



Eje Ganar En Comú la salud y los servicios sanitarios en Barcelona

Ideario de salud

Al plantear el ideario general de salud, hay que hacer de inicio algunas aclaraciones fundamentales: la salud (todo lo que tiene que ver con la situación de bienestar y enfermedad) no es lo mismo que la sanidad (servicios sanitarios), de la misma forma que la salud pública (la salud de todos) no es lo mismo que la sanidad pública (la sanidad de los gobiernos).

La información e investigación actualmente disponibles muestran suficientemente que los principales determinantes de la salud colectiva son, sobre todo, de tipo social, económico, ambiental, laboral y, desde este punto de vista, las acciones de la concejalía de salud son sólo una parte de todo lo que afecta a la salud de la población. Solo con intervenciones intersectoriales sostenidas, equitativas y eficientes, que pongan en práctica el enfoque de la salud en todas las políticas, se puede conseguir una mejora sustancial de la salud de todos.

Esta visión, conocida en el campo de la salud pública, tiene, sin embargo, algo casi revolucionario en muchos campos sociales. El modelo sanitario es un determinante de la salud muy valorado por la población.

Actualmente las políticas neoliberales están convirtiendo el derecho a la salud y la asistencia sanitaria en un negocio orientado cada vez más a beneficiar a las grandes corporaciones sanitarias y a la industria farmacéutica.

La aplicación de políticas privatizadoras y mercantilistas no sólo genera una amplia corrupción sanitaria reflejada en tráfico de influencias, conflictos de intereses, puertas giratorias, opacidad en la gestión económica, y decisiones políticas ineficientes y desiguales, sino también en un modelo de la sanidad

cada vez más mercantilizado, donde la “colaboración” entre el sector público y privado mediante conciertos parasita el sistema público, tiene un coste elevado para los presupuestos públicos, así como un elevado coste social para la población, en especial los ciudadanos con menos recursos.

Para evitar que la sanidad sea una mercancía y conseguir que la salud sea un derecho humano universal, hay que reformular los principios del modelo actual, logrando una sanidad realmente pública (en la propiedad, provisión y gestión de servicios), con un servicio universal y equitativo, gratuito (pagado con presupuestos y sin “repagos”), humano y de calidad.

El Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) debería convertirse, pues, en un auténtico Servicio Nacional de Salud en Cataluña, con las funciones de planificación, dirección, financiación, prestación de servicios y evaluación de resultados, que garantice que todos tengan derecho a una sanidad pública con servicios universales, equitativos y de calidad.

Hay que potenciar la salud pública y la atención primaria y comunitaria como elementos centrales clave del sistema, es decir, como la puerta de entrada y gestora del proceso preventivo y asistencial. Hay también que avanzar hacia un sistema basado en la salud de la persona y no en la enfermedad, con un enfoque biopsicosocial, integrado y humano, con un juicio más ajustado de la utilización de la medicalización y donde se tenga en cuenta el derecho a morir dignamente y que, junto a los profesionales de la salud, se fomente una participación real donde las personas tengan mucho más tiempo y capacidad de comunicación con los profesionales de la salud, y más capacidad de decisión en el sistema.

El sistema sanitario debe ofrecer unas condiciones laborales dignas para sus profesionales, con un control y una gestión verdaderamente públicos, sin que las bajas laborales sean gestionadas por las mutuas.

Diagnóstico general de la salud y sus causas

1. Los determinantes sociales de la salud

Los factores sociales que causan o determinan la salud y las desigualdades en salud de la ciudadanía incluyen apartados muy diversos, de los que aquí hemos seleccionado cuatro:

- a) El urbanismo y la vivienda: las intervenciones de regeneración urbana integral que tienen presente las múltiples causas del entorno y están hechas con participación vecinal, mejoran la salud y la equidad en salud. En Barcelona estamos en una situación de emergencia habitacional, acentuada por la crisis económica y la dramática reducción de la vivienda pública protegida, y eso es un riesgo de salud pública;
- b) El transporte y el medio ambiente: la promoción de automóviles y la falta de espacios públicos y zonas verdes tienen un impacto negativo sobre la salud de la población y la igualdad, con efectos negativos como el ruido, la contaminación ambiental, las lesiones de tráfico, el aislamiento social y la falta de actividad física, especialmente en las personas con menos recursos. A pesar de la reducción del uso del coche particular y la promoción del transporte público, la bicicleta y los trayectos a pie, hay que desarrollar intervenciones que promuevan un transporte público saludable accesible a todos;
- c) El empleo y el trabajo: Quedarse en el paro, no percibir prestaciones económicas o estar mucho tiempo en esta situación son causas de mala salud. Cuando se tiene un trabajo, la inseguridad y la precariedad laborales derivadas de malas condiciones de empleo y trabajo también determinan tener una salud peor y generan desigualdades; y

- d) Los servicios sanitarios: antes de los recortes sanitarios, la ciudad de Barcelona estaba bien dotada de centros sanitarios. Con los recortes de los últimos tres años, han empeorado tanto la calidad como los resultados en salud y la accesibilidad al sistema (sobre todo las listas de espera), y crece cada vez más el flujo de recursos públicos hacia centros privados.

2. La salud en la ciudad de Barcelona

Barcelona tiene más de 1,6 millones de habitantes, con un alto porcentaje de población de más de 65 años (21,3%) y nacida fuera de España (21,8%), ambos datos de 2013. En el año 2012 la esperanza de vida al nacer era de 79,9 años en hombres y 85,7 en mujeres (un poco menos que el año anterior). La primera causa de mortalidad en los hombres es el cáncer y la segunda, las enfermedades cardiovasculares, y en las mujeres es justo a la inversa.

La mortalidad prematura más alta es para el cáncer de pulmón en los hombres y el de mama en las mujeres. Las enfermedades crónicas representan el 80% de la mortalidad y consumen más del 50% de los recursos del sistema sanitario. Un 11,1% de los hombres y un 16,8% de las mujeres tienen riesgo de padecer mala salud mental. Un 10,7% de los hombres y un 10,3% de las mujeres sufren obesidad (2011). A pesar de su disminución, las infecciones por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual son todavía importantes. Siguen produciéndose embarazos en mujeres adolescentes (alrededor de 800 al año), la mayoría de los cuales terminan en aborto.

3. Desigualdades en salud de tipo territorial y social

La ciudad de Barcelona presenta importantes desigualdades territoriales por distrito y barrio. En el año 2012, Nou Barris y Sant Andreu eran los distritos con la renta más baja. Respecto a los barrios, Ciutat Meridiana y Trinitat Nova tenían los niveles de renta familiar menores, y Pedralbes y las Tres Torres, los más elevados. Estas desigualdades sociales se reflejan en desigualdades en la salud, que tienden a aumentar.

La esperanza de vida en el distrito de Les Corts es muy alta (82 años en hombres y 87 años en mujeres en 2012) en comparación con Ciutat Vella (77 y 84 años en hombres y mujeres respectivamente). Estas desigualdades son aún más elevadas entre áreas básicas de salud (ABS), con una diferencia máxima en cuanto a la esperanza de vida de 9 años en hombres y 5 años en mujeres (período 2007-2011).

También hay desigualdades sociales según la clase social, el género o el estado migratorio, de manera que las personas de clase social más desfavorecida, las mujeres, y las personas de países de renta baja que hace años que viven en Barcelona son las que tienen peores indicadores de salud. Estas desigualdades se evidencian, por ejemplo, en indicadores de salud percibida y mental, en la presencia de trastornos crónicos y en las adicciones (consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales).

Además, la población de las clases sociales más ricas tiende a menudo a pagar una mutua privada, lo que les da más acceso a los especialistas y los profesionales no cubiertos por la asistencia sanitaria pública. La aplicación del Real Decreto de abril de 2012 está provocando la exclusión sanitaria de la población extranjera e incluso de la población con nacionalidad española que reside en Cataluña.

Intervenciones seleccionadas por un programa de acción

1. Intervenciones intersectoriales sobre los determinantes sociales de la salud

Hay que fomentar la salud en todas las políticas creando comisiones intersectoriales con liderazgo, autoridad delegada y capacidad para identificar las políticas públicas con mayor potencial y para rendir cuentas. A continuación destacamos algunas:

a) **Planificación urbana y vivienda:** Instaurar de nuevo el Plan de barrios (bajo la ley de barrios), dirigido sobre todo en los barrios más vulnerables; incorporar la pobreza energética, la accesibilidad, la asequibilidad

y el entorno construido en las promociones de vivienda pública; diseñar las áreas urbanas para facilitar la actividad física y caminar de manera segura;

b) **Transporte y medio ambiente:** Liderar alianzas, activar la participación y financiar el desarrollo de un plan estratégico de movilidad activa que dé prioridad a peatones y ciclistas; concentrar los servicios (escuelas, servicios de salud, trabajo, etc.) para reducir los desplazamientos motorizados, aumentar la movilidad a pie y reducir las desigualdades;

c) **Alimentación:** Establecer impuestos sobre los alimentos y bebidas poco saludables y limitación de publicidad de comidas poco saludables en entornos infantiles; aprovechar el gran potencial del Ayuntamiento de Barcelona en la distribución y venta de alimentos (51 % de acciones de Mercabarna y 39 mercados municipales) para hacer política de alimentación sana y sostenible (precios asequibles, de proximidad y de temporada, ecológicos y con garantía sanitaria, etc.);

d) **Medio ambiente y salud:** Contaminación atmosférica: determinar las áreas de Barcelona en la que hay que limitar el acceso de vehículos según su calidad de emisiones; potenciación de energías renovables (solar, eólica, geotérmica); vigilancia del ruido de actividades de ocio y recogida de residuos; solucionar la contaminación de emisiones de barcos en el puerto de Barcelona e inspecciones rigurosas a industrias contaminantes; Gestión de residuos (adhesión a la Estrategia Catalana de Residuo Cero para evitar la alta contaminación por la quema de residuos en incineradoras y cementeras); controlar los tóxicos presentes en los alimentos o el agua; aumento y vigilancia de las distancias de las antenas de telefonía móvil de viviendas y escuelas; sustitución de las redes Wi-Fi para cables; instaurar el carné personal de historia radiológica;

e) **Educación:** promover la redistribución equitativa del trabajo familiar y doméstico aumentando la cobertura de las guarderías; impulsar que los objetivos educativos de todos los centros escolares incluyan la salud y faciliten estructuralmente los hábitos saludables; facilitar el acceso a la alimentación de calidad en los centros con oferta alimentaria y asegurar las becas comedor todo el año;

f) **Trabajo:** Impulsar políticas activas de empleo y generación de empleo saludable y justa; desarrollar una línea de acción local que tutele los derechos laborales; condicionar la contratación del Ayuntamiento al cumplimiento de parámetros de calidad del empleo y hacer un seguimiento de los servicios subcontratados y externalizados; fomentar la salud laboral e incentivar la participación en las decisiones que afectan a la salud laboral, especialmente entre las personas más vulnerables;

g) **Inclusión social:** Asegurar unos servicios públicos universales que puedan diagnosticar y actuar priorizando a la ciudadanía con más necesidades, con prestaciones de tipo económico como la renta garantizada ciudadana, tendiendo a su universalidad como renta básica de ciudadanía, y ayudas para servicios básicos (alimentación, vivienda, energía y becas); asegurar que todas las personas tengan acceso al empadronamiento, independientemente de sus condiciones de residencia.

2. Intervenciones para reducir las desigualdades en salud y en la atención sanitaria

Buena parte del enfoque de salud en todas las políticas, mencionado en el apartado anterior, fomenta la reducción de las desigualdades en salud, tanto a nivel territorial como por ejes sociales (clase social, género, inmigración, etc.). De todos modos, es necesario priorizar programas específicos dirigidos a la reducción de las desigualdades en salud. Ejemplos son:

- a) Reinstauración del Plan de Barrios en las áreas metropolitanas, tener en cuenta las zonas más desfavorecidas de la ciudad;
- b) Establecer programas específicos para reducir las desigualdades en salud en grupos vulnerables como los niños y las personas mayores, programas que deberán tener en cuenta los diferentes ejes de desigualdad.

3. Mejora del sistema sanitario público y desmercantilización de la sanidad

En relación con **los servicios:**

- a) Impulsar desde el Ayuntamiento el modelo sanitario del Servicio Nacional de Salud que queremos para Cataluña;
- b) revisar los convenios y conciertos del CSB con entidades asistenciales con ánimo de lucro (incluye la disolución del PAMEM integrándolo a la red general del CSB). En cuanto a la atención primaria:
 - a) Promover la atención primaria de salud (APS) como eje vertebrador del sistema sanitario;
 - b) Impulsar en el marco del CSB, y en especial en las zonas que tienen como referencia hospitales municipales, planes concretos de coordinación entre ámbitos asistenciales con participación de la APS, revisando también el actual sistema de atención continuada y urgente, y la cartera de servicios de salud comunitaria en coordinación con la Agencia de salud Pública de Barcelona; y
 - c) Asegurar que en todos los centros de la ciudad se dé atención sanitaria a todas las personas que lo necesiten, sea cual sea su situación administrativa.

En relación con **el modelo hospitalario:**

- a) La adecuación de la estructura organizativa: horizontal por procesos. La colaboración e integración de servicios en base territorial;
- b) Plan radical de listas de espera en el sistema público;

- c) Establecer modelos de pago multifactoriales basados en financiación capitativa, resolución y calidad y producción de actividad;
- d) Establecer transparencia, evaluación y participación de la ciudadanía y trabajadores/as a todos los niveles del sistema.

- d) Mejorar la gobernanza y la gestión de los hospitales públicos, haciendo que sea profesionalizada e independiente de los niveles políticos y con participación ciudadana y trabajadores sanitarios.

En cuanto a **la salud mental**:

- a) Integrar las redes proveedoras de servicios, incrementando la actual oferta de servicios para que la atención sea para toda la población; y

- b) Seguir instaurando un despliegue de servicios de tratamiento ambulatorios a las adicciones (llamados CAS), los programas de mantenimiento con metadona y la puesta en marcha de servicios de reducción de daños, con espacios de consumo supervisado.

4. Mejora de la información, aumento de la democracia y la participación popular

En cuanto a la información, la evaluación y la investigación:

- a) Pasar de la información al debate y deliberación, con conclusiones mayoritarias de los componentes del Consejo;

- b) Desarrollar un conjunto de indicadores de salud de la ciudadanía y de sus determinantes sociales y económicos e incluirlos en la agenda política y en el Ayuntamiento;

- c) Desarrollar actividades de investigación aplicada verdaderamente pública, transparente y accesible, así como de docencia en salud pública y servicios de salud;

En relación con la democracia y la **participación popular**:

- a) Fomentar un liderazgo compartido entre la ciudadanía, los profesionales y la administración de salud;

- b) Asegurar los mecanismos de participación activa y real por parte de la ciudadanía;

- c) Reconstituir el Consejo de Salud de Ciudad junto con los de los distritos;

- d) Información y empoderamiento de la población inmigrante sobre sus derechos de atención sanitaria;

- e) La participación y el empoderamiento de la ciudadanía en las políticas públicas es un valor de calidad democrática en el que se debe creer firmemente, y hay que activar un fuerte liderazgo del poder político para poder vencer inercias e intereses que se oponen;

- f) Tener profesionales motivados, con valores de servicio a la comunidad, de salud integral, que aborden todos sus determinantes y convencidos de la necesidad de la participación y la implicación de la comunidad;

- g) Desarrollar la presencia de representantes de los ciudadanos también en las comisiones de salud de centros sanitarios, además de los actuales componentes de Consorcio, ASPB y representantes de centros;

- h) Reforzar la calidad y representatividad de la comunidad (elecciones de entidades representativas del tejido social y formación de sus representantes).