

# Para un mejor Sistema Público de Salud

## RESUMEN, CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

### 1. EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO CATALÁN Y EL FUTURO DEL ICS

#### **RIESGOS: Resumen del análisis del sistema y de las modificaciones en curso:**

La no aplicación de la estructura prevista en la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) por nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) añadida a las pugnas de poder social, institucional (patronales, entidades) y territorial dentro del mismo, ha generado:

- Un abandono de responsabilidades de planificación y dirección del Servicio Catalán de la Salud (SCS), incluida la no estructuración del "modelo red", incumpliendo la LOSC y los propios decretos de creación de un sistema integral (SISCAT)
- Un sistema de relaciones entre las entidades del SNS, que responde a un modelo de "mercado relacional", de relaciones por el poder social entre personas que tienen responsabilidades. Un "sistema magma" nada transparente, contrario a las sinergias
- Un aumento continuo de entidades de provisión de servicios sanitarios (112 + privadas)
- Un modelo territorial próximo pero desequilibrado en población, servicios y financiación
- Predominio de la atención hospitalaria sobre la primaria y la promoción de la salud

A pesar de estos defectos Cataluña ha dispuesto, gracias a los profesionales, de un excelente sistema de salud. Pero, de aprobarse la Ley de agilización y reestructuración administrativa, con cambios en LOSC y Ley del ICS, añadido a los cambios ya introducidos en julio (DOGC 29-7-11), los defectos señalados se acentuarán y tendremos un modelo que:

- Se contradirá absolutamente con el primer principio de la LOSC: Concepción integral e integrada del sistema sanitario en Cataluña, haciendo especial énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad
- Será un modelo en red de relaciones institucionales mercantiles y de favores
- Se incrementarán, aún más, los costes por reiteración de funciones y actividades no directamente asistenciales dentro del sistema y la dificultad de generar sinergias
- Se podrán transferir actividades del ICS a otras entidades públicas o privadas. Personal del ICS se podrá ver forzado a pasar a depender de entidades privadas
- El ICS dejará de ser una entidad pública que presta exclusivamente servicios públicos de salud para pasar a ser un conglomerado empresarial al servicio de un mercado sanitario de servicios públicos, privados, beneficios ocultos y lucro explícito.
- Toda la sanidad pública podrá prestar servicios complementarios y / o con menos espera a pacientes que lo paguen de forma privada. También con lucro
- El troceado de la atención primaria del ICS dificultará gravemente que la AP ejerza su función - indispensable para la eficiencia del conjunto del sistema - de protagonista en la gestión de la demanda asistencial de la ciudadanía
- Acentuará las desigualdades existentes (del 300% en financiación de procesos)

Esta perspectiva, unida a los recortes indiscriminados en servicios y retribuciones, representan altas posibilidades de un hundimiento del sistema de salud de Cataluña.

## PROPUESTAS

1. **Plena transparencia adoptando un modelo de "datos abiertos"**: todos los datos de actividad y económicas con identificación de los centros y entidades donde se generan y explicación de los indicadores que se elaboren deben ser de acceso público, creíbles, comparables y fácilmente interpretables.

2. **Redefinir nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS)** mediante una adscripción contractual al Servicio Catalán de la Salud - según lo establecido en el art. 5 de la LOSC - de entidades públicas y, si son privadas, que jurídica o estatutariamente no puedan distribuir beneficios entre propietarios y / o directivos:

### **Por parte de las entidades, compromisos contractuales sobre:**

- Lealtad a los principios informadores de nuestro sistema (LOSC arte 2, LGS arte 3) particularmente en lo relativo a la no generación de demanda innecesaria, promoción y prevención en salud y cohesión social. Indicadores controlables
- Transparencia plena, con exigencia del modelo de datos abiertos
- Incompatibilidades definida de cargos, de jefe de servicio hacia arriba
- Adaptación a un modelo común de gestión corporativa en relación a los profesionales y al sistema de información sanitario y de salud del SNS
- Adopción obligada de pautas e instrumentos a establecer por el SCS para favorecer sinergias, concentrarse terciarismo, fusionar servicios de especialidades clínicas, administrativos, de tratamiento de la información y logísticos
- Límites en el endeudamiento
- Sanciones a entidades o personas por incumplimientos en este contrato

### **Por parte del SCS y de las Agencias existentes en el SNS, normas en el DOGC sobre:**

- Rendición de cuentas del sistema con las pautas de transparencia y detalle de la Propuesta anterior e indicadores asociados a los principios informadores citados, en particular el referido a "Equidad y superación de las desigualdades territoriales o sociales para la prestación de los servicios sanitarios" (LOSC arte 2, f)
- Reforma del modelo de conciertos y de sus parámetros económicos para lograr el mismo principio
- Necesidad de planificar y cumplir y hacer cumplir lo planificado, también con los correspondientes indicadores y resultados
- No renovación de conciertos de prestación servicios con entidades que no puedan o no quieran firmar un contrato de adscripción al SCS o incumplan.

## 3. **Reforma del modelo territorial y de cooperación o integración de servicios para que**

El principio del arte 2, apartado f de la LOSC, ahora transcrito, sea alcanzable de forma eficiente y controlable por la ciudadanía. Para estos efectos es necesario que las regiones, territorios y / o sectores sanitarios coincidan con demarcaciones electorales o agrupaciones claras de las mismas

La AP pueda ejercer eficientemente su función de protagonista en la gestión de la demanda asistencial de la ciudadanía

**4. Impulsar pautas de autonomía de gestión** de los centros y servicios dentro de una misma entidad compatibles con pautas de generación de sinergias para las que, por la adecuada utilización de los medios técnicos disponibles, puede ser conveniente la fusión de entidades. No está justificado y sería contraproducente el troceado del ICS

**5. Reforma del modelo de participación** de entidades, centros, profesionales sanitarios (Ley 44/2003), otros trabajadores de la sanidad y ciudadanía en los órganos de dirección o participación de nuestro Sistema Nacional de Salud que responda a un modelo de participación democrática

**6. Anulación de las normas que contradicen estas propuestas** y retirada de las correspondientes en el proyecto de ley de agilidad y reestructuración administrativa en trámite parlamentario en estos momentos.

**7. Tomar como punto de referencia a tener en cuenta** para las reformas convenientes las propuestas del "Informe Vilardell" 2005 y los trabajos del **Foro de la Profesión Médica** del COMB recientemente realizados.

## **2. UNA ASISTENCIA PRIMARIA DE SALUD EJE DEL SISTEMA SANITARIO**

### **RIESGOS de tener una APS débil y de la disminución de recursos**

La Atención Primaria de Salud (APS) da los servicios sanitarios básicos a la población y se responsabiliza de la coordinación del conjunto de la atención que recibe el ciudadano cuando tienen que intervenir servicios especializados. Estas funciones las puede hacer porque su estructura y sus profesionales ofrecen: gran accesibilidad, longitudinalidad, continuidad e integralidad en una relación personalizada. A pesar de su importancia, sólo tiene asignado un 17% del presupuesto sanitario total. La debilidad de la APS que conlleva el reducido presupuesto y su supeditación a la atención hospitalaria se puede agravar si no se toman medidas de potenciación decidida y efectiva de sus servicios y recursos. Los riesgos para la población son:

:

-Disminución de la accesibilidad (elemento clave de la calidad y la resolución de la APS) con el consiguiente retraso diagnóstico y aumento de las visitas a los servicios de urgencia hospitalarios

-Saturación de servicios con menor resolución y más necesidad de re-consultas con el correspondiente aumento de coste económico.

-Menos tiempo por paciente, menos escucha, menos contención y menor precisión diagnóstica.

-Una asistencia más orientada a dar respuesta a las demandas inmediatas en detrimento de la atención a las necesidades: actividades preventivas, educativas y de seguimiento, actividades comunitarias y de coordinación entre servicios. Los resultados en salud se verán a medio-largo plazo

-Un mayor coste social: más sufrimiento, más desplazamientos, más días de baja laboral y más gasto familiar en servicios privados

## **PROPUESTAS**

1. Servicios sanitarios integrados de base comunitaria. Gestión y traspaso de los recursos de los programas preventivos de base comunitaria a entidades propias de la APS. Atención Primaria como coordinadora del paso de los pacientes por los diferentes servicios asistenciales

2. Gestión por la APS de todos los profesionales que prestan servicios de atención directa o de apoyo a la atención primaria: comadronas, fisioterapeutas, psicólogos, cribado ocular. atención preventiva al viajero, etc.
3. Atención continuada y urgente de acceso libre por parte del ciudadano para dispositivos propios de la APS. El nivel hospitalario debería hacerse cargo sólo de la atención urgente compleja y la derivada por la APS. La atención a las emergencias debería estar centralizada en el SEM (Servicio de Emergencias Médicas: 061 o 112.)
4. Participación de APS en la gestión de la lista de espera para pruebas complementarias. El acceso a la visita de especialistas debe requerir una solicitud de consulta del médico de atención primaria, con mecanismos de priorización a su alcance. El médico especialista y el hospital deben ser de libre elección por parte de los y las profesionales de APS de acuerdo con el paciente
5. Consolidar los mecanismos de coordinación entre APS y atención especializada que dé el apoyo necesario para el seguimiento de las patologías crónicas y los enfermos complejos a nivel de AP, con capacidad de decisión por parte de ésta. Utilización de Sistemas de información compatible y compartida
6. Otorgar autonomía de gestión en cada EAP, con participación efectiva en la selección de profesionales y en la gestión económica, objetivo alcanzable sin crear necesariamente nuevas empresas. Autonomía que conlleva corresponsabilidad de todo el equipo de profesionales con los objetivos de la organización.
7. Participación efectiva de profesionales de la APS en la elaboración de todos los planes y programas de actuación sanitaria que impliquen a la Atención Primaria.
8. Revisar, definir e impulsar la cartera de servicios de salud comunitaria con evidencia científica de efectividad en términos de salud (prevención, promoción, control, etc.) Definir las funciones de los diversos profesionales de la salud en las tareas de atención sanitaria y de salud comunitaria
9. Al asumir la APS más funciones asistenciales y de salud pública se deberá dotar a los recursos necesarios para ha hacer frente. En este sentido se ha estimado que puede ser necesario un aumento del porcentaje del presupuesto sanitario total para la APS, que actualmente es del 17%, situándolo alrededor del 25%
10. Los profesionales de Atención Primaria deben trabajar en equipo, deben disponer de los recursos económicos, incentivos laborales, conciliación familiar, etc. que estén de acuerdo con la calidad y complejidad de su trabajo. Deben disponer, además del tiempo dedicado a la asistencia, de tiempo para la investigación, docencia y formación continuada a cargo del sistema público (en ningún caso a cargo de intereses comerciales).

### **3. LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y LOS HOSPITALES**

#### **RIESGOS**

1. A pesar de los buenos resultados globales del sistema sanitario, pensamos que hay margen para la mejora mediante la adaptación planificada de los principales factores de desequilibrio, ineficiencia y crecimiento del gasto, la situación de crisis actual podría ser una oportunidad para mejorar el sistema
2. La cantidad, diversidad y variedad jurídica de proveedores de servicios asistenciales, es un fuerte riesgo de insostenibilidad e ineficiencia del sistema público de salud

3. El sistema asistencial centrado en el hospital y la atención especializada, es un sistema más ineficiente y menos sostenible que el basado en la salud pública y la atención primaria
4. Las dificultades de coordinación y colaboración actuales entre los diversos niveles asistenciales: Atención Primaria y Salud Comunitaria, atención Especializada Hospitalaria, Sociosanitaria, salud mental y servicios sociales, son también graves dificultades a la eficiencia y sostenibilidad
5. Los sistemas de contratación de proveedores, los sistemas de pago por actividad, las políticas de incentivación de los profesionales, la política de medicamentos, compras y mantenimientos son aún muy mejorables
6. Cataluña no necesita crecer en nueva inversión hospitalaria, ni en ampliaciones, pero si se han de prever sustituciones de las estructuras obsoletas
7. Tal como recomienda la evidencia disponible, las diversas modalidades de inversión que se han venido desarrollando tienen que estar sometidas a un riguroso control coste-eficiencia, dado que los modelos PFI evaluados muestran incrementos importantes del coste aplazado por los sistemas públicos

**PROPUESTAS para una atención hospitalaria pública, innovadora, de calidad, eficiente y más integrada en el conjunto de la red asistencial.**

**Los hospitales ante los nuevos retos de la atención poblacional y de la eficiencia y sostenibilidad: Flexibilizar sus estructuras organizativas y adoptar las mejores experiencias para responder a nuevos modelos de atención:**

1. Continuidad de la atención y resolución territorial: La atención con orientación comunitaria bien coordinada con la Atención Primaria de Salud
2. Gestión eficiente de las áreas y dispositivos de atención de las cortas estancias, hospitales de día, áreas postoperatorias, organizadas de acuerdo al nivel e intensidad de cuidados y con intervención de diversas especialidades
3. El uso de las tecnologías de la comunicación y la red de información clínica compartida con la Atención Primaria para disminuir pruebas y visitas innecesarias y favorecer políticas racionales de medicamento con la extensión de receta electrónica
4. La optimización de los recursos y las economías de escala: Los servicios centrales de Diagnóstico por la Imagen y Laboratorios deberán constituir áreas unificadas de servicio territorial a los diversos proveedores y niveles asistenciales. La ordenación del terciarismo y la optimización de los recursos de alto coste
5. La planificación y los escenarios de tendencias para la gestión del terciarismo
6. La evaluación de resultados cualitativos, núm. de pacientes tratados y costes para seguimiento y toma de decisión
7. La colaboración entre equipos profesionales y los servicios compartidos, en aplicación de las recomendaciones del Consejo de la Profesión Médica Promover las alianzas y la integración de servicios entre hospitales distintos, con

especial énfasis en los que son de provisión pública de un mismo territorio, evitando duplicidades de oferta, optimizando los recursos y reduciendo burocracia.

8. Los liderazgos y los resultados de actividad y calidad como instrumento para concentrar procesos de atención

9. La evaluación crítica compartida de los múltiples procesos de integración-fusión en las experiencias internacionales para adoptar los factores de éxito y de mejora que se han orientado

### **El mantenimiento y la mejora de la accesibilidad a los servicios y la gestión resolutive de la demanda**

10. Coordinación resolutive con la Atención Primaria, sin generar más especialización de la demanda general

11. Transparencia y calidad en la gestión de la lista de espera, favoreciendo criterios homogéneos y de equidad en la inclusión de pacientes y reubicación de recursos para las atenciones clínicamente prioritarias

12. Disminuir las esperas en urgencias con extensión de la gestión planificada de camas, la selección (*triage*) la atención por niveles de gravedad, la coordinación de dispositivos territoriales y la evitación de estímulo perverso de actividad en el contrato.

13. Establecer garantía de tiempo en intervenciones urgentes en las que la demora ocasionará situaciones de fragilidad futura, como por ejemplo las fracturas de fémur de las personas mayores.

14. Reforzar los sistemas de telemedicina y telemonitorización interhospitalaria  
Gestión sistematizada de la innovación y cultura de la evaluación

15. Reforzar la Evaluación Tecnológica vinculante del SNS, a través de la agilización de los mecanismos previstos en la cartera de servicios básicos y comunes.

### **Gestión sistematizada de la innovación y cultura de la evaluación**

15. Reforzar la Evaluación Tecnológica vinculante del SNS, a través de la agilización de los mecanismos previstos en la cartera de servicios básicos y comunes.

16. Políticas de excelencia en la Farmacia Hospitalaria y políticas activas conjuntas con la atención primaria para avanzar en criterios de impacto poblacional de las innovaciones, hasta ahora no tenidos en cuenta en las estrategias hospitalarias.

17. Cultura de la evaluación como herramienta para la gestión clínica y asistencial, sobre la que la organización y sus profesionales sustentan los procesos de mejora de la calidad de la atención, la seguridad del paciente, la eficiencia de las diversas áreas y las políticas de Dirección por Objetivos y la rendición de cuentas en el sistema

### **Las TIC. Los sistemas de gestión de la información clínica**

18. Apuesta decidida y regulatoria de los sistemas de información clínica compartida para hacer posible los procesos de atención integrados entre niveles y proveedores asistenciales.

19. La aplicación de herramientas de clasificación de pacientes y estratificación se debe optimizar para todos los proveedores del sistema
20. La historia clínica única e interactiva de los ciudadanos y ciudadanas

### **Los y las profesionales:**

21. Priorizar los espacios de participación y consenso de los profesionales de los hospitales mediante los órganos correspondientes. Los procesos de reorganización vinculada a los servicios y territorio, las prioridades y necesidades formativas, el seguimiento de los acuerdos de gestión y de calidad de los centros deben ser sistemáticamente aportados en los espacios de debate profesional.
22. La Dirección por Objetivos incentivada como instrumento para reforzar el compromiso con las prioridades del sistema público de los contratos y los acuerdos de gestión
23. Carrera profesional de reconocimiento global en el conjunto del sistema público
24. La cultura de la innovación: La participación de los profesionales en la gestión sistemática de la innovación, la adopción de las mejores prácticas basadas en la evidencia y la traslación de los resultados contrastados de la investigación a la práctica clínica
25. La mejora de la productividad, el rendimiento de los profesionales y la ordenación pactada de las actividades

### **Pago de los servicios y las inversiones**

26. Introducir un modelo de pago que favorezca la resolución en el nivel comunitario, que reconozca la expansión de la actividad de asesoría y consulta telemática, así como la colaboración interdisciplinar en procesos intrahospitalaria donde el output no es más actividad, que incentive la eficiencia en el manejo de camas y quirófanos y reconozca los resultados cualitativos de la atención
27. El modelo debe ser transparente y evaluable, con garantía de mantenimiento de la equidad y controlado por los órganos de participación profesional
28. El mantenimiento de la capacidad instalada, la renovación tecnológica gestionada y planificada deben ser una prioridad. Es urgente que los hospitales públicos del ICS puedan adecuar sus partidas de mantenimiento, al igual que el resto de empresas públicas.
29. Cataluña no necesita crecer en nueva inversión hospitalaria, ni en ampliaciones, pero si se han de prever sustituciones de las estructuras obsoletas.

### **La gobernanza y la gestión de los hospitales**

30. De acuerdo a los principios de la LOSC, el Departamento de Salud / CatSalut tiene la dirección y gobierno del sistema público de salud de Cataluña, estando dotados de estructura descentralizada territorialmente para llevarlo a cabo. Simplificar y fortalecer esta función directiva del sistema, para establecer las políticas coherentes con los principios de cohesión, equidad, eficiencia y calidad del sistema sanitario
31. La autonomía de gestión de los hospitales y / o de las estructuras de gestión territorial de las que formen parte es una prioridad.
32. Los equipos directivos de los hospitales deben responder de las estrategias encomendadas por los órganos de gobierno del sistema público, responsabilidad es el nombramiento de los Consejos de Administración

33. El ICS, tal como prevé su ley de conversión en empresa pública, tiene que adaptar, desconcentrar y descentralizar su estructura de gestión, así como generar los mecanismos territoriales de gobierno

34. Reforzar la participación de la ciudadanía y los profesionales en la *gobernanza* del sistema y de los hospitales o empresas territoriales.

#### **Los hospitales, la docencia y la investigación**

35. Formar las nuevas generaciones en gestión clínica, cultura de organizaciones colaborativas entre disciplinas y niveles asistenciales. Capacidad de colaborar y plantear alianzas entre centros y niveles para la docencia y la investigación es una asignatura a desarrollar

36. Seguir en el proceso de ordenación de la investigación a través de los institutos y gestión cuidadosa de los estudios aprobados y sus impactos en la estructura asistencial

### **4. POLITICA DEL MEDICAMENTO. UN EJEMPLO DE GASTO IMPORTANTE**

#### **RIESGOS**

#### **El actual gasto en medicamentos y su ritmo de crecimiento anual es insostenible**

En Cataluña, el año 2010, se facturó 151,6 millones de recetas de medicamentos de atención extrahospitalaria a cargo del sistema de salud, un 2,7% más que el año 2009. El gasto en medicamentos de dispensación ambulatoria fue de 1.849 M € (un 1,9% menos que el año 2009). Esta cifra supone un 20% del presupuesto del Servicio Catalán de la Salud y ICS, No hay datos consolidados disponibles sobre gasto en medicación hospitalaria. En el ICS este último capítulo supuso 222,25 M €, de modo que se puede suponer que el gasto de medicación hospitalaria a cargo del CatSalut fue de entre 350 y 500 M €.

En España y en Cataluña el consumo de medicamentos supone entre un 25 y un 30% del gasto sanitario total, un porcentaje entre 5 y 15 puntos porcentuales más elevado que el de otros países de la UE15. A principios de los 2000, en España el% del PIB destinado al gasto público en medicamentos fue de'1, 27% mientras que la media Europea fue de 0,94%

En los últimos 20 años el coste de los medicamentos para el sistema de salud ha crecido a tasas interanuales siempre más altas que el IPC y que el gasto en sanidad, a pesar de las diferentes medidas aplicadas por los sucesivos gobiernos: regulación de precios en 1964; copago del 10% en 1967; del 20% en 1978; del 30% en 1979 y del 40% en 1980; nueva regulación de precios en 1991, 1993 y 1997; listas negativas, introducción de genéricos y precios de referencia en 2000. En 2010 se decretó una rebaja de precios de 7,5% para los productos de marca y de 25% para los genéricos, lo que ha determinado que fuera el primer año en que el gasto farmacéutico aumentó menos que el IPC

#### **PROPUESTAS sobre la política y gestión de los medicamentos:**

1. **Selección centralizada de los medicamentos y productos sanitarios más idóneos para ser financiados** por el sistema público de salud. Además de los criterios de eficacia y seguridad aplicados para la autorización de la comercialización, la decisión de financiar o no debe basarse también en la efectividad relativa al costo (coste-efectividad) comprada entre las diferentes alternativas disponibles.

2. **Negociación centralizada de los precios** de los medicamentos y productos sanitarios financiados con cargo al SNS

3. **Sistema de información sobre medicamentos y terapéutica propios del sistema de salud, independientes de las compañías farmacéuticas y de tecnologías médicas**, e integrados en las herramientas informáticas (historia clínica electrónica y receta electrónica).

4. **Formación continuada organizada desde el sistema de salud**, sin participación directa o indirecta (por empresa interpuesta) de las compañías farmacéuticas y de productos sanitarios. Dejar de acreditar oficialmente los cursos organizados o patrocinados por compañías farmacéuticas

5. **Prohibición de la actividad comercial** sobre medicamentos y productos sanitarios a los centros del Sistema Nacional de Salud.

6. **Regulación los conflictos de intereses** de los profesionales sanitarios y los directivos: declaración obligatoria de conflictos de intereses de quien tenga, exclusión de las comisiones farmacoterapéuticas o grupos de trabajo relacionados de los profesionales que declaren conflictos de intereses, e inclusión de una cláusula que prohíba ninguna situación de conflicto de interés con proveedores potenciales del sistema de salud en los nuevos contratos de médicos y personal de enfermería.

7. **Constitución de comisiones farmacoterapéuticas en cada área de salud**, para garantizar la participación profesional y la gestión clínica en terapéutica. Sus funciones serán: seleccionar las recomendaciones terapéuticas y los medicamentos de elección, garantizar y acordar la continuidad asistencial entre hospitales, atención especializada y atención primaria, desarrollar y coordinar la formación continuada y hacer un seguimiento del consumo de medicamentos y sus resultados y promover la investigación clínica con acento sobre los resultados clínicos. Es urgente evaluar el actual consumo tan elevado de estatinas y de psicofármacos ya que España es líder en el mundo en este consumo, el 85% destinados a las mujeres

8. **Establecer sistemas de incentivos** sobre prescripción de medicamentos y productos sanitarios y sobre actividades de formación continuada e investigación.

9. **Potenciar la participación de la ciudadanía y las personas usuarias del sistema en estas políticas.**

## **5. ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL. PROPUESTAS ante la crisis**

Pedimos parar los recortes y avanzar en la mejora de la red pública de salud mental, hacer frente al incremento reconocido de la morbilidad psiquiátrica, colaborar en la atención de los padecimientos psicológicos de la población y tomar medidas para racionalizar la todavía deficiente presupuesto destinado hasta ahora a la salud mental. Por ello, consideramos que es necesario:

1. Vencer y superar las resistencias políticas, ideológicas y teóricas que frenan y obstaculizan el avance de un modelo público de salud mental centrado en la persona, equitativo y de calidad

2. Decir no a los recortes ("injustas, ineficaces e inapropiadas": Cambiemos Europa!. Manifiesto europeo contra la política anticrisis neoliberal) y sí a la revisión al alza de la

tributación de las rentas altas. Reforma de la política fiscal con persecución seria del fraude fiscal. Información por parte de la administración, del alcance real de las eventuales recortes

3. Decir no a la reducción presupuestaria en salud mental, lo que podría representar una versión de aquello de "socializar las pérdidas (en el caso salud) y privatizar las ganancias". Teniendo en cuenta el bajo porcentaje histórico que representa el presupuesto destinado a la salud mental dentro del presupuesto general de Salud

4. Decir no a la privatización de entidades y servicios. La red de salud mental, por razones técnicas, de eficiencia y justicia, debe ser de uso y de gestión pública y dirigida al bien común de la salud de la totalidad de los ciudadanos y ciudadanas.

5. Restablecimiento de la persona, nos biopsicosocial, como sujeto del conocimiento y de la atención. Revisión crítica del modelo biomédico como método privilegiado y excluyente de estudio, clasificación diagnóstica y tratamiento de los problemas psicológicos y psiquiátricos

6. Incremento del porcentaje destinado a salud mental dentro del presupuesto sanitario.

7. Disminución porcentual sensible del presupuesto destinado a la hospitalización psiquiátrica.

8. Disminución del gasto derivado del alto consumo de psicofármacos (no siempre indicado, los antidepresivos!)

9 Fundamentación de la asistencia según la conceptualización de la Función Psicoterapéutica..Progresiva instauración de las intervenciones psicoterapéuticas indicadas desde el Programa de Psicoterapia en la red pública de SM y Ad, en la Primaria de Salud y la red especializada de salud mental. Extensión de las técnicas específicas de psicoterapia

Supervisión y apoyo de los equipos terapéuticos, tanto a nivel de la primaria de salud como de la especializada

10. Rectificar la tendencia a un adelgazamiento de la Administración ya una desregulación en la provisión y normativas de los servicios

Mejora y fortalecimiento de los órganos de planificación, dirección y gestión, superando las tendencias hospitalocéntricas y reconociendo normativamente y materialmente en la atención primaria el carácter de centro de referencia y gestión en el seguimiento de los procesos médicoadministrativos y terapéuticos

11. Defender y mejorar la gestión y funcionamiento de los servicios, según los principios de la territorialización, de unos sectores geodemográficos de atención asumibles por los equipos profesionales y al alcance de la población. Velando por la asignación de los suficientes recursos materiales y administrativos, así como de una coordinación y supervisión que haga posible un buen funcionamiento de la red de salud mental según los principios de atención integral, orientación comunitaria y planteamiento asertivos recogidos en PDSMiAd

12. Avanzar en la instauración y mejora de los órganos de asesoramiento y participación de los usuarios, familiares y ciudadanos.

Finalmente, proponemos la constitución de una mesa con la representación de los diferentes sectores implicados, para la discusión, elaboración y consenso de medidas responsables ante la situación de crisis planteada

## **6. LA PERSPECTIVA BIO-PSICO-SOCIAL EN LA SALUD. DIFERENCIAS Y DESIGUALDADES DE GÉNERO.**

Los diferentes factores que intervienen en la salud responden a aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, de género y medio ambientales. Este modelo biopsicosocial permite entender cómo afectan a la salud las condiciones de vida y de trabajo, incluyendo el análisis de las diferencias y las desigualdades que se generan debido a que mujeres y hombres nos construimos como personas en una sociedad que atribuye roles bien diferenciados para unos y otros. Sin embargo este modelo abre las posibilidades de reconocer los propios recursos para hacer frente a los malestares y las enfermedades

### **RIESGOS**

El modelo sanitario actual no es capaz de entender y de escuchar los malestares de las personas en su totalidad y genera un estrés en el personal sanitario (especialmente en las mujeres) que representa uno de los riesgos laborales más importantes. La ciencia médica actual es androcéntrica, utilizando al hombre como objeto y centro de estudio que no tiene en cuenta la morbilidad femenina diferencial, por este modelo la salud no es inherente al mismo cuerpo o la persona, el cuerpo se ve fragmentado y parece que su objetivo sea vivir a toda costa, sin anteponer la calidad de vida y el bienestar de las personas. Bajo este modelo el que sabe de nuestra salud es el profesional y no quien habita el cuerpo. La salud de la población está empeorando debido a la privatización de los servicios públicos de salud, a la disminución de otros recursos sociales, especialmente los de apoyo al cuidado de las personas, y la actual sobrecarga y desorganización de los servicios asistenciales

El actual modelo asistencial medicaliza en exceso, especialmente en las mujeres. El diferencial de consumo de las domas con los hombres en los medicamentos para el dolor significa casi el doble. Este diferencial es aún mayor en el consumo de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir, en el que el porcentaje de mujeres con el consumo excede en más del doble al porcentaje obtenido en hombres. Por otro lado se invisibilizan los recursos que aporta la ciudadanía (mayoritariamente mujeres) para la atención y el cuidado de la salud

### **PROPUESTAS**

Las prioridades en la atención a la salud deben ser definidas a partir de las necesidades reales de la población, con la participación de los y las profesionales y de la ciudadanía. La salud como proceso de autonomía personal, solidaria y gozosa, debe impregnar toda la organización y las profesiones sanitarias en su actuación y también la educación de la ciudadanía

Las diferencias en salud de mujeres y hombres deben tener en cuenta a la hora de definir objetivos en todos los niveles de planificación, organización, asistencial, de investigación y docencia.

Introducir la coordinación, entre los sistemas de salud y bienestar principalmente, pero también con otras áreas que afectan a la vida ya la salud (ámbito laboral, medio ambiente...) como un elemento imprescindible, en un proceso continuado que permita desarrollar planes y procedimientos que actúen como un medio no como un objetivo.

Incluir en la relación terapéutica la dimensión psíquica y emocional de la persona, reducir la medicalización excesiva (especialmente en el caso de las mujeres) y potenciar la atención terapéutica basada en la palabra y en la escucha activa, tanto o más eficaz para mejorar la salud y la calidad de vida.

Favorecer el empoderamiento de las personas usuarias mediante su participación en la toma de decisiones y promover la reflexión individual y colectiva sobre cómo queremos envejecer

## 7. LA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS. Conclusiones y propuestas

Para poder disminuir las desigualdades en salud es necesario tener en cuenta la "Salud en todas las políticas" y, lo que implica reconocer que la salud está fuertemente influenciada por el entorno, por cómo las personas viven, trabajan o disfrutan su tiempo ocio. Además, estas condiciones de vida no dependen exclusivamente de decisiones individuales sino que están determinadas por factores sociales, culturales, económicos o medioambientales. En consecuencia, las decisiones políticas que influyen sobre la salud de las personas no sólo, ni de manera más significativa, son las relacionadas con los servicios o las políticas sanitarias, sino fundamentalmente las tomadas en otros ámbitos públicos y privados, políticos y civiles. La "Salud en Todas las Políticas" supone identificar y actuar sobre los determinantes de la salud presentes en ámbitos no sanitarios como la educación, el mercado de trabajo, el urbanismo, la vivienda o las políticas de inmigración, entre otros, en los que se generan o transmiten desigualdades sociales. Por lo tanto, para poder llevar a cabo el enfoque de STP, es necesaria la implicación de los diferentes sectores de los gobiernos, así como de la población civil y otros agentes implicados.

### PROPUESTAS

-Las causas o determinantes de la salud y de las desigualdades en salud son las condiciones sociales, económicas y políticas en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y, por tanto, la salud no siempre depende de las personas individuales.

-Las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, territorio o etnia, se traducen en una peor salud por parte de los colectivos socialmente menos favorecidos

-En una crisis como la actual, empeoran las condiciones de vida de las personas y, por tanto, se deteriora la salud de los grupos más vulnerables.

-La mejora de la salud de la población y la reducción de las desigualdades en salud se deben abordar mediante políticas que tengan en cuenta estas causas sociales lo que implica abordar la "Salud en todas las políticas", o sea, teniendo en cuenta otros sectores (educación, el mercado laboral, el urbanismo, la vivienda o las políticas de inmigración, entre otros), aparte del de salud.

-Las propuestas de la Comisión para Reducir las DESIGUALDAD en Salud en España son útiles para poner en marcha intervenciones para reducir las desigualdades en salud

-Por otra parte, la existencia del Sistema Nacional de Salud universal para toda la población garantiza la igualdad de acceso a igual necesidad. Es importante

mantenerlo y fortalecerlo para garantizar la equidad y, sobre todo, mantener su funcionamiento óptimo en momentos de crisis como el actual.

## 8. Conclusiones EJES DE LA NUEVA CULTURA DE LA SALUD:

Reivindicamos un nuevo enfoque y abordaje de la salud entendida como se decía en el X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana, celebrado en Perpiñán en septiembre de 1976: "LA SALUD ES AQUELLA MANERA DE VIVIR QUE ES AUTÓNOMA, SOLIDARIA y JOIOSA". Esta concepción no es compatible con la aceptación acrítica y sumisa de los principios y políticas neoliberales hoy en plena expansión e imposición

Nos negamos a la adecuación de la salud y la sanidad públicas a la dictadura de los mercados y al pensamiento neoliberal. La pervivencia del Sistema Público de Salud requiere la preservación y blindaje de lo público, tanto desde el punto de vista de titularidad, objetivos, gestión y control, y por tanto requiere de la más alta calidad democrática y de una participación social activa y apoderada. Para tal buena práctica y en el horizonte de una Nueva Cultura de la Salud, proponemos:

1) desmercantilizar la salud pública y la atención sanitaria del control privado y la influencia del neoliberalismo y el complejo industrial biomédico-farmacéutico. NO a ningún nuevos tipos de CO / RE / pago

2) Desbiomedicalizar la salud proponiendo avances en la educación, la prevención, la humanización y la atención de la salud a través de una integración de los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y medioambientales, en una visión integral de la salud. Igualmente desbiomedicamentarizar la salud luchando contra la falsa concepción de la existencia de un fármaco para cada malestar o sufrimiento.

3) Integrar la atención sanitaria dentro de la salud pública haciendo especial énfasis en la prevención primaria de la enfermedad y la promoción de la salud.

4) Hay que conseguir que el lema de "Salud en todas las políticas" sea más real y útil que nunca .. Hay que explicar qué es y garantizar la equidad en salud. Vigilar y proponer políticas para cambiar los principales Determinantes de la salud y de la equidad, tal y como recomienda la Comisión de la OMS de Determinantes de Salud.

5) Hay que hacer énfasis en el equipo y el trabajo colectivo como un conjunto humano y un colectivo de salud que trabaja transversalmente en todos los niveles los aspectos sanitarios y sociales

6) Promover el reconocimiento del papel imprescindible que deben jugar los agentes educativos (escuela formal y no formal) en la promoción de la salud de la comunidad.

7) Incluir de forma cada vez más considerada el determinante de salud que es el medio ambiente y urbano (con la vivienda, casi como "nuestra tercera piel").

8) Democratizar la salud pública y la atención sanitaria con participación de la población. La participación ciudadana mejora la salud de la población de forma directa, por la misma acción e implicación de las personas, e indirecta, por el impulso de objetivos. **La nueva cultura de la salud entiende que la participación debe ser libre, con voz propia**, debe constituir un poder fuerte, responsable, apoderado, con propuestas de suma y / o alternativas. Sólo así tiene sentido hablar de participación de la sociedad civil..

Por lo tanto estas son las líneas a desarrollar en la Nueva Cultura de la Salud:

- 1 .- **DERECHOS** de las mujeres a la salud desde una perspectiva de género.
- 2 .- **DERECHO** específico de amparo de las personas más desvalidas y maltratadas
- 3 .- **DERECHOS** la salud laboral ya combatir riesgos y enfermedades laborales y ambientales.
- 4 .- **DERECHO** a un trato digno para todos y **NO** expulsar a los y las enfermos / as afectados / as por patologías "emergentes", mal resueltas, insuficientemente tratadas, o sencillamente poco investigadas
- 5 .- **DERECHO** a liberarnos de las intoxicaciones de neoliberalismo económico.
- 6 .- **DERECHO** a un trato humano.
- 7 - **DERECHO** a disfrutar de un Sistema Nacional de Salud Pública, el único que puede garantizar la equidad, desmontando el tópico de su insostenibilidad y gratuidad.
- 8 .- **DERECHO**, al fin, a vivir de una manera autónoma, solidaria y gozosa.

El documento **Para un mejor Sistema Público de Salud** es fruto de los debates organizados por el Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS) con la participación de profesionales de la salud y ciudadanos y ciudadanas a título individual o perteneciente a otras organizaciones: pie para la Salud , FoCAP, ACDSP-FADSP, GREDS-EMCONET (UPF), Fundación CCSM

Puede encontrar entero en la web del CAPS [www.caps.cat](http://www.caps.cat)

**CAPS**  
**Paris 150 12**  
**08036 Barcelona**  
**[caps@pangea.org](mailto:caps@pangea.org)**  
**Tel 933226554**