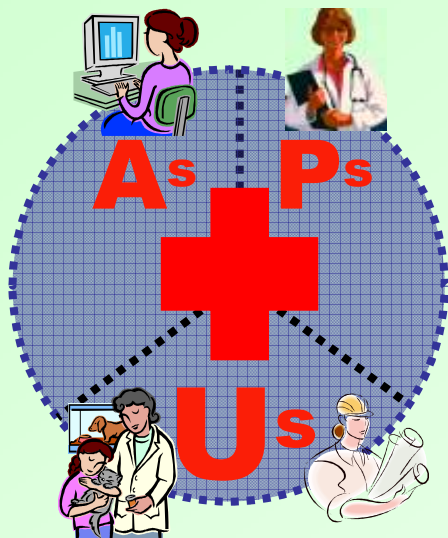




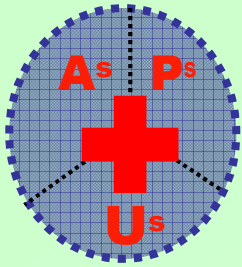
JORNADA DE PARTICIPACIÓN
CIUDADANA EN SALUD: CONSEJOS DE
SALUD BÁSICOS –ZBS

Mesa 3: Usuarios y enfermos: experiencia y perspectivas de los Consejos de Salud Básicos



Propuestas sobre
Consejos de Salud
Básicos

Julián Marcelo, avusanidad@gmail.com



Sanidad y envejecimiento

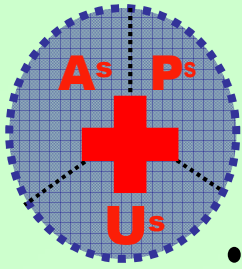
España ocupaba en 2015 un modesto puesto 25º entre los 96 países mayores, según el Indice Global de Envejecimiento de la ONU que pondera 4 áreas:

- puesto 3º por su **Sistema sanitario**
- puesto 22º por el **Entorno facilitador**
- puesto 37º por la **Seguridad económica** (de las pensiones)
- puesto 78º por la **Discapacidad** (excesiva)

Situación económica y perspectivas del Sistema Sanitario

- **Actualmente** los mayores de 65 años son el 20% de los usuarios de la Sanidad y consumen el 80% de su gasto. Este es un 6,5% del gasto anual total o PIB (frente al 16,6% en EEUU) y un tercio de los 9.200 \$ gastados por persona en EEUU (en *The Lancet*¹).
- **Hacia 2040**, los españoles mayores de 65 años serán el 30% de la población y necesitarán la mayor parte de una Sanidad muy cara para tener una vida saludable. EEUU prevé ya que tendría que dedicarle 15.000 \$ por persona y un 18,5% de su PIB, en *The Lancet*¹ (un 34% según Manuel Forcas en el Longevity Forum)

¹The Lancet 29 abr 2017 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30873-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30873-5/fulltext)

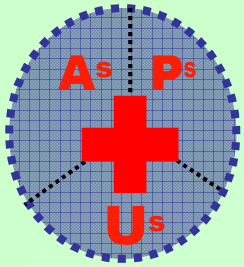


Sanidad de las 4 P

Una **longevidad saludable** requiere ir a la Sanidad '**4P**': Predictiva, Preventiva, Personalizada (o de precisión) y Participativa:

- **Prever** es conocer los factores que influyen en la salud de todos y diagnosticar la evolución de factores y salud
- Mas vale **prevenir** que curar': la curación, además de sólo paliar lo irremediable, es mucho mas cara.
- La evolución vital de cada persona es distinta y requiere una atención **personalizada**, compleja, cara en recursos
- La **participación cooperativa** en una sanidad universal de todos los implicados (administraciones, profesionales, usuarios) es la base de su propia supervivencia, para evitar los recortes a los recursos del sistema actual, que conducirá a **dos sanidades** con vidas y longevidades distintas (los que se la puedan o no pagar).

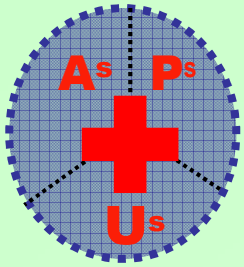
La **participación personalizada** del usuario, con su conocimiento y acción tenaz, para que sea preventiva es necesaria. Pero no será suficiente si los usuarios no cogestionan un sistema sanitario complejo y con intereses creados, para lograr su evolución de lo corporativo a lo cooperativo, con el objetivo firme de la salud para todos y con las negociaciones y mediaciones necesarias en cada circunstancia y nivel (de lo local a lo general y de abajo a arriba).



Elementos centrales del ROF para los CSB

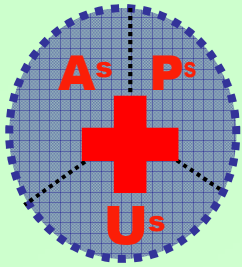
La Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública (CSUSP), tras la aprobación de la **Ley 8/2018**, de 20 de abril, de la Generalitat, de modificación de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana', está en un proceso normativo de "Consulta Pública Previa para desarrollar y potenciar la **participación** y la acción local en salud en la CV". Como complemento a las "aportaciones y opiniones al proyecto" solicitadas en ésta, las siguientes propuestas se centran en la participación y consenso previos, aún más exigibles por el tema, del próximo **Reglamento de Organización y Funcionamiento de los Consejos de Salud básicos** (ROF general a legislar) que sustancie lo que enuncia la Ley 8/2018 (en particular en sus artículos 21, 22, 23, 35, 38, 42, 43 y 46).**[1]**

[1] *Esta propuesta también tiene en cuenta las experiencias de Organización y Funcionamiento de otros Consejos básicos, sean de los voluntaristas de Salud de esta Comunidad y los oficiales de otras Comunidades Autónomas o de los Consejos Escolares.*



Sanidad y envejecimiento

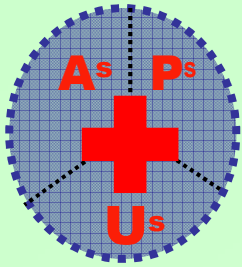
- El ROF general debe poder adaptarse a las situaciones y posibilidades de “participación y acción local” diversas; sea por la situación de mapificación sanitaria y dispersión poblacional (pueblos, barrios, edad...), sea por la previa historia participativa del lugar que aconseje plazos previos y guías de formación, constitución, voluntariedad, etc.
- El centro de participación del Consejo es su Asamblea, abierta a las entidades y personas interesadas en su ámbito. Asamblea convocada pública y regularmente: desde iniciar el Consejo y aprobar su ROF de CSbásico; y para realizar el seguimiento periódico de actividad del Centro; hasta ratificar en cada renovación los 3 miembros y suplentes del Consejo elegidos por cada uno de los 3 estamentos.
- El Consejo tiene 9 miembros (cada estamento elige 3), convocados con la frecuencia necesaria (p.ej. cada 15 días) y horario compatible. Los acuerdos (por mayoría de asistentes) requieren la presencia de los 3 estamentos.
- El ROF de CSBásico tendrá unas Competencias tan similares como sea posible a las de los Consejos escolares de centro que cuentan con gran experiencia.



Competencias de Consejos de Salud básicos. 1

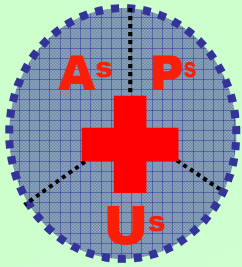
adaptadas a las de los Consejos escolares (artº 127 de la LOE)

- Aprobar y evaluar el **proyecto sanitario del Centro**, su proyecto de gestión y sus normas de organización y funcionamiento (ROF).
- Aprobar y evaluar la programación general anual del Centro sin perjuicio de otras competencias administrativas y profesionales, en relación con la planificación y organización sanitaria.
- Conocer las candidaturas a la dirección y los proyectos de dirección presentados por los candidatos.
- **Participar en la selección del director del Centro** en los términos que este ROF de Centros de Salud establece. Ser informado del nombramiento y cese de los demás miembros del equipo directivo. En su caso, previo acuerdo de sus miembros, adoptado por mayoría de dos tercios, proponer la revocación del **nombramiento del director**.
- Decidir sobre admisión de usuarios con sujeción a lo establecido en este ROF y disposiciones que lo desarrollen
- Promover la conservación y renovación de las instalaciones y equipo y aprobar la obtención de recursos complementarios.

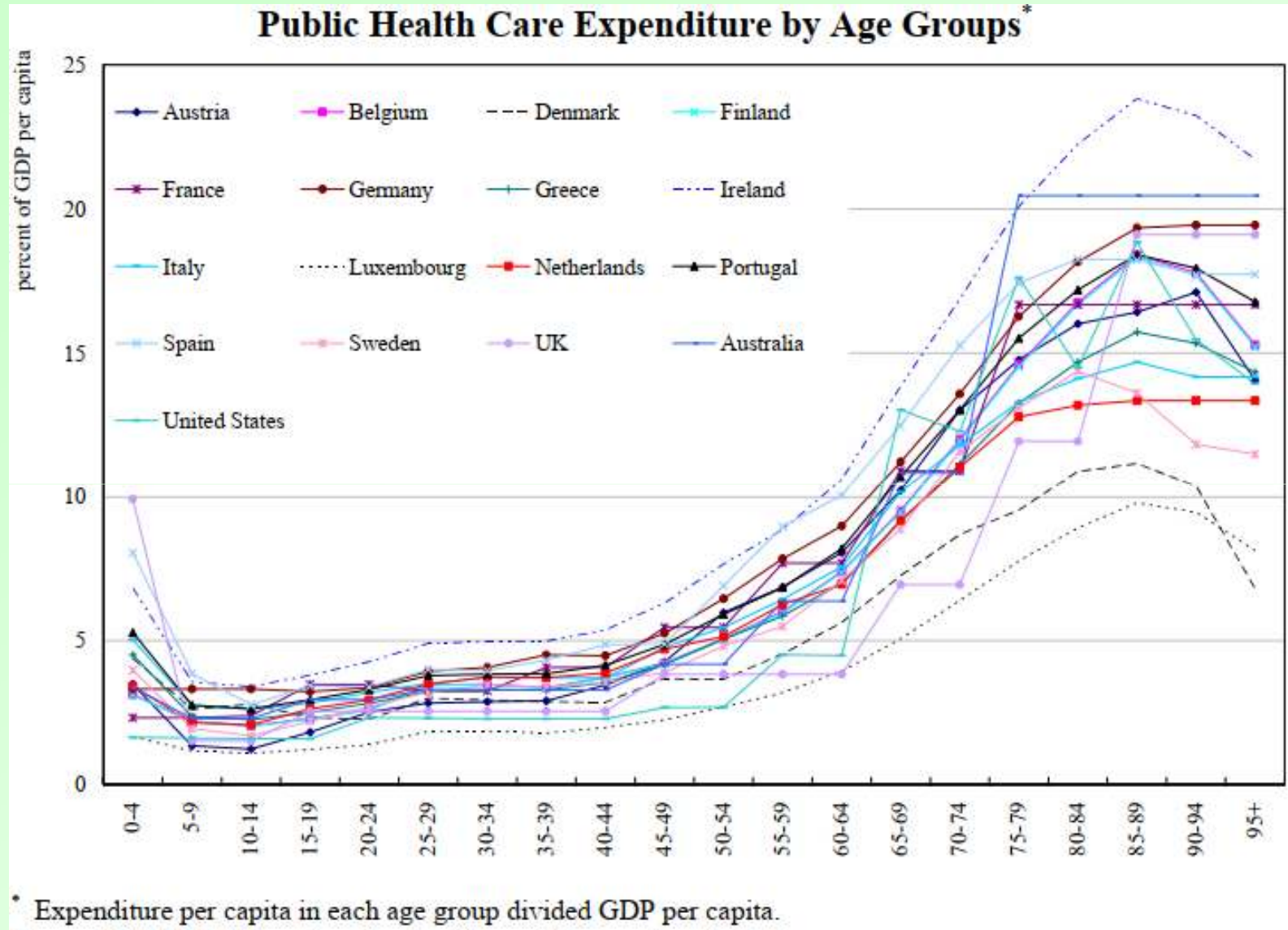


Competencias de Consejos de Salud básicos.2

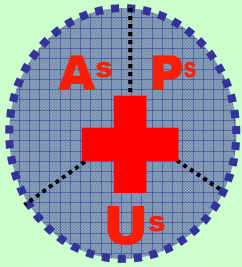
- Conocer la resolución de conflictos disciplinarios y velar por que se atengan a la normativa vigente. Si las medidas disciplinarias que adopte el director correspondan a conductas que perjudiquen gravemente la convivencia del centro, el Consejo de Salud, a instancia de las partes, podrá revisar la decisión adoptada y proponer, en su caso, las medidas oportunas.
- Proponer medidas e iniciativas que favorezcan la convivencia en el Centro, la igualdad entre hombres y mujeres, **la prevención de la violencia de género, la no discriminación** y la resolución pacífica de conflictos en cualquier ámbito de la vida personal, familiar y social de los adscritos.
- Fijar las directrices para la colaboración, con fines educativos y sanitarios, con las Administraciones locales, con otros centros, entidades y organismos (p.ej. con los de Especialidades).
- Analizar y valorar el funcionamiento general del Centro, la evolución de su eficiencia y los resultados de las evaluaciones internas y externas en las que participe el Centro.
- Elaborar propuestas e informes, a iniciativa propia o a petición de la Administración competente, sobre el funcionamiento del Centro y la mejora de la calidad de su gestión.



Sanidad y envejecimiento

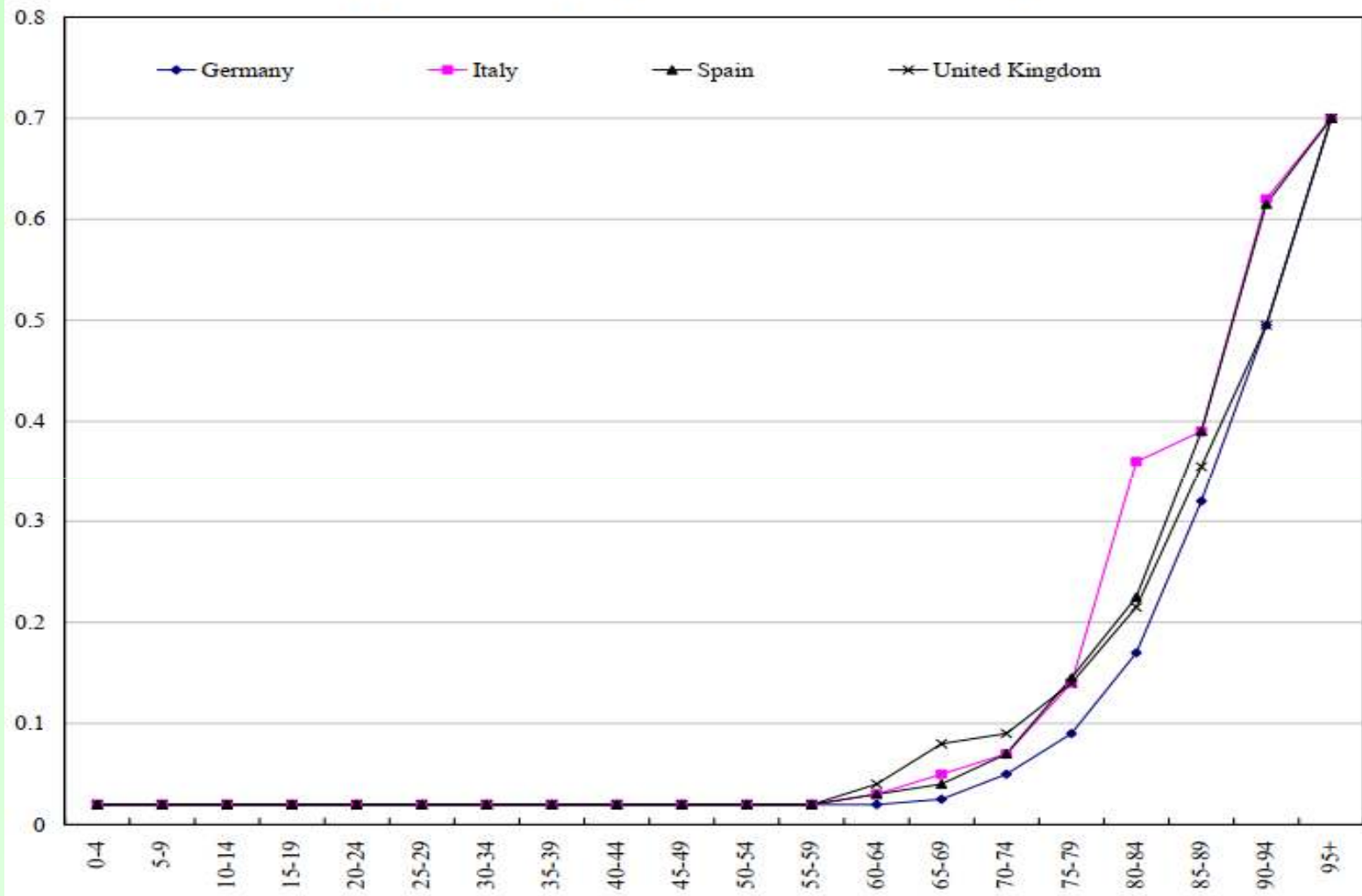


Fuente: **Projections of OECD Health and Long-Term Care Public Expenditures**
 Article in SSRN Electronic Journal · March 2006



Dependencia y envejecimiento

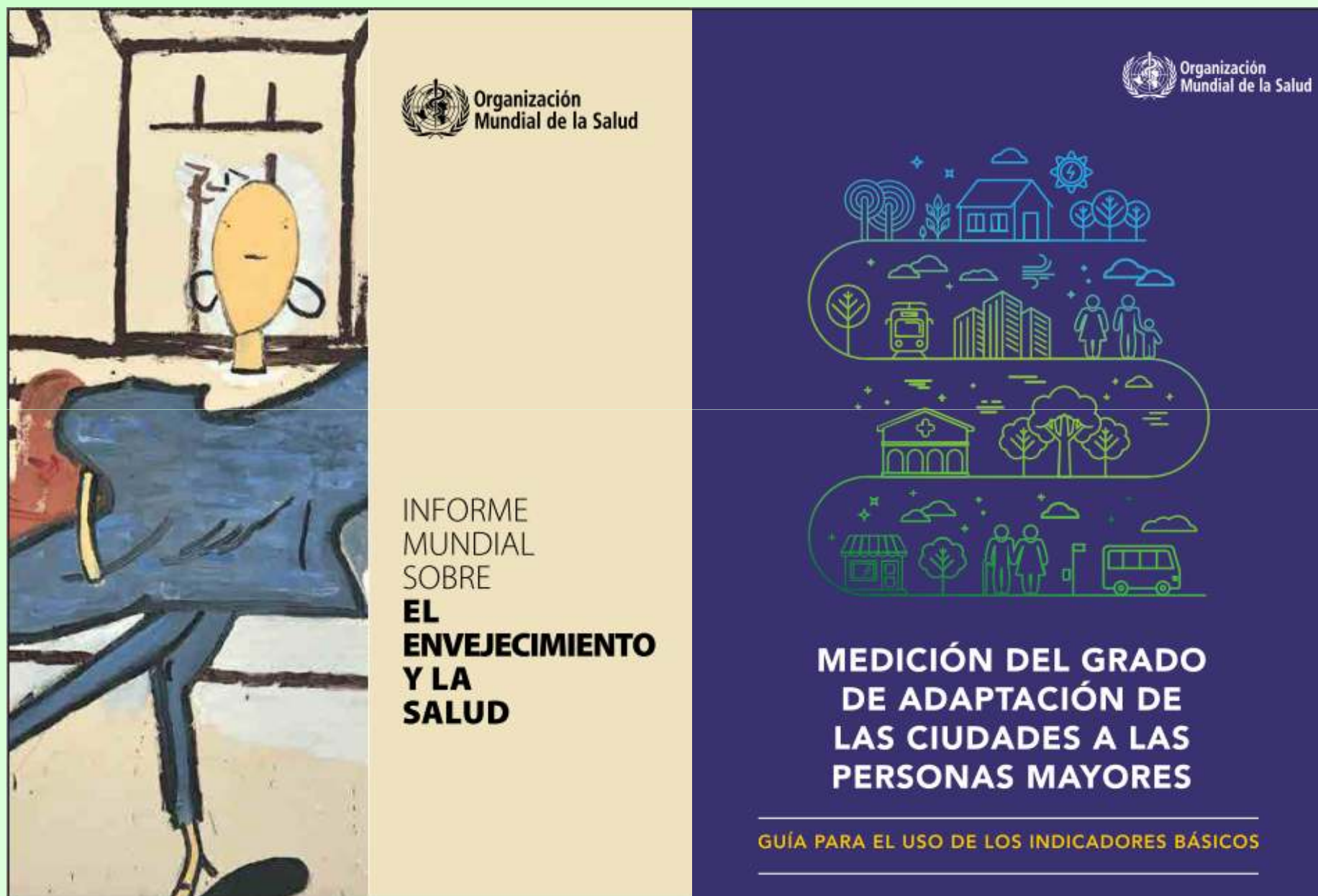
Prevalence of Dependency by Age Group*



* Dependency is defined as the inability to accomplish one or several Activities of Daily Living (see text).

Fuente: Projections of OECD Health and Long-Term Care Public Expenditures
Article in SSRN Electronic Journal · March 2006

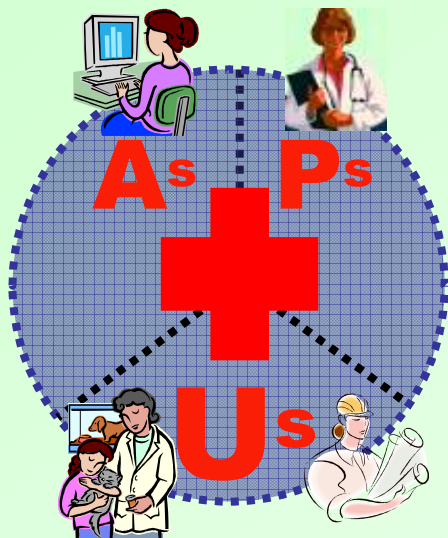
Informes básicos de las Naciones Unidas (OMS 2015)





JORNADA DE PARTICIPACIÓN
CIUDADANA EN SALUD: CONSEJOS DE
SALUD BÁSICOS –ZBS

Mesa 3: Usuarios y enfermos: experiencia y perspectivas de los Consejos de Salud Básicos

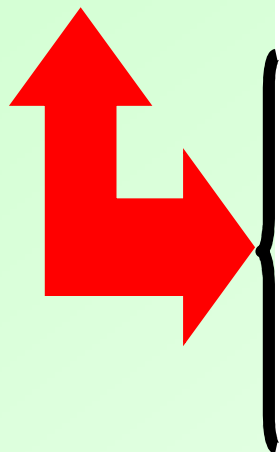
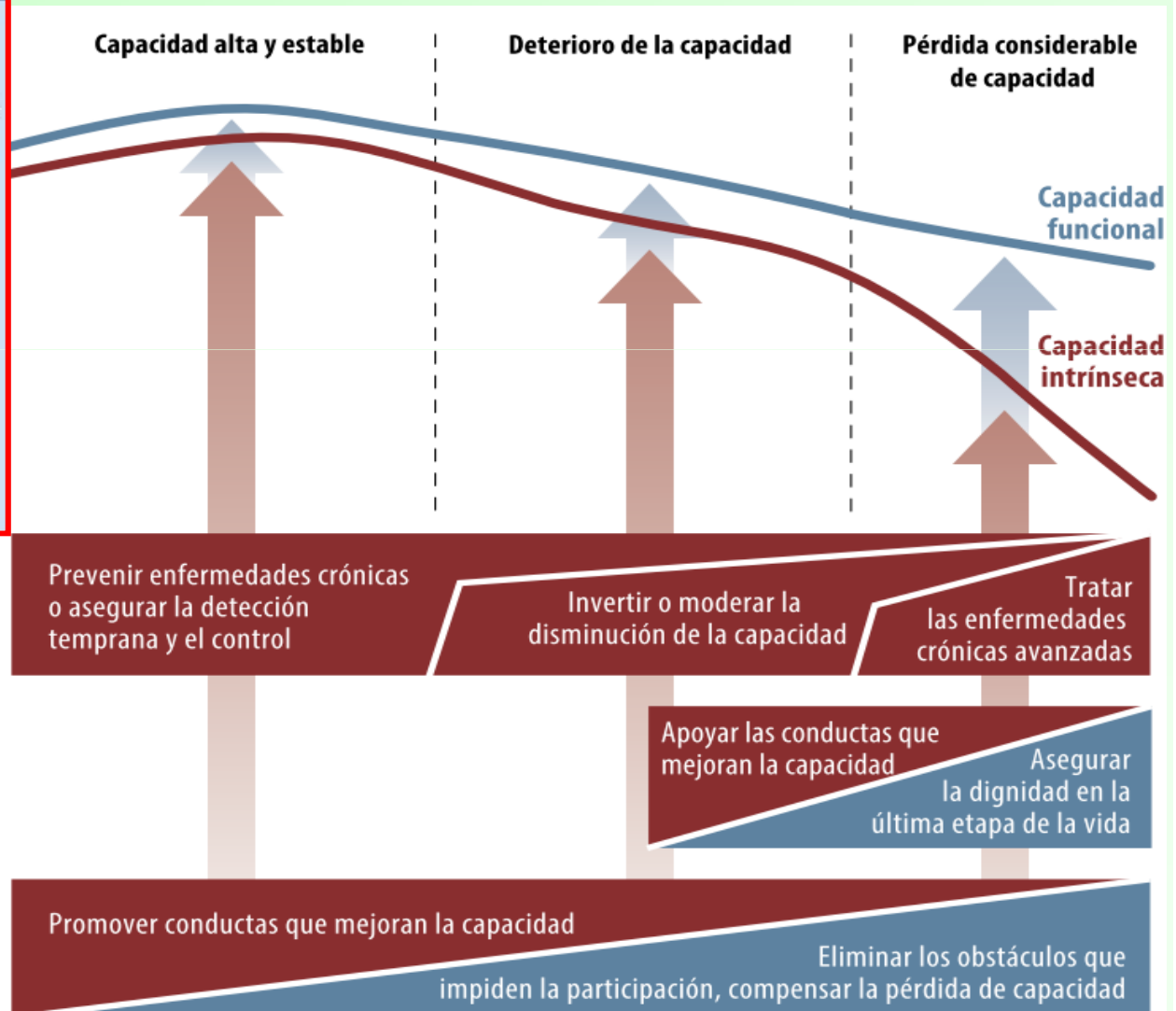


Propuestas sobre Consejos de Salud Básicos

Julián Marcelo, avusanidad@gmail.com

La OMS propone para cada país un **marco de acción** en las **3 etapas** de capacidades con **3 niveles** de acción

Inversión	Beneficios	Rendimiento
Sistemas de salud	Salud	Bienestar individual
Sistemas de cuidados a largo plazo	Habilidades y conocimientos	Participación en la fuerza de trabajo
Aprendizaje permanente	Movilidad	Consumo
Entornos adaptados a las personas de edad	Conectividad social	Capacidad empresarial e inversión
Protección social	Seguridad financiera	Innovación
	Dignidad personal, protección y seguridad	Contribución social y cultural
		Cohesión social

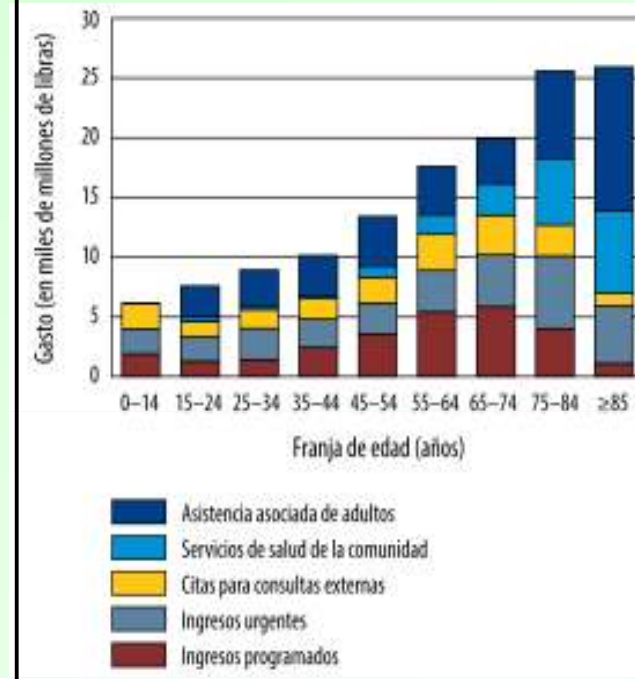


1. Adecuación de Servicios de Salud

Mayor demanda de los Servicios, Obstáculos para el uso de los Servicios Mala adaptación de los Servicios

Según la Encuesta Mundial de Salud de la OMS, el uso de los servicios de salud (consultas y asistencia hospitalaria) aumenta con la edad en los países de ingresos altos. Pero incluso en éstos muchas PMs no acceden a esos servicios, por su costo y/o por descoordinación de la atención sanitaria.

Costo anual de los servicios de salud, por grupo de edad y tipo de servicio en Torbay (145.000 habitantes), Inglaterra, 2011



Atención convencional

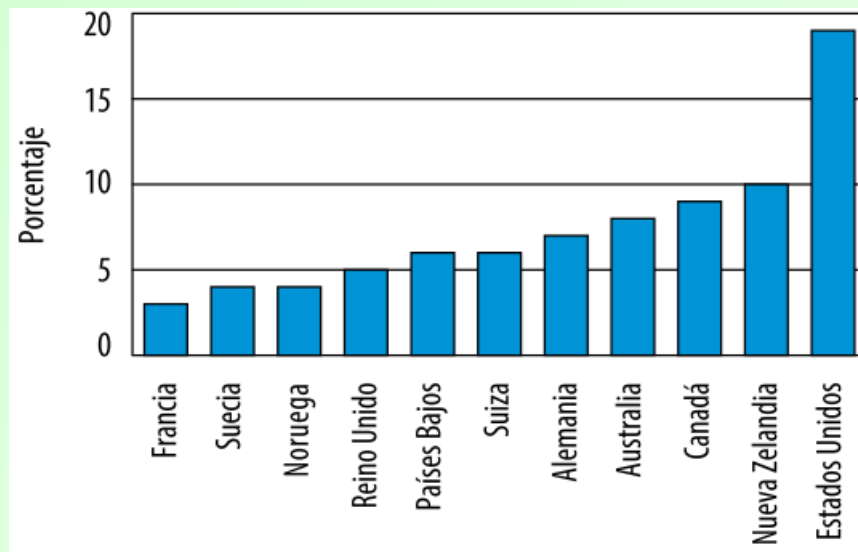
- Se centra en una (o más de una) enfermedad.
- La meta es el tratamiento o la cura de la enfermedad.
- La persona mayor es vista como un receptor pasivo de la atención.
- La atención se divide por enfermedades, trabajadores sanitarios, entornos y etapas de la vida.
- Los vínculos con la atención de la salud y los cuidados a largo plazo son limitados o inexistentes.
- El envejecimiento se considera un estado patológico.

Atención integrada y centrada en las personas mayores

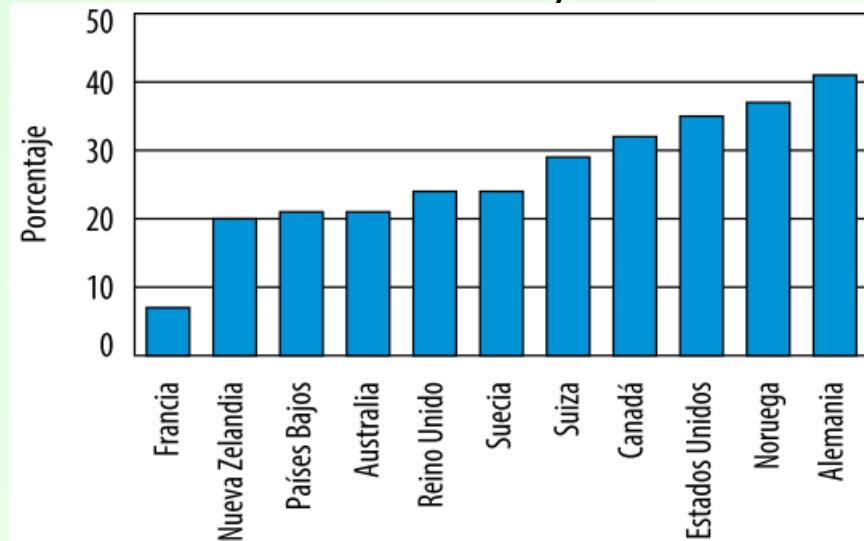
- Se centra en las personas y sus objetivos.
- La meta es potenciar la capacidad intrínseca.
- La persona mayor es un participante activo en la planificación de la atención y el autocuidado.
- La atención integra enfermedades, trabajadores sanitarios, entornos y etapas de la vida.
- Existen vínculos sólidos con la atención de la salud y los cuidados a largo plazo.
- El envejecimiento se considera una parte normal y valiosa de la vida.

Los actuales Sistemas de Salud, mal adaptados a los mayores, además de estructurarse para diagnosticar y curar problemas con duración limitada, **carecen de coordinación** para atender las co-morbilidades crónicas. El Informe reseña que además los servicios actuales “no tienen en cuenta las limitaciones de la capacidad típicas de la vejez: mal acceso a edificios, baños o información para deficientes audiovisuales; largas colas o esperas para incontinencias...”

- adultos de 65 años o más que en los últimos dos años tuvieron problemas debido al **costo**: no consultaron a un médico, dejaron de hacerse un examen o un tratamiento recomendado por el médico, no adquirieron un medicamento recetado o se saltaron una dosis o combinación de estas situaciones.



- adultos de 65 años o más que esos últimos 2 años tuvieron problemas con la **coordinación de la atención** (los resultados o los informes de los exámenes no están listos para la cita médica, se ordenan exámenes por duplicado, los especialistas no tienen la historia clínica o no informan al médico de cabecera, se recibe información médica contradictoria (o combinaciones de todo esto))



Buena o mala vida longeva según ingresos en barrios

