

# **PACTE NACIONAL DE SALUT A CATALUNYA (PROPOSTES DE CCOO DE CATALUNYA)**

A finals de maig de 2013 i fruit de la moció aprovada per consens al Parlament entre els grups polítics el 28 de febrer, es constituïa la Comissió per l'elaboració del document de bases del Pacte nacional de la salut a Catalunya. En aquesta Comissió hi han participat els diferents grups parlamentaris i els principals agents del sistema sanitari català (entre ells CCOO de Catalunya).

La dinàmica de l'elaboració del Pacte ha consistit en aportacions fetes per les diverses entitats participants, tant per escrit com en forma oral durant els debats, a preguntes realitzades per la ponència i sense seguir necessàriament l'ordre prèviament establert dels blocs temàtics tal i com apareixen en el present text. Es per això que algunes propostes poden estar repetides en diferents blocs com a resposta a les preguntes realitzades.

El document que aquí us presentem es un recull de les principals aportacions realitzades per CCOO de Catalunya al debat, amb un resum de les propostes que considerem més importants en forma de conclusions. Les propostes als blocs 2 (“Professionals”), 5 (“Avaluació, retiment de comptes i transparència”) i 8 (“Governança”) s’han redactat en format “tema” mentre que la resta s’han fet com a resposta directa a les preguntes realitzades.

Esperem que el document presentat us sigui d'utilitat, alhora que serveixi per clarificar el posicionament de la nostra organització en el debat.

## **1. FINANÇAMENT I COBERTURA**

### **PROPOSTA DE QÜESTIONS A DEBATRE**

#### **1. Garantia d'accés universal de la ciutadania als serveis sanitaris.**

##### **Sistema Nacional de Salut versus Sistema de Seguretat Social.**

Apostem per un model de sistema sanitari tipus Sistema Nacional de Salut, equitatiu i d'accés universal, com a dret de ciutadania, i amb reintegrament al Sistema de tots els “subsistemes” i formes indirectes d'assegurament existents. Considerem que no te sentit el “retorn” a un sistema de Seguretat Social pel que fa a la consideració d'afiliat/da i beneficiari/a quant el finançament ja no te res a veure amb les quotes sinó amb els impostos generals.

## **Regulacions racionals per evitar el turisme sanitari.**

Per evitar l'autèntic "turisme sanitari" n'hi hauria prou amb facturar adequadament l'assistència sanitària que es presta, que el Govern Central sol·licités en els termes correctes l'oportuna compensació, que el país obligat a pagament complís amb la

normativa vigent i el fes realment efectiu i que s'arbitressin mesures per al posterior reintegrament a la Comunitat Autònoma que ha prestat l'atenció.

El que en qualsevol cas no ho evita és la condició prèvia d'estar empadronat tres mesos abans (o un any per a l'atenció mèdica especialitzada)

## **Facturació correcta en el cas de malalties professionals, o de trànsit, entre d'altres, que tenen cobertura via asseguradores.**

En el primer (malaltia professional) el principal problema es que en existir dues xarxes d'atenció sanitària (la de les Mútues i la del Sistema Públic de Salut) les primeres tendeixen a considerar, en un nombre important de casos, com a Contingència Comuna aquella que és Professional derivant a l'atenció del sistema públic a un percentatge elevat de treballadors/es que haurien de ser ateses en els seus serveis, sense que s'activi en molts d'aquests casos la instrucció 01/2007 de l'ICAMS. Aquesta situació no és només injusta per als pacients sinó també per a la ciutadania en general que paga, a través del sistema sanitari públic, les cures de malalties que en realitat haurien de ser abonades per les pròpies Mútues i que s'ha calculat representa un 14-20% del total la despesa sanitària pública. Es per això que plantejem la integració d'aquesta assistència sanitària en el servei públic (tal com succeeix en molts països on no existeixen mútues patronals i la seva funció la compleix l'Estat directament), alhora que considerem no té cap sentit separar l'assistència sanitària entre contingència laboral o comuna en tractar-se de patologies diferenciades solament pel fet de produir-se dins o fora del lloc de treball.

En els altres casos (trànsit, asseguradores...) el problema és d'insistir en la importància de la facturació a tercers per part dels centres proveïdors.

En qualsevol cas s'haurien de buscar formules per que les mútues i asseguradores laborals, d'accidents de trànsit, esportives i escolars es fessin càrrec d'aquella part dels costos derivats de patologies que sent de la seva responsabilitat actualment es traslladen al sistema públic.

## **Finançament correcte de la facturació entre CCAA i convenis internacionals.**

Caldria un replantejament de la funció actual i de la utilitat real tant dels "fons de cohesió" (valorant una millor redistribució) com del recent de "garantia assistencial" (que no soluciona el problema de la assistència a desplaçats de llarga durada).

En cap cas la facturació ha de suposar problemes ni traves burocràtiques als ciutadans d'altres CCAA que son atesos a Catalunya (ni, òbviament a l'inrevés).

## **2.Fórmules per assolir millores en el finançament del sistema sanitari.**

### **Millor finançament de Catalunya.**

#### **Mantenir o incrementar el pes de les polítiques de Salut en els pressupostos de la Generalitat de Catalunya.**

En el moment de fer propostes si bé s'ha de valorar l'escenari actual de crisi econòmica, no hem d'oblidar que un Pacte com el que es busca ha de tenir una visió "a llarg termini" més enllà de l'escenari actual. Per altra banda recordar que per millorar el finançament de la sanitat i evitar el desfasament crònic existent entre els recursos econòmics disponibles i les necessitats s'hauria tant d'incrementar els recursos públics destinats a la salut com millorar l'eficiència en la gestió.

Considerem que haurien d'assignar-se nous fons addicionals a la sanitat pública procedents de dues vies: d'una banda, de la millora del finançament de la Generalitat que hauria de significar una reducció de l'actual dèficit fiscal de Catalunya amb l'Estat; i d'altra banda, del conjunt dels recursos públics destinats a la sanitat el que implica Incrementar l'aportació a la sanitat en el pressupost de la Generalitat (vinculat al model sanitari i a la voluntat política) prioritzant-la dins de la despesa pública. En aquest sentit potser el pes percentual de la sanitat als pressupostos generals (al voltant d'un 30%) podria ser correcte si es fes una millor redistribució en els pressupostos del Departament/SCS/ICS.

En quant a una millora en l'aportació de l'Estat, caldria el compromís que aquesta es destinarà primordialment a sanitat i a la despesa social en general acceptant que aquest escenari de creixement pressupostari és incompatible amb el marc vigent actual de finançament autonòmic de la sanitat i que segurament exigiria un nou marc de finançament i que el finançament sanitari hauria de tenir caràcter finalista, establint mecanismes de control de la seva utilització i condicionant els nous fons a la comprovació de l'ús correcte dels ja rebuts.

### **Finançar la sanitat mitjançant impostos directe/indirectes.**

Proposem un finançament sanitari a través d'impostos directes, proporcionals i progressius, i mitjançant un sistema "capitatiu" que valori la població i les necessitats reals de salut als territoris.

Es podria plantejar l'Increment de determinats impostos indirectes (tabac, l'alcohol, begudes amb excés de sucre, "menjar escombraries" per exemple) des d'una basant salubriste, amb l'objectiu de reduir-ne el seu consum i amb la condició de que siguin finalistes.

## Possibles aportacions dels usuaris.

Som contraris a l'aplicació indiscriminada de copagaments i a la desgravació de les assegurances privades. Considerem que el que s'ha de garantir és la qualitat de les prestacions sanitàries públiques de tal manera que cap ciutadà de Catalunya tingui necessitat de pagar-se una mútua privada. Alhora entenem que els copagaments posen en perill l'equitat del sistema, perjudiquen a les classes menys afavorides, augmenten la dualitat del sistema sanitari per classe social i poden crear problemes d'iniquitats, barreres d'accés a l'atenció sanitària... En els sistemes universals que cobreixen tota la ciutadania, per definició hi ha persones que tenen més recursos i que tenen els mateixos drets que els altres. La seva aportació la fan a través dels impostos. Eliminar aquesta universalització com a dret de ciutadania i convertir els serveis universals en assistencials disminueix la popularitat d'aquests, perquè les classes mitjanes i de rendes superiors es resisteixen a pagar per serveis dels que no es beneficien (paguen amb impostos i després "copaguen" mentre d'altres no). En aquest punt cal recordar als que parlen de la "responsabilització ciutadana en la sostenibilitat del sistema", que els usuaris ja són responsables d'aquesta sostenibilitat en la mesura en què el sistema es finança per la via dels impostos.

Dit això no hem d'obviar que actualment ja n'hi ha de copagaments. Cal evitar que actuïn com una barrera en l'accés a prestacions sanitàries de qualitat i en aquest sentit considerem seria necessari establir un límit als copagaments existents: la suma de tots ells mai hauria de superar un determinat percentatge de la renda de cada ciutadà i si el que realment es busca es "racionalitzar la demanda" només n'hi hauria d'haver en allò que es demanat per l'usuari i no quant la demanda està feta per un professional.

Si l'objectiu es, tal com se'ns diu reiteradament, "dissuadir i evitar abusos" i no pas "recaptar" cal:

- Evitar que actuïn com una barrera en l'accés a prestacions sanitàries de qualitat.
- Han de tenir un import reduït per a tota la població (pensionistes o actius).
- S'ha d'acumular la xifra que es paga **per la totalitat** dels copagaments (amb un límit màxim d'aportació) i cal deixar-ne fora a pacients crònics i persones sense capacitat econòmica.
- Si el que realment es busca es "racionalitzar la demanda" només n'hi hauria d'haver en allò que es demanat per l'usuari i no quant la demanda està feta per un professional.

Per a això hauria d'existir un import màxim i moderat de tot el que pot arribar-se a pagar i de forma ideal hauria de ser en funció de la renda i exclouent a persones amb pocs recursos i pacients crònics.

### **3. Elements per a la millora de l'eficiència del sistema sanitari català.**

Insistir en que hi ha espais importants per a la millora de l'eficiència i la qualitat. Per tant, seria poc coherent plantejar la millora del finançament del sistema sanitari públic des de la perspectiva exclusiva d'incrementar els recursos.

- Cal desmedicalitzar la salut avançant en camps com la prevenció i l'educació sanitària, integrant l'atenció sanitària dins de la salut pública i fent un èmfasi especial en la prevenció primària de la malaltia i la promoció de la salut i utilitzant solament aquella tecnologia més cost/eficient segons les necessitats de salut de la població, reduint la variabilitat clínica amb l'utilització de protocols comuns a tota la xarxa sanitària.
- S'ha de potenciar l'AP. incrementant la seva capacitat resolutiva, sense restringir l'accés a proves diagnòstiques i adequant les plantilles als canvis demogràfics, per tal de disminuir la càrrega assistencial, reduir les esperes, i millorar tant la qualitat de l'atenció com l'accessibilitat dels ciutadans, evitant la duplicitat de proves diagnòstiques i visites, millorant la integració amb l'atenció hospitalària i potenciant la historia clínica compartida i la connexió en xarxa entre els diferents centres i serveis del sistema sanitari i sociosanitari.
- Promoure la utilització dels fàrmacs més cost/eficients, i desenvolupar, amb fons públics, recerca de qualitat e independent de la que ofereix la indústria farmacèutica.
- Revisar sota criteris cost/eficiència (i no purament economicistes) tant l'actual cartera de prestacions com la incorporació de nova tecnologia.
- Es imprescindible potenciar un augment en la oferta de places de mitja i llarga estada per tal de descongestionar els hospitals d'aguts i reduir el cost de les estades hospitalàries.
- En aquelles prestacions excloses del sistema sanitari públic (copagament del 100%) es podrien establir mecanismes per poder realitzar l'activitat dins el propi sistema públic, establint també un preu públic que permetés a ciutadans amb pocs recursos accedir a aquestes prestacions a preus assequibles.

1. Apostem per un model de Sistema Nacional de Salut equitatiu, d'accés universal i com a dret de ciutadania (amb independència del temps que es porti empadronat). No te sentit el "retorn" a un sistema de Seguretat Social quant el finançament ja no te rés a veure amb "quotes" sinó amb impostos generals.
2. Proposem un finançament sanitari a través d'impostos directes, proporcionals i progressius, i mitjançant un sistema "capitatiu" que valori la població i les necessitats reals de salut als territoris.
3. En tot cas es podria plantejar l'Increment de determinats impostos indirectes (tabac, alcohol, begudes amb excés de sucre, "menjar escombraries" per exemple) des d'una basant salubriste, amb l'objectiu de reduir-ne el consum i amb la condició de que siguin finalistes.
4. Som contraris a l'aplicació indiscriminada de copagaments i a la desgravació de les assegurances privades. El que s'ha de garantir és la qualitat de les prestacions sanitàries públiques de tal manera que cap ciutadà de Catalunya tingui necessitat de pagar-se una mútua privada.
5. Malgrat tot no hem d'oblidar que actualment ja n'hi ha de copagaments. Cal:
  - Evitar que actuïn com a barrera d'accés.
  - Han de tenir un import reduït per a tota la població (pensionistes o actius) i, per tant, sense finalitat recaptatòria.
  - S'ha d'acumular la xifra que es paga **per la totalitat** dels copagaments (amb un límit màxim d'aportació) i cal deixar-ne fora a pacients crònics i persones sense capacitat econòmica.
  - Si el que realment es busca es "racionalitzar la demanda" només n'hi hauria d'haver en allò que es demanat per l'usuari i no quant la demanda està feta per un professional.
6. Per millorar el finançament sanitari s'hauria tant d'incrementar els recursos públics destinats a la salut com millorar l'eficiència en la gestió.
7. El finançament sanitari hauria de tenir caràcter finalista, establint mecanismes de control de la seva utilització i condicionant els nous fons a la comprovació de l'ús correcte dels ja rebuts.
8. En el cas dels accidents laborals i malalties professionals plantejem la integració d'aquesta assistència sanitària en el servei públic, alhora que considerem no té cap sentit separar l'assistència sanitària entre contingència laboral o comuna (en tractar-se de patologies diferenciades solament pel fet de produir-se dins o fora del lloc de treball).

9. En qualsevol cas s'haurien de buscar fórmules efectives per tal que les mútues i asseguradores laborals, d'accidents de trànsit, esportives i escolars es fessin càrrec d'aquella part dels costos que sent de la seva responsabilitat actualment es traslladen al sistema públic.
10. Cal desmedicalitzar la salut avançant en camps com la prevenció i l'educació sanitària, integrant l'atenció sanitària dins de la salut pública i fent un èmfasi especial en la prevenció primària de la malaltia i la promoció de la salut.
11. S'ha de potenciar l'AP. incrementant la seva capacitat resolutiva, sense restringir l'accés a proves diagnòstiques i adequant les plantilles als canvis demogràfics i millorant la integració entre els diferents centres i serveis del sistema sanitari i sociosanitari.
12. En aquelles prestacions excloses del sistema sanitari públic (copagament del 100%) es podrien buscar mecanismes per establir preus públics que permetessin a ciutadans amb pocs recursos accedir a aquestes prestacions a preus assequibles.

## 2. PROFESSIONALS

*(En aquest bloc i per motius operatius no respondrem directament a les preguntes realitzades per la ponència sinó que les anirem agrupant en diversos apartats).*

### PARTICIPACIÓ PROFESSIONAL

Existeix una demanda creixent per tal d'avançar cap a un model on es conjuguin els principis d'autonomia, de rendició de comptes i de política d'incentius vinculada a la avaluació de competències i de resultats en la pràctica clínica.

Alguns elements bàsics per tal d'assolir aquest objectiu són donar més protagonisme als professionals promovent el treball ben fet, la dedicació al sector públic i la continuïtat assistencial, l'ús adequat i prudent dels recursos disponibles assignant amb eficiència social els recursos disponibles i prestant serveis en funció de l'interès general, dotar als professionals dels instruments i condicions de treball necessaris a fi que es corresponsabilitzin amb els valors i els objectius del sistema de salut, augmentar la participació dels professionals en la gestió i en la direcció dels serveis de salut i en l'assignació de recursos.

Caldria avançar cap a un model on els professionals tinguin major potestat de gestionar el seu treball autònomament i on s'incentivi el desenvolupament professional i la participació en la direcció dels centres. Avançar en aquesta línia comporta una aposta per la corresponsabilització entesa com l'assumpció de responsabilitats i riscos.

Els professionals precisen d'autonomia de gestió per desenvolupar la seva professió de forma eficient i satisfactòria. La capacitat de compra de serveis per part de l'atenció primària és un mecanisme que facilita el paper d'agent de salut d'aquest nivell assistencial. L'atenció primària ha de promoure una nova relació professional que transfereixi risc als metges de família. En aquest sentit caldria fomentar l'autonomia de gestió dels centres sota un esquema que permeti definir la seva pròpia estructura i organització, repercutint en ells de forma real els resultats (positius o negatius) d'aquesta gestió.

## COMPETÈNCIES PROFESSIONALS

El model actualment vigent està centrat més en la malaltia que en la prevenció, en l'atenció hospitalària que en la primària i amb uns rols dels diferents professionals que segueixen unes pautes que caldria adaptar a les noves necessitats, actualitzant les competències de cadascun i donant cabuda a altres professionals sanitaris en un model organitzatiu enfocat al pacient i a la ciutadania en general. Per tot això és essencial redefinir les responsabilitats i les competències de cadascuna de les professions sanitàries, evitant enfrontaments corporatius i facilitant la transferència entre elles seguint criteris de qualitat i eficàcia.

Una millor distribució de feines entre els diferents professionals, sobretot entre metges i infermeres, permetria aconseguir una major eficiència en l'atenció als pacients dins del marc de treball en equip. Que la ràtio metge / infermera sigui elevada indica que en el nostre mitjà els professionals mèdics assumeixen responsabilitats i càrregues de treball que en altres països desenvolupen altres professionals.

Un requisit per a aquest canvi de paradigma seria elaborar protocols on es defineixin les funcions i responsabilitats dels integrants dels equips. Això permetria augmentar el temps de dedicació dels metges a l'activitat assistencial al descarregar-los de funcions que poden realitzar altres professionals, com les tasques administratives que poden realitzar-se per personal de suport.

També infermeria ha de respondre a nous reptes. Els canvis demogràfics, tecnològics i socials exigeixen una redefinició de competències i funcions tant en l'àmbit dels serveis especialitzats i atenció primària com a nivell acadèmic, afavorint camps de coneixement infermer per a la coordinació sociosanitària, la prevenció i promoció de la salut, la gestió integrada de recursos sanitaris i socials en els diferents nivells, la recerca i avaluació de la pràctica infermera i les noves competències per a l'educació i ús racional del medicament.

Des d'una visió de cooperació interprofessional i multidisciplinària en els serveis de salut, infermeria ha de participar activament en els processos de gestió del coneixement i en l'avaluació de la pràctica assistencial des de les seves pròpies competències, en un model d'exercici professional que dilueixi jerarquies verticals i promogui xarxes professionals de treball cooperatiu que contribueixin a millorar no solament la qualitat científica de la professió sinó també de l'atenció prestada.



La dotació d'infermeria a l'atenció primària està en funció del metge i no de les necessitats reals de cures. La nova formació de grau i especialitzada dota a infermeria d'un alt nivell de competència professional que garanteix alts estàndards de qualitat assistencial i seguretat clínica.

## SISTEMES D'INCENTIVACIÓ PROFESSIONAL

Cap sistema sanitari funcionarà bé si els qui assignen els recursos amb les seves decisions clíniques no tenen els seus interessos alineats amb els del propi sistema i la societat en general, ni si predomina l'interès per l'activitat per damunt de la qualitat i els resultats. Aquesta necessitat ha portat a la introducció dels nomenats incentius que, en la pràctica, s'han vist concretats únicament en termes econòmics mentre que altres formes d'incentivació pràcticament ni s'han explorat malgrat que l'incentiu econòmic s'ha demostrat, aïlladament, poc poderós en treballadors altament qualificats i que superen determinat nivell de renda. Per aquest motiu entenem que la incentivació no ha de ser només econòmica sinó que cal obrir el camp a altres fórmules per incentivar a treballadors altament qualificats.

Els dos principals sistemes d'incentivació utilitzats han estat el complement de productivitat variable vinculat a l'assoliment d'objectius (també conegut com DPO) i la Carrera Professional:

DPO:

- El pes del complement de productivitat variable en el conjunt de les retribucions no pot ser testimonial (hauria d'augmentar en relació amb la "retribució fixa") ja que diversos estudis apunten que petites recompenses no incentiven prou i més si es presenten de forma aïllada, són exclusivament econòmiques (l'autonomia organitzativa o un millor ús del temps professional amb flexibilitat horària, per exemple, són incentius tan poderosos com els monetaris), no participats ni ben comunicats.
- Cal fer-ne un ús adequat establint un sistema d'avaluació que tendeixi a valorar bàsicament objectius relacionats amb la qualitat assistencial (sense confondre qualitat amb recomanacions de guies o societats), que avalui resultats en salut de la població amb criteris amplis, ben ponderats, i establint objectius comuns i sistemes d'avaluació externs i estables.

Carrera Professional:

- La carrera professional és una vella aspiració de les professions sanitàries. La LOPS estableix el dret dels professionals a ser incentivats com a reconeixement a la dedicació i qualificació aconseguida en l'exercici de les seves funcions i subratlla que consisteix en el reconeixement públic, exprés i de forma individualitzada del desenvolupament aconseguït per un professional sanitari quant a coneixements, experiència en les tasques assistencials,

docents i de recerca i compliment dels objectius assistencials i investigadors de l'organització en la qual presten els seus serveis.

- Els seus objectius bàsics haurien de ser millorar la competència professional i promoure l'excel·lència en l'acompliment del lloc de treball premiant als millors i ajudant a incrementar el grau de satisfacció dels professionals.
- Per aconseguir els seus objectius ha de complir uns criteris. Ha de ser voluntària, progressiva, objectiva, transparent, factible, avaluadora del grau d'excel·lència assolit, incentivadora, amb participació dels professionals i homogènia per a tot el sistema.
- No s'ha de confondre ni amb la promoció jeràrquica ni amb un mer complement d'antiguitat (“triennis il·lustrats”) ni amb el DPCi (en parlem en l'apartat següent).

## DOCÈNCIA (PREGRAU, POSTGRAU I FORMACIÓ CONTINUADA)

Els i les professionals sanitaris han de tenir al seu abast una formació adequada, com un continu, des del pregrau i postgrau fins a la formació continuada. Per això cal revisar l'ús de la xarxa assistencial en la formació dels professionals sanitaris, aprofitant-ne tots els elements útils, identificant pressupostàriament de forma individualitzada els recursos destinats específicament per a la docència, incorporant l'atenció primària com a eix central i valorant tots els centres del país que puguin aportar millores a la docència i que alhora serveixin per incentivar als professionals.

### PREGRAU

Existeix una desconexió evident entre el sistema sanitari i la formació de pregrau (entre el sistema i els futurs professionals). Per intentar solucionar el problema i aconseguir una major proximitat en la docència seria bàsic que tots els recursos del sistema de salut col·laboressin no mitjançant el mecanisme tradicional de contracte individual amb alguns dels seus professionals sinó amb el compromís d'unitats assistencials prèviament acreditades que haurien d'incorporar entre els seus objectius el de la docència de pregrau i que permetria articular la necessària coordinació entre el sistema sanitari i el d'ensenyament superior.

La medicina familiar i comunitària no només és una especialitat sinó també una disciplina acadèmica. La seva pràctica absència de la universitat genera biaixos formatius. Si la medicina familiar i comunitària i l'atenció primària han de ser el centre del sistema sanitari també han de ser-ho en l'educatiu, incorporant-se com a assignatura pròpia, com a matèria longitudinal al llarg dels anys i transversal amb altres disciplines, i com a àmbit de pràctiques en totes les facultats de medicina. Per a això precisa tenir presència com a assignatura, matèria i àrea de pràctiques, i comptar amb professorat acreditat (catedràtics, titulars i professors associats), inclosos en

centres de salut universitaris, coordinats amb les unitats docents de medicina familiar i comunitària, i amb una estructura en el si de la universitat que la sustenti.

Malauradament la formació de Pregrau freqüentment està orientada a l'adquisició de coneixements teòrics per a la superació dels exàmens MIR, obviant freqüentment el desenvolupament necessari d'habilitats i actituds.

## POSTGRAU (MIR)

El sistema actual de formació d'especialistes és poc versàtil, afavoreix la recirculació i dificulta l'adaptació dels professionals a les noves necessitats de la població.

La nova regulació de la troncalitat en la formació d'especialistes es un avanç substancial cap a la flexibilització de l'oferta de professionals, l'establiment de vies de comunicació entre especialitats fent més permeable la relació entre aquestes, evitant el creixement de compartiments estancs i permetent un abordatge més integral dels problemes de salut de la població.

El sistema de formació MIR té entre les seves principals debilitats l'aprofitament que en moltes ocasions realitza el sistema d'aquest personal en formació (que no hauria de ser solament personal assistencial) com a "mà d'obra barata", el que facilita part de la insatisfacció d'aquest col·lectiu.

Quant a infermeria la creació de les especialitats s'hauria d'acompanyar de majors competències, definint el paper en la practica professional de les infermeres especialistes, la relació entre la titulació i els llocs de treball i avançar en la implantació definitiva de la formació especialitzada.

## FORMACIÓ CONTINUADA (DPCi)

La necessitat de formació continuada en les professions sanitàries és evident per diverses raons. La primera seria la necessitat d'adquirir nous coneixements en una societat ràpidament canviant i en la qual es produeixen els avanços científics a gran velocitat. Altres raons serien que freqüentment la formació adquirida en el grau o el postgrau no és conforme al que demanda la societat, que els coneixements i algunes habilitats s'obliden i que a més existeix una obligatorietat legal establerta en la LOPS. La formació mèdica continuada ha de constituir amb la de pregrau i l'especialitzada un "continuum" durant tot l'exercici professional.

Es important que la formació de Grau i l'especialitzada es complementin amb una formació continuada que garanteixi tant una actualització de coneixements com una capacitació en habilitats i actituds que s'adaptin a les noves necessitats de la pràctica assistencial. Aquesta formació continuada ha de tenir un pes real en l'avaluació dels professionals.

Com un pas més enllà de la formació mèdica continuada sorgeix el concepte de Desenvolupament Professional Continu Individualitzat (DPCi), que podria definir-se com el procés mitjançant el qual un professional manté i millora no solament els seus coneixements sinó també les seves actituds i habilitats i, en definitiva, el seu grau de competència. Ha de ser voluntari, portar associat la necessitat d'una avaluació i el seu objectiu principal és mantenir la competència però també està orientat a mantenir i incrementar la qualitat del sistema i d'aquesta forma comprometre als i les professionals amb l'organització sanitària.

Resulta imprescindible que el sistema proporcioni als i les professionals una activitat formativa continuada considerant que la formació permanent ha de ser una obligació a assumir tant pel propi sistema com pels professionals, per la qual cosa bona part d'aquesta activitat haurà de tenir un espai específic en el tram horari de la jornada laboral dels professionals.

### MARCS LABORALS

El model retributiu del personal sanitari s'hauria de basar en una forma de pagament que valorés no solament el “que sóc” sinó, també i fonamentalment la quantitat i qualitat del treball realitzat pels professionals i d'acord amb la seva responsabilitat, dedicació i compliment d'objectius (el “que faig”, “com ho faig” i amb “quins resultats”).

Cal homogeneïtzar (que no vol dir ni igualar ni el “cafè per a tothom”) dins la totalitat del sistema les condicions de treball i el model retributiu de les diferents professions sanitàries, però introduint criteris que contemplin (tal com hem vist abans) sistema d'incentius atractius per als i les professionals, amb estratègies de desenvolupament professional i de reconeixement dels mèrits a nivell assistencial, evitant incentius perversos i fent prevaldre criteris basats en l'avaluació dels professionals segons qualitat i resultats.

Flexibilitzar els dispositius assistencials tenint en compte la incorporació de generacions joves que reclamen horaris que permetin conciliar la vida professional i personal a tots/es els/les professionals del sistema, en el marc de les garanties de no fer perillar l'equitat assistencial a la ciutadania (en aquest sentit també cal reflexionar sobre l'elevada taxa de feminització en el “sector salut” i al fet del poc pes que les dones tenen en els càrrecs de responsabilitat).

Per altra banda considerem que cal evitar el “pagament per acte” especialment quan qui rep aquesta retribució és un professional assalariat docs, en general, es podria incentivar la pèrdua de productivitat en horari regular i tendir a incrementar el risc de pacients sotmesos a intervencions innecessàries.

### FÒRMULES PEL SEGUIMENT DE NECESSITATS DE RRHH.

Planificar en matèria de professionals sanitaris no és tan sols qüestió de nombres. Depèn, entre d'altres, del context organitzatiu, tecnològic, de les funcions assignades

als diferents professionals o de la dedicació. La pregunta de quants professionals sanitaris es necessiten de les diferents categories no es pot plantejar sense tenir en compte prèviament quin és el model sanitari que es vol, quins han de ser els nivells competencials dels col·lectius afectats (especialment metges i infermeres) i quina distribució de rols cal implementar. Per això cal basar-se en un model organitzatiu ben definit.

En el nostre cas es realitza en un marc d'incertesa doncs, en el moment d'elaborar aquest document, encara no hi ha un registre fiable de professionals sanitaris que permeti disposar d'un coneixement continuat de l'evolució de les professions sanitàries per detectar precoçment mancances o excessos. Per altra banda excepte medicina i infermeria no sembla que les altres professions sanitàries siguin objecte de planificació.

Els dos instruments principals en la planificació de metges consisteixen en els “numerus clausus” en les facultats i el nombre de places MIR en l'especialització.

- El “numerus clausus” és la resultant d'interessos contraposats (autoritats sanitàries, associacions professionals i estudiantils, autoritats acadèmiques, etc). Idealment, caldria fixar el “númerus clausus” segons la previsió de necessitats, però atès que no existeix un registre fiable de professionals, no es poden avaluar bé les necessitats. Considerem que l'establiment de “númerus clausus” no s'hauria de condicionar a les places MIR (per exemple no fan falta 6.000 persones entrant en medicina perquè estem convocant 6.000 places MIR per a metges) i que no només cal formar llicenciats en medicina perquè siguin assistencials, sinó que també en calen per fer recerca, salut pública, etc.
- El nombre de places MIR convocades podria respondre a dos plantejaments diferents:
  - Cobrir les necessitats futures d'especialistes del país.
  - Oferir un servei, el de formació especialitzada de qualitat, pel qual el país està capacitat. En aquest cas el nombre de places MIR convocades no hauria de reflectir les necessitats del país sinó les seves capacitats docents, i no seria necessari ni convenient, ampliar el “numerus clausus” de medicina per igualar-los al nombre de places MIR convocades anualment.

Per això caldria reflexionar i definir el model formador que volem, especialment en referència als especialistes estrangers. Una opció es un model de qualitat perquè posteriorment retornin als seus països o vagin a d'altres, i l'altre seria formar només aquells especialistes que considerem necessitarà el país. En aquest cas implícitament s'estaria assumint que els MIR estrangers es consolidaran com a metges al nostre país quan acabin la residència.

## INTERACCIONS ADMINISTRACIÓ/ORGANITZACIONS PROFESSIONALS

La interacció entre Administració i la resta d'organitzacions professionals ja està articulada des de 2006 amb la creació, respectivament, dels Consells de la Professió Mèdica i Infermera com a òrgans permanents de consulta i participació d'aquests col·lectius professionals, que cal reactivar.

13. Cal avançar cap a un model on els professionals tinguin major potestat per gestionar el seu treball autònomament, on s'incentivi el desenvolupament professional, la participació en la gestió i direcció dels serveis, la dedicació al sector públic, la continuïtat assistencial i l'ús adequat i prudent dels recursos disponibles en funció de l'interès general.
14. La capacitat de compra de serveis per part de l'atenció primària és un mecanisme que pot facilitar el paper d'agent de salut d'aquest nivell assistencial.
15. És essencial redefinir les responsabilitats i competències de cadascun dels professionals dels centres sanitaris, seguint criteris de qualitat i eficàcia i evitant enfrontaments corporatius.
16. Des d'una visió de cooperació interprofessional i multidisciplinària en els serveis de salut, infermeria ha de respondre a nous reptes participant activament en els processos de gestió del coneixement i en l'avaluació de la pràctica assistencial des de les seves pròpies competències, en un model que dilueixi jerarquies verticals i promogui xarxes professionals de treball cooperatiu.
17. Els nomenats "incentius", en la pràctica, s'han vist concretats únicament en termes econòmics mentre que altres formes ni s'han explorat. Entenem que la incentivació no ha de ser només econòmica, cal obrir el camp a altres fórmules que s'han mostrar vàlides en professionals qualificats.
18. El pes del complement de productivitat variable en el conjunt de les retribucions no pot ser "testimonial" ja que diversos estudis demostren que petites recompenses no incentiven prou i més si es presenten de forma aïllada, són exclusivament econòmiques, no participades ni ben comunicades.
19. Cal fer-ne un ús adequat valorant bàsicament objectius relacionats amb la qualitat assistencial, avaluant resultats en salut sobre la població, amb criteris amplis i ben ponderats, i amb sistemes d'avaluació estables.

20. La Carrera Professional per aconseguir els seus objectius ha de ser voluntària, progressiva, objectiva, transparent, factible, avaluadora del grau d'excel·lència assolit, incentivadora, amb participació dels professionals i homogènia per a tot el sistema. No s'ha de confondre ni amb la promoció jeràrquica ni amb un mer complement d'antiguitat (“triennis il·lustrats”).
21. Existeix una desconexió evident entre el sistema sanitari i la formació de pregrau (entre el sistema i els futurs professionals). Per intentar solucionar el problema seria bàsic que tots els recursos del sistema de salut col·laboressin no mitjançant el mecanisme tradicional de contracte individual amb alguns dels seus professionals sinó amb el compromís d'unitats assistencials prèviament acreditades que haurien d'incorporar entre els seus objectius el de la docència de pregrau.
22. La medicina familiar i comunitària no només és una especialitat sinó també una disciplina acadèmica. La seva pràctica absència de la universitat genera biaixos formatius. Si la medicina familiar i comunitària i l'atenció primària han de ser el centre del sistema sanitari també han de ser-ho en l'educatiu, incorporant-se com a assignatura pròpia, com a matèria longitudinal al llarg dels anys, transversal amb altres disciplines, i com a àmbit de pràctiques en totes les facultats de medicina.
23. El sistema actual de formació d'especialistes és poc versàtil, afavoreix la recirculació i dificulta l'adaptació dels professionals a les noves necessitats. La nova regulació de la troncalitat en la formació d'especialistes pot ser un avanç substancial cap a la flexibilització de l'oferta de professionals.
24. El sistema de formació MIR té, entre les seves principals debilitats, l'aprofitament que en moltes ocasions realitza el sistema d'aquest personal en formació (que no hauria de ser solament personal assistencial) com a “mà d'obra barata”, el que facilita part de la insatisfacció d'aquest col·lectiu.
25. Quant a infermeria la creació de les especialitats s'hauria d'acompanyar de majors competències, definint el paper en la pràctica professional de les infermeres especialistes i la relació entre titulació i lloc de treball.
26. La formació continuada ha de constituir amb la de pregrau i l'especialitzada un “continuum” durant tot l'exercici professional. Resulta imprescindible que el sistema proporcioni als i les professionals una activitat formativa continuada considerant que la formació permanent ha de ser una obligació a assumir tant pel propi sistema com pels professionals, per la qual cosa bona part d'aquesta activitat haurà de tenir un espai específic en el tram horari de la jornada laboral dels i les professionals.

27. El model retributiu del personal sanitari s'hauria de basar en una forma de pagament que valorés no solament el “que sóc” sinó, també i fonamentalment, la quantitat i qualitat del treball realitzat d'acord amb la responsabilitat, dedicació i compliment d'objectius (el “que faig”, “com ho faig” i amb “quins resultats”).
28. Cal homogeneïtzar dins la totalitat del sistema les condicions de treball i el model retributiu dels diferents professionals, però introduint criteris que contemplin sistema d'incentius atractius, amb estratègies de desenvolupament professional i reconeixement de mèrits a nivell assistencial, evitant incentius perversos i fent prevaldre criteris basats en l'avaluació dels professionals segons qualitat i resultats.
29. Considerem que cal evitar el “pagament per acte” docs es podria incentiva la pèrdua de productivitat en horari regular i incrementar el risc de pacients sotmesos a intervencions innecessàries.
30. En el moment d'elaborar aquest document, encara no hi ha un registre fiable de professionals sanitaris que permeti disposar d'un coneixement continuat de l'evolució de les professions sanitàries per detectar precoçment mancances o excessos.
31. El “numerus clausus” és la resultant d'interessos contraposats (autoritats sanitàries, acadèmiques, associacions professionals, estudiantils, etc). Idealment caldria fixar-lo segons la previsió de necessitats, però no existeix un registre fiable de professionals que permeti avaluar bé les necessitats. Considerem que el seu establiment no s'hauria de condicionar a les places MIR donat que no només cal formar llicenciats en medicina perquè siguin assistencials sinó que també en calen per fer recerca, salut pública, etc.
32. La interacció entre Administració i la resta d'organitzacions professionals ja està articulada amb la creació dels Consells de la Profesió Mèdica i Infermera com a òrgans permanents de consulta i participació d'aquests col·lectius professionals, que cal reactivar.

### **3. PRESTACIONS I CARTERA DE SERVEIS**

#### **1. Els criteris per a definir la cartera de prestacions.**

Els criteris per a definir la cartera de prestacions han de basar-se en:

- La seguretat, eficàcia, eficiència, efectivitat i utilitat terapèutica de les tècniques, tecnologies, i procediments, així com els avantatges i altres alternatives assistencials, tenint cura dels grups menys afavorits i d'aquells de risc i amb més necessitats socials.



- El seu paper en la prevenció, diagnòstic i tractament de malalties, la conservació i millora de la salut, l'afavoriment de l'autonomia personal i el control del dolor i patiment.
- Criteris d'evidència i impacte econòmic en termes cost/efectivitat de la prestació.

En qualsevol cas importa no tant sols la introducció/manteniment d'un determinat fàrmac, tecnologia o procediment en la cartera de prestacions sinó la seva utilització en la indicació i condicions adequades, en el grup de població que més pugui beneficiar-se i d'acord amb la millor evidència científica. Per això considerem bàsic a l'hora de definir les prestacions detallar també de forma clara tant les indicacions com els grups de risc als quals es dirigirà ja que una mesura eficaç en una indicació i grup de pacients pot no ser-ho en d'altres (en altres paraules, no importa tant un llistat més o menys extens de prestacions finançades públicament com aclarir també "les condicions d'ús").

## **2. Quins altres criteris convé incloure en la taxonomia del catàleg? Els processos d'atenció ho poden ser? Les intervencions de naturalesa comunitària?**

Dins del catàleg de prestacions/cartera de serveis s'ha d'incloure no solament les farmacèutiques i la tecnologia sanitària sinó també aquells processos relacionats amb la medicina preventiva, la comunitària, l'atenció sanitària i la salut pública (sempre amb una avaluació prèvia del cost/eficiència d'aquestes mesures per incloure-les al catàleg).

## **3. En qualsevol cas convé arbitrar la participació directa dels professionals en l'elaboració del catàleg de prestacions públiques. Com es pot fer?**

La participació directa dels professionals en el catàleg de prestacions s'hauria de fer de forma multidisciplinària, a partir de l'AQuAS (Agència de Qualitat i Avaluació Sanitària) i amb professionals de reconegut prestigi escollits mitjançant un procés transparent i democràtic que garanteixi els mèrits dels seleccionats.

És important fomentar la participació activa dels professionals, especialment clínics, per evitar que visquin les variacions introduïdes en la cartera de prestacions com una limitació a la seva autonomia i un fre a la seva capacitat de decisió.

## **4. Igualment, convé arbitrar la participació directa dels ciutadans en l'elaboració del catàleg de prestacions públiques. Com es pot fer?**

Una de les conseqüències de la no participació ciutadana en la Cartera de Serveis consisteix en que el propi sistema sanitari és el que crea les necessitats d'atenció en la població fomentant, entre d'altres, la hiperfrecuentació dels usuaris (pr.ex. revisions de nens sans) o la medicalització d'episodis naturals (menopausa, dol, etc.). Aquest

desconeixement de la Cartera de Serveis suposa que els ciutadans no coneixen els seus drets però tampoc els seus deures sobre la utilització responsable dels recursos, no són conscients del problema que constitueix l'elevada despesa farmacèutica ni coneixen la falta d'eficàcia de moltes proves diagnòstiques perquè els missatges que reben mitjançant una publicitat enganyosa aconsellen prendre medicaments per a qualsevol malestar o fer-se múltiples revisions per “conservar” i “millorar” la salut.

Per això cal fomentar la participació dels ciutadans, per exemple, en consells assessors on es tinguin en compte les seves aportacions dins d'una nova concepció de la participació ciutadana en salut que desenvolupem en el bloc 6 (“Compromís Ciutadà”).

També aquí és important fomentar la participació activa dels ciutadans perquè no visquin el procés com un mecanisme merament economicista i de retallada que limita la seva capacitat d'accedir a la millor tecnologia, sinó un mecanisme de millora periòdica que permet maximitzar l'eficiència social del conjunt del sistema.

**5. Cal disposar d'un procediment operatiu d'actualització del catàleg de prestacions basat en la pertinença; l'eficiència (l'efectivitat és imprescindible per parlar d'eficiència) i la seguretat? Com s'actua davant les innovacions? Cal que hi hagi un dictamen explícit d'una agència com ara l'AQuAS? Convindria que fos vinculant? Com es pot garantir que ho sigui efectivament?**

La AQuAS s'ha de convertir en un instrument bàsic per cohesionar el sistema, integrar la informació i garantir tant l'accés a indicadors d'estructura, processos, i resultats que permetin fer un control i seguiment de les actuacions del sistema sanitari de cobertura pública amb transparència i retiment de comptes, com avaluar de forma independent i sistemàtica el cost/utilitat tant de qualsevol nova possible incorporació a la cartera de serveis com de les ja existents.

Per assolir aquests objectius cal vetllar per la independència d'aquest organisme (que hauria de tenir plena autonomia i caràcter tècnic), evitar qualsevol conflicte d'interessos i que els informes siguin vinculants.

En parlar de la "independència" d'aquesta Agència ens referim no tant sols envers la indústria, sinó també de la resta d'agents implicats el que inclou despolitització i capacitat dels actors polítics de no intervenir en decisions tècniques, posant-se prèviament d'acord sobre quins seran els criteris que permetran prendre de forma transparent, eficient i equitativa decisions de finançament públic basades en l'evidència científica i no en altres interessos.

En qualsevol cas s'ha d'articular un sistema prou àgil per tal que cap nou procediment es generalitzi sense una avaluació prèvia, deslligant autorització de finançament públic i evitant, fins que no existeixi evidència suficient del seu cost/eficiència, finançar tot el que es registra i comercialitza. Dit això cal deixar clar que considerem tan perniciosos

per al sistema la introducció indiscriminada de qualsevol tipus de prestació sense avaluació prèvia com un retard injustificat en aquelles que aporten valor afegit.

**6. Quins són els requisits ètics indispensables perquè el catàleg sigui acceptable? Cal garantir explícitament la seguretat de les prestacions sobretot pel que fa a les innovacions? Cal alguna limitació prudent de l'ús de les innovacions?**

Els requisits ètics indispensables bàsics són: la seguretat contrastada de les prestacions, l'avaluació prèvia i la relació cost/eficiència. En qualsevol cas considerem prioritari introduir criteris de finançament selectiu de medicaments, tecnologies i prestacions, amb decisions que s'han de basar en l'efectivitat clínica i la relació cost/eficiència, posant-se d'acord en regles de decisió transparents i basades en el coneixement científic i deixant la feina a una agència avaluadora independent.

**7. Cal tenir en compte l'accessibilitat i l'equitat a l'hora d'elaborar i d'actualitzar -incloure i excloure prestacions- del catàleg?. Una accessibilitat indiscriminada resulta inequívoca.**

Evidentment s'ha de valorar l'accessibilitat i l'equitat a l'hora d'elaborar i actualitzar el catàleg de prestacions. Cal assegurar la millor cartera comuna de serveis en condicions d'igualtat (que no vol dir uniformitat absoluta) per a tota la ciutadania i sense copagaments que generin barreres d'accés. Aquesta cartera s'ha d'actualitzar i millorar de forma continuada, incorporant les innovacions seguint criteris d'evidència científica, equitat i de cost-efectivitat.

Per això hem de valorar un doble objectiu: el primer seria establir amb quins criteris introduïm (sense dualitzar el sistema) els fàrmacs i les innovacions tecnològiques i organitzatives d'alt valor i, el segon, com deixar de finançar aquelles de valor escàs, inexistent o negatiu.

En aquest punt és important valorar l'existència de condicions i condicionants locals que poden justificar la introducció/manteniment d'una determinada prestació en un àrea sanitària concreta mentre es deixa de finançar en una altra per diversos motius (demogràfics, epidemiologia de certes patologies, recursos de la zona, economies d'escala, disponibilitat d'altres mètodes diagnòstics i/o existència de tractaments alternatius ...). És per això important l'elaboració d'estudis de variabilitat geogràfica per tal d'intentar distingir entre aquella variabilitat atribuïble a diferències en les necessitats de certes poblacions, d'aquella no justificada i, per tant, de baix valor.

En qualsevol cas un punt important a l'hora de parlar d'equitat és valorar no solament el que finançarà o no la cartera de serveis, sinó també que la sanitat sigui efectivament un dret universal de tota la ciutadania i finançat principalment per impostos generals progressius (sense limitar el dret a l'atenció relacionant la condició d'assegurat amb l'afiliació a la Seguretat Social).

## 8. Cal retre comptes sobre l'adequació del catàleg de prestacions periòdicament?

Amb l'objectiu d'incorporar de manera continuada les millors tecnologies i procediments en la cartera de prestacions s'hauria de revisar de forma contínua la seguretat, qualitat, eficàcia, eficiència i efectivitat de les activitats, tecnologies i prestacions incloses en la cartera de serveis per assegurar l'adequació de la mateixa als possibles canvis i modificacions que es produeixen, el que exigeix mecanismes àgils de reavaluació i revisió periòdica i contínua de les decisions davant noves informacions que afectin els paràmetres previs. En qualsevol cas el principal objectiu seria garantir que cada euro que es gasta en "alguna cosa" aporta major valor en salut que el que es perd amb el "servei" que es desplaça o disminueix.

Finalment un comentari/reflexió en relació a la prioritització de les llistes d'espera, seguint les recomanacions del document "El principi de justícia en el sistema sanitari" del Comitè de Bioètica de Catalunya. *"Som equitativament quan l'accés al sistema sanitari és igual a igual necessitat mèdica(...). Existeixen dues grans interpretacions del que és una necessitat mèdica(...). La primera diu que els malalts amb més necessitats sanitàries són els més greus (...). La segona considera que els malalts amb més necessitat mèdica són aquells que poden treure més benefici sanitari esperat (mesurat amb anys de vida més qualitat de vida esperats) de l'atenció rebuda (...)"*. En una llista d'espera en la qual l'únic criteri d'inclusió que comptés fos la necessitat mèdica, en el primer cas es prioritzarien els malalts més greus, mentre que en el segon cas es prioritzarien els malalts que tenen una probabilitat esperada de millora més gran.

33. Amb l'objectiu d'incorporar de manera continuada les millors tecnologies i procediments en la cartera de prestacions s'hauria de revisar de forma contínua la seguretat, qualitat, eficàcia, eficiència i efectivitat de les activitats, tecnologies i prestacions incloses en la cartera de serveis per assegurar l'adequació de la mateixa als possibles canvis i modificacions que es produeixen, el que exigeix mecanismes àgils de reavaluació i revisió periòdica i contínua.

34. Considerem prioritari introduir criteris de finançament selectiu de medicaments, tecnologies i prestacions, amb decisions que s'han de basar en l'efectivitat clínica, la relació cost/eficiència, l'existència o no d'altres alternatives, utilitzant regles de decisió transparents, basades en el coneixement científic i deixant la feina a una agència avaluadora independent.

35. Cal detallar de forma clara tant les indicacions com els grups de risc als quals es dirigirà un determinat fàrmac, tecnologia o procediment introduït en la cartera de prestacions/serveis ja que una mesura eficaç en una indicació i grup de pacients pot no ser-ho en d'altres.

36. Dins del catàleg de prestacions/cartera de serveis s'ha d'incloure no solament les farmacèutiques i la tecnologia sanitària, sinó també aquells processos relacionats amb la medicina preventiva, la comunitària, l'atenció sanitària i la salut pública.
37. L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitària (AQuAS) s'ha de convertir en un instrument bàsic per cohesionar el sistema, integrar la informació i garantir tant l'accés a indicadors d'estructura, processos, i resultats (que permetin fer un control i seguiment de les actuacions del sistema sanitari de cobertura pública amb transparència i retiment de comptes) com avaluar de forma independent i sistemàtica el cost/utilitat tant de qualsevol nova possible incorporació a la cartera de serveis com de les ja existents.
38. Cal vetllar per la independència d'aquest organisme no tant sols envers la indústria, sinó també de la resta d'agents implicats el que inclou despolitització i capacitat dels actors polítics de no intervenir en decisions tècniques, posant-se prèviament d'acord sobre quins seran els criteris que permetran prendre de forma transparent, eficient i equitativa decisions de finançament públic basades en l'evidència científica i no en altres interessos. Ha de tenir plena autonomia, caràcter tècnic i els informes han de ser vinculants.
39. S'ha d'articular un sistema prou àgil per tal que cap nou procediment es generalitzi sense una avaluació prèvia, deslligant autorització de finançament públic i evitant, fins que no existeixi evidència suficient del seu cost/eficiència, finançar tot el que es registra i comercialitza.
40. A l'hora d'elaborar i actualitzar el catàleg de prestacions s'ha de valorar l'accessibilitat i l'equitat, assegurant la millor cartera comuna de serveis en condicions d'igualtat (que no vol dir uniformitat absoluta) per a tota la ciutadania i sense copagaments que generin barreres d'accés.
41. La participació professional en el catàleg de prestacions s'hauria de fer de forma multidisciplinària a partir de l'AQuAS amb una selecció mitjançant un procés transparent i democràtic que garanteixi els mèrits dels seleccionats.
42. És important fomentar la participació activa dels ciutadans (per exemple en consells assessors) perquè no visquin el procés com un mecanisme merament economicista que limita la seva capacitat d'accedir a la millor tecnologia, sinó com un mecanisme de millora periòdica per maximitzar l'eficiència social del conjunt del sistema.

## 4. MODEL DE SERVEIS

### 1) Model d'atenció

#### a) Basat en l'atenció primària de salut com a porta d'accés al sistema i element bàsic sobre el qual s'articula l'atenció a les persones?

L'atenció primària és la porta d'accés i element bàsic per al manteniment i millora de la salut de la població general i on s'hauria de produir el primer contacte dels ciutadans amb el sistema sanitari. En qualsevol cas no hauríem de perdre de vista l'important paper estratègic que té tant com alternativa per aportar racionalitat i continuïtat als processos assistencials, buscar la integració de lo sanitari amb lo social i aportar sostenibilitat al servei públic de salut, com, en un escenari sanitari com l'actual, fer front, entre d'altres, a aspectes com la cronicitat, la pluripatologia, l'envelliment o l'increment del nombre de pacients fràgils i terminals. Aquesta importància contrasta amb el freqüent increment comparatiu de recursos pressupostaris destinats a l'atenció especialitzada i hospitalària en detriment del primer nivell assistencial.

En aquest aspecte cal remarcar:

- Augmentar la capacitat resolutiva de l'Atenció Primària exigeix d'una banda incrementar els recursos destinats a aquest nivell i per un altre un canvi en el paper de l'atenció especialitzada que hauria de passar a jugar un paper de consultoria i suport.
- Seria desitjable avançar en el model públic d'AP sense perdre els avantatges que suposa el treball en equip, la cooperació (versus la competència), i una estratègia d'intervenció centrada en prevenir, tractar i cuidar, amb un equip de salut funcional i multidisciplinari, en el que s'impulsi i fomenti la capacitat d'autoorganització per cobrir de manera adequada les necessitats de salut de la seva població de referència.
- Cal una definició clara dels rols professionals en els equips, flexibilitat organitzativa i funcional i un augment de la capacitat resolutiva mitjançant la desburocratització de les consultes i l'accessibilitat a tot tipus de proves diagnòstiques (quan estiguin indicades i siguin pertinents).
- Finalment, la coordinació i la integració amb la resta de dispositius assistencials i especialment amb l'Atenció especialitzada i la sociosanitària és una assignatura pendent que cal analitzar.

#### b) Mantenir la lliure elecció a l'atenció primària? Estendre la capacitat d'elecció a altres nivells assistencials? Amb limitacions per assegurar un funcionament ordenat del sistema? Requeriments sobre informació de cartera de serveis, transparència en resultats, regles del joc per evitar pràctiques de competència deslleial...

En principi l'elecció del metge de família, encara que sempre és possible millorar-la, està relativament ben resolta. No obstant això implementar un marc general i ampli de lliure elecció d'especialista en la sanitat pública té importants dificultats que passen per una voluntat real en posar els mitjans organitzatius i la informació necessària per fer-la real i operativa. Un aspecte important a resoldre (i freqüentment demandat pels usuaris) és la lliure elecció del personal d'infermeria en els equips d'atenció primària.

Entenem que la condició fonamental per poder triar és tenir informació i que aquesta té dos components bàsics:

- Un sistema d'informació sanitària d'accés públic i transparent que inclogui dades d'activitat, qualitat i resultats dels diferents centres i serveis.
- Lliure accés dels ciutadans a la seva història clínica/carpeta personal.

Finalment cal remarcar que l'interès prioritari del pacient és rebre una bona atenció, a temps, segura, efectiva, de qualitat, i amb un bon tracte personal. La immensa majoria de ciutadans busquen l'atenció en els centres i hospitals més propers al seu domicili, i més si tenim en compte que en situacions d'urgència busquen l'atenció en aquests centres propers. Per això la seva primera elecció informada seria, sens dubte, que aquests estiguin ben equipats i que funcionin correctament. Per això considerem important una planificació sanitària equitativa i tècnicament eficient dels recursos.

### **c) La responsabilitat sobre la salut pública. Com aconseguir uns compromisos de tota la societat i les administracions?**

Parlar de salut pública és parlar de prevenció de la malaltia i de promoció de la salut. La "salut" és la raó de ser del sistema sanitari i per això la salut pública ha de ser no solament una de les grans prioritats en l'acció del Departament sinó també del Govern i de totes les seves polítiques públiques, la qual cosa exigeix portar les seves accions més enllà del sector sanitari fent de la prevenció, la protecció i promoció de la salut part important de la política pública (educació, desigualtats socials, accés al treball, els serveis de les nostres ciutats o barris, l'aire que respirem, l'aigua que bevem, els aliments que mengem, etc.).

Remarcar tres aspectes:

- Informació: Els sistemes d'informació en salut pública i vigilància epidemiològica han d'estar integrats en el sistema general d'informació sanitària per a la seva explotació tant interna (circulació de la informació dins del propi sistema) com externa (accessible als usuaris del sistema).
- Educació: Implicar als usuaris en la responsabilització de la seva pròpia salut requereix incorporar l'educació per a la salut de la ciutadania a diversos nivells (escola, mitjans de comunicació, etc.)

- Participació: Cal la participació i implicació de la ciutadania en la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia. Els ciutadans tenen dret a conèixer i disposar de la informació precisa en matèria de salut pública i a ser informats en el cas que hi hagi riscos específics per a la salut, incorporar la transparència a la salut pública serà la primera forma de participació. En qualsevol cas la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia necessiten obligatòriament de la complicitat dels ciutadans i això solament serà possible quan ells mateixos siguin responsables de programes i activitats.

## 2) Formes de gestió

### a) Com podem garantir una bona gestió i un bon govern de les institucions?

L'expressió “Bon Govern” en el sector sanitari públic implica, en essència, polítiques i presa de decisions que serveixin a l'interès general. Implica “bons resultats” però també exigeix que el procés de presa de decisions respongui a valors i principis ètics i que s'ajusti als requisits de participació democràtica, transparència, rendició de comptes, respecte a les lleis, etc.

Per tal de garantir una bona gestió amb un bon govern de les institucions considerem s'haurien d'articular les següents mesures:

- Garantir la transparència, rendició de comptes i una millor participació democràtica a través de nous Òrgans de Govern.
- Gestors seleccionats amb criteris professionals.
- Transparència en tots els procediments i decisions, fent pública “per defecte” tota informació no personal.
- Participació real de professionals i ciutadania.
- Polítiques i decisions basades en l'evidència de la seva efectivitat, eficiència i interès públic.

En qualsevol cas la direcció política del sistema sanitari ha de continuar estant situada al Departament i al Govern però fora de l'àmbit polític considerem caldria professionalitzar la gestió del sistema sanitari desvinculant la política del que és estrictament tècnic. És en aquest sentit que proposem la creació d'un nou model d'òrgans col·legiats de govern en tots els nivells del sistema sanitari.

Aquests consells de govern :

- Estaran formats, bàsicament, per professionals de prestigi amb perfils diversos (no poden faltar professionals de la salut i de l'economia).
- Tots els membres actuaran amb absoluta independència de criteri.



- El nomenament respondrà exclusivament a criteris professionals, sent seleccionats de forma transparent i en funció de la seva experiència i capacitat.
- Han de tenir vinculació amb el territori.
- No han de tenir capacitat de gestió (aquesta correspon a gestors professionals que han de ser nomenats mitjançant procediments públics i reglats en base a criteris estrictament professionals. Aquests mateixos criteris s'han d'aplicar a tots els càrrecs directius).
- El gerent ha de retre comptes davant el consell de govern que, alhora, pot decidir el seu nomenament o cessament.
- El procediment de nomenament i cessi dels membres dels consells de govern i dels gestors ha d'estar completament desvinculat del cicle polític i de criteris partidistes.

Aquest model requereix un alt grau d'autonomia i de retiment de comptes que necessàriament ha de tenir conseqüències (positives o negatives) i que s'hauria d'acompanyar de la professionalització i estabilitat dels equips gestors per tal de tenir una administració sanitària eficient, políticament neutral, professionalitzada i estable.

La transparència de tota la informació, el retiment de comptes a tots els nivells i el fet que el Departament de Salut i el Govern tinguessin el control últim i mantinguessin la capacitat de decisió, amb el corresponent control parlamentari, haurien de ser suficients per evitar les pors derivades del canvi que convertiria a aquests òrgans en la via de participació democràtica i control social dels serveis sanitaris finançats amb fons públics.

Amb aquesta proposta s'evitaria la politització de la figura del director gerent (que tan negativament repercuteix en la seva legitimització i estabilitat de l'organització), el dèficit de capacitat de gestió i autoritat que s'evidencia en alguns aspectes de la sanitat pública i la precarització dels quadres directius professionals, alhora que considerem no seria prudent dotar de la necessària major autonomia a centres i organitzacions sanitàries sense millorar-ne els mecanismes de control (en la línia d'aquesta proposta).

### **3) Integració assistencial**

- a) La necessària evolució cap a un model més integrat (integració assistencial) pot demanar evolucionar cap a formes de major integració organitzativa (aliances, fusions, organitzacions sanitàries integrades...) de base territorial (amb població de referència definida)?**

Previ a qualsevol forma de major integració organitzativa a nivell territorial calen (en la línia del document "Propostes per la regeneració del caràcter públic de la sanitat catalana") uns nous serveis territorials de salut depenents directament del govern i responsables de garantir l'equitat en l'assignació dels recursos econòmics i tècnics i de

la concepció integral i integrada dels serveis de salut assistencials i de salut pública per la població del territori. Aquests serveis territorials han de promoure els processos d'optimització de serveis per evitar innecessaris costos administratius i de gestió o els processos inflacionistes sobre la demanda de serveis especialitzats, garantint la transformació innovadora dels hospitals d'aguts, traslladant resolució i activitat a l'atenció primària i sociosanitària i evitant les intervencions de baix valor, justificades per la fragmentació del finançament.

En qualsevol cas cal resoldre els problemes de fragmentació de l'atenció dins el sistema sanitari i de competència entre proveïdors, especialment a nivell territorial, per millorar la coordinació assistencial:

- És en el camp de les aliances estratègiques en el que es té més experiència encara que la seva efectivitat depèn de la voluntat real de les institucions implicades d'alinejar-se en la mateixa direcció. Per a això seria important avançar en la generalització de fórmules ajustades de finançament “per càpita” que reparteixin els recursos en funció de les necessitats sanitàries de la població a nivell territorial i no dels interessos particulars de les organitzacions sanitàries, afavorint la coordinació entre nivells assistencials.
- Referent a les OSI enteses com a xarxes de serveis de salut que ofereixen una atenció coordinada a través d'un continu de prestacions a una població determinada i que es responsabilitzen dels seus costos i resultats en salut amb l'objectiu final de millorar l'eficiència global del sistema i la continuïtat assistencial, podrien contribuir a millorar la continuïtat assistencial en la mesura en què fossin capaces de crear un entorn que afavorís la col·laboració entre els professionals dels diferents nivells d'atenció. No obstant això en sistemes nacionals de salut la seva introducció podria generar iniquitats d'accés si no es manté el mateix grau de coordinació dins i fora de la xarxa, amb els altres proveïdors del sistema de salut. Per millorar l'eficàcia del treball en xarxa es necessitaria d'una banda introduir polítiques que estimulin la integració assistencial i, d'altra, introduir en les organitzacions aquells canvis estructurals que permetin corregir les debilitats (entre elles la freqüent dependència d'aquestes organitzacions envers l'hospital) i centrar la seva tasca en la provisió d'una atenció integral i integrada d'acord amb les necessitats dels pacients.
- L'organització de la provisió mitjançant la integració efectiva, real o virtual, dels proveïdors en xarxes de serveis de salut integrades és assolible en un sistema nacional de salut de provisió pública sense que els proveïdors hagin necessàriament d'estar fusionats en una mateixa entitat. El factor clau per assolir aquests objectius es la implementació d'estratègies en l'àmbit de la microgestió, liderades pels professionals de les diferents entitats. L'àmbit “meso” és només un facilitador d'aquests canvis, i per això, és important que les diferents entitats coordinin la presa de decisions clíniques (mitjançant comitès de gestió conjunts, planificació conjunta...), comparteixin objectius,

integrin serveis de suport assistencials i no assistencials, més que fusionar-se en una única entitat.

#### **4) Col·laboració públic-privada**

- a) En quins àmbits pot tenir interès (infraestructures, equipament, externalització de serveis, provisió integral de serveis...)?**
- b) La provisió de serveis “privats” per organitzacions del SISCAT i per prestacions incloses en el catàleg de serveis i prestacions de cobertura pública. Cal regular-ho?**

Al parlar de col·laboració públic-privada ens referim a la gestió indirecta de serveis públics a través d'entitats privades, amb o sense ànim de lucre, sota la supervisió del finançador (públic) i articulada mitjançant acords contractuals. Dins d'aquest grup cal distingir entre els “concerts” i “convenis” efectuats per a la prestació de serveis sanitaris (un tipus de col·laboració de llarga tradició) i les més noves de “concessió” d'obra pública per a la construcció i gestió d'edificis sanitaris o la provisió de serveis no sanitaris (“model PFI”) i les concessions administratives per a la construcció i gestió de l'edifici i la provisió de serveis tant sanitaris com no sanitaris (“model Alzira”).

Hauríem de preguntar-nos quins dels diversos models de gestió actualment existents s'han mostrat més avantatjosos, sobre la base de quines variables (pressupostàries i de qualitat assistencial) i quines són les fortaleses i debilitats de cadascun d'ells. La resposta, decebedora, és que no s'han avaluat suficientment. Per obtenir algun coneixement sobre la qüestió hem de recórrer a la literatura internacional on els escassos estudis semblen evidenciar que la gestió privada de serveis sanitaris no és ni millor ni pitjor que la pública sinó “tot el contrari”, que les noves fórmules de gestió directa poden millorar les tradicionals i que la participació privada lucrativa hauria de ser inexistente o, com a màxim, testimonial i sempre sotmesa a rigorosos processos d'avaluació i control.

Per això plantejem en aquest punt com a conclusions/recomanacions:

- Considerem imprescindible i urgent una avaluació rigorosa i independent de les formes de gestió existents per valorar l'eficiència real de cada opció, les seves fortaleses i limitacions i els riscos/beneficis, abans d'una generalització no fonamentada d'alguns d'aquests models.
- Cal avançar en un sistema transparent de contractació, avaluació i control continu que corregeixi de forma immediata les possibles desviacions, evitant que en les formes privades de gestió puguin prevaldre criteris mercantils per sobre dels assistencials, establint per contracte la limitació de beneficis.
- Considerem que la “concessió” com a forma de gestió de determinats establiments hauria de ser una opció excepcional, limitada en el temps, subjecta a estrictes mecanismes transparents i independents de regulació i control que dificultin la possible col·lusió d'interessos i d'ingerència política, necessitada de justificació cas

per cas i explicitant-se els criteris que determinen la seva utilització enfront d'altres opcions de gestió.

43. L'atenció primària és on s'hauria de produir el primer contacte dels ciutadans amb el sistema sanitari i l'element bàsic per al manteniment i millora de la salut de la població general. Per això cal augmentar la seva capacitat resolutiva incrementant els recursos destinats a aquest nivell i un canvi de rol de l'atenció especialitzada que hauria de passar a jugar un paper de consultoria i suport.
44. Cal una definició clara dels rols professionals en els equips, flexibilitat organitzativa i funcional i millorar la coordinació i la integració amb la resta de dispositius (especialment amb l'Atenció especialitzada i la sociosanitària).
45. Un aspecte important a resoldre (i freqüentment demandat pels usuaris) és la lliure elecció del personal d'infermeria en els equips d'atenció primària.
46. Implementar un marc de lliure elecció d'especialista en la sanitat pública té importants dificultats que passen per una voluntat real en posar els mitjans organitzatius i la informació necessària per fer-la real i operativa (entenem que la condició fonamental per poder triar és tenir informació).
47. La immensa majoria de ciutadans busquen l'atenció en els centres i hospitals més propers al seu domicili, i més si tenim en compte que en situacions d'urgència busquen l'atenció en aquests centres propers. Per això la seva primera elecció informada seria, sens dubte, que aquests estiguin ben equipats i que funcionin correctament, el que exigeix una planificació sanitària equitativa i tècnicament eficient dels recursos.
48. La salut pública ha de ser no solament una de les grans prioritats en l'acció del Departament de Salut sinó també del Govern i de totes les seves polítiques públiques, la qual cosa exigeix portar les seves accions més enllà del sector sanitari fent de la prevenció, la protecció i promoció de la salut part important de la política pública (educació, desigualtats socials, accés al treball, habitatge, etc.).
49. Els sistemes d'informació en salut pública i vigilància epidemiològica han d'estar integrats en el sistema general d'informació sanitària per a la seva explotació tant interna (circulació de la informació dins del propi sistema) com externa (accessible als usuaris del sistema).
50. Cal resoldre els problemes de fragmentació de l'atenció dins el sistema sanitari i de competència entre proveïdors, especialment a nivell territorial, per millorar la coordinació assistencial.

51. Seria important avançar en la generalització de fórmules ajustades de finançament “per càpita” que reparteixin els recursos en funció de les necessitats sanitàries de la població a nivell territorial i no dels interessos particulars de les organitzacions sanitàries.
52. Considerem imprescindible i urgent una avaluació rigorosa i independent de les formes de gestió existents per valorar l'eficiència real de cada opció, les seves fortaleses i limitacions i els riscos/beneficis, abans d'una generalització no fonamentada d'alguns d'aquests models.
53. Cal avançar en un sistema transparent de contractació, avaluació i control continu que corregeixi de forma immediata les possibles desviacions, evitant que en les formes privades de gestió puguin prevaldre criteris mercantils per sobre dels assistencials, establint per contracte la limitació de beneficis.
54. Considerem que la participació privada lucrativa com a forma de gestió hauria de ser una opció excepcional, limitada en el temps, subjecta a estrictes mecanismes transparents i independents de regulació i control, necessitada de justificació cas per cas i explicitant-se els criteris que determinen la seva utilització enfront d'altres opcions.

## **5. AVALUACIÓ, RETIMENT DE COMPTES I TRANSPARÈNCIA**

*(En aquest bloc i per motius operatius no respondrem directament a les preguntes realitzades per la ponència sinó que les anirem agrupant en diversos apartats).*

### **RETIMENT DE COMPTES I TRANSPARÈNCIA**

Amb la finalitat d'aconseguir un sistema més eficient, transparent i que tingui en compte les necessitats de ciutadans/es i usuaris/es cal, entre d'altres, orientar-lo envers els principis de la transparència, del retiment de comptes i de l'avaluació, establint regles clares sobre transparència i accés a la informació per part del ciutadà i reforçant la seva participació en el procés de definició, producció i avaluació dels serveis sanitaris finançats amb fons públics.

Per “transparència” entenem l'accés fàcil, comprensible i comparable de qualsevol dada (tant clínica com d'administració i gestió) referida a entitats, centres i/o la pròpia Administració que no afecti a dades de salut de persones particulars identificables, que no comportin un risc per la seguretat o que violin les lleis de protecció de dades, així com l'accés a qualsevol tipus de document, informe o acta d'òrgans de govern.

No hi ha transparència sense retiment de comptes. Es per això que considerem cal posar també a disposició dels ciutadans aquelles eines que permetin comparar tant

els costos com els resultats de les activitats finançades amb diner públic. En aquest sentit considerem que els contractes de gestió també haurien d'estar oberts a l'escrutini públic i contenir els mecanismes per al seu seguiment, avaluació i reformulació, així com els efectes relatius al grau d'assoliment dels seus objectius.

Finalment fer esment al fet que “transparència” implica també abordar els possibles conflictes d'interessos.

Tal com repetim en el bloc de “Compromís ciutadà” considerem que un element central per a la participació de ciutadans i de pacients és l'accés a informació de qualitat. La informació permet opinar i triar amb coneixement de causa, sigui com a ciutadà actiu (interessat en la sanitat com a assumpte públic) o individualment (com a pacient interessat en la pròpia salut i en les decisions que l'afecten). Per això és important la transparència i el lliure accés per part de la ciutadania a tota informació en poder de l'Administració sanitària, posant a la seva disposició (preferentment per via telemàtica):

- Tota informació rellevant disponible (dades i indicadors de recursos, pressupost i despeses, activitat clínica, qualitat, temps d'espera, satisfacció de pacients, queixes, etc.).
- Desagregada per a cadascun dels centres, Regions i Sectors Sanitaris, i agregada per al conjunt del sistema.
- Presentada de forma clara, accessible i comparable, amb identificació d'unitats/centres, amb evolució temporal, criteris dinàmics d'actualització de dades i format que faciliti el tractament de dades.

Cal remarcar que les dades han de poder ser comparables, recollides de manera uniforme, que totes les avaluacions realitzades s'han de publicitar i que, en definitiva, la informació de tota activitat finançada amb diner públic ha de ser també pública.

## **RECERCA BIOMÈDICA**

Cal assegurar que tots els projectes de recerca siguin avaluats i aprovats per comitès ètics.

La recerca ha de respondre sempre a projectes en què siguin avaluables els costos directes, estimats els indirectes i identificables les diferents vies de finançament.

Partint de la base que la col·laboració públic-privada es necessària, es important també remarcar que ha de fer-se sota estrictes plantejaments de transparència i retiment de comptes i que la sanitat de finançament públic ha d'evitar que aquesta col·laboració no sigui en detriment del rol social que només correspon a la pública. Convé, per tant, desenvolupar un marc de convivència activa positiva tant per al sector privat com per al públic i vetllar perquè la positiva potenciació del sector privat es faci

en favor de l'esmentat sistema públic incrementant la transparència en la gestió dels recursos i en les fonts de finançament de la recerca finançada amb diner públic.

## **SISTEMES D'INFORMACIÓ**

Cal dotar-se d'una organització que produeixi informació sobre la seva activitat i que avaluï els seus resultats. Aquesta informació per ser transparent ha de ser accessible, creïble i fàcilment interpretable.

Cal aprofitar les oportunitats que ofereixen els sistemes i tecnologies de la informació per dotar a la sanitat catalana de finançament públic d'una efectiva transparència i d'un sistema eficient de control i avaluació de costos i riscos vinculats a l'obtenció de resultats en salut, en qualitat i productivitat dels serveis i també econòmics, d'acord amb els contractes programa del sistema públic i que aquestes avaluacions tinguin conseqüències tant positives com negatives (en funció dels resultats).

Per això cal un sistema d'informació de la sanitat de finançament públic integrat i obligatori per a totes les entitats, amb interoperabilitat de les seves dades i accés a documents, i amb informació de l'activitat, llistes/temps d'espera, pressupost i execució del mateix. Aquest sistema d'informació ha d'aportar eines per a la gestió clínica, generant informació clínica i econòmica "on-line" i models de comparació estandarditzats per al conjunt dels professionals del sistema públic.

La interoperabilitat dels sistemes d'informació a nivell clínic i professional ha de ser la base de les intervencions integrades.

## ***PAPER DE L'AGÈNCIA DE QUALITAT I AVALUACIÓ SANITÀRIA (AQuAS)***

La AQuAS s'ha de convertir en un instrument bàsic per cohesionar el sistema, integrar la informació i garantir tant l'accés a indicadors d'estructura, processos, i resultats que permetin fer un control i seguiment de les actuacions del sistema sanitari de cobertura pública amb transparència i retiment de comptes, com avaluar de forma independent i sistemàtica el cost/utilitat tant de qualsevol nova possible incorporació a la cartera de serveis com de les ja existents.

Per assolir aquests objectius cal vetllar per la independència d'aquest organisme (que hauria de tenir plena autonomia i caràcter tècnic), evitar qualsevol conflicte d'interessos i que els informes siguin vinculants. En parlar de la "independència" d'aquesta Agència ens referim no tant sols envers la indústria, sinó també de la resta d'agents implicats el que inclou despolitització i capacitat dels actors polítics de no intervenir en decisions tècniques, posant-se prèviament d'acord sobre quins seran els criteris que permetran prendre de forma transparent, eficient i equitativa decisions de finançament públic basades en l'evidència científica i no en altres interessos.

## **BENCHMARKING**

El paper de l'AQuAS hauria de ser:

- Afavorir la transparència i el retiment de comptes.
- Realitzar avaluacions independents del cost/utilitat d'activitats, fàrmacs i tecnologia sanitària.
- Posar a disposició de ciutadania i agents l'avaluació de les dades d'activitat, processos i resultats del sistema sanitari de finançament públic.
- Facilitar el procés de millora continua en la qualitat del sistema mitjançant eines de "benchmarking"

Per tal de poder assolir aquest darrer objectiu considerem imprescindible l'existència de dades comparables entre centres, recollides de forma transparent i homogènia (unificats i uniformes), amb la participació dels professionals i la implicació de la ciutadania en la definició dels principals indicadors.

55. Per "transparència" entenem l'accés fàcil, comprensible i comparable de qualsevol dada (tant clínica com d'administració i gestió) referida a entitats, centres i/o la pròpia Administració, que no afecti a dades de salut de persones particulars identificables, que no comporti un risc per la seguretat o que violi les lleis de protecció de dades, així com l'accés a qualsevol tipus de document, informe o acta d'òrgans de govern.

56. Cal aprofitar les oportunitats que ofereixen els sistemes i tecnologies de la informació per dotar a la sanitat catalana de finançament públic d'una efectiva transparència i d'un sistema eficient de control i avaluació de costos i riscos vinculats a l'obtenció de resultats en salut, en qualitat i productivitat dels serveis i també econòmics, d'acord amb els contractes programa. Per això cal un sistema d'informació de la sanitat de finançament públic integrat i obligatori per a totes les entitats, amb interoperabilitat de les seves dades i accés a documents, i amb informació de l'activitat, llistes/temps d'espera, pressupost i execució del mateix.

57. Considerem imprescindible que les dades siguin comparables entre centres, recollides de forma transparent i homogènia, amb la participació dels professionals i la implicació de la ciutadania en la definició dels principals indicadors i que, en definitiva, la informació de tota activitat finançada amb diner públic ha de ser també pública.



58. Referent a la recerca i la col·laboració públic-privada remarcar que s'ha de fer sota estrictes plantejaments de transparència i retiment de comptes i que la sanitat de finançament públic ha d'evitar que aquesta col·laboració sigui en detriment del rol social que només correspon a la pública. Convé, per tant, vetllar perquè la potenciació del sector privat es faci en favor de l'esmentat sistema públic incrementant la transparència en la gestió dels recursos i en les fonts de finançament de la recerca finançada amb diner públic.

## 6. COMPROMÍS CIUTADÀ

### 1. Quins són els aspectes de l'àmbit sanitari on es considera que la participació ciutadana és bàsica

Hem de reconèixer la dificultat real de situar de debò i amb totes les conseqüències a usuaris, pacients, famílies i cuidadors, en el centre del sistema sanitari públic. En qualsevol cas la cerca de la qualitat en els serveis sanitaris té un gran potencial per situar al pacient i al ciutadà en el centre del sistema oferint-li el que més li importa: una bona atenció.

Tradicionalment els aspectes de l'àmbit sanitari en els quals s'ha considerat la participació ciutadana s'han plantejat tant des d'una perspectiva de ciutadania (amb drets i obligacions) com individual (d'usuari del sistema). Els podem agrupar en aquests punts:

- **Informació:** Inclou el dret d'usuaris i pacients a rebre informació sobre la situació de la seva salut en forma comprensible, a obtenir respostes que l'ajudin a prendre les seves pròpies decisions i a tenir el control de tot allò relacionat amb la seva salut.
- **Participació:** Del pacient en totes les decisions que afecten directament a la seva assistència mèdica i cures.
- **Sistema Sanitari:** l'anterior dret es projecta en un concepte molt més ampli de participació ciutadana, no només en la pròpia salut si no en tot el que afecta al sistema sanitari. La participació de ciutadans i pacients en el sistema sanitari implicant-se en el mateix és una condició necessària per al seu bon govern i funcionament. La participació ciutadana en decisions sobre polítiques i serveis sanitaris té el valor afegit de contribuir a la identificació de la ciutadania amb el sistema i la seva millora i sostenibilitat, tant social com a econòmica.
- **Privadesa - confidencialitat:** Inclou tant temes relacionats amb la protecció de la intimitat, com mesures que garanteixin la confidencialitat de les dades de la història clínica.

- **Resposta a reclamacions:** Seria el dret a rebre resposta dintre del termini i en la forma escaient a queixes, reclamacions, denúncies o suggeriments. Requereix d'un sistema que garanteixi que les reclamacions reben formalment la consideració per part dels responsables dels centres. Haurien de ser gestionades per un ens/òrgan extern al sistema (per exemple el síndic de greuges) amb la mateixa estructura de oficines d'atenció actual o un altra de diferent.
- **Accés:** El dret d'accés a l'atenció sanitària té moltes dimensions d'interès per al pacient: citació adaptable, transparència dels criteris per prioritzar l'accés a l'atenció mèdica, límits raonables a les demores, accés prioritzat segons necessitat mèdica, horaris convenients, accés als professionals a través de tecnologies de la informació (internet, consulta telefònica), etc.
- **Lliure elecció:** La lliure elecció es una de les assignatures pendents de la sanitat pública. Per això recomanem ampliar al màxim la llibertat d'elecció dins de la sanitat eliminant els obstacles burocràtics, i posant activament els mitjans necessaris per fer-la real, el més important dels quals és una bona informació al pacient i la seva família. L'elecció del metge de família està relativament ben resolta (encara que sempre és possible millorar-la) però cal reconèixer que organitzar operativament bé un marc general i ampli de llibertat d'elecció d'especialista en la sanitat pública té notables dificultats. Requereix un acurat treball d'informació i organització que no es pot improvisar i que planteja reptes organitzatius i de detall que requereixen planificació.

D'altra banda és molt pobre un dret a triar que es limiti al “on” i al “qui” de l'atenció i no inclogui el control i la decisió del pacient sobre la seva atenció mèdica, és a dir: “el què” i “el com”. L'interès prioritari del pacient és rebre una atenció mèdica segura, efectiva, de qualitat, i amb un bon tracte personal. Poder triar el “on” i el “qui” és tant sols un mitjà però de cap manera és una fi com de vegades es vol fer creure quan es parla de la “lliure elecció”.

- **Seguretat:** Per evitar errors s' han d'implantar estàndards de seguretat, vigilat el seu compliment, i engenant comissions de seguretat i de prevenció de riscos del pacient.
- **Respecte:** Inclou un tracte amable, professional, atenent a les preferències del pacient i amb consideració al seu nivell educatiu, creences, identitat sexual, etc.
- **Dret a una mort digna i a cures pal·liatives:** La mort és un fet inevitable i és profundament humà advocar per les cures que permeten una mort digna, sense dolor no desitjat, ni acarnissament terapèutic, permetent que pacient i família puguin rebre cures de màxima qualitat si decideixen que la mort tingui lloc al propi domicili del malalt. La mort només és un fracàs del sistema sanitari quan ho és per error o accident, però sobretot, quan succeeix sense control del dolor o d'altres símptomes que fan difícil morir amb dignitat.

Finalment recordar que la participació ciutadana no s'ha de limitar a l'àmbit estricte dels sistemes sanitaris sinó que abasta el conjunt de factors que influeixen de forma rellevant en la salut de les persones i poblacions (economia, habitatge, treball, educació, transport...).

## **2. Transparència: què ofereix el sistema als ciutadans**

Un element central per a la participació de ciutadans i de pacients és l'accés a informació de qualitat. La informació permet opinar i triar amb coneixement de causa, sigui com a ciutadans actius (interessats en la sanitat com a assumpte públic) o individualment (com a pacients interessats en la pròpia salut i en les decisions que l'afecten). Per això és important la transparència i el lliure accés per part de la ciutadania a tota informació en poder de l'Administració sanitària posant a la seva disposició (preferentment per via telemàtica):

- Tota la informació rellevant disponible (dades i indicadors de recursos, pressupost i despeses, activitat clínica, qualitat, temps d'espera, satisfacció de pacients, queixes, etc.).
- Desagregada per a cadascuna de les Regions i Sectors Sanitaris, centres i unitats on la informació es generi, i agregada per al conjunt del sistema.
- Presentada de forma clara, accessible i comparable, amb identificació d'unitats/centres, amb evolució temporal, criteris dinàmics d'actualització de dades i format que faciliti el tractament de dades.

Cal remarcar que la informació de tota activitat finançada amb diner públic ha de ser també pública (no val intentar "amagar-la" com fan algunes entitats amb l'argument de que són "empreses privades"). Per altra banda com més propera i desagregada es la informació més interès tindran els ciutadans de conèixer-la i més pròpia la viuran.

## **3. Millora de la consciència dels ciutadans sobre la responsabilitat envers la pròpia salut ... // 4. Millora de la responsabilitat dels ciutadans envers l'ús dels serveis sanitaris**

Un dels arguments freqüentment esgrimits és l'escassa responsabilitat que molts usuaris tenen sobre la seva pròpia salut i la mala utilització que freqüentment fan dels recursos. Possiblement aquesta sigui una de les conseqüències de l'escassa participació ciutadana en el sistema. Es aquest el que decideix unilateralment les necessitats, i moltes vegades fomenta la hiperfreqüentació dels usuaris (programa del nen sa per exemple), medicalitza aspectes de la vida que no son malalties (menopausa, dol etc.), o afavoreix el consum de tecnologia i la mala utilització de recursos. Tot això porta al fet que els usuaris no coneguin els seus drets però tampoc els seus deures sobre la utilització responsable dels recursos.

Fer que el ciutadà i el pacient siguin el centre i referent del sistema sanitari passa per aconseguir que els seus drets siguin en la pràctica reals i efectius. Per a això és necessari que siguin coneguts per a tots: població, pacients i professionals sanitaris, la qual cosa requereix un esforç de difusió sent convenient sintetitzar el llistat de drets i deures en uns pocs punts clau, fàcilment recordables i en forma de Carta de Drets i Deures, que hauria d'estar exposada en tots els centres i consultes, de manera que estigui present en la cultura organitzativa i en la ment de professionals i ciutadans. Una bona sanitat pública, centrada en la persona, ha de procurar la màxima autonomia del pacient. Per a això recomanem, entre d'altres:

- El desenvolupament de material d'informació en salut i sobre la millor utilització dels serveis sanitaris.
- Utilitzar les possibilitats de les xarxes socials, la participació d'associacions de pacients i veïns.
- Impulsar la formació de "pacients experts" i altres sistemes similars d'ajuda i suport mutu entre pacients.
- Afavorir el voluntariat cívic dels professionals sanitaris malalts perquè, des del coneixement personal i professional, comparteixin la seva experiència per fer més humana la medicina i alleujar incerteses i angoixes.
- Generalitzar formes més personalitzades d'atenció, com serien la possibilitat de contactar amb el metge de família o la infermera a través del telèfon, correu electrònic, etc.
- Implicar a la ciutadania en l'autocura, la prevenció, la promoció de la salut i en el control i millora del sistema així com la bona utilització del sistema.

## **5. Millora del coneixement dels ciutadans sobre el sistema sanitari i les prestacions**

Com ja hem comentat al punt anterior la crida a la responsabilitat dels ciutadans com a usuaris dels serveis sanitaris de finançament públic no sempre es correspon amb facilitar la informació que ajudaria a assumir adequadament aquesta responsabilitat. Segons les dades del baròmetre sanitari la percepció de la població sobre la informació que se li proporciona des del sistema és insuficient.

## **6. Participació efectiva en el sistema sanitari // 7. Òrgans de participació: eficàcia, eficiència i operativitat.**

El procés polític democràtic pel qual es tria i controla als governants és la principal forma institucional de la participació ciutadana al govern de la sanitat pública. Aquesta forma de participació pot semblar llunyana però tindrà una major efectivitat i immediatesa amb les possibilitats que obren aspectes com:

- Participació institucional de representants directes de la població, a través dels Ajuntaments i de persones vinculades a la comunitat local a la qual serveixen els centres sanitaris nomenades per a aquest servei cívic per entitats ciutadanes, ONGs, etc.
- Generar un gran moviment de voluntariat cívic entorn de la sanitat pública i als seus centres i serveis de manera que la població la senti com a pròpia.
- Rebre dintre del termini i en la forma escaient una resposta adequada a les denúncies, queixes, suggeriments i reclamacions de pacients i ciutadans és un dret bàsic al mateix temps que el graó més elemental de participació. Fer això bé exigeix l'existència d'un procediment institucionalitzat i formal que garanteixi una resposta eficaç i ràpida.

Els “òrgans de participació” no han ser, com sovint passa en l'actualitat, uns òrgans merament consultius i sense funcions efectives als quals simplement se'ls facilita informació. Han de ser òrgans que, encara que no tinguin capacitat de decisió, siguin veritablement participatius essent imprescindible que les seves opinions i/o recomanacions siguin tingudes en compte pels òrgans de govern dels centres i l'administració sanitària. En qualsevol cas la impressió general és que ,en l'actualitat, es tracta d'òrgans poc actius, sense impacte real de les seves propostes i dels quals amb prou feines coneixem avaluacions del funcionament i resultats que permetrien conèixer mancances i camps de millora.

Tal com comentàvem abans la presència de representants directes de la població i de persones vinculades a moviments cívics locals i nomenades per entitats ciutadanes en els “òrgans de govern” pot ser una altra forma de participació ciutadana en la governança del sistema.

## **8. Paper de les organitzacions d'usuaris i les associacions de pacients.**

Les associacions de pacients i usuaris es constitueixen per defensar en els diversos àmbits d'actuació de les administracions sanitàries els drets de pacients i ciutadania destacant la reivindicació d'un sistema sanitari centrat en el pacient, el respecte a l'autonomia del pacient informat així com la participació en la determinació de prioritats. En qualsevol cas és imprescindible evitar, especialment en el cas d'associacions de pacients afectes de patologies molt concretes, una visió esbiaixada que valorant tant sols la patologia en qüestió no tingui en compte la globalitat del sistema i les seves necessitats, amb el risc associat a la promoció de la perspectiva personal per damunt de la dels ciutadans en general.

Cal fer transparent els possibles conflictes d'interessos d'algunes d'aquestes associacions (algunes relacionades amb la indústria farmacèutica i/o de tecnologia sanitària, com recentment a succeït fora de Catalunya amb una relacionada amb la

menopausa) i conèixer el nivell real de representativitat que tenen (que en cap cas estem qüestionant).

### **9. Millora dels mecanismes de coneixement i avaluació de la satisfacció dels ciutadans: enquestes i estudis d'opinió.**

Cal continuar i millorar el paper proactiu del Servei Català de la Salut per comptar amb instruments (enquestes, estudis, avaluacions, etc.) que li permetin conèixer les necessitats, demandes i preferències de pacients, cuidadors, familiars i ciutadans en general, però també anant més enllà de les simples enquestes de satisfacció i introduint instruments que permetin conèixer, de forma pública i transparent, els resultats de l'atenció sanitària prestada en termes de salut, el que sens dubte fomentarà la cultura de la participació.

### **10. Ús de les tecnologies de la informació i la comunicació per facilitar la interacció no presencial dels ciutadans amb el sistema sanitari.**

Les TIC fan possible no solament l'accés a la informació individualitzada per part de ciutadans, pacients i professionals, si no que també permeten la comunicació dels mateixos amb el sistema sanitari i els seus professionals. Per això recomanem utilitzar-les per:

- Fer disponible i accessible tota la informació sobre el sistema sanitari.
- Portal d'accés fiable a informació sobre salut, malalties, tractaments, medicaments, consells mèdics, etc.
- Facilitar la comunicació entre ciutadans i pacients amb els professionals del sistema així com amb els serveis administratius (citacions, etc.).
- Guia i/o portal del Servei Català de la Salut per a cada Regió/Sector Sanitari i dins d'ells per a cadascun dels centre i unitats amb informació de totes les dades d'utilitat pràctica i rellevant sobre els serveis disponibles i com accedir a ells (horaris, localització, telèfons, noms i "currículum" dels professionals, que fer en cas d'urgència, etc.)

Aquesta informació té tres components relacionats entre si:

- Un bon Sistema general d'Informació Sanitària d'accés públic i transparent.
- Disponibilitat sense restriccions per part del pacient d'accés a la seva pròpia història clínica ("carpeta personal").
- Informació a cada pacient que l'orienti amb confiança sobre on, quan i per qui pot ser atès amb millors condicions.

59. La participació de ciutadans i pacients en el sistema sanitari implicant-se en el mateix és una condició necessària per al seu bon govern i funcionament. Aquesta participació en decisions sobre polítiques i serveis sanitaris té el valor afegit de contribuir a la identificació de la ciutadania amb el sistema i la seva millora i sostenibilitat.
60. El procés polític democràtic pel qual es tria i controla als governants és la principal forma institucional de participació ciutadana en el govern de la sanitat pública. La presència de representants directes de la població i de persones vinculades a moviments cívics locals i nomenades per entitats ciutadanes en els òrgans consultius pot ser una altra forma de participació ciutadana en la governança del sistema.
61. La participació ciutadana no s'ha de limitar a l'àmbit estricte dels sistemes sanitaris sinó que abasta el conjunt de factors que influeixen de forma rellevant en la salut de les persones i poblacions (economia, habitatge, treball, educació, transport...).
62. Fer que el ciutadà i el pacient siguin el centre i referent del sistema sanitari passa per aconseguir que els seus drets siguin en la pràctica reals i efectius. La crida a la responsabilitat dels ciutadans com a usuaris dels serveis sanitaris de finançament públic no sempre es correspon amb facilitar la informació que ajudaria a assumir adequadament aquesta responsabilitat. Per a això és necessari que siguin coneguts per a tots: població, pacients i professionals sanitaris, la qual cosa requereix un esforç de difusió sent convenient sintetitzar el llistat de drets i deures en uns pocs punts clau, fàcilment recordables i en forma de Carta de Drets i Deures, que hauria d'estar exposada en tots els centres i consultes, de manera que estigui present en la cultura organitzativa i en la ment de professionals i ciutadans.
63. Un element central per a la participació de ciutadans i de pacients és l'accés a informació de qualitat. La informació permet opinar i triar amb coneixement de causa, sigui com a ciutadà actiu (interessat en la sanitat com a assumpte públic) o individualment (com a pacient interessat en la pròpia salut i en les decisions que l'afecten). Per això és important la transparència i el lliure accés per part de la ciutadania a tota informació en poder de l'Administració sanitària.
64. Recomanem ampliar al màxim la llibertat d'elecció dins de la sanitat eliminant els obstacles burocràtics, i posant activament els mitjans necessaris per fer-la real, el més important dels quals és una bona informació. Considerem molt pobre un dret a triar que es limiti al "on" i al "qui" de l'atenció i no inclogui el control i la decisió del pacient sobre la seva atenció mèdica, és a dir: "el què" i "el com".

65. Els “òrgans de participació” no han de ser merament consultius i sense funcions efectives als quals simplement se’ls facilita informació. Han de ser òrgans veritablement participatius essent imprescindible que les seves opinions i/o recomanacions siguin tingudes en compte pels òrgans de govern dels centres i per l’administració sanitària.

66. Rebre resposta dintre del termini i en la forma escaient a queixes, reclamacions, denúncies o suggeriments requereix d’un sistema que garanteixi que aquestes reben formalment la consideració per part dels responsables dels centres. Haurien de ser gestionades per un ens/òrgan extern al sistema.

67. Cal continuar i millorar el paper proactiu del Servei Català de la Salut per comptar amb instruments que li permetin conèixer les necessitats, demandes i preferències de pacients, cuidadors, familiars i ciutadans en general, però anant més enllà de les simples enquestes de satisfacció i introduint instruments que permetin conèixer, de forma pública i transparent, els processos i resultats de l’atenció sanitària, el que sens dubte fomentarà la cultura de la participació.

## **7. RECERCA I INNOVACIÓ EN CIÈNCIES DE LA SALUT**

### **1. Finançament dels centres/instituts de recerca: com articular-ho, modificacions polinomi (ponderació dels diferents factors o incorporació de nous, especificitats de cada institució, període de transició) o d’altres mecanismes.**

Referent a les formes tradicionals de finançament ressaltar que:

- La recerca ha de respondre sempre a projectes en què siguin avaluats els costos directes, estimats els indirectes, i identificables les diferents vies de finançament, assegurant que tots els projectes siguin avaluats i aprovats pels comitès ètics corresponents.
- Cal evitar una reorientació del finançament públic de la recerca exclusivament cap a la innovació en el sector privat, que redueixi el suport públic a la investigació bàsica i la porti cap a la aplicada orientada exclusivament al mercat, així com que els assaigs clínics d’interès comercial prevalguin sobre les necessitats de recerca orientada als interessos de pacients i de institucions sanitàries.
- És fonamental la transparència en les fonts de finançament.

En el finançament de la recerca en les institucions sanitàries s’hauria d’incloure en el contracte i pressupost de cada centre un d’específic (clarament explicitat i sotmès a posterior avaluació de compliment) per a recerca clínica.



Referent a explorar noves vies de finançament:

- Articular i promoure des d'organismes públics noves fonts de finançament per a projectes de Recerca com el crowdfunding. Amb aquest sistema es poden finançar projectes de baix cost (de divulgació) o participar en projectes de gran envergadura sobre malalties amb important sensibilitat social (VIH, càncer, malalties mentals ...). També s'ha de valorar com a mètode d'apropar la recerca i la innovació a la població ja que a diferència de fer un donatiu, el crowdfunding trasllada la propietat o certs drets al donant sobre els resultats aconseguits. Es per tant un tipus de donació molt incentivadora.
- Promoure convenis a través de la Generalitat/Departament amb empreses que augmentin el seu compromís des de la vessant de la responsabilitat social corporativa. Algunes ONG's permeten a determinades marques incloure els seus logotips als productes a canvi de contractes de donació. Exemple: Logotip de Ayuda en Acció a les ampolles de Trinaranjus a canvi del 0,7 % de les vendes. Si es vol apropar i conscienciar a la població sobre la recerca s'hauria de donar a conèixer al gran públic els logotips de centres de recerca mitjançant estratègies similars. A través de convenis sotmesos a un codi ètic similar al de les grans ONG's es podria donar visibilitat i a través del consum massiu aconseguir més finançament i crear conscienciació a la població sobre la recerca en salut. Aquest convenis podrien tenir uns vessant d'imposició indirecta a productes que son perjudicials per a la salut pública.
- Apropament i exploració del Fundraising de manera professional com es porta a terme en altres països.

En relació a les possibles modificacions en el polinomi es podria valorar també la divulgació científica per altres mitjans que no siguin estrictament les publicacions científiques. D'aquesta manera es promouria l'aproprament a la societat mitjançant els seus propis mitjans de comunicació:

- Publicacions que tinguin un impacte social en mitjans de comunicació no científics però de reconegut caràcter influent: articles a diaris, televisió, radio, xarxes socials, etc...
- Divulgació a institucions amb un caràcter que no sigui purament de recerca científica: museus, associacions culturals, centres cívics, etc...
- Divulgació científica escolar: destinada als col·legis o menors d'edat amb l'objectiu de fomentar la vocació científica i fer més visible i donar prestigi a la carrera científica envers els joves.

Finalment comentar en relació a la proposta de millorar l'equitat en el finançament d'instituts i centres de recerca mitjançant una distribució basada en "mèrits" i "resultats" que caldria clarificar prèviament la forma de valorar aquests mèrits i resultats (econòmics, socials...)

## **2. Avaluació del retorn social de la inversió en recerca.**

La quantificació del retorn social de la inversió en recerca engloba un elevat nombre de dimensions. Es parla d'impacte, d'impacte social, de retorn o retorn social, de payback o de transferència, sense que quedi ben especificada la diferència entre aquestes denominacions.

Tradicionalment s'ha avaluat el retorn des de un punt de vista econòmic i si bé un retorn econòmic important pot tenir conseqüències socials no sempre ha de ser així. Una part important del retorn a la ciutadania de l'esforç realitzat a través de la recerca finançada públicament es dóna en el camp de la recerca social, dels determinants en salut o en els sistemes d'avaluació dels serveis sanitaris en salut, de difícil valoració de rendibilitat econòmica a curt termini, motiu pel qual cal incrementar la participació pública en el finançament d'aquest tipus de recerca.

Un altra forma d'assegurar el retorn de la inversió en recerca podria ser negociant la participació en la propietat de les patents generades o condicionant les inversions públiques en projectes de recerca a la participació en l'explotació de les mateixes.

## **3. Col·laboració pública i privada. Mecanismes i vies.**

Partint de la base que aquest tipus de col·laboració es necessària, es important també remarcar que ha de fer-se sota estrictes plantejaments de transparència i rendiment de comptes.

Cal que la sanitat de finançament públic eviti que aquesta col·laboració no sigui en detriment del rol social que només correspon a la pública. Convé, per tant desenvolupar un marc de convivència activa que sigui positiva tant per al sector privat com per al públic i vetllar perquè la positiva potenciació del sector privat es faci en favor de l'esmentat sistema públic.

Incrementar la transparència en la gestió dels recursos (més rendició de comptes de l'activitat de recerca finançada amb recursos públics), el que inclou el fet que professionals pagats per una institució pública dediquin part del seu temps a fer estudis per a la indústria privada sense que la institució pública rebi cap contraprestació (pràctica estesa i que suposa un malbaratament per al sistema públic).

## **4. Reestructuració dels centres de recerca. Com avançar en ella sota els principis d'assolir massa crítica, la fertilització creuada entre disciplines i la recerca d'excel·lència.**

No hi ha i no s'ha establert de manera consensuada quin es el correcte model de gestió de la ciència donant lloc a continus canvis en els models organitzatius d'algunes entitats, evidenciant la falta de consens. Considerem que la manera adient de resoldre-ho es fer estudis comparatius i col·laboratius de les estructures de les diferents entitats i normalitzar recursos.

En qualsevol cas cal:

- Lluitar contra el fenomen de les “deseconomies d’escala” que es donen en alguns centres de recerca.
- Buscar un model estàndard de processos o conjunt de bones pràctiques de gestió comuns al sector.
- Establir criteris comuns de governança i finançament dels centres de recerca i instituts.
- Posar les estructures de recerca al servei de les prioritats del conjunt de la societat i del sistema de salut. En particular, cal dotar-les de capacitat per donar suport als investigadors clínics.
- Buscar sinergies i col·laboracions entre grups i la forma de compartir línies estratègiques.
- Màxima transparència en la distribució de recursos als centres i instituts de recerca i major grau de rendició de comptes.
- Assoliment de massa crítica i major eficiència d’utilització dels recursos del sistema de recerca en salut.

## **5. Facilitar la recerca clínica i traslacional. Com afavorir-ho? Elements incentivadors.**

La medicina no es solament biologia i es per aquest motiu que l’investigador clínic pot tenir una visió integradora del fenomen de la malaltia i el seu tractament. En aquesta línia, professionals com metges, biòlegs, farmacèutics o químics hauran de compartir projectes cada cop més amb matemàtics, físics, informàtics, enginyers... Es en aquest punt on s’arriba a la recerca traslacional i que arriba a altres àmbits.

De la mateixa manera que la formació en investigació clínica no pot deixar de banda principis de biologia, patologia molecular i genètica, els investigadors bàsics han de tenir formació i conèixer els problemes de salut, els pacients i les diferents dimensions que té la malaltia.

S’ha d’impulsar assajos clínics liderats per investigadors ja que l’interès comercial ha portat a esbiaixar sistemàticament resultats a favor de nous productes i s’ha d’intentar controlar la vessant mercantil descontrolada d’aquest fenomen.

Per al sistema de salut, la recerca orientada a la identificació, descripció i avaluació dels problemes i les necessitats, així com a l’avaluació de l’activitat assistencial, és una font de coneixement de valor estratègic. Cal prioritzar la recerca sobre problemes per sobre de la recerca sobre tecnologies.

La recerca és una condició per assegurar la qualitat assistencial i un motor per a la formació continuada dels professionals. Cal definir les línies prioritàries de recerca sobre la base de l’impacte sanitari en pacients i institucions.

Cal donar suport preferent a la recerca en l'àmbit d'atenció primària i dels estils de vida, incloure la recerca entre les activitats professionals habituals juntament amb l'assistència i la formació continuada i promoure proporcionalment més la recerca clínica en els centres assistencials, afavorint la col·laboració interinstitucional per als projectes que requereixen recerca bàsica.

Cal incrementar el nombre d'investigadors que s'insereixen al sistema de salut i promocionar la formació en recerca dels professionals per aconseguir un increment de la translació a la pràctica clínica i de salut pública atès que els investigadors en contacte directe amb els professionals de la salut o bé aquests portant a terme projectes de recerca estan en una millor situació per aplicar els resultats de la recerca.

## **6. Recursos humans. Correcció de dèficits, carrera professionals, avaluacions periòdiques.**

Millorar les condicions laborals del personal investigador evitant la “fuga de talent” i la pèrdua d'inversió en recerca que suposa aquesta marxa. Si bé les condicions dels investigadors d'alt nivell estan fixades per convocatòries, a la piràmide del sector encara hi han greus deficiències, temporalitat i desprotecció. El camí per arribar a dalt encara es massa dur i precari. Algunes mesures serien:

- Promoure fons de garanties especials per investigadors donada la probabilitat de passar llargs períodes de temps entre la finalització d'un projecte i la concessió d'un de nou.
- Realitzar plans de carrera dintre de les institucions basats en la capacitat i l'experiència, per poder oferir una imatge clara als investigadors de les seves possibilitats de desenvolupament a l' institució a curt i llarg termini.
- Desenvolupar mitjans de reinserció al mercat laboral en el cas de finalitzar la carrera investigadora, convenis amb centres educatius, mecanismes perquè puguin tornar a reprendre la carrera investigadora al futur...

Potenciar programes similars al Rio Hortega que esta clarament dirigit a potenciar investigadors clínics al fer compatibles la atenció a pacients i la recerca en menor grau. No obstant es un programa de procés selectiu exigent, de curta durada i salari baix, per tant s'hauria de solucionar aquests punts. En aquest moment la temptació de exercir per les tardes en un consultori privat en comptes de dedicar-se a la recerca es superior.

En general incloure l'activitat de recerca entre els incentius salarials dels professionals assistencials (carrera professional, DPO...).

## **7. Innovacions que facin l'atenció més accessible i assequible, més efectiva i eficient.**

Captar idees al moment precís, creant unes intranets potents a tots els centres de recerca on es pugui tenir contacte ràpid i eficaç amb els comitès d'innovació. Moltes de les millors idees es perden per falta de confiança i suport en la idea i es necessari recollir-les abans que siguin desestimades per el propi investigador. Si som capaços de crear canals de comunicació de fàcil accés es podran recollir moltes idees de les que es recullen al fòrums habituals abans que es perdin.

Recopilar les necessitats des de tots els punts, elaboració d'enquestes periòdiques amb una adequada segmentació entre els professionals, usuaris, proveïdors i agents del sector en general per recollir les necessitats d'innovació des de tots els punts de vista possibles.

Promoure projectes d'innovació dintre de l'àmbit de l'atenció primària i la salut pública i compartits per el personal específic de recerca i el dels centres d'atenció primària.

## **8. Promoure el Clúster Salut com a sector estratègic del nou model d'economia productiva i social del país.**

El sector salut no és un sector més de l'economia atès que pot ser un gran activador de projectes d'impacte econòmic i Catalunya té un gran potencial per desenvolupar un clúster de primer nivell en aquest camp.

Per això caldria:

- Afavorir la mobilitat laboral dintre del Clúster Salut creant una bossa de treball comú entre les entitats.
- Afavorir la especialització dels treballadors oferint una oferta formativa adequada de cursos orientada a l'estratègia del propi clúster i a les necessitats específiques dels investigadors/es.
- Liderar la orientació per processos a les empreses del clúster així com la elaboració de bones pràctiques empresarials.
- Implementar una xarxa comú d'infraestructures de tecnologies d'informació, de gestió de sistemes, comunicacions i serveis.
- Identificar possibles clúster o microcluster "emergents" o "potencials" dintre d'altres àrees de recerca, como poden ser energies alternatives, nanotecnologia, estudis socials, etc... que puguin potenciar a les empreses del cluster Salut.

- Promoure estratègies de gestió compartida per als “microcluster” del clúster salut per poder minimitzar els impactes econòmics negatius causats per la complexitat de la gestió.
- Aprofitar les sinergies amb altres clústers de gran rellevància a la regió, com ara el clúster de disseny. Com a exemple, es podria potenciar el disseny de les vivendes de persones amb mobilitat reduïda. O per exemple amb el clúster tèxtil, els teixits antial·lèrgics. Un altre clúster interessant podria ser el clúster vinícola per fer vins baixos en sucre, de la mateixa manera que amb l'indústria de l'alimentació introduint característiques funcionals a alguns aliments.

68. La recerca ha de respondre sempre a projectes en què siguin avaluats els costos directes, estimats els indirectes, i identificables les diferents vies de finançament, assegurant que tots els projectes siguin avaluats i aprovats pels comitès ètics corresponents.

69. Cal evitar una reorientació del finançament públic de la recerca exclusivament cap a la innovació en el sector privat que redueixi el suport públic a la investigació bàsica i la porti cap a la aplicada orientada exclusivament al mercat, així com que els assaigs clínics d'interès comercial prevalguin sobre les necessitats de recerca orientada als interessos de pacients i de institucions sanitàries.

70. Considerem fonamental la transparència en les fonts de finançament. En el finançament de la recerca en les institucions sanitàries s'hauria d'incloure en el contracte i pressupost de cada centre un d'específic (clarament explicitat i sotmès a posterior avaluació de compliment) per a recerca clínica.

71. La quantificació del retorn social de la inversió en recerca engloba un elevat nombre de dimensions. Tradicionalment s'ha avaluat el retorn des de un punt de vista econòmic i si bé un retorn econòmic important pot tenir conseqüències socials no sempre ha de ser així. Una part important del retorn a la ciutadania de l'esforç realitzat a través de la recerca finançada públicament es dona en el camp de la recerca social, dels determinants en salut o en els sistemes d'avaluació dels serveis sanitaris en salut, de difícil valoració de rendibilitat econòmica a curt termini, motiu pel qual cal incrementar la participació pública en el finançament d'aquest tipus de recerca.

72. Cal donar suport preferent a la recerca en l'àmbit d'atenció primària i dels estils de vida, incloure la recerca entre les activitats professionals habituals juntament amb l'assistència i la formació continuada i promoure proporcionalment més la recerca clínica en els centres assistencials, afavorint la col·laboració interinstitucional per als projectes que requereixen recerca bàsica.

73.El sector salut no és un sector més de l'economia atès que pot ser un gran activador de projectes d'impacte econòmic i Catalunya té un gran potencial per desenvolupar un clúster de primer nivell en aquest camp que cal potenciar.

## 8. GOVERNANÇA

*(En aquest bloc i per motius operatius no respondrem directament a les preguntes realitzades per la ponència sinó que les anirem agrupant en diversos apartats).*

### ELEMENTS DEL SISTEMA

#### - Departament de Salut

Cal reforçar el paper del Departament de Salut com autoritat sanitària que ha de desenvolupar, entre d'altres, les funcions de planificació, ordenació, coordinació, avaluació, informació sanitària i finançament general del sistema, sota criteris que prioritzin la salut pública, l'atenció sanitària i l'atenció a la dependència i la cronicitat i que, alhora, aprofundeixin en la desconcentració i descentralització del sistema per tal d'apropar la presa de decisions a la ciutadania.

També li pertoca la direcció, vigilància i tutela del Servei Català de la Salut, així com el control, la inspecció i l'avaluació de les seves activitats.

Referent a la responsabilitat en la protecció de la salut entenem que és a l'Administració de la Generalitat de Catalunya, mitjançant el Departament de Salut, a qui li pertoca vetllar per la correcta aplicació de la Llei de Salut Pública a través de la "Agència de Salut Pública de Catalunya" (on participen la pròpia Generalitat de Catalunya i el món local).

#### - Servei Català de la Salut

Es descriu en el paràgraf II de l'exposició de motius de la LOSC com un ens públic instrumental creat per exercir les competències i funcions responsabilitat de l'Administració de la Generalitat de Catalunya.

En el mateix apartat es pot llegir que està "configurat per tots els centres, els serveis i els establiments sanitaris públics i de cobertura pública de Catalunya" i que li correspon "funcions de gestió i administració dels centres, els serveis i les prestacions del sistema sanitari públic".

## - Entitats

L'article 5 de la LOSC (no desenvolupat) defineix les característiques de quines entitats haurien de configurar el Servei Català de la Salut (aquest punt el desenvolupem amb més deteniment a l'apartat següent).

En qualsevol cas i més enllà del que poden establir els actuals contractes d'activitat, convenis o concessions, totes les entitats que prestin atenció pel sistema sanitari públic haurien d'acceptar uns compromisos explícits de "pertinença", transparència, avaluació i retiment de comptes.

## - Desenvolupar o canviar la LOSC

El sistema sanitari català de finançament públic està vivint des de l'aprovació de la LOSC en una constant confusió derivada, per un cantó, d'interpretacions diverses respecte al que hi està o no establert legalment i, per un altre, de la manca de desenvolupament de part de l'articulat.

Referent a la distorsió entre el que es diu i s'explica de la LOSC i el que està escrit en la mateixa Llei només cal llegir els articles 5 i 7. L'aspecte més clar d'aquesta distorsió està quant es diu que la LOSC estableix la separació de les funcions de planificació, compra i provisió de serveis sanitaris i que amb relació a la compra de servei preveu la creació del Servei Català de la Salut. Segons aquesta separació que es diu va establir la LOSC per una banda hi ha el SCS que compra (i sembla que sols fa això, en cap cas li correspondria prestar serveis assistencials) i per altra banda hi ha unes entitats "proveïdores" a qui el SCS compra, mitjançant contractes, una provisió de serveis. En canvi a la LOSC està escrit clarament que entre les finalitats i funcions del SCS hi ha la prestació de serveis d'assistència sanitària i sociosanitària mitjançant la gestió i administració de centres, serveis i establiments, si bé també diu que aquestes finalitats i funcions també les pot desenvolupar establint convenis o concerts amb entitats públiques o privades (art 6 i 7). Aquest "també" s'ha convertit per alguns, basant-se en l'anomenada "separació de funcions", en la suposada forma exclusiva prevista a la LOSC. Per altra banda la també pretesa identificació del SCS com asseguradora pública es una expressió que tampoc apareix en absolut en la LOSC (de fet de la Llei es desprèn que l'asseguradora es el propi Departament i el CatSalut "l'instrument").

Estudis jurídics acreditats, particularment del catedràtic de dret administratiu Villar Rojas, han documentat a la revista "Derecho y Salud" que la LOSC no va establir aquesta separació (defensada per molts com a consubstancial al model català) i que aquest punt no ha estat mai citat a la lletra de la LOSC sinó que, simplement, l'ambigüitat del redactat el que fa es obrir la porta a aquesta possible diferenciació.

La LOSC a més de crear el SCS estableix la seva configuració explicitant quins centres, serveis i establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i sociosanitària el configuren i com (art. 4 i 5). La configuració no vol dir una única



entitat sinó que hi són (o hi haurien de ser) els centres, els serveis i els establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i sociosanitària que formen part del SCS perquè s'hi integren o s'hi adscriuen funcionalment atenent, respectivament, a la naturalesa de l'entitat titular o als pertinents convenis. Es a dir, per respectar la lletra de la LOSC un conjunt definit de centres i serveis de diverses entitats, també de prestadors d'assistència, haurien de configurar el Servei Català de la Salut. No cal dir que la part de desplegament de la LOSC corresponent a integrar o vincular al SCS centres, serveis i establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i sociosanitària segueix pendent.

Així doncs, amb la LOSC es va crear una nova persona jurídica, el SCS, però el que realment la LOSC va establir no és un model de “separació” entre comprador i proveïdors sinó un model “integrat” denominat tot ell “Servei Català de la Salut” i configurat per diversitat de centres i institucions amb 4 tipus de relacions entre les diverses persones jurídiques (art 5):

- L'entitat denominada Servei Català de la Salut.
- Els centres de protecció i atenció sanitària d'altres persones jurídiques dependents també del Departament de Salut de la Generalitat que s'integren a tots els efectes.
- Els centres dependents de l'administració local (ajuntaments, Diputació...) que s'hi integren mitjançant els respectius convenis.
- Centres d'altres Administracions Públiques o d'altres entitats que s'hi adscriuen a l'empared dels pertinents convenis.

La disposició transitòria 1ª de la LOSC fins hi tot marca el termini de dos anys per a aquesta integració o adscripció.

Ni la posterior modificació de la LOSC a l'any 95 ni la Llei 8/2007 de l'ICS han modificat ni l'art. 5 ni la transitòria primera de la LOSC de 1990 i per tant segueix vigent que tant l'ICS com els centres dependents d'administracions públiques haurien de configurar, per integració o adscripció, el SCS.

Al parlar de “separació de funcions” hi ha qui la concep com una separació entre les funcions de “compra” i “provisió”, el que serveix per justificar l'argument que Generalitat/Departament/CatSalut en les empreses públiques o consorcis en els que hi té la majoria i, atès que tenim aquesta suposada “separació de funcions”, no haurien de tenir-hi representants encara que en siguin el soci majoritari.

No obstant això existeix una altra concepció basada en la separació de les funcions de “control” i de “gestió”, que no afectaria a la autonomia de gestió dels centres i que es basa en la idea que la capacitat de decisió i gestió recau de forma autònoma e independent en els responsables de gestionar les entitats que, alhora, han de rendir comptes de la seva activitat davant els òrgans de govern en els quals si estarien representades les institucions abans esmentades, igual com ho està tot accionista majoritari en el Consell de Direcció/Administració de qualsevol empresa privada i que

exerciria simplement la funció de control (el concepte i característiques d'aquests òrgans de direcció es desenvolupa en un altra apartat).

És per tot l'exposat que les nostres propostes no passen ni per desenvolupar ni per canviar la LOSC (més enllà de l'actualització d'aspectes relacionats amb avanços produïts aquests darrers anys com per exemple en les TIC) sinó simplement per aplicar-la literalment i en tota la seva potencialitat.

Dit això voldríem fer una reflexió en base a que no estem dient que no hi hagi d'haver "algú" que faci d'asseguradora pública. La reflexió que fem en aquest punt, i que va en la línia del "Estudi del sector públic de la Generalitat de Catalunya de Maig de 2010", es si cal una estructura diferenciada i complexa com el CatSalut o es podria fer el mateix traspasant les seves funcions a alguna secretaria/divisió dependent del propi Departament.

- **Autonomia de gestió**

Entenem l'autonomia de gestió a nivell de centre o equip, no com a independència jurídica però si amb comptabilitat pròpia i retiment de comptes en resultats de salut i equilibri pressupostari. S'ha de poder exercir on s'adopten les decisions que afecten als qui assignen la major part dels recursos sanitaris. Aquesta necessària autonomia de gestió té uns alts nivells d'incompatibilitat amb la intervenció prèvia administrativa, el que no exclou un control financer permanent a través dels sistemes d'informació del propi sistema sanitari i una avaluació "ex-post" de cada entitat amb rigor, transparència i retiment real de comptes ("conseqüències").

- **Organització territorial**

Previ a qualsevol forma de major integració organitzativa a nivell territorial calen (en la línia del document "Propostes per la regeneració del caràcter públic de la sanitat catalana") uns nous serveis territorials de salut dependents directament del govern i responsables de garantir l'equitat en l'assignació dels recursos econòmics i tècnics i de la concepció integral i integrada dels serveis de salut assistencials i de salut pública per la població del territori. Aquests serveis territorials han de promoure els processos d'optimització de serveis per evitar innecessaris costos administratius i de gestió o els processos inflacionistes sobre la demanda de serveis especialitzats, garantint la transformació innovadora dels hospitals d'aguts, traslladant resolució i activitat a l'atenció primària i sociosanitària i evitant les intervencions de baix valor, justificades per la fragmentació del finançament.

En qualsevol cas cal resoldre els problemes de fragmentació de l'atenció dins el sistema sanitari i de competència entre proveïdors, especialment a nivell territorial, per millorar la coordinació assistencial:

- És en el camp de les aliances estratègiques en el que es té més experiència encara que la seva efectivitat depèn de la voluntat real de les institucions implicades d'alinejar-se en la mateixa direcció. Per a això seria important

avançar en la generalització de fórmules ajustades de finançament “per càpita” que reparteixin els recursos en funció de les necessitats sanitàries de la població a nivell territorial i no dels interessos particulars de les organitzacions sanitàries, afavorint la coordinació entre nivells assistencials.

- Referent a les OSI enteses com a xarxes de serveis de salut que ofereixen una atenció coordinada a través d'un continu de prestacions a una població determinada i que es responsabilitzen dels seus costos i resultats en salut amb l'objectiu final de millorar l'eficiència global del sistema i la continuïtat assistencial, podrien contribuir a millorar la continuïtat assistencial en la mesura en què fossin capaces de crear un entorn que afavorís la col·laboració entre els professionals dels diferents nivells d'atenció. No obstant això, en sistemes nacionals de salut la seva introducció podria generar iniquitats d'accés si no es manté el mateix grau de coordinació dins i fora de la xarxa, amb els altres proveïdors del sistema de salut. Per millorar l'eficàcia del treball en xarxa es necessitaria, d'una banda, introduir polítiques que estimulin la integració assistencial i d'altra, introduir en les organitzacions canvis estructurals que permetin corregir les debilitats (entre elles la freqüent integració/dependència d'aquestes organitzacions envers l'hospital) i centrar la seva tasca en la provisió d'una atenció integral i integrada d'acord amb les necessitats dels pacients.
- L'organització de la provisió mitjançant la integració efectiva, real o virtual, dels proveïdors en xarxes de serveis de salut integrades és assolible en un sistema nacional de salut de provisió pública sense que els proveïdors hagin necessàriament d'estar fusionats en una mateixa entitat. El factor clau per assolir aquests objectius es la implementació d'estratègies en l'àmbit de la microgestió, liderades pels professionals de les diferents entitats. L'àmbit “meso” és només un facilitador d'aquests canvis, i per això, és important que les diferents entitats coordinin la presa de decisions clíniques (mitjançant comitès de gestió conjunts, planificació conjunta...), comparteixin objectius, integrin serveis de suport assistencials i no assistencials, més que fusionar-se en una única entitat.

## **ÒRGANS DE DIRECCIÓ/PROFESSIONALITZACIÓ DE LA GESTIÓ**

L'expressió “Bon Govern” en el sector sanitari públic implica, en essència, polítiques i presa de decisions que serveixin a l'interès general. Implica “bons resultats” però també exigeix que el procés de presa de decisions respongui a valors i principis ètics i que s'ajusti als requisits de participació democràtica, transparència, rendició de comptes, respecte a les lleis, etc.

Per tal de garantir una bona gestió amb un bon govern de les institucions considerem s'haurien d'articular les següents mesures:

- Garantir la transparència, rendició de comptes i una millor participació democràtica a través de nous Òrgans de Govern.
- Gestors seleccionats amb criteris professionals.
- Transparència en tots els procediments i decisions, fent pública “per defecte” tota informació no personal.
- Participació real de professionals i ciutadania.
- Polítiques i decisions basades en l'evidència de la seva efectivitat, eficiència i interès públic.

En qualsevol cas la direcció política del sistema sanitari ha de continuar estant situada al Departament i al Govern però fora de l'àmbit polític considerem caldria professionalitzar la gestió del sistema sanitari desvinculant la política del que és estrictament tècnic. És en aquest sentit que proposem la creació d'un nou model d'òrgans col·legiats de govern en tots els nivells del sistema sanitari.

Aquests consells de govern :

- Estaran formats, bàsicament, per professionals de prestigi amb perfils diversos (no poden faltar professionals de la salut i de l'economia).
- Tots els membres actuaran amb absoluta independència de criteri.
- El nomenament respondrà exclusivament a criteris professionals, sent seleccionats de forma transparent i en funció de la seva experiència i capacitat.
- Han de tenir vinculació amb el territori.
- No han de tenir capacitat de gestió (aquesta correspon a gestors professionals que han de ser nomenats mitjançant procediments públics i reglats en base a criteris estrictament professionals. Aquests mateixos criteris s'han d'aplicar a tots els càrrecs directius).
- El gerent ha de retre comptes davant el consell de govern que, alhora, pot decidir el seu nomenament o cessament.
- El procediment de nomenament i cessi dels membres del consells de govern i dels gestors ha d'estar completament desvinculat del cicle polític i de criteris partidistes.

Aquest model requereix un alt grau d'autonomia i de retiment de comptes que necessàriament ha de tenir conseqüències (positives o negatives) i que s'hauria d'acompanyar de la professionalització i estabilitat dels equips gestors per tal de tenir una administració sanitària eficient, políticament neutral, professionalitzada i estable.

La transparència de tota la informació, el retiment de comptes a tots els nivells i el fet que el Departament de Salut i el Govern tinguessin el control últim i mantinguessin la capacitat de decisió, amb el corresponent control parlamentari, haurien de ser suficients per evitar les pors derivades del canvi que convertiria a aquest òrgans en la via de participació democràtica i control social dels serveis sanitaris finançats amb fons públics.

Amb aquesta proposta s'evitaria la politització de la figura del director gerent (que tan negativament repercuteix en la seva legitimització i estabilitat de l'organització), el dèficit de capacitat de gestió i autoritat que s'evidencia en alguns aspectes de la sanitat pública i la precarització dels quadres directius professionals, alhora que considerem no seria prudent dotar de la necessària major autonomia a centres i organitzacions sanitàries sense millorar-ne els mecanismes de control (en la línia d'aquesta proposta).

Finalment cal reflexionar sobre els “òrgans de participació” en el context esmentat de clara millora de la informació i transparència del sistema. Considerem que aquests òrgans no han de ser, com sovint passa en l'actualitat, merament consultius i sense funcions efectives. Han de ser òrgans que, encara que no tinguin capacitat de decisió, siguin veritablement participatius essent imprescindible que les seves opinions i/o recomanacions siguin tingudes en compte pels òrgans de govern dels centres i l'administració sanitària. En qualsevol cas la impressió general és que, en l'actualitat, es tracta d'òrgans poc actius, sense impacte real de les seves propostes i dels quals amb prou feines coneixem avaluacions del funcionament i resultats que permetrien conèixer mancances i camps de millora.

## **INTERACCIÓ PÚBLIC - PRIVAT**

Al parlar de col·laboració públic-privada ens referim a la gestió indirecta de serveis públics a través d'entitats privades, amb o sense ànim de lucre, sota la supervisió del finançador (públic) i articulada mitjançant acords contractuals. Dins d'aquest grup cal distingir entre els “concerts” i “convenis” efectuats per a la prestació de serveis sanitaris (un tipus de col·laboració de llarga tradició) i les més noves de “concessió” d'obra pública per a la construcció i gestió d'edificis sanitaris o la provisió de serveis no sanitaris (“model PFI”) i les concessions administratives per a la construcció i gestió de l'edifici i la provisió de serveis tant sanitaris com no sanitaris (“model Alzira”).

Hauríem de preguntar-nos quins dels diversos models de gestió actualment existents s'han mostrat més avantatjosos, sobre la base de quines variables (pressupostàries i de qualitat assistencial) i quines són les fortaleses i debilitats de cadascun d'ells. La resposta, decebedora, és que no s'han avaluat suficientment. Per obtenir algun coneixement sobre la qüestió hem de recórrer a la literatura internacional on els escassos estudis semblen evidenciar que la gestió privada de serveis sanitaris no és ni millor ni pitjor que la pública sinó tot el contrari, que les noves fórmules de gestió directa poden millorar les tradicionals i que la participació privada lucrativa hauria de

ser inexistent o, com a màxim, testimonial i sempre sotmesa a rigorosos processos d'avaluació i control.

Per això plantejem en aquest punt com a conclusions/recomanacions:

- Considerem imprescindible i urgent una avaluació rigorosa i independent de les formes de gestió existents per valorar l'eficiència real de cada opció, les seves fortaleses i limitacions i els riscos/beneficis, abans d'una generalització no fonamentada d'alguns d'aquests models.
- Cal avançar en un sistema transparent de contractació, avaluació i control continu que corregeixi de forma immediata les possibles desviacions, evitant que en les formes privades de gestió puguin prevaldre criteris mercantils per sobre dels assistencials, establint per contracte la limitació de beneficis.
- Considerem que la “concessió” com a forma de gestió de determinats establiments hauria de ser una opció subjecta a estrictes mecanismes transparents i independents de regulació i control que dificultin la possible col·lusió d'interessos i d'ingerència política, necessitada de justificació cas per cas i explicitant-se els criteris que determinen la seva utilització enfront d'altres opcions de gestió.

Finalment recordar que al costat de la col·laboració públic-privat pot existir també una col·laboració públic-públic tant important com l'anterior per millorar l'eficiència i establir sinergies.

## **CONTRACTES I CONCURSOS**

Previ a qualsevol altra consideració dir que, coincidint amb “L'informe relatiu a la moció 3/10 del Parlament de Catalunya sobre les polítiques de salut”, entenem que convé clarificar quines entitats són mitjans propis i instrumentals de l'Administració, tant evitant declarar com a “mitjà propi” aquelles que no reuneixen els requisits (sobretot el de control per part del poder adjudicador) com, a l'inrevés, no declarar mitjà propi aquelles que clarament són controlades o dependents del CatSalut o del Departament de Salut, fet que permetria que certes entitats poguessin gaudir d'encàrrecs de gestió sense necessitat d'acudir a procediments públics de licitació.

En segon lloc cal recordar que quan es parla d'introduir la “competència” com a instrument per fer més eficient el sector sanitari freqüentment s'oblida que es tracta d'un mercat imperfecte tant per tractar-se d'un mercat pseudoregulat com per l'existència d'un nosopoli (un sol comprador, el SCS) pel que es fa molt difícil, en el sector sanitari de provisió pública, aplicar la competència tal com la coneixem en d'altres sectors d'activitat.

A dia d'avui s'acredita el centre, no l'entitat. Caldria evolucionar cap a un model on es doni la importància que tenen els aspectes de gestió per damunt dels estructurals. En concret:

- Exigir una certa expertesa en el sector salut i en el treball en xarxa (evitant l'acreditació de entitats instrumentals de fons de capital risc).
- Potenciar mesures que limitin l'excessiu pes de la valoració de l'oferta econòmica.
- Establir mecanismes de control i seguiment de l'execució del contracte.
- Impulsar l'avaluació i el seguiment continuat del contracte i durant tota la seva durada.

En qualsevol cas és fonamental el màxim nivell de transparència. No és acceptable no aprofitar les oportunitats que avui ofereixen els sistemes i tecnologies de la informació per dotar a la sanitat catalana de finançament públic d'una efectiva transparència i d'un sistema eficient de control i avaluació de costos i riscos vinculat a l'obtenció de resultats en salut, en qualitat i productivitat dels serveis i també econòmics, d'acord amb els contractes programa del sistema públic, que han de ser el model bàsic de contractació.

Cal evitar la situació, no infreqüent en l'actualitat, de que les clàusules dels concerts es signen amb caràcter retroactiu, de vegades superior a una anualitat, amb nombroses clàusules i contractes addicionals que "centrifugen" el suposat "risc".

## **NOU PARADIGMA D'ABORDATGE A LES NECESITATS DE SALUT**

### **- La AP com a centre del sistema**

L'atenció primària és la porta d'accés i element bàsic per al manteniment i millora de la salut de la població general i on s'hauria de produir el primer contacte dels ciutadans amb el sistema sanitari. En qualsevol cas no hauríem de perdre de vista l'important paper estratègic que té tant com alternativa per aportar racionalitat i continuïtat als processos assistencials, buscar la integració de lo sanitari amb lo social i aportar sostenibilitat al servei públic de salut, com, en un escenari sanitari com l'actual, fer front entre d'altres, a aspectes com la cronicitat, la pluripatologia, l'envelliment o l'increment del nombre de pacients fràgils i terminals. Aquesta importància contrasta amb el freqüent increment comparatiu de recursos pressupostaris destinats a l'atenció especialitzada i hospitalària en detriment del primer nivell assistencial.

En aquest aspecte cal remarcar:

- Augmentar la capacitat resolutiva de l'Atenció Primària exigeix d'una banda incrementar els recursos destinats a aquest nivell i per un altre un canvi en el paper de l'atenció especialitzada.
- Seria desitjable avançar en el model públic d'AP sense perdre els avantatges que suposa el treball en equip, la cooperació (versus la competència), i una estratègia d'intervenció centrada en prevenir, tractar i cuidar, amb un equip de salut funcional i multidisciplinari, en el que s'impulsi i fomenti la capacitat

d'autoorganització per cobrir de manera adequada les necessitats de salut de la seva població de referència.

- Cal una definició clara dels rols professionals en els equips, flexibilitat organitzativa i funcional i un augment de la capacitat resolutiva mitjançant la desburocratització de les consultes i l'accessibilitat a tot tipus de proves diagnòstiques (quan estiguin indicades i siguin pertinents).
- Finalment, la coordinació i la integració amb la resta de dispositius assistencials i especialment amb l'Atenció especialitzada i la sociosanitària és una assignatura pendent que cal analitzar.
- **Reorientació de l'atenció especialitzada**

Cal reorientar l'atenció especialitzada sota 2 premisses importants:

- L'enfocament de la sanitat ha de passar de prioritzar la curació a reconèixer que la càrrega assistencial es troba en les malalties cròniques i pacients pluripatològics el que obliga, entre d'altres, a reduir el fins ara paper central de l'hospital.
- L'anterior ha de passar per un canvi substancial en el “rol” dels especialistes que hauria de passar a jugar freqüentment més un paper de consultoria i suport.

Per fer realitat l'abans esmentat és imprescindible avançar en la coordinació i integració de nivells assistencials sobre la base de criteris de continuïtat assistencial, eficiència i qualitat. Per millorar la coordinació entre nivells s'hauria d'anar abandonant la gestió sanitària basada en “compartiments estancs” i pressupostos rígids i orientar els recursos segons el cost de l'atenció que requereix un pacient, al marge d'on la rebi i pagant per resultats en salut. En aquest sentit seria imprescindible coordinar els serveis sanitaris i socials entre si, i aquests amb les estructures de salut pública (com a veritable gestió multidisciplinària d'una necessitat) perquè els problemes dels ciutadans siguin atesos de forma integral.

## **SALUT A TOTES LES POLÍTIQUES**

L'estat de salut de les persones no depèn només de les intervencions sanitàries. La salut està fortament influïda per l'entorn, i les condicions de vida de la ciutadania, resultat no només de decisions individuals sinó també de condicionants socials, culturals, econòmics o mediambientals.

Per això és necessari promoure polítiques saludables més enllà de les estrictament sanitàries actuant sobre els determinants de la salut (educació, treball, habitatge, medi ambient, etc.). Això exigeix la implantació d'estratègies transversals i intersectorials de



promoció de la salut, en les quals la Salut Pública ha d'exercir el seu lideratge per aconseguir tant la implicació com el consens de la resta d'actors implicats.

74. Cal reforçar el paper del Departament de Salut com autoritat sanitària i a qui també li pertoca la direcció, vigilància i tutela del Servei Català de la Salut (SCS), així com el control, la inspecció i l'avaluació de les seves activitats.
75. Entre les finalitats i funcions del SCS hi ha la prestació de serveis d'assistència sanitària i sociosanitària mitjançant la gestió i administració de centres, serveis i establiments, si bé la LOSC diu que aquestes finalitats i funcions també les pot desenvolupar establint convenis o concerts amb entitats públiques o privades (art 6 i 7). Aquest "també" s'ha convertit per alguns, basant-se en l'anomenada "separació de funcions", en la suposada forma exclusiva prevista a la Llei.
76. La LOSC va establir un model "integrat" denominat "Servei Català de la Salut" explicitant quins centres, serveis i establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i sociosanitària el configuren i com (art. 4 i 5) perquè s'hi integren o s'hi adscriuen funcionalment atenent, respectivament, a la naturalesa de l'entitat titular o als pertinents convenis. La part de desplegament de la LOSC corresponent a integrar o vincular al SCS centres, serveis i establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i sociosanitària segueix pendent malgrat que la disposició transitòria 1<sup>a</sup> de la mateixa Llei fins hi tot marca un termini de dos anys per a aquesta integració o adscripció. Ni la posterior modificació de l'any 95 ni la Llei 8/2007 de l'ICS han modificat ni l'art. 5 ni la transitòria primera de la LOSC de 1990 i per tant segueix vigent que tant l'ICS com els centres dependents d'administracions públiques haurien de configurar, per integració o adscripció, el SCS.
77. Una reflexió que cal fer en la línia del "Estudi del Sector Públic de la Generalitat de Catalunya" de maig de 2010 es si, perquè "algú" faci d'asseguradora pública, cal una estructura diferenciada i complexa com el CatSalut o es podria fer el mateix traspasant les seves funcions a alguna secretaria/divisió dependent del propi Departament.
78. Entenem l'autonomia de gestió a nivell de centre o equip, no com a independència jurídica però sí amb comptabilitat pròpia i retiment de comptes en resultats de salut i equilibri pressupostari. S'ha de poder exercir on s'adopten les decisions que afecten als qui assignen la major part dels recursos sanitaris. Aquesta necessària autonomia de gestió té uns alts nivells d'incompatibilitat amb la intervenció prèvia administrativa, el que no exclou un control financer permanent a través dels sistemes d'informació del propi sistema sanitari i una avaluació "ex-post" de cada entitat amb rigor, transparència i retiment real de comptes ("conseqüències").

79. Cal avançar en la generalització de fórmules ajustades de finançament “per càpita” que reparteixin els recursos en funció de les necessitats sanitàries de la població a nivell territorial i no dels interessos particulars de les organitzacions sanitàries, afavorint la coordinació entre nivells assistencials.

80. L'organització de la provisió mitjançant la integració efectiva, real o virtual, dels proveïdors en xarxes de serveis de salut integrades és assolible en un sistema nacional de salut de provisió pública sense que els proveïdors hagin necessàriament d'estar fusionats en una mateixa entitat. El factor clau per assolir aquests objectius es la implementació d'estratègies en l'àmbit de la microgestió, liderades pels professionals de les diferents entitats.

81. La direcció política del sistema sanitari ha de continuar estant situada al Departament i al Govern però fora de l'àmbit polític considerem caldria professionalitzar la gestió del sistema sanitari desvinculant la política del que és estrictament tècnic. És en aquest sentit que proposem la creació d'un nou model d'òrgans col·legiats de govern a tots els nivells del sistema sanitari.

Aquests consells de govern :

- Estaran formats, bàsicament, per professionals de prestigi amb perfils diversos (no poden faltar professionals de la salut i de l'economia).
- Tots els membres actuaran amb absoluta independència de criteri.
- El nomenament respondrà exclusivament a criteris professionals, sent seleccionats de forma transparent i en funció de la seva experiència i capacitat.
- Han de tenir vinculació amb el territori.
- No han de tenir capacitat de gestió (aquesta correspon a gestors professionals que han de ser nomenats mitjançant procediments públics i reglats en base a criteris estrictament professionals. Aquests mateixos criteris s'han d'aplicar a tots els càrrecs directius).
- El gerent ha de retre comptes davant el Consell de Govern que, alhora, pot decidir el seu nomenament o cessament.
- El procediment de nomenament i cessi dels membres dels consells de govern i dels gestors ha d'estar completament desvinculat del cicle polític i de criteris partidistes.
- Aquest model requereix d'un alt grau d'autonomia i de retiment de comptes que necessàriament ha de tenir conseqüències (positives o negatives) i que s'hauria d'acompanyar de la professionalització i estabilitat dels equips gestors per tal de tenir una administració sanitària eficient, políticament neutral, professionalitzada i estable.

82. Coincidint amb “L’informe relatiu a la moció 3/10 del Parlament de Catalunya sobre les polítiques de salut”, entenem que convé clarificar quines entitats són mitjans propis i instrumentals de l’Administració, tant evitant declarar com a “mitjà propi” aquelles que no reuneixen els requisits (sobretot el de control per part del poder adjudicador) com, a l’inrevés, no declarar mitjà propi aquelles que clarament són controlades o dependents del CatSalut o del Departament de Salut, fet que permetria que una part important de les entitats poguessin gaudir d’encàrrecs de gestió sense necessitat d’acudir a procediments públics de licitació.
83. Per millorar la coordinació entre nivells s’hauria d’anar abandonant la gestió sanitària basada en “compartiments estancs” i pressupostos rígids i orientar els recursos segons el cost de l’atenció que requereix un pacient, al marge d’on la rebí i pagant per resultats en salut. En aquest sentit seria imprescindible coordinar els serveis sanitaris i socials entre si, i aquests amb les estructures de salut pública (com a veritable gestió multidisciplinària d’una necessitat) perquè els problemes dels ciutadans siguin atesos de forma integral.