

## Iniciativa per Catalunya Verds - EUiA

### Imma Clarà

Responsable de l'àmbit de Salut  
Iniciativa per Catalunya Verds

### Valoració de l'acció de govern i de l'oposició en l'àmbit sanitari durant el període 1999-2003

Durant aquesta darrera legislatura l'acció de govern realitzada per CiU ha estat de total inacció. En un article similar dedicat a fer el balanç polític de la legislatura del període 1995-1999, l'encapçalament era el mateix i no hem fet una simple transcripció de l'encapçalament de l'article fet a propòsit per valorar l'acció de govern del període 1999-2003 sinó que la valoració és la mateixa i, si es pot, més negativa. En canvi on sí hi ha hagut molta acció política i molt efectiva i directa ha estat en l'intent de desmantellament del sistema sanitari públic no només en el vessant de la provisió sinó també des de la gestió. L'esforç que està fent el propi Conseller per avalar els nous models de gestió sobretot en Atenció Primària (sense cap garantia de millora demostrada, segons estudis propiciats pel propi CatSalut) i la insuficiència financera en són també un clar exemple.

Ha existit un abandonament del paper d'autoritat sanitària per part del Departament de Sanitat i Seguretat Social amb una manca absoluta de planificació real. El Servei Català de la Salut, que hauria d'haver estat l'ens integrador de la política sanitària, s'ha convertit en una gran asseguradora pública, només faltaria, que ha potenciat un reguitzell de polítiques "clientelars" a l'empara d'afavorir determinats interessos amb l'excusa de la diversificació de la provisió. Aquesta política de "clientelisme" afavoreix determinats interessos (econòmics, corporatius...) enlloc de prioritzar la salut i la ciutadania. Clars exemples d'aquesta manera de fer política han estat les intervencions dutes a terme a l'Hospital General de Catalunya i l'Aliança. Els hospitals concertats no s'han

escapat d'aquest tipus de pràctica, permetent l'endeutament d'algun d'ells o, com en el cas de l'Hospital Clínic, que siguin els propis gestors els que proposin les solucions enlloc de ser la mateixa Administració sanitària la que les ofereixi.

Pel que fa a la participació de la ciutadania en Sanitat, continua essent més formal que real. L'homogeneïtzació de les condicions laborals del sector sanitari públic encara és un repte pendent.

No podem oblidar tot el que ha succeït entorn a la salut pública (qualitat i seguretat alimentària, legionel·losi, la problemàtica relacionada amb els escorxadors i veterinaris).

### Iniciatives i propostes dutes a terme pel nostre grup o partit polític

Malgrat ICV és el grup amb menys nombre de persones, ha estat actiu en la majoria d'iniciatives parlamentàries dutes a terme.

Les iniciatives plantejades pel nostre grup parlamentari s'han basat en la defensa d'un model sanitari públic (Aliança, Hospital General de Catalunya, cessió de la gestió pública en atenció primària, Llei de mütues), en un model de gestió eficient i amb responsabilitat (llistes d'espera, quirúrgiques i de proves diagnòstiques).

Entorn a la salut pública s'avalua la Llei de Protecció de la Salut i la creació de l'Agència de Seguretat Alimentària.

Davant del fracàs de model i d'estructura sanitària existent i, sobretot, el que fa referència al trencament del sistema sanitari públic, ICV ha proposat una nova reforma de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC) que recuperi l'esperit inicial de la llei de 1990.

### Principals problemes i reptes de la sanitat catalana

La salut pública, la salut laboral, la immigració, l'envelliment de la població, la violència de gènere, les desigualtats en salut, la pobresa, l'atenció a les persones amb addiccions, l'atenció a l'avortament, els trastorns de la conducta alimentària, la bioètica, les noves malalties infeccioses, les noves tecnologies, etc. són els grans reptes pel que fa a la salut de la població que viu a Catalunya.

Correspondència: Imma Clarà i Vila  
Responsable de l'àmbit de Salut  
Iniciativa per Catalunya Verds  
Carrer Armengol, 2-8, baixos  
08003 Barcelona  
Tel. 93 301 24 36  
Fax 93 301 33 40  
Adreça electrònica: bcn@icv.org



TAULA 1. Iniciatives presentades pels grups parlamentaris sobre sanitat o seguretat social (descriptor '2841 sanitat'; 'seguretat social')\*

| Tipologia / grup                   | GP CiU | GP Socialistes de Catalunya-CPC | GP Popular | GP ERC | GP ICV | Total |
|------------------------------------|--------|---------------------------------|------------|--------|--------|-------|
| Proposicions de llei               | 5      | 8                               | 5          | 14     | 8      | 40    |
| Proposicions no de llei            | 14     | 156                             | 94         | 79     | 86     | 429   |
| Propostes de creació de comissions | 1      | 2                               | 1          | 1      | 2      | 7     |
| Debat general                      | 0      | 1                               | 0          | 1      | 1      | 3     |
| Proposicions de llei al Congrés    | 0      | 1                               | 0          | 3      | 3      | 7     |
| Mocions subs. interpel·lacions     | 0      | 32                              | 19         | 9      | 20     | 80    |
| Interpel·lacions                   | 7      | 41                              | 21         | 21     | 25     | 115   |
| Preguntes orals al Ple             | 3      | 41                              | 1          | 2      | 3      | 50    |
| Preguntes orals a la comissió      | 0      | 68                              | 5          | 2      | 15     | 90    |
| Preguntes per escrit               | 4      | 388                             | 227        | 283    | 344    | 1246  |
| Sol·licituds de compareixença      | 5      | 28                              | 8          | 23     | 15     | 79    |

\*Dades extretes del SIAP a 03/07/03

Els altres grans reptes i problemes estan relacionats amb la política sanitària com són el finançament, la integració de nivells, l'homologació de les condicions laborals dels treballadors i treballadores de la sanitat, l'optimització de recursos i la gestió de la sanitat des del vessant públic.

## Propostes sanitàries per a les eleccions al Parlament de Catalunya

### *Model basat en un nou pacte polític i social*

Les necessitats assistencials han variat molt com a conseqüència dels canvis demogràfics, socials i tecnològics; aquest fet, unit al creixement anàrquic del sistema i a la manca de prioritats per part del Departament de Sanitat, sempre a remolc d'interessos privats, caciquistes o corporatius, fa que es requereixi una reordenació del sistema sanitari.

És necessari un nou pacte polític i social sobre el sistema sanitari. Un nou pacte social que definim com el "Pacte pel coneixement i l'atenció a la salut personalitzada"; un pacte per un sistema sanitari basat en el coneixement àgil i rigorós de la salut de les persones, de la societat i de les possibilitats actuals i concretes de millorar-la, mitjançant una atenció que, emprant els mitjans tecnològics avançats sigui, sobretot, personalitzada, gens distant ni burocràtica. La materialització d'aquest pacte comporta:

1. La revisió del mapa sanitari de Catalunya per adequar-lo a les necessitats actuals, valorant la resolució del sistema, establint objectius i prioritats en la seva execució i preveient-ne el finançament. Un mapa sanitari no sols d'edificis i serveis, sinó també de recursos humans. Cal planificar les professions i especialitats que precisa, ara i en el futur, la salut dels catalans i la seva distribució en el terri-

tori. Cal planificar i actualitzar les previsions de les persones que treballen en el sector sanitari per una bona adaptació a les necessitats canviants i les preferències de la població.

2. Creació d'una Mesa de Reordenació del Sistema Sanitari, amb la participació del Departament de Sanitat, els ajuntaments, la patronal, els sindicats més representatius i associacions i entitats representatives dels usuaris.
3. Constitució de Consells Participatius de Salut en les regions i sectors sanitaris en els que els ciutadans i els seus representants valorin, amb col·laboració dels professionals assistencials, els problemes de salut, l'adequació entre els serveis de què disposen i els problemes de salut i es pronunciïn sobre les preferències dels ciutadans en les alternatives de millora.

Des d'ICV treballem, treballarem i governarem per un sistema sanitari públic amb un model assistencial que es caracteritzi per:

- a) Tenir una magnitud humana, integrada, que proporcioni assistència i suport a la persona i a la seva família d'una forma continuada, sense interrupcions.
- b) Estar proper i ser fàcilment assequible als usuaris. Sempre àgil per donar resposta a les seves demandes i necessitats; sempre preocupat per donar-los una atenció satisfactòria.
- c) Potenciar les acreditades capacitats dels professionals que hi treballen, facilitant-los els instruments tecnològics i organitzatius adequats i donant-los el suport i reconeixement que es mereixen.

Per disposar d'un sistema sanitari amb aquesta caracterització cal:



1. Potenciar el paper dels equips d'atenció primària, i en particular el pes dels metges de família, en el sistema assistencial. Millorar la personalització en la relació metge/ssa-ciutadà/na i infermer/a-ciutadà/na mitjançant: ampliació dels temps de dedicació dels metges d'atenció primària a les visites i consultes telefòniques i l'ampliació de les dotacions d'infermeria per a l'atenció domiciliària i a malalts crònics. Ús en els consultoris d'historials informatitzats, accés per telecomunicació segura al resum i dades de les històries clíniques dels malalts generades en d'altres centres.
  2. Incorporació de les funcions de treball social, rehabilitació i fisioteràpia, psicologia, d'atenció a la dona i de salut mental, en l'atenció primària, de base local, constituint xarxes integrades amb la resta de serveis d'atenció personal, de caràcter públic, a escala local i comarcal. Establir i potenciar en cada una d'aquestes xarxes un Programa d'Atenció Domiciliària. Especial atenció als problemes de salut de la infantesa i l'adolescència, a les patologies cròniques i a les patologies mentals menors.
  3. Establir les mesures necessàries per tal d'evitar duplicitats de serveis assistencials, completant la integració de les especialitats ambulatories i hospitalàries i incrementant l'efectivitat i l'eficiència en la prestació de serveis.
  4. El temps d'atenció mèdica en l'assistència primària no superarà les 24 hores. Els temps d'espera per primeres visites d'especialista, procediments quirúrgics, rehabilitació i exploracions tindran uns màxims. Estarà garantida la prestació del servei en qualsevol centre -inclosos els privats-, si se superés aquest màxim.
  5. Creació d'una xarxa sociosanitària pública, en règim ambulatori, domiciliari i d'ingrés que doni resposta als problemes de les persones dependents i ofereixi el suport necessari a les persones que es responsabilitzin de la seva cura que, generalment, són dones.
  6. Programa a tres anys per universalitzar la teleassistència a tots els majors de 85 anys i per a totes les persones que ho precisin pel seu grau de dependència o soledat, segons un protocol definit. El programa comprendrà el ventall que va des del botó d'alarma fins als sensors biomètrics per activar els serveis assistencials corresponents.
  7. El Consells Participatius de Salut coneixeran regularment l'estat de les llistes d'espera i temps de demora en els diferents serveis de l'atenció primària, especialitzada, urgent, hospitalària, sociosanitària, domiciliària i de teleassistència per poder-se pronunciar sobre les prioritats de millora.
  8. Potenciació de la figura del farmacèutic com a agent sanitari. Integració del farmacèutic a l'equip d'atenció primària, diferenciant-lo de la figura del farmacèutic no integrat en el sistema. Nova legislació sobre la distribució dels medicaments que permeti reduir costos en aquest àmbit i possibiliti la participació del sector públic.
  9. Potenciació de la prescripció farmacèutica per denominacions genèriques en lloc de per denominacions comercials. Establiment de llistes positives de fàrmacs per prescriure des del sistema sanitari públic, amb criteris de qualitat, eficiència i cost-efectivitat, i de preus de referència. Potenciar la prevenció per evitar l'automedicació i les malalties que moltes vegades creen resistències medicamentoses.
  10. Integració i descentralització dels serveis d'accés urgent i transport sanitari (telèfon 061, ambulàncies) amb informació municipal dels temps reals d'accessos i trasllats i dels tipus d'atenció prestada. Ampliació del model d'atenció domiciliària urgent
  11. Possibilitar la integració de les medicines alternatives i complementàries, oficialment regulades, com una opció terapèutica més que cal considerar en els serveis assistencials de finançament públic.
  12. Progressiva ampliació de les prestacions de salut bucodental, especialment les de caire preventiu.
- Per a poder fer efectives totes aquestes mesures cal un model organitzatiu i de gestió.
- El criteri central del nostre model és el que ja preveia la LOSC: la integració en el Servei Català de la Salut (SCS) de totes les activitats i del personal dels centres que, amb finançament públic, presten assistència primària, hospitalària o especialitzada i els centres o serveis de salut pública. Aquesta integració es realitzaria mitjançant diverses mesures:
1. Increment del nombre de regions sanitàries de l'SCS perquè totes disposin d'entre 200 000 i 500 000 habitants.
  2. Creació d'un únic òrgan de gestió en cada regió sanitària, amb capacitat jurídica i econòmica pròpia, tot i ser un ens de l'SCS, del que dependran totes les activitats i persones que treballen en la sanitat finançada públicament, sigui personal funcionari, estatutari o regit per l'Estatut dels Treballadors (tenim prou experiències a Catalunya de treball en una mateixa institució de personal de diversos règims jurídics). Per Barcelona ciutat, un òrgan de cooperació estaria per damunt dels quatre òrgans de gestió de les quatre regions en què està dividida la ciutat.



3. Dependència respecte a l'òrgan de gestió de la regió sanitària corresponent de totes les activitats i persones de l'ICS i de les institucions dependents de la Generalitat (consorcis i empreses públiques) i oferta d'integració als altres centres concertats de l'actual Xarxa d'Utilització Pública (XUP).
4. Cada regió s'organitzarà en diversos sectors de salut i es dotarà de les "unitats productives" que, amb criteris d'integració assistencial, descentralització i obtenció de sinèrgies, s'estimin convenients. Aquestes unitats productives prestadores de serveis tindran capacitat de contractació pròpia. Algunes d'aquestes unitats seran, com ara, centres o conjunts de centres només d'atenció hospitalària o primària i d'altres prestaran conjuntament atenció hospitalària, sociosanitària i primària, però totes les unitats aplicaran el criteri d'integració assistencial. En els òrgans rectors de les regions, dels sectors i dels centres sanitaris de l'SCS hi participaran els ajuntaments, participació que en el cas de centres que simultàniament prestin serveis de salut pública i d'atenció primària serà majoritària.
5. L'SCS disposarà, a més, d'uns serveis centrals que tindran funcions de planificació, assignació pressupostària, promoció de protocols d'activitat i establiment de pautes d'incentivació i promoció econòmica, professional i social entre el personal que treballi en l'SCS. Funcions i pautes encaminades a la millora de la qualitat, de l'eficiència i de l'equitat i de la satisfacció d'usuaris i professionals.
6. L'SCS establirà un programa a 5 anys perquè la despesa sanitària finançada públicament sigui, per càpita, en grups diferenciats per edat i sexe, igual en totes les regions sanitàries; si bé s'aplicarà un corrector per índex de renda per compensar la relació entre menys renda i més problemes de salut. La retribució horària fixa per categoria i torn horari serà equivalent per a tot el personal de l'SCS. Les regions tindran autonomia per a la distribució i gestió del seu pressupost entre els diversos capítols pressupostaris així com entre despesa en atenció hospitalària, primària, domiciliària, teleassistència, prestació farmacèutica, etc. Els Consells Participatius de Salut es pronunciaran sobre les prioritats pressupostàries
7. L'actual ICS passarà a ser una institució garant dels drets del personal estatutari. Es constituirà un òrgan patrimonial en què hi participaran l'ICS i els propietaris dels edificis dels centres sanitaris que s'hauran incorporat de l'SCS. Aquest òrgan controlarà que la dotació pressupostària per inversions dels centres de l'SCS sigui conjuntament en cada regió, com a mínim, del 10 % del valor de l'immobilitzat en el moment en què les activitats passin a integrar-se en l'SCS.
8. El model de gestió de les regions, sectors i centres de l'SCS es basarà en els criteris de plena transparència informativa, ús intensiu i coordinat de les noves tecnologies mèdiques i de la informació, fiscalització de l'aplicació de la despesa *on line*, aplicació de les metodologies de la medicina basada en l'evidència i la comparació per cerca d'òptims de procediments i organització (*benchmarking*). Les pautes d'integració assistencial i transparència informativa seran condició *sine qua non* pels centres concertats.
9. Les regions, sectors i centres assistencials coneixeran el seu pressupost als 15 dies de ser aprovats pel Parlament els pressupostos de la Generalitat. La disposició del pressupost no serà fixa sinó subjecta al compliment d'objectius d'activitat, qualitat i plans de salut mitjançant fórmules relativament similars a les aplicades actualment per als concerts. Aquests pressupostos seran la materialització de les pautes del mapa sanitari segons la planificació del Departament de Sanitat.
10. Amb l'objectiu d'una efectiva integració assistencial, les regions i sectors de l'SCS seran els responsables únics de tota la sanitat pública i l'assegurament obligatori de malaltia, abandonant el trencament que ara en suposa la gestió per les mútues de la incapacitat temporal (IT) per contingències comunes (malaltia no laboral) dels treballadors i treballadores en actiu. El paradigma de l'equitat en el nostre sistema és, precisament, la neutralitat dels agents gestors dels serveis de salut que, tant orgànicament com funcionalment, depenen d'ens públics. El seu sou no depèn directament ni dels empresaris ni dels treballadors. Per contra, les mútues d'accidents de treball són entitats constituïdes per associacions d'empresaris privats i els metges de les mútues estan a sou d'aquests empresaris que, evidentment, són part implicada en la situació d'alta o baixa laboral dels "seus" treballadors. Cal retrocedir en els passos ja donats cap a la dualització del Sistema Nacional de Salut: els metges de capçalera de l'atenció primària per als ciutadans i ciutadanes "no actius" (aturats, jubilats, menors d'edat, etc.) i els metges de les mútues per als "actius".