària i Comunitària junt a la Salut pública amb la seva acció sobre els determinants negatius de la salut

Amb aquesta situació, en la que el deteriorament del Sistema públic ha comportat la deserció de persones amb capacitat econòmica cap a la sanitat privada, veiem que el Sistema públic cada dia gasta més, en procediments poc eficients i de dubtosa eficàcia (mogut per la cultura imperant i pels interessos econòmics de lucre) i l'aparició de nous procediments diagnòstics i terapèutics que s'incorporen al sistema i altres ja presents, sense una avaluació rigorosa. Tots aquests factors generen cada cop major dèficit, ineficiència i el Sistema es fa insostenible a l'hora que redueix el potencial benefici sobre la salut de la població i augmenta els efectes iatrogènics.

Objectius d'aquestes propostes

Nosaltres creiem que és el moment, amb la crisi agreujada i evidenciada per la majoria de la població en l'actual pandèmia, amb nous governs a Espanya i possiblement a Catalunya, i degut a aquesta situació política i de deteriorament del Sistema de Salut, proposar, revisar i posar al dia els continguts de l'esmentat seminari del CAPS. Així hem revisat els documents (que estan a al Web del CAPS) i hem aportat algunes recomanacions que creiem prioritàries per millora el Sistema. En primer lloc i abans d'entrar en els diferents apartats del document, volem aportar els valors, que segons nosaltres, ha de contemplar el Sistema Públic de Salut. Segon, creiem que no hi ha possibles millores intentant fer programes o estratègies sectorials (urgències, Primària, llistes d'espera, etc) ni podem millorar el sistema només reclamant i posant mes recursos econòmics (que si que son necessaris però ben gastats en salut). És per això que posem com a primera qüestió un canvi radical del model, passant d'un model centrat, com hem dit, en la malaltia i la medicalització (molts cops injustificada i perillosa) a un model públic de Salut

ELS VALORS DEL SISTEMA PÚBLIC DE SALUT

De fet el Sistema Sanitari fruit de la llei general de sanitat de 1986 no va arribar a ser mai integral ni universal, en provisió està lluny de ser com els Suec, Britànics o Escocès. Ara cal tenir clar cap on volem anar.

Volem, primer de tot, fer explícits els principis que per nosaltres hauria de tenir el nostre Sistema de Salut Integral.

1-La Salut és allò que importa. Per un Sistema integral de Salut, no només d'atenció sanitària a la malaltia, orientat a promoció de la salut i a les necessitats de les persones i comunitats. Per això cal revertir els processos de medicalització i de mercantilització actuals. Amb l'Atenció Primària i la Salut Pública com a eix vertebrador

2.Un Sistema centrat en la cura de les persones i no exclusivament en la recerca incansable d'un diagnòstic. Donat el perfil epidemiològic actual, l'envelliment i les

malalties cròniques les Cures han de ser un dels eixos centrals del sistema sanitari i potenciant les accions de salut pública i comunitària

3-Tenir en compte, planificar, actuar i avaluar sobre la **importància dels factors per la Salut integral i tots els seus determinants o condicionants**: socials, econòmics, culturals, ambientals de gènere, genètics i biològics, posant el valor Salut en totes les polítiques públiques (no només sanitàries) Revertint els estereotips i les inequitats que es donen.

4-**Universal i equitatiu, de qualitat**, amb igualtat d'accés i atenció a totes les persones que viuen a Catalunya. **Derogació del decret 16/2012 i desplegament de la llei catalana que garanteixi la sanitat universal**. Sistema democràtic, educatiu i participatiu, que ha de cobrir les necessitats preventives, assistencials, docents i investigadores que afavoreixin un canvi social en Salut

5-**Públic**, que vol dir que es finançat amb diners públics solidàriament i de manera suficient per fer front a les necessitats de salut Finançament suficient amb els pressupostos de la Generalitat que han de contemplar una fiscalitat progressiva i solidària

6-Amb **planificació i gestió pública**,. que volem dir que tot el diner públic ha de ser gestionat per entitats sanitàries públiques sense afany de lucre (ineludiblement les que poden generar demanda, prescripció i tenen tracte directa amb els pacients). La resta, si es demostra la seva necessitat, es podrà utilitzar amb clàusules de qualitat, transparència absoluta i reversió en incompliments.

7-**Un Sistema accessible**, , que asseguri l'accessibilitat geogràfica, social i cultural amb criteris de gravetat i equitat en l'atenció dels processos.

8.Un sistema en el qual **l'Atenció Primària i Comunitària en sigui l'eix**, amb un ple desenvolupament de les seves competències i un adequat finançament i reconeixement. Cal també **reforçar la Salut Pública**, per la seva importància en la prevenció i en l'enfoc dels determinants socials de la salut,

9-De **qualitat i seguretat en l'atenció i els resultats en salut**, amb resultats avaluable i transparents

10-Sistema **pensat pels interessos i la Salut dels ciutadans i ciutadanes, així com amb les millors condicions de treball i prestigi dels seus professionals** com a resultat de la feina de qualitat

11-**Instaurant la participació i l'autonomia real** dels professionals i la ciutadania en la seva governança i control.

12-Un Sistema **innovador amb criteris de Salut, d'eficiència, docència i recerca**

13. Un sistema desvinculat dels interessos de les companyies farmacèutiques, de productes sanitaris i de productes diagnòstics, en el qual els professionals, els gestors i els polítics, no tinguin relacions comercials amb aquestes companyies ni puguin acceptar-ne cap mena de suport o regal. Un sistema que garanteixi la formació continuada dels seus professionals amb continguts independents dels difosos per les companyies proveïdores, bé directament o bé a través de societats professionals i de les seves guies de pràctica

Autors del document de Debat

Amando Martin Zurro, Albert Cañis, Carlos A. Gonzalez, Carme Borrell, Carmen Catalan, Carme Valls, Cesca Zapater, Emili Ferrer, Jordi Colomer, Joan Benach, Joan Gene, Josep Farres, Josep Martí, J-R. Villalbí, Lluís Rajmil, Maria José Fernandez de Sanmamed, Montse Montaña, Maribel Pasarin, Olga Fernandez, Rafael Barba, Vicente Ortun, Xose Lopez de Vega

Adhesions

- Junta del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS)
- Junta del Fòrum Català d'Atenció Primària (FOCAP)
- Economistes davant la crisi
- Fundació Congrés Català de Salut Mental (FCCSM)

Propostes per varis àmbits del Sistema de Salut. Continguts de diferents comissions

Amb els valors generals del Sistema de Salut fets a la primera part, s'han constituït comissions per desenvolupar els àmbits sectorials següents:

- 1.Ciutadania i professionals.
- 2.Atenció Primària i Comunitària
- 3.Hospitals.
- 4.Atenció socio sanitària.
- 5.Política medicaments.
- 6.Salut i Gènere.
- 7.Determinants de salut .
- 8.La Salut Mental

1.La ciutadania i els professionals de la Salut

SITUACIÓ.

Professionals i treballadors del Sistema Sanitari estan cada cop més decebutos pel deteriorament de les seves condicions laborals i de treball. Mentre que la ciutadania té la sensació subjectiva de la pèrdua de qualitat del Sistema públic, sobre tot en accessibilitat, equitat i resolució dels processos assistencials.

PROPOSTES

El ciutadans i ciutadanes

1.Els ciutadans i ciutadanes son els protagonistes dels serveis de Salut. Els professionals estan al serveis d'aquests protagonistes i la seva salut. I per fer be això han d'estar molt ben cuidats i tinguts en compta en la governança i la gestió del Sistema de salut

2.Cal impulsar polítiques actives de reversió de la cultura de la medicalització important avui entre ciutadania professionals i polítics.

3. Cal empoderar a les persones en la protecció de la seva salut i la salut de la comunitat i en l'ús raonable dels serveis sanitaris

4. Cal intensificar la lluita contra les desigualtats en salut i contra els determinants negatius de la mateixa.

5. Garantir els drets de les persones en el Sistema de Salut també: autonomia i llibertat en les decisions sobre la seva salut, la no discriminació per cap causa, la interrupció voluntària de l'embaràs, la eutanàsia, el tractament del dolor, la seguretat en els procediments mèdics i a una mort digna.

6. La ciutadania organitzada i apoderada ha de participar també en la governança, el control de gestió i qualitat del Sistema i dels Centres

7. En l'avaluació de qualitat i resultats en salut del Sistema i dels Centres i serveis, s'hauran de tenir indicadors i mecanismes de registre de l'avaluació dels propis pacients i ciutadania

Les professionals i treballadores del Sistema de Salut

8. La qualitat de les condicions laborals, la qualitat de les condicions de treball, el prestigi professional, la major autonomia de les unitats assistencials, la conciliació familiar, la qualitat de les retribucions, els temps per formació, recerca i docència a més de l'assistència, seran objectius prioritaris. Els recursos econòmics hi son, només cal voluntat política²

9. Limitació estricta dels contractes eventuais Eliminació, en els nous contractes, de la categoria de funcionaris i estatutaris. Contractes interins només en períodes de proves. Posar en marxa un nou model de relació laboral en el SNS que capti i retengui el talent, que incentivi la pràctica ben feta i que afavoreixi al treballador amb fórmules que li permetin flexibilitat, conciliació i adaptació a les seves preferències,

10. Conveni col·lectiu laboral de mínims per tot el Sistema públic (per tots els centres, serveis i categories professionals) sobre aquest conveni, els centres, amb la seva autonomia podran augmentar les percepcions. Carrera professional consensuada i posada al dia, amb tres nivells, amb criteris de qualitat, bones practiques i expertesa

11. Dues categories de dedicació: 1. activitat exclusiva en el Sistema públic (amb control eficaç) i remuneració suficient. 2. activitat compatible amb altres activitats remunerades fora de l'horari laboral i del seu àmbit poblacional d'exercici públic (amb control efectiu) Els coordinadors o director de processos assistencials hauran de tenir el tipus d'activitat exclusiva (aquesta categoria professional clínica i de gestió no forçosament ha de recaure en la categoria professional de cap de servei)

² <https://economistasfrentealacrisis.com/la-sanidad-y-las-pensiones-victimas-del-abuso-el-derroche-y-la-irresponsabilidad/>

12.L'avaluació professional es durà a terme amb indicadors de qualitat assistencial (accessibilitat, bona coordinació entre nivells, tracte amb usuari, qualitat de resultats en salut, complicacions, recerca clínica, etc)

13.Objectius variables anuals, pactats i remunerat significativament segons els criteris d'avaluació anteriors.

14.Definir i aplicar les responsabilitats i funcions de cada categoria professional (metgessa, infermeria, administratiu, treball social, etc) segons les necessitats actuals d'atenció a la salut, a cura i l'assistència a la malaltia

15.Participació real, efectiva i reglada dels professionals, en la governança i en la gestió dels centres (independentment de les vies sindicals).

Una atenció primària i comunitària que orienti el sistema sanitari cap a les necessitats de salut de la població.

SITUACIÓ.

Els estudis científics demostren una vegada i un altre, tant en el passat com avui, que els sistemes sanitaris que disposen d' una atenció primària (AP) forta i de qualitat obtenen millors resultats en salut. Les organitzacions internacionals atribueixen els bons indicadors de salut de la població catalana al paper de l'atenció primària de salut (Bloomberg i OMS) assenyalant que aquesta és una de les de més qualitat al mon. Les enquestes de satisfacció també mostren que és un dels serveis més ben valorats per la població.

Malgrat aquests bon resultats, l'atenció primària es troba actualment ensorrada. Pateix un infrafinançament crònic i a diferència d'altres àmbits assistencials, ha estat objecte d'unes severes retallades que encara no s'han revertit. Mentre a la resta del continent ocupa al voltant del 25-35 % del pressupost sanitari públic, a Catalunya l'any 2011 l'atenció primària només suposava un 17% del pressupost i fins i tot ha retrocedit fins a un 14,7% l'any 2017. En relació a l'any 2010, la plantilla d'AP de l'Institut Català de la Salut (ICS) de l'any 2018 ha perdut 1.381 treballadors al temps que la hospitalària ha crescut en 2.839 persones en el mateix període. Aquest greuge encara és més important si considerem el conjunt dels serveis de salut catalans ja que l'ICS gestiona el 80 % de l'Atenció Primària i només el 30% dels Hospitals. Aquestes dades il·lustren una vegada més que les decisions de gestió i de política sanitària no s'adopten buscant el màxim benefici per la salut dels pacients i de les poblacions. Fan témer també que l'atenció a la salut s'està desviant cap a àmbits tradicionalment menys efectius i eficients, el que inevitablement acabarà afectant negativament els indicadors de salut poblacionals.

PROPOSTES

1.- L'atenció sanitària ha de basar-se en les necessitats específiques de la població en conjunt i en les de cada una de les persones cobertes, per tant la prioritització dels objectius de l'atenció sanitària ha de sorgir del territori. Els serveis d'Atenció Primària i Comunitària, els més propers a la població i els que millor coneixen les seves necessitats, han de marcar de forma participativa les prioritats assistencials de la població del territori.

2.- Per tal d'intervenir sobre els determinants de la salut de la població i no exclusivament sobre la demanda d'assistència cal impulsar la cartera de serveis d'atenció comunitària dels equips d'atenció primària que han de treballar conjuntament amb els serveis de salut pública, els serveis socials i la resta d'agents de salut de la comunitat. Aquesta activitat ha de tenir un finançament específic.

3.- L'experiència catalana ens ha mostrat que quan integrem les estructures de gestió entre atenció primària i l'atenció hospitalària els recursos es desvien cap a l'hospital. Per aquest motiu cada àmbit ha de tenir les seves pròpies estructures de gestió dels recursos econòmics i humans.

4.- L'Atenció Primària i Comunitària, coneixedora de les necessitats de salut de la comunitat, a més de gestionar directament tots els serveis sanitaris del territori ha de definir i marcar el suport que desitja dels hospitals que atenen els pacients d'aquesta comunitat. En aquest sentit ha de tenir un paper important en la contractació de serveis hospitalaris que realitza el Catsalut. Els pacients es beneficien d'una millor qualitat assistencial quan existeix una bona coordinació clínica i es comparteixen vies clíniques i sistemes d'informació. La desitjable coordinació entre els diferents àmbits assistencials no millora integrant les estructures de gestió.

5.- L'Atenció Primària i Comunitària ha de participar en la gestió de les llistes d'espera per proves complementaries, i en la decisió del tipus de visita (virtual i/o presencial) i en la prioritització de les mateixes els especialistes focals als quals fa la derivació

6- El creixent envelliment de la població i la major desigualtat social de la nostra societat fa cada vegada més necessària la col·laboració de l' d'Atenció Primària i Comunitària amb els serveis socials. Sobre tot, cal potenciar i integrar funcionalment en els equips d'atenció primària a les treballadores del Servei d'Atenció Domiciliària (SAD). No cal esperar que existeixi una integració entre els Departament de Salut i el de Serveis Socials per treballar conjuntament en el territori compartint informació i consensuant pautes d'actuació.

7.- La cultura de la gestió empresarial (gerencialisme) dels serveis sanitaris catalans originada als anys vuitanta ha donat lloc a un lideratge basat en gerents que assumeixen en solitari la responsabilitat de les decisions de gestió. Aquest tipus de lideratge és contrari a l'atenció centrada en la persona que

desitgem adoptar. Advoquem per una regeneració democràtica i un lideratge compartit en el que les propostes organitzatives, de gestió i de govern sorgeixin i caminin de baix a dalt. Proposem que s'articulin mecanismes formals de participació de pacients i professional en totes les decisions de govern i gestió dels centres i serveis d'atenció primària.

8. L'actual composició dels equips d'atenció primària ha d'adaptar-se a les noves demandes d'atenció de la població, i això significa redefinir els papers assistencials dels actuals professionals dels equips, essencialment augmentar el nombre i les competències d'infermeria (per sortir de la cua dels països de la OCDE) i estudiar la incorporació d'altres professions sanitàries. Cal una replantejament del model assistencial per seguir oferint un servei efectiu, eficient i de qualitat, mantenint els valors propis de l'atenció primària.

9. Potenciar totes les dimensions de l'Atenció Primària i Comunitària, en especial el caràcter longitudinal de l'atenció que és la més potent, garantint que tota persona tingui el seus professionals de referència que assumeixin l'atenció a totes les seves necessitats. Cal potenciar l'atenció domiciliària i el rol d'infermeria centrat en la cura com un dels valors del nostre Sistema de Salut

10. L'atenció continuada i urgent d'accés lliure per part de la ciutadania ha de fer-se només a dispositius propis de de l'Atenció Primària i Comunitària. El nivell hospitalari hauria de fer-se càrrec només de l'atenció urgent complexa i la derivada per l' d'Atenció Primària i Comunitària.

11. Els professionals d' d'Atenció Primària i Comunitària han de treballar en equip, han de disposar dels recursos econòmics, incentius laborals, i de conciliació familiar, adequats a la qualitat i complexitat del seu treball.

12. L'Atenció Primària i Comunitària i els serveis de Salut Pública han d'estar suficientment finançats per poder assumir totes les seves funcions i competències en l'àmbit assistencial i comunitari. En aquest sentit s'ha estimat que és necessari augmentar el percentatge del pressupost sanitari adreçat a l'Atenció Primària i Comunitària que actualment es situa al voltant del 14%, en tant que a la resta de països del nostre entorn és del 25%

13. l'ENAPISC hauria de re formular-se amb un enfoc primarista en base als principis definits en aquest documen

Bibliografia

- 1.- <https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-02-24/spain-tops-italy-as-world-s-healthiest-nationwhile-u-s-slips>
- 2.- Bernal-DelgadoE, García-Armesto S, Oliva J, Sánchez Martínez FI, RepulloJR, Peña-Longobardo LM , et al. Spain: Healthsystemreview. Health Syst Transit. 2018;20:1-179.

3.- Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. World Health Organization 2015. United Kingdom. ISBN 978 92 890 50 319. [consultado 21 Sep 2018] Disponible en: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf.

4.- FOCAP Atenció Primària 1381 menys, Atenció Hospitalària 2389 més. Accesible a <https://focap.files.wordpress.com/2019/12/ap-1381-menys.pdf>

AUTORS

Maria José Fernández de Sanmamed

Francesca Zapater Torras

Amando Martín Zurro

Joan Gené Badia

3.L'hospital del segle XXI

SITUACIÓ. Els hospitals del segle XXI han de perdre greix i guanyar en musculatura. Per una atenció hospitalària pública, innovadora, de qualitat, eficient i més integrada en el conjunt de la xarxa assistencial. Els hospitals davant els nous reptes de l'atenció poblacional i de l'eficiència i sostenibilitat han de flexibilitzar les seves estructures organitzatives i adoptar les millors experiències per a respondre a nous models d'atenció

Els hospitals han de centrar-se en aquelles actuacions que requereixin llits d'aguts i tecnologies complexes que aporten valor al pacient més complex. D'aquesta manera es guanyarà en accessibilitat, capacitat de resolució, seguretat del pacient, eficiència i satisfacció dels professionals. L'activitat hospitalària ha de respondre a les necessitats poblacionals planificades pels governs territorials del Sistema

PROPOSTES

1.Reordenació de la xarxa hospitalària de Catalunya en base a: característiques demogràfiques, equitat territorial, efectivitat, eficiència i qualitat assistencial tenint en compte els altres recursos territorials

2.Caldrà Promoure les aliances i la integració de serveis entre hospitals públics diversos d'un mateix territori, evitant duplicitats d'oferta, optimitzant els recursos i reduint burocràcia.

3.Cal planificar el terciarisme concentrant els seus serveis de manera que puguin disposar dels mitjans tecnològics més avançats, el nombre òptim de pacients tractats i millora de l'eficiència conjuntament amb l'avaluació externa dels seus resultats.

4.Cal repensar els hospitals comarcals, adequant-los a les necessitats de la població i garantint la qualitat de serveis. Revisar l'adequació d'hospitals amb un nombre escàs de llits d'aguts i fer sinergies comarcals

5.Sistema de pagament per càpita amb correctors geogràfics, i per necessitats poblacionals del territori no per activitat

6.Reformulació dels serveis d'urgència hospitalaris: no poden ser porta d'entrada al sistema, han de rebre pacients derivats de l'AP o pels serveis d'emergència. Cal també bona informació i educació en salut

7.Continuitat de l'atenció i resolució territorial: L'atenció amb orientació i planificació territorial, ben coordinada amb l'Atenció Primària de Salut que ha de ser la porta d'entrada i la conductora del pacient en tot recorregut pel Sistema. Els professionals de l'AE i la Primària s'han de conèixer i fer consulta presencial si cal als CAPs

8. Gestió procedent i eficient de les àrees, gestió per processos, bona gestió dels dispositius d'atenció de les curtes estades, hospitals de dia, hospitalització a domicili... Tenint en compte que molts d'aquests serveis els pot fer una bona Atenció Primària passant-li les funcions i els recursos actuals, ben coordinada amb l'AE. Caldrà fer cartera de serveis territorials d'aquestes modalitats de serveis incloent recursos de mitja i llarga estada

8. L'ús de les tecnologies de la comunicació i la xarxa d'informació clínica compartida amb tota l'Atenció Primària i Treball Social per a disminuir proves i visites innecessàries i afavorir polítiques eficients de coordinació

9. L'optimització dels recursos i les economies d'escala: Els serveis centrals de Diagnòstic per la Imatge i Laboratoris han de constituir àrees unificades de servei territorial als diversos proveïdors i nivells assistencials. També l'ordenació i l'optimització dels recursos d'alt cost en el territori

10.El manteniment i la millora de l'accessibilitat als serveis i la gestió resolutiva de la demanda. La qualitat assistència amb avaluació de resultats en salut amb la participació dels pacients i el cos benefici dels processos. Han de ser imprescindibles i subjectes a retribucions variables

11.Transparència i qualitat en la gestió de la llista d'espera¹, afavorint criteris homogenis, per gravetat i d'equitat en la inclusió de pacients i dotació de recursos per les atencions clínicament prioritàries. Transparència, Control per part del CatSalut i penalització en incompliments.

12.Establir els espais de participació i consens dels professionals dels hospitals mitjançant els òrgans corresponents. El seguiment dels acords de gestió i de qualitat dels centres han de ser sistemàticament aportats als espais de debat professional.

13.Reforçar la participació real de la ciutadania en la governança, el control de la gestió i la qualitat del Sistema i dels hospitals

14.Introduir un model de pagament que afavoreixi la resolució en el nivell comunitari, que reconegui l'expansió de l'activitat d'assessoria i consulta telemàtica, així com la col·laboració interdisciplinària. El model ha de ser

transparent i avaluable, amb garantia de manteniment de l'equitat i controlat pels òrgans de participació

15.No més hospitals però si el manteniment de la capacitat instal·lada, la renovació tecnològica gestionada i planificada han de ser una prioritat. És urgent que els hospitals públics adequar les seves partides de manteniment

¹ <http://www.ub.edu/geocrit/-xcol/6.htm>

Comissió d'elaboració de la proposta d'hospitals:

Albert Cañis
Montse Montaña
Jordi Colomer
Josep Martí
Xose Lopez

4.L'abordatge integrat sociosanitari requeriment imprescindible avui.

Existeix un alt volum de publicacions que mostren l'evidència de que el model més efectiu per afrontar els problemes de salut vinculats a la cronicitat, l'envelliment amb necessitats complexes, o pluripatologies que provoquen pèrdua de l'autonomia i una sobrecàrrega en els diversos nivells d'atenció dels sistemes sanitari i social, és un model integrat sociosanitari.³

En tots aquests treballs es mostren amb molta correcció i detall les fortaleeses i oportunitats i les limitacions i dificultats per posar-lo en pràctica. Tanmateix la conclusió unànime i comuna de tots és la seva necessitat ineludible i urgent. Que la qüestió no és senzilla ni simple, sembla evident davant els nombrosos intents que malauradament no s'han traduït en realitats tangibles.

³ Cronològicament, i anant des dels més recents fins els més antics destaquen: l'informe del Consell Assessor de Salut que a l'octubre del 2019 es va presentar amb el títol "Orientacions sobre el model d'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries"; el juny del 2019, com a complement a l'acord de govern sobre l'atenció a les persones grans amb necessitats complexes, el departament de Salut va fer públic el "Pla d'Atenció Integrada de serveis sanitaris i socials" (PAISSS), que substituïa el no reeixit, Pla interdepartamental d'atenció integral social i sanitària, (PIAISS) ; abans, desembre 2018, el Consell de Treball Econòmic i Social, (CTESC), òrgan assessor del govern de la Generalitat, havia publicat en la seva col·lecció d'informes, el número 51, amb el títol "Integració Social i Sanitària". El mateix es proposa en els documents "oficials" de planificació dels Departaments de Salut i Treball, afers socials i famílies, el "Pla de Salut" vigent actual i el "Pla estratègic de serveis socials", en fase de procés participatiu. També a nivell de l'estat espanyol, el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria, BOE 7 de maig 2019, defineix diverses propostes en la mateixa línia.

Algunes preguntes se'ns plantegen quan abordem la qüestió: És un problema local? Es un problema degut al model organitzatiu dels nostres sistemes? Quins condicionants ideològics influeixen en l'abordatge?

Una constatació inicial és que el maneig de la cronicitat, l'envelliment amb solitud no desitjada i amb múltiples problemes de salut que provoquen dependència, és una realitat quasi universal, i, sobretot, en el que podríem anomenar mon desenvolupat.

Les mesures regulatòries s'han proposat amb relatiu poc èxit. Algunes com el copagament s'han mostrat com ineficaces, aquesta junt amb la selecció adversa, desatenent o fent inassolible el pagament de l'assegurança, en cas d'existir algunes condicions d'edat o de patologies o altres característiques socials. Ambdues a més de la seva ineficàcia, aprofundeixen en les desigualtats i penalitzen fortament a amplis sectors de la societat, fonamentalment els més febles i necessitats.

A més del condicionants ideològics, cal destacar la visió medicalocèntrica, i especialitzada avui hegemònica en les persones i en la societat, no només en els entorns professionals. Les expectatives d'omnipotència i immediatesa han estat alimentades i adobades pels discursos hegemònics en el sistema sanitari i els proveïdors de tecnologia sanitària diagnòstica i de tractament. El discurs comunitari, l'acceptació de la realitat de la mortalitat i de les capacitats limitades del sistema sanitari per afrontar el tenir cura, el seguiment, l'acompanyament queden ocults per la potencia demagògica de l'altre discurs.

PROBLEMES

1. Hi ha consens en considerar la tradició i realitat de la manca de treball integrat com un dels factors claus a abordar. La manca d'integració té dues expressions, intrasistema i entre els sistemes. Parlem de funcionament desintegrat quan la relació entre els diversos nivells assistencials de cada sistema no ofereix ni la mínima coordinació. La relació entre salut pública, atenció primària, atenció especialitzada hospitalària, urgències, nivell socio-sanitari de salut en el millor dels casos només ofereix una mínima coordinació.

2. La situació empitjora molt més en l'interior del sistema social, la diferent dependència de les administracions, Serveis bàsics, administració local, i serveis especialitzats, administració autonòmica, complica molt el treball en comú. Si a més s'hi afegeix l'absència de sistemes de registre compartits, les duplicitats i la manca de la mínima coordinació només poden ser abordats amb l'important esforç voluntarista dels professionals.

3. Un altre problema és la orientació més cap a la prestació, amb tot el farragós tràmit administratiu que comporta, que cap el servei, malgrat les declaracions oficials que periòdicament es van produint sobre la necessitat de posar a la

persona i la comunitat en el centre del servei, la realitat és una altra. La burocratització i l'alentiment que provoca, és una resposta reactiva lògica davant l'escassetesa de recursos que encara ofereixen un accés en concurrència competitiva segons la valoració dels paràmetres de necessitat més que com un dret universal com es postula en les lleis de promoció de l'autonomia i atenció a la dependència també es descriu com una dificultat per la integració entre sistemes el diferent desenvolupament, fortalesa, volum econòmic que manegen cadascun.

4.A més caldria afegir-hi els desconeixements, les desconfiances, els estereotips entre els diferents professionals, que ja van ser magistralment descrites per Peter Pritchard⁴

Després del que hem esmentat sembla òbvia la dificultat de proposar un treball integrat entre sistemes. Però aquest és el repte. La proposta organitzativa requereix d'una forta voluntat i lideratge polític, que fins ara malauradament tampoc ha existit.

PROPOSTES

1.Construcció de plataformes territorials integrades amb governança compartida entre l'administració local i l'autonòmica. Definir una delimitació territorial única entre les àrees bàsiques de salut i socials. Aquesta ja era una proposta en una clàusula addicional de la Llei 12/2007 de Serveis socials de Catalunya, avui encara vigent i que mai s'ha realitzat.

2.Porta d'entrada única compartida pels serveis d'atenció primària de salut i els serveis socials bàsics. Elaboració del Diagnòstic comunitari de necessitat que ha de formular les prioritats d'actuació⁵

⁴Manual of Primary Health Care. Peter Pritchard, 1978, 1981. Avui vigents completament, com són vistos mútuament els metges i els treballadors socials entre ells, si hi ha dificultats per entendre la tasca del metge de família, l'especialista, l'infermeria, el personal de suport tècnic, els auxiliars de clínica perfils del sistema social Treballadors socials, Educadors socials, professionals de integració/ inserció, treballadores familiars, etc.

⁵ Quan analitzem la demanda expressada en termes qualitius, podem agrupar i definir els següents perfils de persones demandants que es beneficiarien d'una integració sociosanitària. En el benentès que aquestes demandes, avui, poden contactar tan amb el sistema sanitari com el social, i fins i tot en els dos simultàniament:

Persones grans (més de 65 ? anys) amb pluripatologia i dependència.

Persones en situació terminal en cures pal·liatives.

Persones amb trastorn mental sever crònic

Persones amb gran discapacitat física

Persones amb discapacitat intel·lectuals severa

Persones menors de 65 anys amb malalties cròniques que generin dependència.

Persones amb la coexistència de més d'algunes de les situacions anterior, patologia dual, trastorn cognitiu més discapacitat física, etc.

3. Establiment de pressupostos compartits tan de la oferta de serveis com dels recursos disponibles des de l'àmbit sanitari i social.

4. Definició de Guies i espais de coordinació que avancin en propostes de treball integrat amb definició del professional de referència.

5. Proposar la implantació de programes pilot diferents en l'àmbit urbà metropolità i àmbit rural.

6. Definició i disponibilitat dels elements instrumentals, Sistemes de registre compartits, Guies d'actuació front els casos més prevalents en el territori, Envel·liment amb solitud i necessitats complexes, Risc o situació d'exclusió social, infància en risc o situació de risc, addiccions, problemes de salut mental.

Bibliografía

-Carrillo Ridaó, E; Cervera Macià, M; Gil Suarez, V; Rueda Falcón, Y(2010) Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España. Informe de posicionamiento. Barcelona, Antares Consulting.

-Modelos integrados de atención a la discapacidad. Observatorio estatal de la discapacidad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Junta de Extremadura. SEPAD. CERMI. 2017. www.observatorio de la discapacidad.info.

-Querejeta González, M. (2004) Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid. IMSERSO.

-Graells Domingo, R. La atención primaria sociosanitaria en Sabadell en Perfeccionamiento de los Servicios Sociales en España. Casado, D; Fantova, F; pàg. 467-472. Fundación FOESSA. Caritas. 2007.

-Integració de l'atenció social i sanitària. Consell de treball econòmic i social de Catalunya. (CTESC). Col·lecció estudis i informes nº 51. Desembre 2018.

-Marmot, M; Wilkinson, R. Social determinants of health. Oxford University Press, 2005. Altres publicacions OMS. Marmot M.

-Varela J. 5 intensitats de provisió per a 1 sanitat més valuosa. ESADE; Societat catalana de gestió sanitària. Barcelona, gener 2019.

-Braveman, P; Gottlieb, L. The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. Public health Rep. 2014 Jan-Feb; 129 (sup 2): 19-31.

-Pinker, S. En defensa de la ilustración. Editorial Paidós. 2018. 81-88.

-IDESCAT. Esperança de vida. Altres estadístiques vitals. Maig, 2019.

-Rivera, JM; Peña, C; Com no ha de ser el model d'atenció integral social i sanitària: la mirada del treball social. Acció Social, 27-05-2019.1-5.

-Farrés J. L'atenció sociosanitària integrada: utopia o realitat imprescindible? Informe Social 12. Fundació Rafael Campalans. Desembre 2019.

-Diversos autors, Vidre i mirall. Annals de Medicina, volum 102, número 4; Octubre, novembre, desembre 2019.

Altres casos d'atenció puntual, per afrontar situacions concretes, patologia aguda, risc d'exclusió, addiccions a substàncies tòxiques, alcohol, altres drogues, etc.

5. Medicaments i productes sanitaris

SITUACIÓ

La indústria farmacèutica (IF) i de productes sanitaris té una influència creixent tant en la formació mèdica i dels professionals sanitaris com ara en la formació continuada i les activitats professionals. Quasi la totalitat dels cursos acreditats de formació mèdica continuada són promoguts per la IF, bé directament o bé a través de societats científiques i altres organitzacions. Espanya és un dels estats d'Europa amb menys garanties jurídiques d'[independència dels metges de la indústria](#).

S'ha demostrat que els estudis de fàrmacs i dispositius patrocinats per la indústria presenten [resultats i conclusions d'eficàcia més favorables](#) que els patrocinats d'altres fonts. A més, la IF destina gran quantitat de diners a la promoció dels seus medicaments de prescripció, bé en forma de promoció directa (regals, pagament de viatges i inscripcions a congressos i altres), o bé en forma de patrocini dels "experts", de grups que elaboren guies de pràctica clínica, i/o de societats científiques.

El resultat és un increment del consum, de manera que la despesa en medicaments és la que presenta majors increments i desviacions anuals dels pressupostos sanitaris. Però també aquests fets han contribuït a modificar la pràctica mèdica. El malestar (laboral, social, familiar, de gènere) i els factors de risc es transformen en malaltia, que és [medicalitzada i medicamentitzada](#). A més els nous medicaments són comercialitzats a preus elevats i no sempre tenen un efecte terapèutic real.

La polimediació és creixent. [Un estudi recent a l'Estat espanyol](#) ha mostrat que entre 2005 i 2015 la polimediació (prendre 5 o més medicaments simultanis) s'ha triplicat, i els qui prenen 10 o més medicaments s'ha multiplicat per 10. Els efectes indesitjats dels medicaments s'han convertit en una de les principals causes de malaltia, incapacitat i mort. D'altra banda, els resultats de nombrosos estudis mostren que [més de la meitat de les prescripcions de medicaments són innecessàries, imprudents o directament danyoses](#). La medicina en aquests casos és iatrogènica.

Davant d'aquesta situació, [s'han proposat una sèrie de mesures](#) dirigides a acabar amb l'opacitat que rodeja les relacions entre companyies farmacèutiques, el sistema de salut i els professionals sanitaris. Aquestes mesures s'han tingut en compte per a la elaboració de les propostes que es presenten a continuació.

PROPOSTES

1) Prohibir la participació de la IF als plans d'estudi dels professionals de salut, a les Universitats i a la formació dels Residents. Els plans d'estudis han d'incloure la conscienciació de la influència de la promoció farmacèutica i la manera de respondre.

2) Assegurar que les persones amb conflicte d'interessos siguin excloses de la participació en les guies de pràctica clínica i dels procediments de presa de decisions sensibles a les institucions públiques. S'ha de garantir per llei [la transparència absoluta i el coneixement públic sobre els interessos d'autoritats i experts que treballen amb autoritats de salut.](#)

3) Prohibir l'activitat comercial sobre medicaments i productes sanitaris als centres del sistema públic de salut.

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

5) Excloure de les comissions farmaco-terapèutiques i altres grups i comissions de presa de decisions els professionals amb conflictes d'interessos. Regulació efectiva dels conflictes d'interessos dels professionals sanitaris i dels directius: declaració obligatòria de conflictes d'interessos.

6) Incloure una clàusula als nous contractes de metges/esses i de personal d'infermeria que prohibeixi cap situació de conflicte d'interès amb la IF i de productes sanitaris.

7) Reforçar en la normativa legal el paper del metge de família com a decisor principal del pla terapèutic.

8) Garantir que l'accés als fàrmacs d'eficàcia comprovada sigui efectiu per a qui els necessiti, i legislar per tal d'evitar el desabastiment dels fàrmacs d'eficàcia comprovada, quan estigui relacionat amb disminució del marge de beneficis.

9) Seleccionar de manera centralitzada els medicaments i productes sanitaris per ser finançats pel sistema públic de salut, així com [negociar de manera centralitzada els preus dels medicaments i productes sanitaris finançats a càrrec del sistema públic](#) de salut.

10) Crear un fons públic per finançar la investigació independent orientada a les necessitats insatisfetes de salut.

11) Limitar el finançament pel sistema de salut només als medicaments que satisfacin una sèrie de criteris i requisits rigorosos. Que s'apliquin criteris com el valor terapèutic afegit (en relació als tractaments anteriorment disponibles), que

sigui obligatori fer públics els resultats de tots els assaigs clínics sobre el medicament, així com dels seus costos de desenvolupament. .

12) Legislar per tal que la IF tingui responsabilitat penal per la ocultació, omissió o manipulació d'informació sobre manca d'eficàcia, sobre efectes indesitjats o sobre altres aspectes d'interès per a la salut.

13) Evitar les portes giratòries entre llocs de treball en la regulació de medicaments, en la gestió del sistema sanitari i en les companyies farmacèutiques.

14) Prohibir i sancionar qualsevol acord entre companyies que tingui per objecte retardar injustificadament la comercialització de versions genèriques de qualsevol fàrmac.

15) Establir mecanismes per tal que les companyies farmacèutiques facin públics tots els pagaments realitzats a professionals i institucions docents i d'investigació, en una web gestionada pel Ministeri de Sanitat (i no per Farmaindustria, com és actualment).

Comissió: Lluís Rajmil, Josep Martí

6. Gènere salut i sistema sanitari

Sexe, gènere i determinants de la salut

Quan es parla de salut i gènere s'entén que els rols i estereotips assignats a dones i homes i a altres persones de sexe i gènere no normatiu, tenen conseqüències en les formes de vida i per tant en la salut, i afecten a les pràctiques sanitàries. Les propostes d'aquest document se centren en la salut de les dones, però la majoria tenen també efectes positius sobre el conjunt de la població. Dins dels determinants socials i ambientals de la salut existeixen diversos eixos de desigualtat i el fet de ser dona n'és un de fonamental que pot interseccionar amb d'altres com l'edat, l'origen, l'ètnia, la diversitat funcional, l'orientació sexual... Els drets són elements clau per la salut i la seguretat de les dones i estan regulats per llei: drets de ciutadania, drets socials (habitatge, educació, salut, serveis), drets de família, drets econòmics, drets laborals. Tots i cadascun d'ells actuen com a determinants socials de la salut.

Un sistema sanitari (SS) androcèntric que deixa les dones fora de la seva comprensió

És prou conegut el biaix de gènere en la recerca, l'ensenyament i les pràctiques sanitàries i cal treballar per eliminar-lo. La manca de coneixement

sobre les malalties i els efectes dels tractaments en les dones no expliquen totes les iniquitats del SS envers elles. Els símptomes i els dolors de les dones són menys valorats i la morbiditat més prevalent és la menys estudiada i en la què es fa un seguiment menys rigorós. Fets que només es poden interpretar entenent que els SS són encara androcèntrics, com ho és la societat en el seu conjunt. També el SS cuida menys i pitjor les dones que els homes quan estan malalts. Violència del SS contra les dones és el nom que ha donat l'ONU a les intervencions abusives i impositives en el camp de l'obstetrícia. Per extensió, podem aplicar el mateix terme a altres actuacions que es caracteritzen per l'ús del poder mèdic sobre el cos i la salut de les dones i la medicalització dels processos naturals.

PROPOSTES

Sobre els determinants i imposicions de gènere

1. Considerar la violència de gènere (VG) un problema de salut pública de primer ordre i establir un programa per abordar-lo i acabar amb els assassinats. Introduir en el reconeixement de víctima de VG totes les acceptades com a tals en el conveni d'Istanbul⁶, així com els fills i filles de les víctimes, retirant la pàtria potestat als maltractadors. Hem de d'assenyalar molt especialment la lluita contra la infància maltractada i la tracta de dones.

2. Polítiques de cures a la dependència que ajudin i alliberin les dones de l'imperatiu de la cura, incloent la conciliació familiar per a la cura de menors i persones amb dependència. Millorar els recursos per l'atenció a les dones grans a domicili i les residències per a la tercera edat, que han de ser públiques i de qualitat.

3. Modificar les lleis laborals i de ciutadania per equiparar les condicions laborals i salarials entre homes i dones⁴. Atenció especial han de tenir les treballadores de la llar⁷ i les cuidadores informals i professionals. Fer accions positives cap a grups més vulnerables: Dones joves tutelades i no tutelades, mares soles.. per afavorir la seva inserció laboral.

4. Formular programes específics per eliminar els riscos ambientals i laborals per a la salut de les dones.

Centralitat en l'aplicació dels Drets Sexuals i Reproductius.

5. Eliminar de la Cartera de Serveis tots els centres proveïdors que no respectin i donin serveis a totes les demandes relacionades amb la salut sexual i

⁶ Conveni d'Istanbul <https://rm.coe.int/1680464e73> (Conveni que ha signat Espanya on s'inclouent com víctimes de Violència de Gènere les diverses tipologies de violència masculista.

⁷ Regimen General de la Seguridad Social

reproductiva. Cal registrar, regular i garantir institucionalment i de forma pública l'objecció de consciència i aplicar-la de forma transparent per qualsevol mesura sanitària vinculada als drets de les dones.

6. Garantir els drets de les dones gestants a rebre una educació i informació per decidir lliurement sobre aspectes del seu embaràs, part i postpart i que es respectin els seus desitjos.

7. Oferir diferents alternatives basades en la evidència científica i adequar les estructures sanitàries a tot el territori per tal de garantir la lliure elecció d'on realitzar el part (domicili, casa de naixement, sala de parts hospitalària, unitats de baix risc liderades per llevadores).

8. Aplicació efectiva del «Pla de part» com a expressió del dret a decidir sobre el procés de part.

9. Desplegament de l'estratègia de salut sexual i reproductiva: Reforçar el pressupost en el camp de la salut sexual i reproductiva, combinant la promoció dels drets sexuals i reproductius i els de prevenció de malalties de transmissió sexual.

Promoció de la salut amb perspectiva de gènere.

Impulsar Plans de salut territorials amb perspectiva de gènere que haurien d'incloure:

10. Plans de promoció de la salut de les dones en funció dels determinants socials i ambientals.

11. Pla de desmedicalització aplicat tant a les activitats dites preventives com a les assistencials

12. Estudiar i visibilitzar les maneres diferencials d'emmalaltir de les dones, les causes de morbiditat, mortalitat i els factors de risc diferencials.

13. Informar sobre els efectes positius i negatius dels programes de detecció precoç del càncer del pit i promoure decisions autònomes de les dones sobre participar-hi o no.

A nivell de sistema sanitari

14. No a les lleis d'exclusió sanitària que sobretot les classes més desfavorides i les dones. No a la exclusió de medicaments

15. Reconèixer, estudiar i reflexionar sobre el caràcter androcèntric dels sabers i pràctiques mèdiques que concedeix a l'emmalaltir dels homes el patró or i margina l'emmalaltir de les dones. Formar totes / tots els / les professionals

sobre aquest tema. Millorar las capacitats dels/les professionals de la salut, perquè tingui en compte les diferències i les inequitats.

16.Desenvolupar plans per a la incorporació de la perspectiva de gènere en les polítiques sanitàries en totes les administracions i empreses públiques. Que totes les polítiques que s'implementin i posin en marxa portin un informe de gènere i una avaluació.

17.Reconeixement de les dones organitzades des de la societat civil i des del moviment feminista com interlocutors vàlids per millorar l'atenció social i sanitària, tant en els centres d'atenció primària com en els centres secundaris.

18.Avaluació i publicació dels resultats de les intervencions públiques destinades a la salut de les dones i dels seus resultats.

19.Accions dirigides a la promoció professional de les dones dins les institucions i empreses sanitàries.

20Prevenició d'agressions a professionals sanitaris i constatar que hi ha un de predomini a dones.

A nivel de la práctica clínica

21.Formació en perspectiva de gènere a la pràctica assistencial per a tots els col·lectius implicats.

22.Reconèixer la bretxa de gènere en els diagnòstics i abordatges de les malalties i dissenyar actuacions per eliminar-la . Valorar i donar credibilitat a l'emmalaltir i a la narrativa de les dones.

23.Dissenyar pràctiques amb visió de gènere que no reproduïxin o incrementin les diferències i les iniquitats de gènere.

24.No a la medicalització de les dones i a la transformació dels seu patiment en diagnòstics biomèdics, sobretot en el sofriment emocional. Estratègia per reduir la medicalització i els tractaments inadequats promovent que les dones disposin de la informació completa per prendre decisions autònomes compartides.

25.Treballar amb les dones des d'un abordatge feminista interseccional basat en drets. Lluitar contra l'estigmatització de certs col·lectius.

26.Reconèixer, indagar i abordar la VG en la pràctica clínica com una font de malaltia en les dones. Reconèixer l'assetjament sexual _com una forma de violència de gènere poc visibilitzada.

A nivell epistèmic i de recerca Vetllar perquè totes les investigacions tinguin visió de gènere i el gènere i sexe siguin variables ineludibles en tots i cadascun dels estudis, inclús en els estudis preclínics de fàrmacs fent servir animals dels dos sexes i no solament mascles.

27. Estimular la recerca de la salut i morbiditat específica de les dones.

28. Que l'atenció sanitària tingui una visió holística, biopsicosocial i narrativa. Que l'AP sigui la base de sistema i impuls (juntament amb la presència de dones) aquest canvi epistèmic

29. Presència de dones (proporcional, no quotes) en els equips de redacció de les revistes mèdiques i d'infermeria i altres professions, en els equips d'investigació, en els equips científics, en les Facultats de Medicina, Col·legis i societats professionals, en tots aquells nivells que siguin claus en la definició de model i en l'elecció del que és / no és rellevant. Trencar el sostre de vidre i presència de les dones en medicina.

Comissió de redacció:

Carmen Catalan

Maria José Fernandez de Sanmamed

Carme Valls

Cesca Zapater

7. Determinants de la salut i de les desigualtats en salut, el paper del sistema sanitari, el que cal de les polítiques.

SITUACIO

- Coneixement de l'existència de desigualtats en salut. Marcs clars de determinants de la salut i de les desigualtats en salut.
- Un sistema públic centrat en la malaltia i no en la salut.
- Empitjorament dels indicadors de desigualtats i augment de la pobresa (i link a [l'informe del relator de l'ONU](#))
- Fer front a les desigualtats en salut requereix d'actuacions a molts nivells (macro, meso i micro) i en diferents entorns (ex.: treball, educació, habitatge, planificació urbana, etc). En bona part,. Es tracta de polítiques socials desenvolupades pels governs, més enllà de la capacitat dels professionals sanitaris. El sistema sanitari pot contribuir a les desigualtats en salut, incrementant-les o esmorteint-les en part.
- Els sistemes de vigilància de les desigualtats en salut no incorporen o en molt poca mesura, informació provinent del sistema d'atenció sanitària , senyal de la poca sensibilitat del sistema a la seva actuació en front d'una realitat.

- Caldrà assenyalar també les desigualtats lligades als serveis sanitaris, sobretot per manca de cartera (ex: odontologia) com per altres tipus de barreres com les culturals, etc.

PROPOSTES:

- 1) Primer de tot, cal que es reconegui que les desigualtats en general i en salut en concret haurien de ser una política de govern, no de salut.
- 2) Orientar les polítiques en base al marc conceptual de determinants de la salut i de les desigualtats.
- 3) Assumir i facilitar la intersectorialitat necessària, per abordar la salut a tots els nivells de polítiques.
- 4) Incorporar objectius i accions per reduir las desigualtats i per la equitat tant en la vigilància en Salut pública, en les intervencions de protecció i promoció de la salut, com ara la prevenció de riscos i malalties. En tots aquests casos s'ha d'incloure la mirada poblacional amb la intervenció per l'equitat, i per tant les estratègies poblacionals han d'incorporar necessàriament objectius i accions per reduir les desigualtats. Cal augmentar els recursos per la SP i l'atenció primària (punt 7)
- 5) Per tal d'actuar sobre els determinants de la salut, és necessari un canvi de paradigma de la malaltia cap a la salut, incloent-hi:
 - Una transferència progressiva de recursos de l'atenció de la malaltia a la prevenció primària de les majors malalties cròniques.
 - Un major èmfasi en l'atenció primària de salut, que a Catalunya va patir les majors retallades en anys d'ofensiva neoliberal, revisant la dotació de serveis per a prevaler les zones més desfavorides d'acord amb indicadors socials i sanitaris.
 - Una renda garantida bàsica
 - Una garantia de l'accés a l'habitatge per a la població de mes baixos ingressos.
 - Una atmosfera respirable amb baix nivell de contaminació de l'aire.
 - Una àmplia xarxa barrial de centres esportius subvencionats per a promoure l'activitat física reglada.
 - Una oferta de productes alimentaris frescos i de proximitat mitjançant mercats de barri i iniciatives que fomentin el consum de productes de proximitat i escurcin.
 - Calen abordatges estructurals. Cal abordar fiscalment el preu del tabac, per a reduir el seu consum, especialment de les formis més barates com la picada, revisar la fiscalitat de les begudes alcohòliques per a disminuir la seva accessibilitat, introduir taxes sobre les begudes ensucrades i altres productes alimentaris de baix valor nutricional i alt contingut calòric, així com regular amb rigor la publicitat de les begudes alcohòliques i altres productes nocius per a la salut.

- 6) Fer efectiu el Sistema sanitari públic i universal, cap actuació del mateix ha de dependre de la capacitat de pagament dels personis, la qualitat i l'accés han de ser independent de l'edat, el sexe, l'origen ètnic o la posició socioeconòmica, ha de tenir valors explícits d'equitat, desenvolupats a través d'objectius i del seus sistemes de vigilància i avaluació. Revisió i derogació del reglament de la instrucció 05/2019 de l'accés al CatSalut en cas de frau de Llei i la Llei d'universalització 9/2017. La proposta és proporcionar accés efectiu universal a tota la població de Catalunya.
- 7) AP en condicions per exercir l'atenció a la salut de las persones longitudinal al llarg de la seva vida, atenant globalment tota la problemàtica de salut que presentin, ben coordinada amb la resta de dispositius del sistema de salut, per tal que els pugui utilitzar quan ho consideri necessari. Això implica: AP ben dotada de recursos: RRHH, sistemes d'informació...
- 8) Vigilar no caure en la llei d'atenció inversa. Si en fer la reforma de l'atenció primària fa 30 anys a la ciutat de Barcelona es va vetllar per prioritzar els barris populars com a estratègia d'equitat, la necessària reversió de les brutals retallades de fa uns anys ha de contemplar primer també aquests barris en tornar a dotar-les d'equips d'atenció primària apropiats per a les seves necessitats. Caldria continuar els esforços per incorporar i mantenir selectivament intervencions comunitàries
- 9) Revisar la Informació sistemàtica de l'acció del sistema sanitari per tal que permeti conèixer la seva actuació des dels determinants de la salut i des de les desigualtats. Caldria que:
 - a. La informació sobre l'actuació del sistema sanitari es presentés sistemàticament per els determinants de la salut i per els eixos de desigualtat. En resum: la proposta és que els indicadors dels sistema sanitari es presentin per sexe, edat, país de naixement i ABS de residència.
 - b. Es reculli de forma sistemàtica informació , codis V/Z de la CIE-9 ("problemes socials": atur, viure sol, allotjament inadequat, recursos material inadequats...) i per tant, es pogués abordar la problemàtica de salut des d'un marc dels seus determinants.
- 10) Revisar el que actualment queda exclòs de la cobertura pública, i fer-ho des d'una anàlisi de desigualtats (ex.: , dentista, contracepció, consideració com a medicació crònica dels fàrmacs de manteniment per l'atenció ambulatoria de les persones amb dependència a opiacis, etc.).
- 11) Participació: vigilant per la veu de qui té menys poder, generalment no visible.

Comissió redactora

Maribel Pasarín, Carlos Alberto González, Carme Borrell, Lluís Rajmil, Joan Ramon Villalbí

8. la Salut Mental

Des de fa anys ha anat assentant-se, no sense dificultats, el model d'atenció comunitària a la salut mental. Des d'un model estanc, hospitalocèntric, amb poca relació amb l'assistència sanitària i social, amb escassos recursos i poca capacitat de reinserció, s'ha anat transitant a un model comunitari i sectoritzat.

Es tracta d'un model que parteix del concepte d'una salut mental que considera el subjecte i el seu patiment o malestar psíquic no sempre com una malaltia. Aquest model reposa en uns valors o principis i en unes pràctiques, que es poden resumir així:

- Reconeixement radical de la dignitat de la persona, sigui quina sigui la seva condició, el que implica la lluita contra l'estigma que ha acompanyat la vida de les persones amb trastorns mentals. Així mateix, aquest reconeixement va unit sempre a la possibilitat de la recuperació i el creixement personal a través de la cura dels aspectes més positius de la personalitat.

- Reconeixement de l'autonomia, que implica la transmissió d'informació veraç dels procediments assistencials per part dels professionals, el consentiment informat i la participació activa en la pròpia cura.

- Visió preventiva dels problemes de salut mental amb un enfocament de salut pública pel que fa a la identificació dels condicionants socials implicats en els riscos psicosocials en els àmbits conviviais, educatius i laborals.

- Accessibilitat a l'atenció, el que implica la major proximitat possible a la comunitat i la flexibilitat d'accés als dispositius assistencials amb la coordinació estreta amb l'assistència sanitària i social.

- L'equitat en la distribució de recursos en el territori és un aspecte bàsic, que emana del principi ètic de justícia, i no sempre s'ha tingut prou en compte ateses les inèrcies que comporta una distribució no planificada dels dispositius preexistent.

- Importància clau de la continuïtat assistencial, el que suposa proporcionar suport de forma ininterrompuda i coherent entre els diferents serveis de la xarxa assistencial, que no sempre tenen la mateixa dependència institucional.

- Valoració de la qualitat basada en criteris d'avaluació amplis, que tinguin en compte les diverses activitats realitzades, el treball en equip i la opinió dels usuaris.

- Estímul a la autoorganització grupal dels usuaris i als moviments en primera persona, així com la implicació de recursos comunitaris no assistencials en els processos de normalització i rehabilitació.

A Catalunya es partia d'una realitat complexa amb múltiples dispositius de diversa titularitat, tamanyos i models de gestió, que ha calgut anar integrant. Aquesta complexitat però, ha dificultat la coherència i alentit la consolidació del model d'atenció. Diferents iniciatives des de l'administració com la creació del Programa de Salut Mental, els diversos Plans Directors i el Consell Assessor del Pla Director de Salut Mental i Addiccions han fet un gran esforç per tirar endavant el model. Ara bé, l'infr finançament, més acusat encara que en la resta de la sanitat, ha provocat una infradotació crònica de recursos. Així s'explica que els professionals hagin patit un desgast considerable.

SITUACIÓ

Els serveis de salut mental i addiccions arrosseguen en la darrera dècada un reconegut dèficit pressupostari (del 2008 al 2018 la despesa en sanitat ha caigut un 20%) i un augment de les problemàtiques associades a les pitjors condicions socials, econòmiques i psicològiques que l'aparició devastadora de la pandèmia Covid-19 no fa més que empitjorar, afegint-hi també les dificultats dels professionals en tots els aspectes que es posen en joc.

Entre les debilitats del sistema d'atenció a la salut mental cal destacar un enfoc de resposta a la demanda poc ordenada, centrat més en el control majoritàriament psicofarmacològic dels símptomes que en la funcionalitat i el benestar psicosocial; és desigual, fragmentat i dispers; i amb molt baixa capacitat per facilitar la col·laboració d'usuaris en la gestió dels tractaments.

PROPOSTES

1. Cal un increment considerable de recursos a la salut mental ambulatoria: CSM-Rehabilitació-Intervenció domiciliària intensiva, per tal de poder abordar amb certa suficiència la demanda creixent i de major complexitat que té la ciutadania. Així mateix cal integrar, de forma real i efectiva, la xarxa de salut mental i la d'addiccions.

2. Cal desplegar, amb un pressupost específic, un veritable pla integral que unifiqui estratègies socials i sanitàries: habitatge – treball – formació, coordinadament amb els serveis socials i els serveis de salut mental i ha d'estar emmarcat en un àmbit territorial per poder detectar i donar resposta àgil a les necessitats dels ciutadans d'aquell territori. En aquest sentit és important considerar l'atenció a aquells col·lectius molt sovint fronterers (amb discapacitat psíquica, sense llar, migrants).

3. És urgent, des de fa molt de temps, el reforçament de l'atenció primària de salut, amb recursos especialitzats (un dispositiu de salut mental a cada ABS, o altres fórmules flexibles, amb una dependència directe de cada servei), formació i suport per desenvolupar l'atenció en salut mental de primer nivell. En

aquest sentit, necessitem propostes innovadores de formació experiencial, grupal, per equips, que ajudin a orientar les intervencions amb una perspectiva crítica i compromesa.

4. Ha de privilegiar-se la salut mental en nens i joves per poder encarar polítiques públiques de prevenció, detecció precoç i intervenció primerenca, en coordinació estreta amb serveis socials i el sistema educatiu.

5. L'atenció en psico-geriatria, en el seu sentit més ampli, s'ha de repensar totalment per poder oferir una atenció digna a una franja de la població creixent i actualment intensament menystinguda, quan no maltractada.

6. El sistema d'atenció en salut mental ha d'incorporar de manera més decidida i sincera l'opinió dels usuaris dels serveis i les seves famílies, pel disseny del tractament individual i dels equips i programes de la xarxa.

7. Cal incrementar el nombre d'especialistes en psicologia clínica, infermeria en salut mental, psiquiatria (disciplines que tenen una especialitat reconeguda) però també d'educadors i treballadors socials que treballen en aquest camp, i millorar-ne la formació continuada i els espais de supervisió i suport, per tal de vetllar per la cura i la salut mental d'aquests professionals.

8. Cal incorporar transversalment en l'organització i funcionament de la xarxa la perspectiva de gènere i de drets; així com l'atenció a la diversitat cultural i la diversitat funcional.

Comissió redactora:

David Clusa, Ada Ruiz, Albert Mariné, Anna Carrió, Lluís Albaigès i Josep Vilajoana.
Per la Fundació Congrés Català de Salut Mental