



Fòrum

de la **Professió Mèdica**

PROPOSTES PER A LA SOSTENIBILITAT
I MILLORA DEL SISTEMA SANITARI PÚBLIC

<http://forumprofessiomedica.comb.cat>

FÒRUM DE LA PROFESSION MÈDICA

PROPOSTES PER A LA SOSTENIBILITAT
I MILLORA DEL SISTEMA SANITARI PÚBLIC

Edita: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Coordinació: Elvira Bisbe Vives
Lurdes Alonso Vallès
Dolors Quera Aymà
Lluís Albaigès Sans
Antònia Sans Boix
Xavier Bonfill Cosp

Jaume Padrós Selma
Marc Soler Fàbregas
Anna Mitjans Garcés

Estudi editat al novembre de 2011

Índex

1. Preàmbul	5
2. Metodologia	9
3. Síntesi	15
4. Conclusions per àmbits	19
4.1. Hospitals	19
4.2. Atenció primària	25
4.3. Sociosanitari	30
4.4. Salut mental	35
4.5. Docència i formació	38
4.6. Recerca i innovació	40
5. Participants als grups de treball	44
6. Documents amb les propostes del grups de treball: http://forumprofessiomedica.comb.cat	

1. Preàmbul

PER L'EFICIÈNCIA I LA QUALITAT DEL NOSTRE SISTEMA SANITARI

La sanitat és un dels elements bàsics del que s'ha denominat l'estat del benestar i, en els països desenvolupats una part molt important, si no la que més, del pressupost públic (a Catalunya suposa el 38%).

Ja des de fa unes dècades neix, als països més previsors, la preocupació per la situació econòmica i financera dels sistemes de salut, a causa de l'augment continuat de les despeses, atribuïble a diversos factors, essencialment demogràfics, tecnològics i sociològics. Aquesta preocupació porta a intents de racionalització de la despesa i recerca de l'eficiència (Oregon, Nova Zelanda, Suècia, Holanda, Noruega, etc.), la majoria a la dècada dels noranta, basats en la revisió de les carteres de serveis, la prioritització i en alguns casos el copagament, iniciatives que no sempre han comptat amb la participació dels professionals de la salut.

L'esclat de la greu crisi econòmica actual que, amb la caiguda de les activitats econòmiques, ha introduït major pressió en les institucions i els estats, ha col·locat els sistemes de salut, especialment en els països menys previsors com el nostre en una situació més delicada, atès que el sistema estava ja infrafinançat. Aquesta situació aboca forçosament a prendre mesures d'emergència a fi de fer el sistema sostenible mitjançant polítiques d'austeritat.

Però el problema del nostre sistema sanitari és més profund, ve de més lluny. La crisi econòmica ha estat el desencadenant d'allò que fa temps que es veia a venir, la gota d'aigua que omple el got i el fa vessar. I això ha estat, ben segur que en diferents proporcions, responsabilitat de tots. Sabem que s'ha gastat més enllà del pressupost públic: els governants han ofert unes expectatives sense límits, els professionals de la sanitat sovint desatenent les conseqüències econòmiques de les nostres decisions i els usuaris amb freqüència fent un ús inadequat i excessiu de les prestacions. Uns més que altres, però tots responsables, cadascú en el seu àmbit, de fer esforços per redreçar la situació.

D'aquí, doncs, aquesta iniciativa de la Junta de Govern del COMB d'elaborar un informe adreçat a les mesures de com gastar millor en els diferents àmbits de la nostra activitat assistencial, així com en docència i formació i recerca i innovació. Per una banda, és obvi que els professionals sanitaris, i en aquest cas els metges, sabem que hi ha oportunitats per a la millora de l'eficiència, i per l'altra banda, entenem que les autoritats sanitàries farien bé a fer confiança als professionals i a les seves institucions, quan adquireixen un compromís en pro de la qualitat i del sosteniment del sistema.

Tota crisi, però, comporta una oportunitat, tant pel fet que obliga a analitzar com es fan les coses, com pel fet que l'anàlisi fa descobrir possibilitats de millora en àmbits complementaris o no directament relacionats amb el motiu de l'anàlisi. En prendre, doncs, la crisi com una oportunitat, és molt probable que tinguem ocasió no només de millorar els indicadors econòmics sinó també de redreçar algunes mancances del sistema; per exemple, la participació dels metges a la gestió de les institucions.

Existeix un consens acadèmic internacional en que és del tot necessària la participació i implicació dels metges per aconseguir la sostenibilitat del sistema sanitari. Perquè això sigui possible és necessari que l'Administració, gestors i professionals enduguin un procés de treball en comú, basat imprescindiblement en la confiança mútua, que no s'aturi en l'objectiu immediat de l'estalvi ara imprescindible, sinó que apunti a fórmules imaginatives de gestió compartida, garantia d'un bon funcionament a llarg termini. Implicats en la gestió de les nostres institucions, el paper del metge ha de ser cabdal per garantir la sostenibilitat i la qualitat del sistema, a la vegada que, amb o sense crisi econòmica, per definir i defensar allò que és irrenunciable.

I, què és irrenunciable? En primer lloc, el finançament públic de salut. Aquest és un bé aconseguit i construït entre tots, implantat a la nostra societat sense marxa enrere i emmarcat en el concepte més elemental de justícia social. El model podrà ser objecte d'anàlisi, de reformes per millorar la seva eficiència, de definició de la cartera de serveis, d'establiment de prioritats i, si convé, d'introducció de mecanismes per afavorir la utilització responsable, i la corresponsabilització de la població, però les característiques de sistema públic, equitatiu i universal són irrenunciables.

En segon lloc, tampoc podem renunciar al manteniment i millora de la relació metge-malalt, tant des del punt de vista de l'efectivitat com de l'afectivitat. Qualsevol retallada pressupostària no ha de poder afectar les condicions idònies perquè el metge pugui desenvolupar la seva tasca de manera eficaç (efectivitat) i humanista (afectivitat: altruisme, compassió, diàleg, informació), que generi allò que és imprescindible en la relació metge-malalt: la confiança. Aquestes són les dues variables que defineixen la qualitat assistencial, tant la qualitat objectiva com la percebuda. En mancar una de les dues, l'acte mèdic no serà complert. Es diu i amb raó que la cordial relació pacient-metge és un dels més eficaços "fàrmacs" del qual no s'hauria de poder prescindir.

En tercer lloc, també són irrenunciables, sobretot de cara al futur, aquelles característiques del sistema que, malgrat totes les dificultats, el fan atractiu per al millor de la nostra joventut. Les nostres institucions estan plenes d'especialistes joves i metges i metgesses en formació, que han estat estudiants brillants, que han escollit la carrera de Medicina quan, amb la seva nota de selectivitat, haguessin pogut optar per altres professions menys sacrificades i fins i tot millor retribuïdes.

El sistema, amb els salaris més baixos dels països del nostre entorn, els ha ofert, però, altres atractius, com una bona xarxa d'hospitals i de centres d'assistència primària on dur a terme la seva activitat assistencial de forma satisfactòria, un bon sistema de formació d'especialistes, sempre susceptible de ser millorat, i la possibilitat d'exercir activitats acadèmiques a través de la docència i la recerca. Els joves metges i metgesses són el futur de la nostra Medicina i del nostre sistema de

salut. Els ajustos pressupostaris no han de malmetre la qualitat de la formació dels metges joves ni les seves possibilitats de desenvolupament professional. Seria malbaratar el que s'ha aconseguit i, pitjor encara, enterrar el futur.

Per tant, qualsevol retallada que pogués malmetre greument alguns dels punts anteriors seria inacceptable. Cal insistir, però, en la responsabilitat de tots els col·lectius que intervenen en el sistema (polítics, gestors, professionals i usuaris), més exigible sens dubte de dalt a baix, per assegurar-ne la continuïtat i millora. Per aprofitar l'oportunitat, caldrà, sens dubte, imaginació i voluntat política, i per part dels metges potenciar el professionalisme, en definitiva: compromís, lideratge i adaptació als canvis.

2. Metodologia

Aquest treball ha estat el resultat de la col·laboració i implicació de més de 300 metges de la xarxa pública, que han participat presencialment i/o com a consultors online en els 26 grups de treball que s'han posat en funcionament per aconseguir els objectius del Fòrum de la Professió Mèdica.

2.1. Participants

S'ha convidat a participar a companys dels següents col·lectius:

- compromissaris del COMB,
- metges que participen a l'Observatori de la Professió del COMB,
- metges a qui el COMB ha atorgat el Premi d'Excel·lència,
- membres de la secció d'hospitals,
- membres de la secció d'atenció primària,
- membres de la secció de sociosanitaris,
- membres de la secció de psiquiatria,
- societats científiques,
- professionals de relleu a proposta dels membres de la Junta de Govern, coordinadors dels grups de treball o d'altres participants.

També vam comunicar la iniciativa a través de la web del COMB i es va fer una crida a tot aquell que volgués participar.

Com a resultat d'aquesta àmplia difusió, hem aconseguit la participació de 325 metges de tots els perfils:

- d'hospitals de tots els nivells,
- de centres de primària,

- de centres sociosanitaris,
- de centres de salut mental,
- amb i sense responsabilitat organitzativa o de gestió,
- d'àrees mèdiques, quirúrgiques o de serveis centrals,
- de les coordinacions de docència,
- d'instituts de recerca,
- de centres urbans i rurals,
- de diferents organitzacions i centres proveïdors.

2.2. Àmbits i grups de treball

A continuació assenyalarem els grups de treball dels diferents àmbits. En l'apartat 5, es relacionen tots els participants:

Àmbit d'hospitals

Coordinadora: Dra. Elvira Bisbe

	Grup de treball	Coordinador
1	Despesa farmacèutica	Dr. Xavier Carné
2A	Exploracions complementàries: diagnòstic per la imatge	Dr. Lluís Donoso
2B	Exploracions complementàries: laboratori	Dr. Josep Lluís Bedini
3	Material fungible i pròtesis	Dr. Enric Cáceres Dr. Enric Roche
4	Indicacions terapèutiques	Dr. Màrius Morlans
5A	Organització/estructura: relació entre hospitals (terciarisme, sinergies, cartera de serveis)	Dr. Jaume Roigé Dr. Felip Bory
5B	Organització/estructura: l'hospital en el model sanitari català (desburocratització, recursos humans, model de guàrdia, rols professionals)	Dra. Carmen Gomar Dra. Roser Garcia Guasch

Àmbit d'atenció primària

Coordinadora: Dra. Lurdes Alonso

Grup de treball	Coordinador
1AB Prescripció: farmàcia i proves complementàries	Dr. Jaume Sellarès Dr. Manel Borrell Dr. August Anguita
1C Prescripció: incapacitat transitòria (IT)	Dr. Jaume Sellarès Dra. Àngels López
2 Gestió d'equips i autonomia de gestió	Dra. Mireia Sans
3 Coordinació amb altres nivells	Dr. Josep M. Benet Dra. Roser Marquet
4A Medicalització: prevenció i hàbits saludables	Dra. Lurdes Alonso Dr. Ramon Ciurana
4B Medicalització: obstinació terapèutica	Dra. Lurdes Alonso Dra. Yolanda Herreros
4C Medicalització: desburocratització	Dra. Lurdes Alonso Dr. Roger Badia
5 Pediatria	Dra. Lurdes Alonso Dra. M. Carmen Monzón

Àmbit sociosanitari

Coordinadora: Dra. Dolors Quera

Grup de treball	Coordinador
1 Coordinació entre nivells/transicions: hospitals, mitja i llarga estada, residències, atenció primària	Dr. Pau Sànchez
2 Indicacions terapèutiques: adequació de l'esforç terapèutic, final de la vida	Dr. Benito Fontecha
3 Prescripció farmacèutica: polifarmàcia	Dr. Ramon Cristòfol
4 TIC: impacte en la despesa	Dr. Antonio Yuste Marco
5 Serveis socials i dependència	Dr. Joan Cunill

Àmbit de salut mental

Coordinador: Dr. Lluís Albaigès

Grup de treball	Coordinador
A Gestió integral, territorialització i lideratge	Dr. Pep Fàbregas Dr. Diego Palao
B Prescripció, fàrmacs, psicoteràpies, cartera de serveis	Dr. Lluís Mauri Dr. Víctor Pérez
C Coordinació i programes assistencials	Dr. Lluís Lalucat Dr. Lluís Albaigès
D Model assistencial, formació i gestió global	Dr. Lluís Albaigès Dr. Lluís Isern

També es van crear dos grups transversals de tots els àmbits:

Grup de treball	Coordinador
25 Docència i formació	Dra. Antònia Sans
26 Recerca i innovació	Dr. Xavier Bonfill

2.3. Elaboració dels documents de propostes

2.3.1. Documents dels grups de treball

Cada grup de treball ha dut a terme les reunions que ha cregut oportunes per desenvolupar l'encàrrec en l'àrea assignada i consensuar les propostes. També s'ha promogut el treball online per tal d'implicar-hi més professionals relacionats amb l'àmbit i tema del grup de treball.

A cada grup de treball es va demanar que desenvolupés les seves propostes de millora del sistema sanitari, seguint el següent esquema per cada una d'elles:

- Enunciat.
- Argumentació:
 - Procediments per dur-la a terme.
 - Avantatges.
 - Inconvenients.

- Valoració¹:
 - Impacte en la despesa.
 - Facilitat d'implementació.
 - Temps necessari.

A <http://forumprofessiomedica.comb.cat> es troben les propostes de tots els grups de treball.

2.3.2. Document de conclusions d'àmbit

D'altra banda, el coordinador de cada àmbit ha elaborat unes conclusions de tots els seus grups de treball, consensuades per tots els participants i fent un esforç de síntesi en les següents línies:

- Introducció sobre la situació de crisi a l'àmbit corresponent.
- Propostes:
 - Què podem fer els professionals?
 - En què necessitaríem que canviessin les organitzacions sanitàries? Com hauria de ser la gestió en aquestes organitzacions?
 - I el sistema sanitari? Quins canvis polítics serien necessaris?
 - Altres

S'han posat en contacte grups de treball intra i entre àmbits per tal d'ajustar, si era possible, les propostes en els punts on hi havia diversitat de parers. Tot i així, hi ha algunes (poques) propostes en què a causa de la diversitat d'interessos això no s'ha aconseguit.

¹ Valoració ponderada en 3 graus sobre el que suposa en:

- reducció de la despesa (molt (A), mig (B), poc (C))
- facilitat d'implementació (fàcil (A), regular (B), difícil (C))
- temps (curt (A) , mig (B), llarg termini (C))

3. Síntesi

El treball que ha elaborat el Fòrum de la Professió Mèdica està realitzat pels metges que presten serveis assistencials al sistema sanitari finançat públicament. És a dir, per metges i metgesses que treballen en la pràctica clínica. Des d'aquesta perspectiva pretén, com podreu comprovar en l'enllaç al web del COMB (<http://forumprofessiomedica.comb.cat>) amb els documents dels 26 grups de treball, aportar diferents experiències sobre el terreny del que es pot fer per racionalitzar la despesa i utilitzar millor els recursos de què disposem. En aquest document tractarem de fer una síntesi dels temes que creiem que són més rellevants i que apareixen en la majoria dels documents aportats pels grups de treball.

Hem treballat per identificar quins són els problemes més importants, fugint de l'anècdota i tractant d'aportar possibles solucions. En aquesta anàlisi, al llarg del document, hem ordenat els temes d'acord amb qui recau la major responsabilitat de proposar solucions tot i que com podreu comprovar els problemes i les propostes de solucions no són exclusives de cap grup professional i afecten els metges, els gestors, els responsables polítics i els ciutadans. En qualsevol cas els metges, amb més o menys responsabilitats, volem participar i comprometre'ns en la cerca de solucions entenent que estem en un entorn canviant i que caldrà flexibilitat per poder avançar.

En un entorn d'envelliment de la població amb pluripatologia, de cronificació de la malaltia, de necessitat d'innovació constant i incorporació de noves tecnologies sanitàries, serà molt difícil disminuir els recursos que es destinen a sanitat. En aquest context entenem que caldrà redistribuir els recursos i prioritzar allà on veiem que podem aportar el màxim benefici al menor cost possible. Per fer-ho caldrà un esforç per part de tots i trencar els compartiments estancs de l'organització del nostre sistema sanitari.

En aquest marc, els diferents grups han treballat en:

1- Gestió eficient dels recursos en l'equip assistencial

- Es basa en la gestió clínica i la millora de la informació, de manera que permeti conèixer als metges el nivell de despesa de la seva activitat i puguin actuar amb criteris de cost-eficiència.
- Revisar algunes prestacions sanitàries en funció de l'evidència científica disponible i el millor cost-efectivitat.

- La redefinició dels rols dels components de l'equip assistencial, metges, infermeres i personal no sanitari, ajustant les activitats a les competències dels diferents professionals i establint mecanismes explícits de delegació d'activitats dintre de cada equip assistencial.
- En els diferents nivells assistencials, potenciar l'atenció domiciliària.
- Un aspecte fonamental és el maneig del pacient crònic i la seva coordinació en els diferents nivells assistencials amb especial incidència en la despesa diagnòstica i de tractament. És important que, en funció de la patologia i del pronòstic del pacient, el sistema sanitari incentivi el nivell assistencial on cal que sigui atès mitjançant un nou sistema de pagament que permeti a les organitzacions i als professionals col·laborar i ser més eficients.

2- Com millorar la motivació i promoure el professionalisme

- Incentivar el professionalisme, és a dir, el compromís amb el pacient i amb l'organització, l'autonomia professional, l'excel·lència, el lideratge, la flexibilitat i adaptació a les necessitats socials i la capacitat de gestió.
- Fomentar l'autonomia de gestió per arribar als màxims nivells d'autogestió quan les condicions de l'equip i l'organització ho permetin en els diferents àmbits assistencials.
- Promoure canvis en el sistema de retribució dels metges en relació amb els seus resultats quantitatius i qualitatius. No retribuir per qui s'és, sinó pel que es fa i els resultats. Facilitar la capacitat resolutiva dels metges i retribuir en conseqüència. És imprescindible millorar els sistemes d'informació.
- Facilitar la presència de professionals reconeguts en els òrgans de govern de les empreses sanitàries.

3- L'avaluació cost-efectivitat en la pràctica clínica

- És necessari elaborar guies de pràctica clínica basades en l'evidència i cost-efectivitat i arribar a acords entre nivells assistencials per grups de pacients i patologies.
- Cal desenvolupar i instaurar comissions d'avaluació de resultats clínics que siguin independents. Cal promoure agències d'avaluació tècniques i de caràcter independent i vinculant amb especial incidència en l'àmbit del medicament i de les noves tecnologies que vetllin per criteris d'efectivitat, utilitat i oportunitat.

4- Formació mèdica, eix de la qualitat del sistema sanitari

- És imprescindible planificar les necessitats d'especialistes a formar en el sistema públic de salut en funció de les necessitats de salut de la població.
- Cal incorporar a la formació especialitzada i continuada elements de gestió clínica i utilització eficient dels recursos amb criteris ètics. També és necessari fomentar l'esperit innovador i de "rendir comptes".
- Els responsables de formació dels centres han de participar activament en la direcció del centre i han de ser avaluats pels seus resultats.

- Cal augmentar el reconeixement del valor del formador i recompensar l'esforç d'acord amb els resultats.
- Cal redefinir la formació especialitzada amb la incorporació de la troncalitat, un nou sistema d'organització dels residents en els centres i que amplii l'accés formatiu del resident fora del seu centre. La planificació formativa cal realitzar-la en l'àmbit de la unitat docent que agrupa diferents centres i de nivells assistencials.
- Cal incorporar noves tecnologies docents que permetin una ampliació d'horitzons formatius.

5- Recerca i innovació, present i futur

- No es pot deixar d'impulsar la recerca i la innovació en temps de crisi econòmica, però aquesta ens obliga a ser més objectius, explícits, eficients i compromesos èticament en la utilització dels recursos disponibles.
- Cal establir objectius de recerca i innovació del sistema sanitari, en els quals prioritzar els possibles projectes a partir de les necessitats de salut dels ciutadans i pacients i a la possible contribució complementària del finançament privat.
- Cal crear o potenciar les xarxes de recerca i d'innovació biomèdica que permetin la canalització de les millors propostes, la suma d'esforços i la participació integrada de centres i professionals.
- Cal prioritzar la recerca sobre l'eficàcia, efectivitat i cost-efectivitat tant dels fàrmacs com dels altres procediments terapèutics o diagnòstics i alhora promoure la incorporació d'aquelles innovacions que hagin demostrat el seu valor afegit.
- Cal que existeixi una avaluació continuada de les activitats de recerca i innovació que tinguin en compte els resultats assolits i les noves necessitats o oportunitats.

6- Coordinació entre nivells assistencials

- Les TIC han de facilitar l'accés a la lliure elecció del pacient tant del metge de família com de l'especialista.
- Un dels temes de més consens entre els diferents grups de treball és la necessitat de millorar la coordinació entre els professionals i entre les organitzacions. És imprescindible compartir un sistema compatible d'informació en tot el sistema sanitari que incorpori la història clínica única i la carpeta de salut del pacient.
- En el cas de pacients amb multimorbiditat cal abordar de manera decidida i conjunta els diferents dispositius assistencials i socials.
- En pacients terminals cal la integració de tots els equips a fi i efecte d'optimitzar els ingressos als hospitals i millorar la resposta efectiva en el domicili.
- En el cas concret del procés terapèutic del pacient crònic, cal continuar insistint en la coordinació de tots els actors per promoure la seguretat clínica i evitar medicació innecessària.

7- Noves formes d'organització del sistema

- Incorporem les idees relacionades amb l'organització territorial dels centres sanitaris que permeti un circuit per malalt amb accés, en temps real, a la informació clínica i econòmica del pacient. En concret, en el cas de proves complementàries, aquest esforç repercutirà en la millor gestió dels recursos.
- Cal canviar el sistema de pagament dels centres per fomentar-ne la coordinació i l'avaluació de resultats. Sistemes com el pagament per càpita (base poblacional) i la responsabilitat econòmica en la compra de serveis a l'atenció primària han de servir per clarificar les responsabilitats dels centres i dels professionals.

8- Concretar les prestacions sanitàries d'acord amb el cost-efectivitat

- És fonamental definir públicament una cartera de serveis que permeti que els ciutadans/pacients es moguin pel sistema coneixent quin són els seus drets i els seus deures. Amb unes regles del joc prèviament definides, que prevegin que els recursos són limitats, és imprescindible que els professionals recolzats per sistemes d'avaluació independents puguin decidir quines prestacions són cost-efectives i quines no.
- Pel que fa a la incorporació de noves tecnologies, innovacions clíniques..., és necessari establir mecanismes independents d'avaluació amb els quals es pugui mesurar la seva eficiència tenint en compte tot el procés assistencial.
- És necessari reordenar l'activitat d'alta complexitat, tecnificació i alt cost d'acord amb criteris territorials, d'excel·lència i d'eficiència. Els professionals dels diferents centres hauran de posar-se d'acord a coordinar-se i planificar els recursos pensant en la xarxa territorial i no en el seu centre en concret.

9- La participació del ciutadà

- Qualsevol canvi ha de comptar amb la participació del ciutadà i dels pacients de manera que tots puguem participar en la definició de drets i deures.
- Cal fomentar mesures per tal que el ciutadà, amb informació, tingui un paper a l'hora de gestionar la seva malaltia i el manteniment de la salut, i la decisió sobre la seva corresponsabilització.
- En l'activitat de la prevenció cal avaluar quins programes, exploracions, fàrmacs i activitats són prescindibles segons la millor evidència científica i l'anàlisi cost- benefici.

10- Pacte d'Estat per la sanitat. La política sanitària com a prioritat de les polítiques públiques

- És necessari que, igual que es va fer en els pactes de Toledo per garantir el sistema de pensions, es produeixi un gran pacte entre totes les forces polítiques, els agents socials, els professionals i els ciutadans, amb la finalitat de preservar els principis del nostre sistema sanitari i promoure aquells canvis que facin viable la seva sostenibilitat.
- Cal evitar utilitzar de forma partidista els problemes actuals del sistema sanitari. El sistema sanitari ha estat un dels eixos vertebradors del nostre model social i de cohesió i, si se'l sotmet a pressions alienes a l'interès general, es pot fer perdre la confiança dels ciutadans i dels seus professionals.

4. Conclusions per àmbits

4.1. Hospitals

4.1.1. Introducció

L'àmbit hospitalari suposa el 56%² de la despesa sanitària a Catalunya. Podem destacar que dins el pressupost dels hospitals, els recursos destinats a personal representen el 57% del total, la farmàcia hospitalària representa el 14% i l'altre material sanitari el 8% (pròtesis o implants, per exemple).

Els professionals sanitaris, sobretot els metges, són els gestors directes dels recursos que el sistema sanitari posa al seu abast, entre d'altres, les proves diagnòstiques i les intervencions terapèutiques. Per tant, juntament amb els tècnics econòmics, som el col·lectiu que pot contribuir més a dissenyar i executar les mesures destinades a la millora de l'eficiència dels recursos limitats que es destinin a sanitat.

La greu crisi econòmica ha empitjorat una situació ja coneguda i advertida pels experts, que és la manca de sostenibilitat de l'actual sistema públic de salut. Calen mesures urgents però també repensar el model i començar a treballar en aquelles mesures que poden ajudar, en un futur proper, a la sostenibilitat i manteniment de la qualitat del sistema públic de salut a Catalunya.

L'actual conjuntura de reducció del pressupost sanitari amb mesures d'emergència no sempre ben explicades, malgrat han tingut un impacte molt important en els professionals-i no només salarial sinó en càrregues de treball, en llocs de feina i en condicions de treball-, no han desencoratjat els metges d'hospitals a col·laborar en l'elaboració d'un informe de les mesures d'estalvi que creiem s'haurien d'aplicar en l'àmbit hospitalari. Cada mesura proposada s'analitza, s'argumenta, es fa una breu descripció de com aplicar-la i una avaluació ponderada sobre el seu impacte en la despesa i la seva facilitat o dificultat d'implementació.

² Segons "Salut en xifres 2009", l'atenció hospitalària representa el 56,1% del pressupost del CatSalut/ICS l'any 2009.

4.1.2. Propostes

Què podem fer els professionals?

- Participar en la gestió clínica tant com en definir el model sanitari futur i la cartera de serveis. És el moment de prioritzar en aquells tractaments o exploracions que aportin més valor per a la salut i, per això, cal una anàlisi tècnica i professional. Haurem de definir els criteris de prioritització clínica, reduir l'excés de proves diagnòstiques, intervencions quirúrgiques que no millorin la salut o el patiment. També caldrà fer pactes territorials per concentrar l'activitat complexa i establir nous models de relació amb la indústria i altres entitats per mantenir la innovació i la recerca.
- Elaborar guies clíniques basades en l'evidència i en el cost-efectivitat que incloguin el temps d'espera raonable per procediment. Millor promogudes des de les mateixes societats científiques per tal d'evitar feina duplicada i ajudar a un més ampli compliment per part dels centres i professionals. Perquè l'impacte en la despesa sigui significatiu caldria que les conclusions servis sin per ajudar a redefinir la cartera de serveis.
- Haurem de definir clarament els nivells de complexitat assistencial i els criteris d'ingrés a cada nivell. Afavorir la coordinació entre nivells assistencials perquè el pacient tingui un únic circuit.
- En alguns casos caldria redefinir el rol del metge, de la infermera i del gestor. El personal sanitari ha de fer tasques en funció de la seva formació i responsabilitat. No és eficient tenir especialistes fent tasques que no corresponen al seu grau d'expertesa o al seu nivell professional i capacitat de resolució.
- Hem de treballar per utilitzar els recursos terapèutics de forma acurada. Cada pacient és diferent, les mesures terapèutiques més adequades per un pacient determinat poden no ser les habituals per la patologia que presenta, segons els protocols o guies de pràctica clínica. És necessari continuar treballant a evitar actuacions fútils, sobretot en malalties orgàniques cròniques en estat avançat o neoplàsies avançades.

En què necessariem que canviessin les organitzacions?

- Fomentar l'autonomia de gestió dels serveis i unitats multidisciplinars.

La gestió per processos (vies clíniques) i la comptabilitat analítica han demostrat ser claus per a la gestió eficient.

Afavorir la creació d'equips de treball assistencial autogestionats.

En el cas dels equips quirúrgics, permetre la capacitat de gestió de material fungible amb preus màxims per decidir la casa comercial i els implants més adients al millor preu. També és important la protocolització de l'ús de certs implants, sobretot en els procediments més prevalents, per tal de reduir l'estada hospitalària i millorar la qualitat.

- Informació del cost

Prendre consciència del valor del que fem és el primer pas en la millora d'ús dels recursos públics. Una mesura lògica i ràpida és proporcionar informació als professionals i també als usuaris sobre el cost del tractament, procediment o de les proves diagnòstiques.

- Pel que fa a l'avaluació dels resultats, és necessari desenvolupar i implantar instruments de mesura i avaluació que permetin comparar serveis, centres i regions per tal de detectar ineficiències o iniquitats i poder corregir el que calgui. És imprescindible que el metge participi en l'elaboració de l'operativa i els resultats.

En què hauria de canviar el sistema sanitari?

- Redefinició del mapa sanitari català que integri diferents nivells assistencials

Aquest és un punt comú en molts dels grups de treball que considera aquesta la primera mesura a proposar, ja que la manca de coneixement i comunicació entre professionals fa que sovint s'iniciï un procés nou cada vegada, amb diferents criteris de tractament, ingrés, etc., que no només afecta el cost sinó també la qualitat. Cal coordinació entre els diferents nivells assistencials per a un mateix malalt (únic circuit) amb accés a la mateixa informació a temps real.

També aquesta mesura és d'aplicació en els serveis d'exploracions complementàries on, per exemple, l'ordenació i consolidació dels laboratoris de Catalunya amb la integració dels diferents nivells assistencials tindria un important impacte en la despesa. En aquest cas, un avantatge addicional seria que permetria fer estudis d'eficiència reals entre laboratoris o serveis de radiologia que facilitarien optimitzar la gestió i fer Benchmarking.

- Sistemes d'informació compartida (història clínica única)

Aquest punt va íntimament lligat a l'anterior, és cabdal compartir informació del pacient del territori assignat. Un sistema d'informació integrat únic que inclogui la imatge mèdica. Això pot evitar duplicitats de proves i procediments. Seria important que les TIC s'orientin a la gestió de la salut i no només als costos de l'assistència. Aquesta mesura pot aportar coherència entre el conjunt d'indicadors de la prescripció farmacològica, per exemple.

- Redefinir la cartera de serveis que pot oferir el sistema i cada centre (prestacions sistema públic)

Existeix un ampli consens entre els diferents grups de treball que caldria revisar l'actual cartera de serveis, no només en la prioritització, sinó també redefinint les indicacions a finançar pel servei públic de salut. S'hauria d'ajustar, en el possible, a aquells procediments (diagnòstics i terapèutics) amb suficient evidència científica i amb millor relació cost-efectivitat.

Per això cal, com hem dit en el primer punt i està àmpliament desenvolupat en el grup de "Recerca i Innovació", disposar de guies clíniques basades en l'evidència, i començar a desenvolupar i implementar aquelles guies per a les malalties més prevalents i costoses.

- Agències o comissions d'avaluació independents (algunes ja existents com la tecnològica o la de farmàcia i terapèutica) però, és important que estiguin formades sobretot per personal de caràcter tècnic amb participació de les societats científiques i que les anàlisis que facin siguin transparents i objectives. El més important, però, és que les decisions que es prenguin siguin vinculants.

- Concentració del terciarisme

És necessària la reordenació de l'activitat d'alta complexitat, tecnificació i elevat cost, i concentrar-la en aquells centres amb millor equipament i expertesa. Aquest és un punt cabdal, però cal estudiar la demanda real en funció de la seva població de referència i fer grups d'experts d'hospitals, societats científiques amb el Catsalut, per definir la cartera de serveis de terciarisme per cada regió sanitària i/o hospital. Això necessàriament ens obligarà a redefinir les rotacions dels metges residents per tal de garantir la formació. També seria interessant promoure i facilitar aliances estratègiques entre centres.

Aquest punt no només està relacionat amb els procediments terapèutics, sinó també amb les proves diagnòstiques d'alta complexitat (radiologia intervencionista i proves de laboratori d'alta complexitat i baixa freqüència).

Per avançar en aquest tema és imprescindible establir nexes de col·laboració i coordinació entre centres.

Quins canvis polítics serien necessaris?

- Buscar noves fonts de finançament del sistema de salut.
- Canvis en les formes de retribució o incentivació dels professionals. La major autonomia de gestió dels metges, l'augment de productivitat i la seva participació a millorar l'eficiència del sistema ha de ser valorada i incentivada. Sempre sota els criteris de qualitat del servei prestat.
- Promoure més autonomia en relació amb el Govern de l'Estat en la definició de cartera de serveis públics a finançar pel Catsalut basats en informes tècnics.
- Canvis necessaris perquè les agències d'avaluació siguin tècniques i amb caràcter vinculant.
- Afavorir la participació del ciutadà tant en la presa de decisions com en la redefinició de la cartera de serveis i en la corresponsabilitat de l'ús dels recursos sanitaris. També afavorir la formació perquè tingui un paper més actiu en la gestió de la seva malaltia i en el manteniment de la salut.
- Evitar l'ús de la sanitat amb fins polítics. És imprescindible evitar fer política sanitària per a l'obtenció de la rendibilitat política de cada moment.

Altres mesures específiques de cada grup

GRUP 1 (despesa farmacèutica):

- Podria tenir un important impacte en la despesa farmacèutica disposar d'una agència tècnica que de forma pública, transparent i amb la participació, entre altres, del col·lectiu mèdic faci una anàlisi de cost-efectivitat dels nous medicaments i que tingui en compte el seu valor incremental respecte a les alternatives, per tal se decidir-ne el preu i si és finançat pel sistema públic de salut.

GRUP 2A (diagnòstic per la imatge):

- Caldria que el radiòleg actués de "gatekeeper" per evitar estudis innecessaris, col·laborant de forma eficaç amb els clínics.
- Potenciar l'ús de tecnologies híbrides per millorar l'eficiència diagnòstica i disminuir la duplicitat de proves.
- Revisar la funció del metge ja que hi ha coses que podria fer el tècnic o la infermera. Això fa necessari delimitar formalment les competències i ajustar la formació. En el marc de treball en equip, també és necessari establir criteris per delegar certes activitats.

GRUP 2B (proves de laboratori):

- Ordenació i consolidació dels laboratoris de Catalunya amb la integració de diferents nivells assistencials.
- A part de la mencionada història clínica compartida que permetria als professionals de tots els nivells compartir i accedir a la informació clínica dels pacients, es proposa compartir la informació entre els professionals de laboratori. La base de dades comuna i accessible pot facilitar la modulació de les proves sol·licitades, l'assessoria diagnòstica o simplificar els circuits de gestió de proves especials.
- Gestió analítica de la demanda de proves de laboratori (revisió crítica dels perfils, consensuar intervals mínims de temps per a sol·licituds consecutives d'una mateixa prova amb sistemes d'avís al clínic, revisar les guies clíniques).

GRUP 3 (pròtesis i fungibles):

- L'adquisició de tecnologia basada en criteris de cost-eficàcia i estudis d'amortització.
- Determinats procediments s'han de realitzar en serveis amb experiència contrastada. Quan són molt prevalents (per exemple alguns tipus de pròtesi en traumatologia i oftalmologia) els centres monogràfics o especialitzats de mida mitjana poden tenir resultats equiparables als terciaris, però a més baix cost.
- Adequar els estocs a les necessitats reals.

GRUP 4 (indicacions terapèutiques):

- Nou model terapèutic que tingui més en compte els diferents fins de la medicina. Aquests no són només guarir o sanar, sinó preservar la salut, alleugerir el patiment tant dolorós com emocional i tenir cura dels incurables, això vol dir que els malalts crònics necessiten tant les cures com els serveis socials pels problemes no mèdics. Evitar la mort prematura, però també, propiciar una mort tranquil·la (retirada de medicament de suport vital seguint criteris mèdics i morals pensant que el tipus de vida sigui acceptable pel pacient). Sempre tenint en compte la participació del pacient i/o familiars.
- Garantir la individualització dels tractaments i l'autonomia dels pacients sobretot en pacients amb malalties cròniques en estat avançat o neoplàsies avançades, per exemple en neoplàsies avançades la restricció de marcadors tumorals i proves d'imatge pel seguiment, aplicar la monoteràpia seqüencial, limitar la quimioteràpia als pacients amb bon estat funcional, excepte aquells amb malaltia molt quimiosensible, etc.

GRUP 5A (models d'organització):

- Facilitar les sinergies entre centres. Cal incorporar nous sistemes de pagament que permetin i incentivin la cooperació entre centres. A la vegada, cal retribuir els professionals segons els seus resultats.

GRUP 5B (estructura i organització: Recursos humans, organització UCIES i guàrdies)

- Potenciar les alternatives a l'hospitalització convencional com és el cas de l'hospitalització a domicili.
- Definició de la cartera de serveis d'urgència de cada institució o dispositiu, sobretot les unitats d'assistència al malalt greu. Això definirà el personal de guàrdia necessari.
- Reorganització de les guàrdies.
- Estreta col·laboració entre diferents nivells assistencials.

4.2. Atenció primària

4.2.1. Introducció

L'atenció primària i especialment els seus professionals tenim un compromís amb el manteniment i millora de la solvència i sostenibilitat del nostre sistema sanitari públic i el volem seguir exercint especialment en els moments de dificultats econòmiques.

Partim d'una situació amb bons resultats de salut, una alta accessibilitat i un excel·lent nivell de resolució, que ha estat feina de molts metges i metgesses i d'un ampli grup de professionals de la salut, però també del recolzament i la confiança dels usuaris que any darrere any, malgrat els canvis i les crisis, mantenen una molt alta valoració de l'atenció primària. També ha contribuït a l'èxit de la nostra atenció primària el treball conjunt i multidisciplinar en centres de salut, situació organitzativa immillorable que ha estat un avantatge competitiu respecte a altres sistemes del nostre entorn.

Conscients de la necessitat d'adaptar-nos ràpidament a l'entorn canviant, un ampli grup de metges i metgesses d'atenció primària, seguint la crida del COMB, hem analitzat, amb rigor i amb amplitud de mires, què podríem fer nosaltres per contribuir als esforços de contenció que el present ens demana i per consolidar i fer encara més eficient i sostenible l'atenció primària.

I ho hem fet mirant també el futur d'un sistema sanitari que haurà de donar més responsabilitat i més recursos a l'atenció primària. Altres països ja ho han fet i han tingut resultats molt positius.

La sostenibilitat del sistema és una tasca de tots, cada un de nosaltres pot participar-hi activament en el seu àmbit de responsabilitat, des de la consulta del metge de família i de pediatria, a la ciutat o a l'àmbit rural, en centres docents o consultoris locals, des de responsabilitats de gestió o des de les unitats de suport a l'AP.

El ventall de l'AP és molt ampli i en el futur encara ho serà més, més professionals, més interdisciplinar, més tecnologia, més participació i més compromís amb els resultats.

La sostenibilitat implica canvis i assumir més compromisos. Ho farem des dels valors del professionalisme, amb més autonomia, assumint riscos, mantenint-nos competents, vetllant per la formació de les noves generacions amb qualitat i al costat de la universitat i preservant i millorant la confiança del pacients com el valor més important en la relació metge pacient.

L'actual assignació de recursos a l'AP és baixa i no creix, més aviat disminueix en percentatge. S'ha de replantejar el nou finançament, en especial l'assignació a l'AP, a partir d'un gran pacte polític i social, això vol dir més recursos, sistemes de pagament objectius, clars i de base capítativa, però s'han de gestionar amb més rigor, amb transparència, orientats a resultats i basats en les millors evidències.

Tots hi tenim responsabilitat, l'Administració, els professionals i els ciutadans. En aquest document, hem definit i prioritzat amb detall les mesures que els professionals posem damunt la taula i a les quals ens podem comprometre, entenem que la solució no és única i que està en mans de tots, per això demanem un gran pacte. Els metges i metgesses d'atenció primària hi posem el nostre compromís, ens agradaria compartir responsabilitats amb la resta, per això també hem analitzat mesures que ens afecten en la nostra feina però que no estan en el nostre àmbit de decisió més directe.

És la nostra esperança que aquestes idees es portin a terme i no quedin només en un llibre de consulta. A tots els que hi han participat, el nostre agraïment.

4.2.2. Propostes

Què podem fer els professionals?

- Participar en la redefinició de la cartera de serveis d'atenció primària de forma clara, concretant quins programes, exploracions, fàrmacs i activitats són necessàries i quines prescindibles segons l'eficàcia, eficiència i la millor evidència científica.
- Apostar per l'autogestió, la corresponsabilització i l'autonomia professional dins de l'atenció primària, entenen-les tant des del maneig dels recursos com de l'organització de l'equip, de les decisions clíniques en el procés d'atenció dels problemes i necessitats de salut, que impliquen un traspàs de risc, incentivació i penalització directament als professionals assistencials. La diversitat, la participació i la transparència han d'ésser els tres principis bàsics de l'organització.
- Responsabilitzar-nos de la prescripció, disposant de les atribucions i dels elements necessaris per prescriure sota la nostra responsabilitat. La bona indicació ha d'estar basada en les millors evidències d'efectivitat, seguretat, racionalitat, eficiència i el respecte als drets del pacient. Cal seguir treballant a evitar els tractaments farmacològics de les no malalties, la iatrogènia i la inèrcia terapèutica quan els tractaments no aconsegueixen els objectius. Cal donar instruments i habilitar el metge de família pel tractament i seguiment de les malalties cròniques d'alta prevalença i lleu o mitjana complexitat. Cal revisar el compliment de la medicació i fer un esforç des de les consultes per responsabilitzar i motivar al pacient.
- Evitar la sobreutilització d'eines terapèutiques en el pacient amb malaltia orgànica avançada, revisant els fàrmacs que pren en funció de la seva eficàcia en morbiditat, experiència d'ús, seguretat i cost econòmic. Seguir revisant l'adequació de fàrmacs específics per les demències, i valorar la seva retirada en pacients quan correspongui. Proposar mesures per evitar actuacions mèdiques fútils i retirar les que no han esdevingut, davant dels malalts terminals.
- Reforçar l'adopció d'hàbits de vida saludable a la població i la comunitat, potenciant les activitats preventives contrastades, fiables, factibles i prudents i evitant aquelles poc documentades o fins i tot perilloses per a la salut de les persones. Cal plantejar límits a la prevenció en la gent gran en funció de l'edat, comorbiditat, expectatives i qualitat de vida.

- Elaborar i utilitzar protocols i guies de pràctica clínica basades en l'evidència i el cost-efectivitat a l'hora d'acordar processos d'actuació pels diferents grups de pacients o de patologies i a l'hora de sol·licitar proves complementàries, evitar-ne la duplicitat a través de la unificació dels sistemes d'informació i/o disposar d'aquests en webs acreditades.
- Potenciar les interconsultes entre professionals per evitar desplaçaments dels pacients. Cal substituir el concepte "derivar el pacient a l'especialista" per "consultar amb l'especialista".
- Potenciar i aplicar totes aquelles mesures per desburocratitzar l'atenció (gestió de la demanda, gestió incapacitat temporal, receptes, transport sanitari, proves, informes...) i donar a conèixer les diferents normatives existents sobre la desburocratització.
- Adequar la indicació terapèutica de la incapacitat temporal als criteris clínics.

En què necessitaríem que canviessin les organitzacions?

- Afavorir la creació d'equips autogestionats. L'autogestió i la corresponsabilització són la fórmula de gestió més propera al professionalisme com a element de progrés de la sanitat.
- Incorporar professionals assistencials de prestigi en els òrgans de govern de les empreses. Acordar o pactar amb el col·lectiu de professionals qualsevol aspecte substantiu relacionat amb la seva tasca i responsabilitat professional: aspectes organitzatius, recursos sanitaris, retribucions...
- Facilitar i incentivar la capacitat resolutiva dels professionals en la consecució de la millora dels nivells de salut i de la millor utilització dels recursos disponibles.
- Facilitar la comunicació entre l'AP i la resta de dispositius assistencials.
- Potenciar nous models de contractacions en AP.
- Establir contractes vinculants relacionats amb la prescripció farmacèutica que estimulin l'eficiència sense disminuir la qualitat.
- Potenciar el professionalisme maximitzant el desenvolupament competencial per a cada estament professional; possibilitar així que cap professional realitzi tasques i assumeixi responsabilitats que pugui realitzar un altre professional, en el nivell competencial més eficient. Exigir la professionalització dels càrrecs de gestió i establir un sistema meritocràtic d'accés.
- Promoure i potenciar l'ús de les noves tecnologies i sistemes d'informació compartits (història clínica compartida, carpeta de salut del pacient), amb l'objectiu de promoure una relació més eficient entre els professionals i els ciutadans.
- Vetllar per la formació continuada dels professionals dins i fora de l'entitat per mantenir el nivell d'excel·lència.
- Potenciar la participació de totes les entitats implicades en el procés d'IT.

Quins canvis calen en el sistema sanitari?

- Apostar pel model capítatiu com a instrument primordial per a la integració de serveis i preveure incentius dirigits a propiciar la gestió coordinada i la continuïtat assistencial a partir de les aliances establertes entre les diferents entitats proveïdores en el marc dels objectius d'accessibilitat i resolució i de la compra i la contractació de serveis. Els resultats s'han de mesurar en millores de salut ajustades per risc i en termes de costos.
- Definir un contracte de compra que situï l'AP com a centre del sistema sanitari. Dotar l'AP dels recursos suficients per poder comprar les diferents proves complementàries, els serveis de l'atenció especialitzada, laboratoris i centres de diagnòstic sota criteris d'eficiència, proximitat, rapidesa i qualitat.
- Redefinir la cartera de serveis que pot oferir el sistema explicitant públicament les prestacions que es poden oferir i rebre, prioritzant-les en funció de la seva eficiència i establint criteris d'homologació de qualitat.
- La revisió dels criteris de nous medicaments o de baix valor terapèutic, d'acord amb criteris d'efectivitat, utilitat i oportunitat, promocionant agències d'avaluació independents. Adequar la presentació i nombre de dosis dels envasos dels medicaments a les pautes posològiques habituals. Reavaluar la prescripció segons la indicació i afegir la informació clínica a la de cost. Aplicació del decret de prescripció per principi actiu. Homogeneitzar l'aparença i presentació de productes d'igual contingut. Expandir la recepta electrònica a tots els nivells assistencials i exigir-los les mateixes responsabilitats sobre la prescripció i la despesa. Valorar la compra centralitzada de medicaments i altres productes farmacèutics en el cas de pacients institucionalitzats.
- Potenciar sistemes d'informació compartits, fomentant l'ús les noves tecnologies. Les TIC són instruments essencials per garantir la viabilitat de l'estratègia d'integració de serveis i continuïtat assistencial. S'ha de garantir un portal segur de comunicació interactiu, que faciliti un canvi en la gestió de la demanda, en la informació i en la formació als i dels pacients.
- Facilitar la lliure elecció d'especialista i centre per part de tots els metges, d'acord amb el pacient, tant des de l'AP a l'AE com de l'AE entre si.
- Racionalitzar la xarxa amb diferents proveïdors d'atenció primària i evitar duplicitats de gestió.
- Evitar tot allò que pugui contribuir a la medicalització de la vida quotidiana
- Racionalitzar la xarxa amb diferents proveïdors d'atenció primària.

Quins canvis polítics són necessaris?

- Fomentar un pacte d'estat de sanitat, que n'eviti utilitzacions partidistes.
- Assegurar un mapa sanitari on s'asseguri una justa i equitativa provisió de serveis a tota la població de Catalunya, sense desequilibris injustificats.

- Establir noves fonts de finançament, com per exemple a través de taxes (carburants, tabac, alcohol, IRPF, etc.). Cal que es recaptin diners per altres vies i aquests han de revertir directament al sistema sanitari, sense que estigui vinculat a la utilització dels serveis.
- Els polítics han de comprometre's i recolzar les mesures adoptades de forma transparent, clarament i públicament, explicant-ho a la població.

I els pacients, quins canvis han de fer?

- Assumir l'autocura i la corresponsabilització en la presa de decisions.
- Exigir informació clara vers les prestacions existents, els drets i deures dels ciutadans i a disposar d'accés a educació sanitària.

4.3. Sociosanitari

4.3.1. Introducció

Catalunya disposa d'un model d'atenció sociosanitària amb una concepció global de la persona, un enfocament integral i basat en la multidisciplinarietat. El model actual és el resultat de les actuacions realitzades al llarg de vint anys, iniciades per fer front a l'envelliment de la població i en el marc del procés d'actualització i renovació de la xarxa tradicional d'atenció hospitalària.

La xarxa sociosanitària es configura com la més desenvolupada i descentralitzada del conjunt de l'Estat, amb reconeixement internacional en algunes línies de serveis, com la de cures pal·liatives, que ha esdevingut referent de l'OMS.

Les quatre grans àrees d'activitat dels serveis sociosanitaris són:

- l'atenció geriàtrica,
- l'atenció a les persones amb demència,
- l'atenció a persones amb altres malalties neurodegeneratives,
- l'atenció al malalt terminal.

L'augment del nombre de persones d'edat avançada amb pluripatologia i augment de patologies cròniques causen una important pressió sobre el sistema sanitari i un augment de la despesa sanitària. També sabem que la despesa sanitària es veu fortament incrementada en el darrer any de vida de les persones, independentment de l'edat. En aquest últim any de vida s'incrementa el consum de fàrmacs i la utilització de recursos sanitaris. Amb els avenços tecnològics hi ha un major nombre de tractaments i exploracions costoses que es duen a terme en aquest període de la vida.

El sector sociosanitari aïlladament no pot aportar mesures d'estalvi que afectin únicament els seus recursos ja que les seves actuacions afecten tot el sector. Les diferents intervencions que els equips específics poden realitzar en altres nivells assistencials han d'aportar beneficis en el sistema sanitari.

4.3.2. Propostes

Què podem fer els professionals?

- **Coordinació entre nivells assistencials**

Per garantir la sostenibilitat del sistema sanitari és necessari adaptar els serveis per donar resposta a les necessitats que van sorgint en la població.

És necessari evitar la fragmentació de l'assistència entre els serveis i fer més difuses les fronteres entre els nivells assistencials per afavorir l'atenció integral i la continuïtat assistencial:

- Cal promoure la integració dels equips d'atenció al final de la vida no solament en pacient oncològic sinó també en demències i altres processos de malaltia avançada i terminal.
 - S'han de desenvolupar projectes transversals per l'atenció d'aquest tipus de pacients.
 - Insistir a optimitzar els ingressos de mitja estada evitant estades inadequades en hospital d'aguts i donant resposta ràpida a les situacions de crisi en el domicili.
 - Hem de facilitar la transició a recurs social promovent i desenvolupant projectes demostratius per territori concret que demostrin la viabilitat i el valor afegit de l'atenció sanitària i social conjuntes.
- **Guies clíniques basades en l'evidència**

Cal promoure la utilització de guies fàrmaco-terapèutiques aplicables a tots els centres, que s'haurien d'adaptar al context del pacient fràgil o molt gran, de manera que es promogui la utilització de medicament amb relació cost-benefici favorable.

S'han d'implementar accions concretes encaminades a evitar la futilitat des dels àmbits tant del diagnòstic (realització de proves) com terapèutic (medicació) i assistencial (hospitalització inadequada).

- **Eficiència terapèutica**

És necessari definir la situació de malaltia avançada i de final de vida especialment en situacions no oncològiques per poder establir objectius terapèutics raonables en la instauració de tractaments farmacològics i adequar la medicació a l'etapa final de vida.

Cal insistir a fomentar la planificació avançada i la presa de decisions prèvies (document de voluntats anticipades) des dels diferents àmbits i nivells assistencials.

- **Professionalisme**

Cal continuar potenciant els equips de suport tant en l'àmbit domiciliari com residencial, pel paper que poden tenir com a equip especialitzat en la intervenció en situacions de crisi, així com en l'atenció al final de la vida a la comunitat.

També cal potenciar el paper dels equips de suport hospitalaris com a equip especialitzat (geriatria o pal·liatius) per valoracions de pacients seleccionats a UCIES.

Els programes d'intervenció geriàtrica a residències amb responsabilitat en la presa de decisions terapèutiques ha demostrat bons resultats en experiències del nostre entorn.

Com hauria de ser la gestió en les organitzacions?

- **Autonomia de gestió**

Cal incorporar de forma sistemàtica els professionals en la presa de decisions de les organitzacions, especialment en qüestions que afecten la pràctica clínica i la seva interacció amb els pacients.

- **Sistemes de retribució**

El reconeixement de la complexitat s'hauria de fer amb l'avaluació de l'activitat tant des de el punt de vista quantitatiu com d'allò que és avaluable però que requereix altres procediments i sistemes de judici més qualitatius.

Cal adequar el pagament a l'activitat realitzada i complexitat atesa i ajustar les plantilles a la complexitat que atenen els centres.

- **Canvis organitzatius**

Cal una més eficaç coordinació i fins i tot integració de la salut i els sistemes d'assistència social en l'atenció al pacient gran amb multimorbiditat (enfocament long term care (LTC)). És necessari abordar de manera decidida i conjunta amb els dispositius d'atenció primària el servei prestat a residències per garantir una adequada qualitat d'atenció i evitar duplicitats i conflicte de competències.

S'haurien de traspasar a l'àmbit de la dependència la majoria de llits de llarga estada actuals amb modificació clara del copagament de l'usuari.

En què necessitaríem que canviés el sistema sanitari?

- **Sistemes d'informació**

Cal fer una aposta clara per les noves tecnologies i el treball en xarxa. S'han d'aprofitar les noves tecnologies per fer més eficient el procés d'atenció i la comunicació entre els professionals i els serveis: intercanvi de missatgeria, compartir processos assistencials, "prealt", pacients hiperingressadors, interconsultes no presencials, suport telefònic especialistes, accés a proves on line i història clínica compartida.

Els sistemes d'informació compatibles permetrien la suspensió de medicació crònica quan el pacient està ingressat o el suport telefònic i seguiment del malalt fràgil a l'alta hospitalària.

També milloraria les llistes d'espera de recurs sociosanitari amb actualitzacions més ràpides.

- **Cartera de serveis. Actualització del mapa sanitari català**

L'augment de les necessitats assistencials en el sector sociosanitari no s'ha vist acompanyat d'augment dels recursos sinó al contrari. Cal, per tant, una adaptació dels recursos existents per

atendre les necessitats sociosanitàries de la població, d'acord amb la resta de professionals dels diferents nivells assistencials.

Actualment la cartera de serveis sociosanitaris no inclou ni residències ni centres de dia, que són competència del Departament de Benestar i Família.

Serveis hospitalització	Serveis d'atenció diürna	Equips de valoració i suport
Unitats llarga estada	Hospital de Dia	Al domicili
Geriatríca	Geriatric	PADES (Programes d'atenció domiciliària-equips de suport)
Malaltia Alzheimer i altres demències	Malaltia Alzheimer i altres demències	ETODA (Equips de teràpia en observació directa ambulatòria)
Psicogeriatría	Pal·liatiu	
Psiquiàtrica	Malalties neurodegeneratives	
Grans discapacitats		
TBC		
Unitats de mitja estada	Equips d'avaluació integral ambulatoria (EAIA)	A l'hospital UFISS (Unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries)
Convalescència	Geriatría	Geriatría
Cures pal·liatives	MA i altres demències	Pal·liativa
Polivalent	Cures pal·liatives	Mixta
Malaltia Alzheimer i altres demències		Respiratòria

Cal replantejar els centres sociosanitaris i les residències en funció de la capacitat d'ingressar pacients complexos i adequar les ràtios de personal.

S'ha d'optimitzar el recurs de mitja estada i adaptar-lo per intervenció en situacions de crisi amb facilitat d'accés ràpid a la xarxa social i transformació d'una part de la mitja estada polivalent en llits subaguts amb la provisió i pagament d'acord amb el grau de complexitat atès.

Quins canvis polítics serien necessaris?

- Noves fonts de finançament

Cal plantejar canvis en el copagament en places de llarga estada des de l'inici de l'assistència i en convalescència a partir d'un determinat moment (2 mesos).

Altres

Pel que fa a la Llei de dependència, cal aplicar les prestacions de la dependència i elaboració àgil del PIA prioritant els serveis davant de la prestació econòmica sempre que es pugui. Individualització de les prestacions i establir clarament les incompatibilitats entre elles.

Per altra banda, en les transicions entre nivells assistencials, cal insistir a millorar la gestió per evitar la duplicitat de prestacions.

4.4. Salut mental

4.4.1. Introducció

Encara que el cost total referit als diagnòstics de trastorns mentals (cap 5 CIE 9) se situa en el 10,8% de la despesa sanitària, la compra de serveis de salut mental i addiccions només representa un 4% de la compra de tot el CatSalut, el que significa 49 €/habitant/any, abans de la rebaixa pressupostària.

Tot i aquest baix pes i el retard històric que l'atenció a la salut mental encara arrossega al nostre país, la retallada del 2011 creiem que ha estat superior a altres línies del sistema. Això és una inversió en la tendència de discriminació positiva i un pas cap a la negativa.

El context de crisi provoca que augmentin les necessitats d'atenció a la salut mental de la població i, conseqüentment, s'incrementi la càrrega de treball dels professionals. Per això, cal:

- Realisme i lideratge de l'Administració en la definició de les limitacions de la cartera de serveis: adequar la cartera de serveis a les necessitats de la població.
- Participació dels professionals en els àmbits clínics i organitzatius de decisió.
- Millora de l'avaluació de la càrrega emocional dels equips de salut i vigilància de la salut dels professionals.
- Definició estructural i organitzativa dels dispositius assistencials per minimitzar els riscos de patir agressions i clarificar els mecanismes de denúncia, recolzament i suport als professionals.
- Afavorir els espais de reflexió i formació en els equips.

Per tant, en aquest context de crisi, pensem que es fa necessària la participació dels diferents agents i grups d'interès a establir un pacte per la salut mental.

4.4.2. Propostes

Què podem fer els professionals?

- Millorar en l'aliança terapèutica (relació metge-pacient) a partir de potenciar l'empatia i l'escolta, la transparència informativa, la seguretat, la coparticipació del pacient en el pla de tractament, prioritzant qualitat de vida, continuïtat i coherència de cures.
- Corresponsabilització en la gestió de la despesa generada (fàrmacs, baixes laborals, proves, intervencions terapèutiques cost-eficients), assumint riscos en la gestió assistencial. Participació en àmbits clínics i organitzatius de decisió.
- Corresponsabilització en educació sanitària i ús racional dels psicofàrmacs.

- Treball en equip multidisciplinar i en xarxa. Treball coordinat amb delimitació clara de rols en funció de l'expertesa i complementarietat de les unitats productives.
- Treball per programes i processos en els equips i entre nivells assistencials.
- Participació en definició i aplicació de guies clíniques garantint la individualització en l'aplicació de tractaments segons subjecte i context.

Com hauria de ser la gestió en les organitzacions?

- Incentivar professionals en la gestió clínica i dels recursos, responsable. Descentralitzar i potenciar l'autonomia de gestió.
- Incentivar les bones praxis en interconsulta, coordinació i aplicació de guies clíniques.
- Promoure la formació en servei adequada als rols de cada professional. Afavorir espais de reflexió i formació continuada dels equips.
- Avaluar la càrrega assistencial dels professionals, establint ràtios consensuades i adequar l'organització a la sostenibilitat de les prestacions.
- Assumir la gestió que els correspon i promoure activament les aliances necessàries en la nova organització de serveis capitativa i de plans territorials de base comunitària.
- Afavorir el funcionament integral de les xarxes incorporant les coordinacions amb serveis socials, educatius, justícia, laborals, etc. necessaris per a la gestió integral del subsistema de salut mental.
- Impulsar els plans preventius i d'educació sanitària en els territoris i desenvolupar previsions dels plans director i integral de salut mental.
- Desplegar els programes assistencials troncal comunitaris i els complementaris essencials en la cartera de serveis: primària, TMS, psicoteràpies, primers episodis, etc.
- Adequar els sistemes informàtics per a les necessitats de la TIC i la història clínica única a tot el territori.

En què necessitaríem que canviés el sistema sanitari?

- Impulsar els plans territorials d'assistència integral de base comunitària amb lideratge integrat a través d'aliances funcionals entre proveïdors. Introduir el pagament de base capitativa a tot el territori.
- Reordenació dels serveis en una xarxa única per salut mental d'adults, infantil i drogodependències, fusionant serveis i evitant duplicitats.
- Desplegar els programes troncal a tot el territori, especialment el programa de suport a l'atenció primària de salut. Desplegament de programes especialitzats d'àmbit supraterritorial.
- Creació dels comitès fàrmaco-terapèutics que puguin arbitrar les situacions de conflicte i regulin en termes de cost-eficiència els fàrmacs a finançar.

- Establiment de sistemes d'avaluació sistemàtica dels programes assistencials orientada a l'efectivitat. Impulsar el benchmarking en totes les àrees.
- Elaborar un pla específic de desenvolupament de les TICs, història clínica única...
- Basar el desplegament de serveis a partir de les necessitats detectades epidemiològicament en la població.
- Garantir la formació adequada dels professionals a través dels programes de l'especialitat i dels convenis amb els proveïdors.
- Adequar les carteres de serveis i guies clíniques amb la participació dels professionals del sector a les necessitats poblacionals i disponibilitat de recursos.

Quins canvis polítics serien necessaris?

- Adequar el pes específic de la despesa en salut mental dins la sanitat a la seva importància. No hi ha salut sense salut mental. Discriminació positiva en aquest àmbit infradotat tal com es recomana en els fòrums europeus.
- Increment de les fonts de finançament, via impostos. En cas d'aportació complementària del usuari, cal contemplar exempcions als de menor renda i escoltar als professionals pel que fa als criteris tècnics de repercussió en la relació metge-pacient.
- Garantir que la salut mental sigui un focus essencial en el desplegament de l'Agència Catalana de Salut Pública.
- Incentivar polítiques de promoció de la salut mental en tots els àmbits de la societat i especialment en infància i adolescència, també intervencions contrastades en prevenció de patologia mental, consum de substàncies i suïcidi.
- Promoure plans específics de desenvolupament de la salut mental dins el mateix sistema sanitari (psicoprofilaxi, millora de relació metge-malalt, millora de treball en equip...).
- Invertir en formació en salut mental tant en pregrau com en postgrau, i evitar la intervenció interessada de la indústria farmacèutica.

4.5. Docència i formació

4.5.1. Introducció

La docència (formació d'especialistes i formació continuada) és un eix estratègic del sistema sanitari per mantenir la competència dels professionals en l'exercici i garantir el recanvi de recursos humans necessaris per oferir un dels serveis fonamentals de l'estat del benestar a les properes generacions.

Els canvis estructurals que es poden produir per fer una atenció sanitària sostenible no han de ser excusa d'una menor qualitat docent.

La formació d'especialistes produeix beneficis a curt termini mitjançant el treball assistencial dels metges residents i a mig i llarg termini proporcionen especialistes competents.

La formació continuada és fonamental per mantenir una assistència sanitària de qualitat.

Mantenir un alt nivell de qualitat de la docència s'ha de considerar com una inversió essencial per assolir la sostenibilitat del sistema.

4.5.2. Propostes

Què podem fer els professionals?

- Garantir el compliment dels programes formatius de totes les especialitats.
Aquests programes inclouen:
 - Competències específiques de cada especialitat.
 - Competències transversals i comunes a totes les especialitats.
 - Competències pròpies de l'atenció continuada.
 - Competències docents.
 - Competències de recerca.
- Garantir la supervisió del resident facilitant l'assoliment de responsabilitat clínica progressiva al llarg de la residència.
- Garantir el manteniment de la formació continuada de tots els professionals, que inclou sessions clíniques i plans de formació específica.
- Formar sistemàticament els residents i el personal en gestió clínica i utilització eficient de recursos com a objectiu estratègic per contribuir a la sostenibilitat del sistema sanitari.
- Innovar en formació potenciant noves metodologies docents (entorns virtuals d'aprenentatge, videoconferències, simulació...).

I les organitzacions? Com hauria de ser la gestió en aquestes organitzacions?

- Gestionar la docència amb criteris estratègics: Que cada organització en la seva política, pla estratègic, inclogui la docència i que explícitament defineixi accions per aconseguir uns objectius referits a la docència.
- Establir plans de formació continuada de tots els professionals.
- Reorganitzar les unitats docents utilitzant tots els recursos disponibles (sinergies, col·laboracions, unitats territorials...).
- Garantir el temps necessari dels professionals per a fer i rebre docència.
- Establir sistemes de reconeixement de l'activitat docent especialitzada i continuada als barems d'accés a places i a la carrera professional.

En què necessitariem que canviés el sistema sanitari?

- Reordenar el mapa d'unitats docents de formació sanitària especialitzada.
- Planificar les necessitats d'especialistes a mig i llarg termini, en virtut de les variables demogràfiques, del registre de professionals i dels possibles escenaris de futur en l'organització del sistema sanitari.
- Convocar les places anuals segons les necessitats establertes i d'acord amb uns criteris estables prèviament definits.
- Reconèixer i promoure la formació continuada dels professionals.

Quins canvis polítics serien necessaris?

- Establir un finançament finalista de la docència (residents, tutors i recursos).
- Definir el model d'assistència sanitària i els àmbits d'actuació de les diferents professions i especialitats.
- Aprovar i desenvolupar el decret català de formació sanitària especialitzada
- Legislar, aprovar i desenvolupar el reconeixement del desenvolupament professional continu individual.

4.6. Recerca i innovació

4.6.1. Introducció

A Catalunya el desenvolupament de la recerca i de la innovació en salut ha estat notable, i ocupa els primers llocs de l'Estat en termes bibliomètrics i també en patents registrades. Així mateix, el sector sanitari és un dels que més ha dinamitzat l'economia i que més ben posicionat està a l'àmbit internacional per ser competitiu en el futur: a curt termini, el finançament públic i privat de la recerca biomèdica pot contribuir directament i indirecta a la sostenibilitat del sistema públic de salut. A llarg termini i sota criteris d'eficiència i excel·lència, el retorn econòmic de la inversió feta en recerca i innovació pot superar amb escreix l'aportació inicial.

El grau de desenvolupament al nostre país s'explica en bona part perquè la recerca i la innovació són activitats íntimament relacionades amb l'exercici de la professió mèdica i, per tant, comparteixen recursos humans i materials amb els dedicats a les tasques assistencials. Aquesta manca de solució de continuïtat entre recerca, innovació i assistència fa que els seus destins vagin sovint lligats, tant en el sentit positiu –la millora en una d'aquestes àrees pot fer millorar l'altra– com en el negatiu –al no esmerçar esforços en una d'elles pot anar en detriment de l'altra–.

Deixar d'impulsar la recerca i la innovació en temps de crisi econòmica suposaria assumir que es tracta d'activitats supèrflues i sense relació directa amb les necessitats del sistema de salut i per tant, que serien prescindibles. Ben al contrari: la crisi ens obliga a ser més objectius i explícits en la utilització dels recursos disponibles per donar resposta a les necessitats de la població i en aquest propòsit, el mètode científic i el desenvolupament tecnològic poden ser unes eines fonamentals.

Ara bé, també està clar que és imprescindible garantir la màxima eficiència possible en les activitats de recerca i innovació que es duguin a terme, doncs seria fer un flac favor a aquests objectius si no incorporessin criteris de racionalitat, pertinença i rendició de comptes. Per tant, diríem que en èpoques de crisi cal fer més recerca i innovació que mai però que, donades les circumstàncies, no ens podem permetre malmetre els recursos i les oportunitats existents.

A efectes de clarificació conceptual podem definir la recerca com la producció d'informació basada en el mètode científic i la innovació com la creació de nous productes (ja siguin diagnòstics, terapèutics, preventius o organitzatius) o la millora dels ja existents d'acord amb la informació científica i al desenvolupament tecnològic. Per això, en la mesura que siguem capaços de produir bona informació a partir de la recerca per prendre millors decisions sanitàries estarem contribuint a la sostenibilitat del sistema; i si desenvolupem bons productes innovadors, no només tindrien també un impacte positiu en la salut dels afectats sinó que es podria generar un retorn econòmic no menyspreable. A banda, està clar, del que significa aprofitar el talent dels professionals del sistema sanitari: sens dubte això els fa més satisfets i implicats en el sistema i indirectament s'estenen els valors del mètode científic: transparència, refutació, independència, etc., que tan útils poden ser si s'apliquen també a la resta d'àmbits professionals.

Clàssicament s'ha diferenciat la recerca en fonamental i aplicada. La primera seria la que es desenvolupa primàriament al laboratori mentre que la segona es centra majoritàriament en els aspectes etiològics, diagnòstics, pronòstics o terapèutics de les malalties a partir de la informació proporcionada o obtinguda directament dels afectats. Per tal de superar l'habitual desconexió que hi ha hagut entre les dues perspectives, des de la recerca aplicada s'ha diferenciat i impulsat la recerca translacional per posar l'accent en aquells coneixements que, inspirats en la clínica, es desenvolupen al laboratori per tornar posteriorment la seva aplicació als pacients.

Però si la recerca i la innovació han de ser útils al sistema de salut, és imprescindible que aquest a través dels seus organismes corresponents estableixi quines són les necessitats existents, les prioritzi i hi dediqui uns recursos proporcionals i raonables. Aquesta estratègia evitaria situacions com les que sovint es donen en l'actualitat, en les quals els projectes convocats amb recursos públics permeten als investigadors presentar propostes espontànies sense cap marc, límit ni prioritziació. D'aquesta manera, moltes vegades el volum d'inversió científica no guarda cap relació amb la prevalença de les malalties, es produeixen nombroses redundàncies en els projectes, es perden oportunitats de coordinació i pot passar que al final la informació produïda sigui poc pertinent per a les necessitats dels pacients i de la població. Per això, un instrument que podria ser molt valuós seria disposar d'un Pla Estratègic de Recerca i Innovació en Salut, emmarcat en el Pacte Nacional per a la Recerca i Innovació, sempre que no fos una simple recopilació del que actualment es fa sinó que marqués unes directrius clares, documentades i viables, en les quals haurien d'encaixar els possibles projectes dels investigadors.

Per tant, assumint que hi ha d'haver una estratègia pública de recerca i innovació en el sistema de salut que canalitzi adequadament les energies, les oportunitats i els interessos existents, el que fem aquí és esbossar unes reflexions i recomanacions amb la voluntat que siguin útils per aprofitar el màxim possible tot el potencial que té el nostre sistema sanitari.

4.6.2. Propostes

Què podem fer els professionals?

- No es pot deixar d'impulsar la recerca i la innovació en temps de crisi econòmica però aquesta ens obliga a ser més objectius, explícits i eficients en la utilització dels recursos de recerca i innovació disponibles per donar resposta a les necessitats actuals de la població i del sistema sanitari.
- Cal respectar i fer respectar els compromisos ètics de la recerca científica, independentment de quina sigui la font de finançament. Entre aquells compromisos, destacaríem els següents: pertinença i viabilitat de la recerca; transparència respecte als possibles conflictes d'interès i a la divulgació dels resultats; garantia que el consentiment dels pacients sigui prou informat; rigor i qualitat metodològica tant en les etapes de disseny com en el desenvolupament i anàlisi.
- Cal participar en la creació i potenciació de xarxes temàtiques de recerca biomèdica i/o plataformes de suport a la recerca cooperativa amb capacitat per realitzar grans projectes cooperatius

o col·laboratius. Això permetria la inclusió d'un nombre molt elevat de pacients o individus en un termini més curt de temps, amb una recollida exhaustiva i àmplia de mostres biològiques i/o dades biomèdiques.

- Cal estimular la recerca sobre l'eficàcia, efectivitat i cost-efectivitat dels fàrmacs i d'altres procediments terapèutics post-comercialització, donat que es tracta d'un aspecte fonamental per a la sostenibilitat del sistema públic de salut.
- Cal considerar la innovació clínica com una activitat inherent a la pràctica clínica de tots els professionals de la salut i per tant hauria de ser assumida com a tal. Per la seva banda, la recerca hauria de ser assumida i liderada per aquells professionals i àmbits de treball amb una especial dedicació a la mateixa.
- Cal millorar la difusió dels avenços derivats de la recerca i la innovació que s'aconsegueixen en el nostre entorn, per així afavorir el seu impacte social i ajudar en el seu finançament.

I les organitzacions, en què necessitariem que canviessin?

- Cal que existeixi una política de recerca i innovació a cada centre d'acord amb les seves característiques i possibilitats, que estableixi les aliances necessàries amb d'altres àmbits i organismes, que vetlli per l'aprofitament de tot el seu potencial humà, per facilitar el temps i recursos necessaris per a impulsar els projectes i per evitar activitats o pràctiques perniciosos o simplement improductives.
- Cal que existeixi una avaluació de l'activitat dels professionals dedicats a la innovació i a la recerca en base a objectius específics i diferenciats, el compliment dels quals hauria de tenir una traducció en el salari i/o condicions laborals.
- És imprescindible que abans d'introduir una innovació en un centre determinat aquesta tingui prou analitzada, a través de comissions institucionals o grups d'experts, la seva necessitat, eficàcia, efectivitat, seguretat, costos, etc., i s'assumeixi que la seva incorporació ha de representar sempre una major efectivitat o eficiència en l'atenció dels pacients.

En què hauria de canviar el sistema sanitari?

- Caldria disposar per a tot Catalunya d'un Pla Estratègic de Recerca i Innovació en Salut, emmarcat en el Pacte Nacional per a la Recerca i Innovació, on s'especifiquin els objectius a mitjà i llarg termini i en els quals prioritzar els possibles projectes de recerca i innovació en base a les necessitats del sistema nacional de salut i, conseqüentment, orientar el seu finançament i futura avaluació.
- El finançament públic hauria de contribuir a balancejar els desequilibris existents entre la recerca en medicaments i la resta de recerca aplicada no farmacològica. Els criteris de prioritització també haurien de tenir en compte l'impacte social de les distintes malalties en el nostre medi i els interessos directament expressats pels pacients afectats.

- La inversió pública en recerca i innovació en salut ha d'abastar no tan sols la subvenció finalista de projectes de recerca sinó també la promoció del teixit productiu públic-privat mitjançant mesures d'estímul fiscal i financer. Donada la proliferació de centres de recerca biomèdica a Catalunya, seria recomanable la seva concentració, integració o, si més no, coordinació entre ells a fi de reduir i optimitzar les despeses d'estructura i gestió administrativa.
- Cal aprofitar els possibles beneficis de la recerca finançada per la indústria privada perquè permet avançar en la consecució de millores terapèutiques per als malalts, finançar programes de recerca no sempre atractius, produir "overheads" i estalviar una quantitat considerable de fàrmacs. Ara bé, les relacions entre els professionals de la salut i la indústria farmacèutica s'han d'establir en un marc institucional, on quedin perfectament regulades i així no es malmetin els objectius científics i s'evitin els conflictes d'interès. La participació d'un finançador amb ànim de lucre no hauria de suposar cap diferència en relació a la qualitat tècnica de la investigació o als aspectes ètics que si es tractés d'un projecte amb finançament públic i no hauria d'influir la política assistencial del centre en qüestió, doncs es tracta de dos àmbits diferenciats que han de tenir la seva pròpia dinàmica i autonomia.
- Caldria crear les condicions i mecanismes per afavorir més presència del patronatge privat per finançar la recerca.
- El sistema sanitari hauria d'incorporar mesures per millorar la innovació al nostre sistema, com poden ser el recolzament als professionals sanitaris amb esperit emprenedor, promocionar la innovació, ajudar els centres a detectar idees innovadores i oportunitats, protegir/defensar els seus interessos, transferir/donar valor a la tecnologia i apropar el món del capital risc al de les idees sanitàries: a través de diversos acords de col·laboració amb escoles de negocis, trampolins tecnològics, fundacions de recerca, companyies de capital risc i l'Administració, es pretén aportar el nostre esforç i actuar com un catalitzador del procés d'innovació.

5. Participants als grups de treball

5.1. Hospitals

Coordinadora: Elvira Bisbe Vives

GRUP 1 - DESPESA FARMACÈUTICA

Xavier Carné Cladellas (coordinació)

M^a Antònia Agustí Escasany

Xavier Bonafont Pujol

Jordi Carbonell Abello

Fernando Escolano Villen

Enriqueta Felip Font

Joaquin López-Contreras González

M^a Antònia Mangues Bafalluy

Josep Monterde Junyent

Miguel Angel Navasa Anadón

Ramon Pujol Farriols

Sergi Sabaté Tenas

Josep Taberero Caturla

Pilar Tornos Mas

Miquel Torres Salinas

Antoni Vallano Ferraz

GRUP 2A - PROVES COMPLEMENTÀRIES: DIAGNÒSTIC PER LA IMATGE

Lluís Donoso Bach (coordinació)

Francesc Xavier Alegret Bardí

Rosa Boyé de la Presa

Antoni Capdevila Cirera

Jaume Capellades Font

Ignasi Carrió Gasset

Joan Castell Conesa

M^a Teresa Castilla Barahona

Leandro Fernández Cabrera

Angel Gayete Cara

Josep M. Grau Junyent

Pilar Junyent Parés

Salvador Mañé Herrero

Maria Teresa Maristany Daunert

Josep Martín Comín

Salvador Pedraza Gutiérrez

Francesca Pons Pons

Xavier Pruna Comella

Eduard Riera Gil

M^a Eugenia Rodríguez García
Mariana Rovira Cañellas

Gorane Santamaría Hormaechea
Xavier Serres Creixams

GRUP 2B - PROVES COMPLEMENTÀRIES: LABORATORI

Josep Lluís Bedini Chesa (coordinació)

Joan Blázquez Mateo
Imma Caballé Martin
Mariano Cortès Rius
Margarita Fusté Ventosa
Mariano Martínez Casademont
Aurea Mira Vallet

Mari Cruz Pastor Ferrer
Manuel Roig Quilis
M^a Montserrat Torra Puig
Albert Selva O'callaghan
Eduard Palou Rivera

GRUP 3 - MATERIAL FUNGIBLE I PRÒTESI

Enric Cáceres Palou (coordinació)
Enric Roche Rebollo (coordinació)

Manuel Castellà Pericàs
Ferran Escalada Recto
Oscar Estrada Ferrer

Frederic Portabella Blavia
Manel Sabaté Tenas
M^a Pilar Taura Reverter

GRUP 4 - INDICACIONS TERAPÈUTIQUES

Màrius Morlans Molina (coordinació)

Amalia Alcón Domínguez
Josefina Bassons Herbera
Josep Bonet Sol
Xavier Bonfill Cosp
José Pablo Díaz Jiménez

Clara Llubíà Maristany
Antonio López Pousa
Gustavo Tolchinsky Wiesen
Núria Vallejo Camazón

GRUP 5A - ORGANITZACIÓ-RELACIONS ENTRE HOSPITALS

Felipe Bory Ros (coordinació)
Jaume Roigé Solé (coordinació)

Miguel Ángel Berruezo Naval
 Jaume Capellades Font
 Jordi Carbonell Abello
 Xavier Castells Oliveres
 Antoni Corominas Díaz
 Empar Cuxart Fina
 Oriol de Fàbregues-Boixar Nebot
 M. Teresa González Álvarez
 Rosa Maria Gràcia Gozalo
 Irene Halperin Rabinovich
 Jordi Ibàñez Nolla

Maria Teresa Maristany Daunert
 Eva M. Martínez Cáceres
 Salvador Navarro Soto
 Antonio Nogueras Rimblas
 Manel Sabaté Tenas
 Josep Sadurní Serrasolsas
 Antonio San José Laporte
 Núria Serra Tauler
 Marta Sitges Carreño
 Ricard Valero Castell

GRUP 5B - ORGANITZACIÓ- L'HOSPITAL EN EL MODEL SANITARI

Carmen Gomar Sancho (coordinació)
 Roser Garcia Guasch (coordinació)

Francisco Carlos Agatón Bonilla
 Jaume Canet Capeta
 Josep Anton Capdevila Morell
 M^a Rosa Coll Colell
 Josep Oriol Estrada Cuxart
 Francesca Fullana Sastre
 Pere Gascón Vilaplana
 Josep Maria Gris Martínez
 M^a Luisa Iglesias Lepine

Antonio López Pousa
 Míriam de Nadal Clanchet
 Rosa Maria Nogués Monclús
 Miquel Nolla Salas
 Pere Obiols Arderius
 Francesc Planas Comes
 Ramon Pujol Farriols
 Albert Tomàs Torrelles
 Rosa M^a Villalonga Vadell

5.2. Atenció Primària

Coordinadora: Lurdes Alonso Vallès

GRUP 1AB - PRESCRIPCIÓ FARMACÈUTICA

Manel Borrell Muñoz (coordinació)
 Jaume Sellarès Sallas (coordinació)

M. Eugènia Adzet Riba
 Anna Altés Casi
 Jordi Altirriba Vives
 August Anguita Guimet
 Albert Casasa Plana

Dolors Comet Jaumet
 Josep M. Cots Yago
 Josep Manuel da Pena Alvarez
 Eduard Diogène Fadini
 Josep M^a Fandos Olona

Sílvia Güell Parnau
Carme Iglesias Serrano
Anna Maria Jové Massó
Flora López Simarro
David Martí Grau
Jacinto Ortiz Molina

Judith Parcet Solsona
Francesc Solé Sancho
Pedro Subías Loren
Maria Antònia Vila Coll
Ernest Vinyoles Bargalló
Josep M. Vilaseca Llobet

GRUP 1B - PRESCRIPCIÓ DE PROVES COMPLEMENTÀRIES

August Anguita Guimet (coordinació)
Jacinto Ortiz Molina
Jaume Sellarès Sallas

GRUP 1C - PRESCRIPCIÓ IT

Àngels López Pol (coordinació)
Jaume Sellarès Sallas (coordinació)

M. Teresa Biendicho
Mònica Font Mendiola
Àngel Jover Blanca
Miguel Molina de Heras

Carmen Prieto Villanueva
Anna Puigdemívol Sánchez
Isabel Ramírez
Francisco Ridao Ridao

GRUP 2 - GESTIÓ

Mireia Sans Corrales (coordinació)

Leonor Ancochea Serraima
Josep Lluís Ballvé Moreno
Nieves Barragán Brun
Mercè Botinas Martí
Magda Bundó Vidiella
Juan Fdo. Fernández Moyano
Elisenda Florensa Claramunt
Maria Gassó Tarrés
Joan Gené Badia
Albert Ledesma Castelltort
Esther Limón Ramírez

M. Antònia Llauger Rosselló
Lola Lumbreras Garuz
Núria Martínez León
Concepció Medina Molina
Cristina Moliner Molins
Juan José Montero Alia
Rosa Morral Parente
Marcel Prats Vilallonga
Laura Sebastian Montal
Eduard Serrat Bertran
Antoni Sisó Almirall

GRUP 3 - COORDINACIÓ

Roser Marquet Palomer (coordinació)

Josep M. Benet Martí (coordinació)

César Asenjo Vazquez

Rafael Azagra Ledesma

Joan Azemar Mallard

Carme Batalla Martínez

Josep M. Boada Gil

Carles Brotons Cuixart

Lurdes Camp Casals

Barbara Fernandez Fernandez

Daniel Ferrer-Vidal Cortella

Montserrat Fortuny Roger

Ferran Galí Gorina

Joan Guri Mundi

Antoni Iruela López

Maria León Sanromà

F.Xavier Manzanera López

Sofia Maseda García

Ignacio Menacho Pascual

Aser Muñoz Pena

GRUP 4A - MEDICALITZACIÓ: PREVENCIÓ I HÀBITS SALUDABLES

Ramon Ciurana Misol (coordinació)

Lurdes Alonso Vallès (coordinació)

Joan Atmella Andreu

Carme Espel Masferrer

Dolors Forés Garcia

Manuel Iglesias Rodal

Lluïsa Morató Agustí

Andreu Segura Benedicto

GRUP 4B - MEDICALITZACIÓ: OBSTINACIÓ TERAPÈUTICA

Yolanda Herreros Herreros (coordinació)

Lurdes Alonso Vallès (coordinació)

Ana Bellés Abad

Montserrat Burrull Gimeno

Maria Palacios Cuesta

Salvador Sitjar Martínez de Sas

Francesca Zapater Torras

GRUP 4C - MEDICALITZACIÓ: DESBUROCRATITZACIÓ

Roger Badia Casas (coordinació)

Lurdes Alonso Vallès (coordinació)

Manel Anoro Preminger

Joan Deniel Rosanas

Xavier Otero Serra

Mónica Terán Díez

GRUP 5 - PEDIATRIA

M. Carmen Monzón Fueyo (coordinació)

Lurdes Alonso Vallès (coordinació)

Joan Azemar Mallard

Ramon Casanovas Aisa

Josep M^a Casanovas Gordó

Manel Enrubia Iglesias

Elisa de Frutos Gallego

Amparo García Gallego

Maria Gassó Tarrés

Itziar Martín Ibáñez

Concepció Medina Molina

Vicente Morales Hidalgo

5.3. Sociosanitari

Coordinadora: Dolors Quera Aymà

GRUP 1 - COORDINACIÓ ENTRE NIVELLS (HOSPITALS, MITJA I LLARGA ESTADA, RESIDÈNCIES, ATENCIÓ PRIMÀRIA)

Pau Sánchez Ferrín (coordinació)

Betlem Cervelló Roset

Antoni M. Cervera Alemany

Dolors Cubí Montanya

Joan Espauella Panicot

Eulàlia Fonseca Martin

Isabel Fort Almiñana

Andreu Garrigós Toro

Montserrat Grifol Porta

Marco Inzitari

Luis Juan Castán

Pilar Loncán Vidal

Anna Olivé Torralba

Manuel Peraire Navarro

Juan M. Pérez-Castejón Garrote

Xavier Pujol Fabregat

Jordi Roca Casas

Galdina Valls Borruei

GRUP 2- INDICACIONS TERAPÈUTIQUES: ADEQUACIÓ DE L'ESFORÇ TERAPÈUTIC, FINAL DE LA VIDA

Benito Fontecha Gómez (coordinació)

M^a Montserrat Antolín Lluís

Helena Camell Ilari

Ricardo Iniesta Villagrasa

Josep Martos Gutiérrez

Cristòfol Ortega Garcia

Josep Planas Domingo

Marco A. Rovira Isanda

Antoni Salvà Casanovas

Carme Sala Salmerón

GRUP 3- PRESCRIPCIÓ FARMACOLÒGICA

Ramon Cristòfol Allué (coordinació)

Xavier Forés García

M Pilar López Marco

Ramon Miralles Basseda

Germà Morlans Molina

Carles Pardo Gracia

Dolors Quera Aymà

Domingo Ruiz Hidalgo

Joan Serra Moscoso

Montserrat Soldevila Llagostera

Ramon Torres Lluelles

Antoni Salvà Casanovas

Carme Sala Salmerón

GRUP 4 - TECNOLOGIES D'INFORMACIÓ I COMUNICACIÓ I EL SEU IMPACTE EN LA DESPESA

Antoni Yuste Marco (coordinació)

Marta Batalla Busquets

Jordi Roca Casas

Antoni Monllau Martínez

Dolors Quera Aymà

Neus Saiz Antón

GRUP 5 - DEPENDÈNCIA I SERVEIS SOCIALS

Joan Cunill Ollé (coordinació)

Eulàlia Cucurella Fabregat

Luis Juan Castán

Esther Pallarès Fernández

Dolors Quera Aymà

Jordi Roca Casas

Neus Saiz Antón

5.4. Salut mental

Coordinador: Lluís Albaigès Sans

GRUP A - GESTIÓ INTEGRAL, TERRITORIALITZACIÓ I LIDERATGE

Pep Fàbregas Poveda (coordinació)

Diego Palao Vidal (coordinació)

Francesc X. Arrufat Nebot

Pere Bonet Dalmau

Josefina Castro Formeles

Joan Maria Ferrer Tarrés

Guillem Homet Mir

Juan Antonio Larraz Romeo

Joan Orrit Clotet

José Pérez de los Cobos Peris

Joan Vegué Grillo

GRUP B - PRESCRIPCIÓ, FÀRMACS, PSICOTERÀPIES I INCAPACITATS LABORALS

Lluís Mauri Mas (coordinació)
Víctor Pérez Sola (coordinació)

Francesc Vilurbina Font	Blanca Navarro Pacheco
David Clusa Gironella	Luis de Angel Martín
Gemma Garcia Pares	Roser Guillamat Thomas
Marta Torrens Melich	Mercè Teixidó Casas
Roser Pérez Simó	Ramona Garcia Macià

GRUP C - COORDINACIÓ I PROGRAMES ASSISTENCIALS

Lluís Lalucat Jo (coordinació)

Montserrat Pàmias Massana	Josep Ramos Montes
Ester Lobo Polidano	Joan de Pablo Rabaso
Eulàlia Navarro Hurtado	Paloma Lago Baylin
Josep Clusa Matinero	Maria Giralt López
Josep Parés Miquel	Jose Manuel Menchón Magriñà

GRUP D - MODEL ASSISTENCIAL, FORMACIÓ I GESTIÓ GLOBAL

Lluís Albaigès Sans (coordinació)
Lluís Isern Sitjà (coordinació)

Carles Pérez Testor	Albert Mariné Torrent
Antoni Arteman Jané	Jose M ^a Haro Abad
Manel Salamero Baro	José Moya Ollé
Josep Parés Miquel	Enrique Alvarez Martínez

5.5. Docència i formació

Coordinadora: Antònia Sans Boix

Adriana Bataller Bassols	Maria José Cerqueira Dapena
Natividad de Benito Hernández	Roser Garcia Guasch
Eugeni Berlanga Escalera	Montserrat Gavagnach Bellsola
J. Antonio Blanco Domínguez	Juan de Pablo Rabassó
Gemma Carreras Gonzalez	Marc Ramentol Sintas

Francesc Subirana Pozo
Mònica Terán Díez

Irene Véganzones Guanyabens
Rosa Villalonga Vadell

5.6. Recerca i innovació

Coordinador: Xavier Bonfill Cosp

Antoni Castells Garangou
Miquel Nolla Salas
Lluís Garcia Pareras
Josep Taberneró Caturla

COL·LEGI
OFICIAL  DE METGES
DE BARCELONA