

Guanyar la salut i els serveis sanitaris a Barcelona

Les actuals polítiques neoliberals estan convertint el dret a la salut i l'assistència sanitària en un negoci orientat cada cop més a beneficiar a les grans corporacions sanitàries i la indústria farmacèutica. L'aplicació d'aquestes polítiques no només genera una àmplia corrupció sanitària reflectida en tràfic d'influències, conflictes d'interessos, 'portes giratòries', opacitat en la gestió econòmica, i decisions polítiques ineficients i inequitatives, sinó també en un model de la sanitat cada cop més mercantilitzat, on la 'col·laboració' pública-privada parasita el sistema públic, té un cost elevat pels pressupostos públics així com un elevat cost social per a la població, en especial pels ciutadans i ciutadanes amb menys recursos. Per evitar que la sanitat sigui una mercaderia i aconseguir que la salut sigui un dret humà universal, cal reformular els principis del model actual, assolint una sanitat realment pública (en la propietat, provisió i gestió de serveis) amb un servei universal i equitatiu, gratuït (pagat amb pressupostos i sense "repagaments"), humà i de qualitat. El Servei Català de la Salut (CatSalut) s'hauria de convertir en un autèntic Servei Nacional de Salut a Catalunya (SNSC), amb les funcions de planificació, direcció, finançament, prestació de serveis i avaluació de resultats, que garanteixi que tothom tingui el dret a una sanitat pública amb serveis universals, equitatius i de qualitat. Cal potenciar la salut pública i l'atenció primària i comunitària com elements centrals clau del sistema, és a dir, com la porta d'entrada i gestora del procés preventiu i assistencial. Cal també avançar cap a un sistema basat en la salut de la persona i no en la malaltia, amb un enfocament bio-psico-social, menys medicalitzat, on, al costat dels professionals de la salut, es fomenti la participació real de les persones.

El sistema sanitari ha d'oferir unes condicions laborals dignes per als seus professionals, amb un control i gestió veritablement públics, i amb la màxima participació de les classes populars. Finalment, donat que els principals determinants de la salut són socials, ambientals, laborals, i econòmics, un punt clau és que el canvi de model sanitari vagi acompanyat de l'aplicació d'intervencions intersectorials equitatives i sostingudes que posin en pràctica l'enfocament de la 'Salut a totes les polítiques'.

DIAGNOSI GENERAL DE LA SALUT I LES SEVES CAUSES

1. Els determinants socials de la salut

Els factors socials que causen o determinen la salut i les desigualtats en salut de la ciutadania inclouen apartats molt diversos, dels que aquí hem seleccionat quatre apartats: a) L'urbanisme i l'habitatge: les intervencions de regeneració urbana integral (per exemple la Llei de barris) que tenen present les múltiples causes de l'entorn i estan fetes amb participació veïnal milloren la salut i l'equitat en salut. A Barcelona estem en una situació "d'emergència habitacional", accentuada per la crisi econòmica i la dramàtica reducció de l'habitatge públic protegit, es un risc de salut pública; b) El transport i el mediambient: la promoció d'automòbils i la manca d'espais públics i zones verdes té un impacte negatiu sobre la salut de la població i sobre l'equitat amb efectes negatius com el soroll, la contaminació ambiental, les lesions de trànsit, l'aïllament social i la manca d'activitat física, especialment en la població amb menys recursos. Tot i la reducció de l'ús del cotxe particular i la promoció del transport públic, la bicicleta i el caminar, cal desenvolupar intervencions que promoguin un transport públic saludable accessible per tothom; c) L'ocupació i el treball: Quedar-se en atur, no percebre prestacions econòmiques o portar molt de temps en aquesta situació son causes de mala salut (i especialment de salut mental). Quan es té una feina, la inseguretat i la precarietat laboral derivada de males condicions d'ocupació i treball també determinen tenir una pitjor salut i generen desigualtats; i d) Els serveis sanitaris: abans de les retallades sanitàries, la ciutat de Barcelona estava ben dotada quant a centres sanitaris. Restava però reorganitzar els hospitals d'aguts més funcionalment per processos, incloure tota l'assistència a la salut mental a la xarxa pública, i reduir les desigualtats de qualitat entre els centres. Amb les retallades dels darrers tres anys, ha empitjorat la qualitat, els resultats en salut i l'accessibilitat al sistema (sobretot les llistes d'espera), creixent cada cop més el flux de recursos públics cap a centres privats.

2. La salut a la ciutat de Barcelona

Barcelona té més de 1,6 milions d'habitants amb un alt percentatge de població major de 65 anys (21,3%) i nascuda fora de l'Estat espanyol (21,8%), ambdós al 2013. L'any 2012 l'esperança de vida en néixer fou de 79,9 anys en homes i 85,7 en dones (una mica menys que l'any anterior). La primera causa de mortalitat en els homes és el càncer i la segona la malaltia cardiovascular i en les dones és just a la inversa. La mortalitat prematura més alta dels homes es el càncer de pulmó en homes i el de mama en dones. Les malalties cròniques representen el 80% de la mortalitat i consumeixen més del 50% dels recursos del sistema sanitari. Un 11,1% dels homes i un 16,8% de les dones tenen risc de patir mala salut mental. Un 10,7% dels homes i un 10,3% de les dones pateixen obesitat (2011). Malgrat la seva disminució, les infeccions per VIH i altres malalties de transmissió sexual són encara importants. Segueixen produint-se embarassos en dones adolescents (al voltant de 800 l'any), la majoria dels quals acaben en avortament.

3. Desigualtats en salut de tipus territorial i social

La ciutat de Barcelona presenta importants desigualtats territorials. L'any 2008 els districtes amb la renda més baixa respecte el global de la ciutat eren Nou Barris i Ciutat Vella, i els de major renda eren Sarrià-Sant Gervasi i Les Corts. Al 2012, les desigualtats entre districtes van augmentar, passant a ser Nou Barris i Sant Andreu els districtes amb menor renda. També hi ha grans desigualtats entre barris: Ciutat Meridiana i Trinitat Nova tenen els nivells de renda familiar menors, i Pedralbes i les Tres Torres els més elevats. Aquestes desigualtats socials es reflecteixen en desigualtats en salut que tendeixen a augmentar. L'esperança de vida (EV) al districte de Les Corts va ser molt alta (82 anys en homes i 87 anys en dones al 2012), en comparació amb Ciutat Vella (77 i 84 anys en homes i dones respectivament). Aquestes desigualtats són encara més elevades entre àrees bàsiques de salut (ABS), amb una diferència màxima d'esperança de vida de 9 anys en homes i 5 anys en dones (període 2007-2011). L'evolució mostra un augment de les desigualtats entre districtes en les dones, ja que l'esperança de vida va augmentar molt en els districtes amb més recursos i en canvi es va mantenir a Ciutat Vella. També hi ha desigualtats socials segons la classe social, el gènere o l'estat migratori, essent les persones de classe social més desfavorida, les dones, i les persones de països de renda baixa que fa anys que viuen a Barcelona les que tenen pitjors indicadors de salut. Aquestes desigualtats s'evidencien per exemple en indicadors de salut percebuda i mental, en la presència de trastorns crònics i en les addiccions (consum de tabac, alcohol i drogues il·legals). A més, la població de classes socials més riques tendeix sovint a pagar una mútua privada, fet que els dona un major accés als especialistes i als professionals no coberts per l'assistència sanitària pública. Les desigualtats no són en canvi evidents en l'ús de l'atenció primària. L'aplicació del Real Decret d'Abril de 2012 està provocant l'exclusió sanitària de la població estrangera i fins i tot a la població amb nacionalitat espanyola que resideix a Catalunya.

PROPOSTES I INTERVENCIIONS SELECCIONADES PER UN PROGRAMA D'ACCIÓ¹

1. Intervencions intersectorials sobre els determinants socials de la salut i l'equitat.

Fomentar la 'salut a totes les polítiques' creant comissions intersectorials amb lideratge, autoritat delegada i capacitat per identificar les polítiques públiques amb més potencial i per retre comptes, utilitzant l'Avaluació d'Impacte en Salut (AIS) en les principals polítiques públiques. A continuació en destaquem vàries: a) Planificació urbana i habitatge: Instaurar de nou el Pla de Barris (sota la llei de barris) dirigit sobretot als barris més vulnerables; incorporar la pobresa energètica, l'accessibilitat, l'assequibilitat i l'entorn construït en les promocions d'habitatge públic; dissenyar les àrees urbanes per facilitar l'activitat física i caminar de manera segura; b) Transport i medi ambient: Liderar aliances, activar la participació i finançar el desenvolupament d'un pla estratègic de mobilitat activa que doni prioritat a vianants i ciclistes; concentrar els serveis (escoles, serveis de salut, treball, etc.) per reduir els desplaçaments motoritzats, augmentar la mobilitat a peu i reduir les desigualtats; c) Alimentació: valorar l'establiment d'impostos sobre els aliments i begudes poc saludables, els incentius i la limitació de publicitat de menjars poc saludables en entorns

infantils; aprofitar el gran potencial de l'Ajuntament de Barcelona en la distribució i venda d'aliments (51% d'accions de Mercabarna i 39 mercats municipals) per fer política d'alimentació sana i sostenible (preus, de proximitat i temporada, ecològics i amb garantia sanitària, etc); d) Medi ambient i salut: Contaminació atmosfèrica (determinar les àrees de Barcelona de limitació de l'accés de vehicles segons la seva qualitat i quantitat d'emissions; potenciació d'energies renovables (solar, eòlica, geotèrmica); vigilància del soroll d'activitats d'oci i recollida de residus; solucionar la contaminació d'emissions de vaixells al port de Barcelona i inspeccions rigoroses a indústries contaminants; Gestió de residus (adhesió a l'Estratègia Catalana de Residu Zero per evitar la alta contaminació de la crema de residus en incineradores i cimenteres); radiacions (augment i vigilància de les distàncies de les antenes de telefonia mòbil d'habitatges i escoles; substitució de les xarxes Wifi per cables; instaurar el carnet personal d'història radiològica; e) Educació: promoure la redistribució equitativa del treball familiar i domèstic augmentant la cobertura de les escoles bressol; Impulsar que els objectius educatius de tots els centres escolars incloguin la salut i facilitin estructuralment els hàbits saludables (accés a fonts d'aigua, rentat de dents, espais de joc, preservatius); Facilitar l'accés a alimentació de qualitat en els centres amb oferta alimentària (menjador o cantina escolar, limitar màquines expenedores d'aliments i begudes..) i assegurar les beques menjador tot l'any; f) Treball: Impulsar polítiques actives d'ocupació i generació d'ocupació saludable i justa; desenvolupar una línia d'acció local que tuteli els drets laborals; condicionar la contractació de l'Ajuntament al compliment de paràmetres de qualitat de l'ocupació afavorint les clàusules socials pels grups més vulnerables (malalts mentals, discapacitats, etc) i fer un seguiment dels serveis subcontractats i externalitzats. Fomentar la salut laboral i incentivar la participació en les decisions que afecten la salut laboral, especialment entre les persones més vulnerables; g) Inclusió social: assegurar uns serveis públics universals que puguin diagnosticar i actuar prioritant la ciutadania amb més necessitats, amb prestacions de tipus econòmic, rendes mínimes d'inserció i ajuts per serveis bàsics (alimentació, habitatge, energia i beques); assegurar que totes les persones tinguin accés a l'empadronament, independentment de les seves condicions de residència; i h) reducció de les desigualtats en salut: realitzar polítiques socio-sanitàries que permetin reduir les desigualtats en salut de tota la població; instaurar el programa Salut als Barris, participatiu, a tots els barris de la ciutat començant pels més vulnerables.

2. Millorar el sistema sanitari públic i desmercantilitzar la sanitat

En relació als serveis: a) Impulsar des de l'Ajuntament el model sanitari del Servei Nacional de Salut que volem per Catalunya, b) revertir els convenis i concerts del CSB (Consorci Sanitat de Barcelona) amb entitats assistencials amb afany de lucre (inclou la dissolució del PAMEM -Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al Personal Municipal - integrant-lo a la xarxa general del CSB). Pel que fa a l'Atenció primària: a) Promoure l'Atenció Primària de Salut (APS) com a eix vertebrador del sistema sanitari; b) Impulsar en el marc del CSB, i en especial en les zones que tenen com a referència hospitals municipals, plans concrets de coordinació entre àmbits assistencials amb participació de l'APS, revisant també l'actual sistema d'Atenció continuada i urgent i la cartera de serveis de salut comunitària en coordinació amb l'Agència de Salut Pública de Barcelona; i c) Assegurar que en tots els centres de la ciutat es doni atenció sanitària a totes les persones que ho necessitin, sigui quina sigui la seva situació administrativa. En relació al Model hospitalari: a) L'adequació de l'estructura organitzativa: horitzontal per processos. La col·laboració i integració de serveis en base territorial; b) Pla radical de reducció de llistes d'espera en el sistema públic; c) establir models de pagament multi factorial basats en finançament capítatiu, resolució i qualitat i producció d'activitat; d) millorar la governança i la gestió dels hospitals públics, fent que sigui professionalitzada i independent dels nivells polítics i amb participació ciutadana i treballadors sanitaris. Pel que fa a la salut mental: Sobre la salut mental: a) Integrar les xarxes proveïdores de serveis, incrementant l'actual oferta de serveis; i b) Cal seguir instaurant un desplegament de serveis de tractament ambulatoris a les addiccions (anomenats CAS), els programes de manteniment amb metadona i la posta en marxa de serveis de reducció de danys, amb espais de consum supervisat.

3. Millorar la informació, augmentar la democràcia i la participació popular

Pel que fa la informació, l'avaluació i la recerca: a) passar de la informació al debat i deliberació, amb

conclusions majoritàries dels components del Consell; b) Desenvolupar un conjunt d'indicadors de salut de la ciutadania i dels seus determinants socials i econòmics i incloure'ls en l'agenda política i en l'Ajuntament; c) Dedicar recursos a la millora dels sistemes d'informació i fer els indicadors assequibles per la ciutadania; d) Desenvolupar activitats de recerca aplicada i docència en salut pública i serveis de salut; e) Establir transparència, avaluació i participació de la ciutadania i treballadors/es a tots els nivells del sistema. En relació a la democràcia i la participació popular: a) fomentar un lideratge compartit entre la ciutadania, els i les professionals i l'administració de salut; b) Assegurar els mecanismes de participació activa i real per part de la ciutadania; c) reconstituir el Consell de Salut de Ciutat juntament amb els dels Districtes; d) Informació i empoderament de la població immigrant sobre els seus drets d'atenció sanitària; e) La participació real i amb capacitat de decisió-de la ciutadania en les polítiques públiques, és un valor de qualitat democràtica en el qual s'ha de creure fermament i activar un fort lideratge del poder polític per poder vèncer inèrcies i interessos oposats a la mateixa; f) tenir professionals motivats, amb valors de servei a la comunitat, de salut integral que abordin tots els seus determinants i convençuts de la necessitat de la participació i la implicació de la comunitat; g) Desplegar la presència de representants dels ciutadans i ciutadanes també a les comissions de salut de centres sanitaris, a més dels actuals components de Consorci, ASPB i representants de centres; h) Reforçar la qualitat i representativitat de la comunitat (eleccions d'entitats representatives del teixit social i formació dels seus representants); i) un esforç de millora del lideratge i impulsar el procés de canvi, vers un model compartit entre ciutadania, professionals i administració de salut, clarificant la missió, els objectius del Consell, les estructures i el funcionament; j) garantir la influència en les polítiques de salut municipals, abans de la seva aplicació i el retorn justificat de les demandes.

Nota 1 : Aquestes propostes provisionals han estat agrupades en *tres eixos estratègics*, alhora subdividits en *intervencions generals i propostes concretes*. Resta pendent la seva ampliació i prioritització a partir de criteris com: (1) valorar el impacte de cada intervenció en funció de la seva probable millora sobre la salut de tota la població i la millora de l'equitat en salut; i (2) fer aquesta valoració a partir de la freqüència poblacional, gravetat del problema, cost econòmic que comporta la seva solució, impacte mediàtic que el problema té per la població, o existència de legislació disponible (o altres possibles criteris).