

SERVEIS SANITARIS I SOCIALS A L'ALT EMPORDÀ



**Necessitats de serveis
i la seva utilització**

Dr. Pere Plaja i Dr. Arcadi Boixadera

Maig 2016

CONTINGUTS

Proposta Pla Salut Catalunya 2016-2020

Referències sobre necessitats socio sanitàries i serveis

Estudis recents amb dades de l'Alt Empordà

Comentaris

Bibliografia



PROPOSTA DEL
PLA DE SALUT CATALUNYA 2016 – 2020

PROPOSTA DEL PLA DE SALUT CATALUNYA 2016-2020

Presentació

L'estat de salut de la població d'un país és una mesura del seu nivell de desenvolupament i capacitat de progrés. Invertir en salut és invertir per a un futur millor, individual i col·lectiu. Un bon sistema de salut és fonamental per a qualsevol país modern que vol avançar, per bé que, per garantir el seu progrés, no es pot oblidar que la salut de les persones depèn de molts factors a banda de l'assistència sanitària, estrictament entesa com a tal.

El sistema de salut ha de ser una xarxa assistencial accessible a totes les persones que ho necessitin i ha de disposar dels instruments necessaris per ser eficaç i efectiu a l'hora de resoldre els problemes de salut de la població. Aquest sistema també ha de procurar el manteniment i la promoció dels més alts nivells de salut, globalment entesa, i al mateix temps ha de ser eficient i optimitzar l'ús dels recursos de forma segura i satisfactòria, i evitar-ne el malbaratament.

La prioritització de les intervencions a realitzar és una qüestió ineludible, atès que les necessitats en salut són creixents i els recursos limitats i el seu rendiment divers segons on s'inverteixin. Definir bé les prioritats obre la porta a l'equitat, perquè fa palès on cal posar l'accent perquè hi ha més necessitats i les persones són més vulnerables. Cal tenir en compte que, a banda de l'infrafinançament crònic del sistema, en els darrers anys ha calgut fer front a una crisi econòmica greu, amb una Llei de la dependència gairebé per desplegar, i el sistema de salut també ha hagut de jugar un cert paper de coixí social.

Viure tant temps com sigui possible en un bon estat de salut és l'objectiu fonamental del Pla de salut, i és coherent que ho sigui, atesa la perllongada esperança de vida de què gaudim. Entenem que per aconseguir-ho són

imprescindibles les millores en la prevenció i atenció a les malalties cròniques i les mesures de reordenació de serveis que es proposen en aquest Pla.

La idea central és fer tot el que cal de la millor manera possible i on millor es pot fer. La proposta és fer-ho, d'una banda, acostant els serveis a les persones en els àmbits comuns (atenció primària, atenció domiciliària, rehabilitació, PADES, centres de salut mental, sociosanitaris), però, de l'altra banda, concentrant i centralitzant algunes actuacions que ho requereixen per la complexitat, alta especialització o sofisticació tecnològica.

Cada cop és més important comptar amb la implicació dels professionals i la complicitat dels ciutadans a l'hora de replantejar les diverses formes possibles d'atenció, incloent-hi les que no són presencials, per tal d'aprofitar el potencial de millora que proporcionen les tecnologies de la informació i la comunicació. El desenvolupament de la recerca en les formes de prestació de serveis i organització dels processos assistencials és un repte que s'ha d'afrontar des d'ara. Promoure la participació dels diferents actors en la gestió dels recursos disponibles pot generar noves formes de treball que han de ser, amb tota probabilitat, les innovacions més rellevants i disruptives del nostre sistema de salut i que el món de la gestió ha d'afavorir. La situació actual ho requereix i no exclusivament per la complexitat de la situació econòmica, sinó també pel canvi en la relació de la ciutadania amb el sector públic.

Els principals indicadors de salut a Catalunya tenen una evolució favorable i la població té una bona percepció de la seva salut, però cada cop està més envellida i està més afectada per malalties cròniques i, per tant, té més necessitats de salut. Les mesures de promoció de la salut i prevenció de les malalties, encara que siguin prou ben conegudes, no són part d'un discurs antic, sinó que són més necessàries que mai i són fonamentals totes les actuacions desenvolupades amb aquesta orientació des de la salut comunitària, l'atenció primària i el món local.

Aconseguir que les intervencions sanitàries obtinguin els resultats proposats en el context real fa efectiu el sistema i fer-ho al menor cost possible i sense malbarataments el fa eficient i no es pot oblidar que l'eficiència és una de les dimensions de la qualitat. En aquest propòsit, cal també que només es duguin a terme les intervencions sanitàries que afegeixen més valor en termes de salut i deixar de fer les que no n'afegeixen. L'avaluació és una part indestruïble de l'actuació del sistema que ha de ser permanent i concebuda com una oportunitat d'identificar àmbits de millora afavoridors de la qualitat assistencial i de la transparència de resultats. Es creu que és només com a sistema que es pot prestar una atenció proactiva i capaç de gestionar els riscos per a la salut de la població.

Que la salut no depèn només del sistema sanitari no és una frase feta. Al contrari, els aspectes més importants per a la salut estan relacionats amb què i com es menja, com es vesteix, on es viu, quina educació es té, com es treballa, etc. En definitiva, quines condicions de vida tenim. Per això és tan important desenvolupar plans interdepartamentals que introdueixin el valor de la salut dins de les activitats de tots els sectors del govern i l'activitat socioeconòmica en general.

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/Pla_salut/enll2016/Pla-de-Salut-2016-2020-proposta.pdf



REFERÈNCIES SOBRE
NECESSITATS SOCIO SANITÀRIES I SERVEIS

REFERÈNCIES SOBRE NECESSITATS SOCIOSANITÀRIES I SERVEIS

Una de les principals línies estratègiques definides al Pla de Salut de Catalunya 2016-2010 es la implementació d'un model d'atenció integral a les persones amb problemes de salut crònics o necessitats complexes de salut i socials, avançant cap a un model d'atenció centrada en la persona.

Si pensem en grups especials a tenir en compte lligat a les pròpies línies estratègiques del pla de salut, el col·lectiu d'immigrants i el col·lectiu de gent gran en són elements diana.

A banda de persones amb problemes socials molts concrets, els dos col·lectius abans citats, formen part important de l'anàlisi de necessitats i utilització de recursos socio-sanitaris que estem actualitzant .

Les dades que disposem d'investigadors en la província de Girona i la comarca de l'Alt Empordà, que citem en aquesta revisió, es pot veure que són complementaries. Tot i que a vegades no són coincidents del tot amb algunes de les cites oficials de diferents departaments publicats –IDESCAT, CatSalut, Departament de treball, afers socials i familiars- ens permeten configurar la idea de les necessitats d'un nou abordatge en Serveis de la Comarca.

El govern de la Generalitat de Catalunya, des del Departament de la Presidència, va aprovar, en acord de govern de 25 de febrer de 2014, la creació del Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS), *"com un instrument d'acció per abordar una atenció centrada en les persones, integral i integrada, eficient i de qualitat, i que ha de possibilitar la implicació i la participació de tots els agents del sistema de salut i dels sistema social"*.

La evolució demogràfica de l'Alt Empordà reflexa un increment significatiu de població. Des de l'any 2000 aquesta ha incrementat un 38,5%, degut principalment a fluxos migratoris de població estrangera.

Pel que fa a una visió global i integral, les dades de diferents estudis a Catalunya posen de relleu la importància de l'edat, la procedència i la situació social de les persones com a determinants de salut. Si incloem en la valoració la utilització dels recursos sanitaris veiem com aquest punt reverteix en el seu estat de salut real o percebuda d'una manera important.

La planificació a l'Alt Empordà no ha tingut fins ara en compte aquesta realitat a la comarca. De fet poques dades territorials s'han disposat i tingut en compte per això.

L'anàlisi de resultat de l'atenció sanitària es sol basar en estudis de morbiditat poblacional a nivell de nació (Catalunya) i en tot cas amb modulacions d'edat i dispersió territorial segons patrons de l'inici de la reforma de l'atenció primària ja fa més de 20 anys.

Per parlar de l'Alt Empordà ara ens trobem còmodes utilitzant referències pròpies i d'altres autors de la província de Girona i estudis, total o parcialment basats, amb població de l'Empordà.

En tot cas, l'evident augment de fluxos de la població procedent de l'estranger (en concret, de països de baixa renda), el progressiu envelliment de la població autòctona i l'elevat índex de natalitat de la població nouvinguda ha generat una nova realitat social i demogràfica en el nostre país.

D'altra banda segon les mateixes dades de l'IDESCAT 2015 l'increment d'atur és progressiu i passa de 36 a 42 % entre 2008 i 2011 a l'Alt Empordà , amb 43,3% el 2015-

Igualment un altre element de repercussió en la integració social com és el percentatge de persones que no entén el català, que el 2011 està en 5,59% també ha anat creixent.

Aquests 2 elements sociodemogràfics reflecteixen dades rellevants de població en risc de patir inequitats en l'accés a serveis socio-sanitaris, i a la llarga possibles morbiditats i repercussions en les expectatives vitals.

Cal tenir en compte, que siguin quins siguin els recursos disponibles, per alguns autors, el principal motiu pel qual la morbiditat atesa i la utilització dels serveis sanitaris divergeix entre la població immigrant i l'autòctona és la falta d'informació d'accés al sistema sanitari.

De fet nosaltres hem observat casos de malalties greus i fenòmens de mortalitat no esperada en població infantil al Baix Empordà que podrien anar associats a aquesta dificultat en la comunicació, la llengua i a la integració, amb dificultats en la correcta utilització del sistema sanitari.

Per que fa als moviments migratoris, les dades oficials indiquen que durant els anys 2000 a 2010, el creixement de la població espanyola ha estat altament influenciat per l'elevat increment de la població estrangera, tant amb autorització de residència com sense.

Aquest increment de població s'ha donat també a la província de Girona que ja l'any 2009 acollia el 13,7% de la immigració resident a Catalunya (67,5% Barcelona, 12,6% Tarragona i 6,2% Lleida), i aquest col·lectiu d'immigrants representava el 20,92 % del total de la població Gironina.

A partir de la crisi econòmica la tendència creixent d'immigrants s'ha estancat, però es manté en valors elevats, i en la nostra zona és de 26,6% a l'Alt Empordà i 29,7 % a Figueres.

La població immigrant recent en el nostre país és majoritàriament jove, i això condiciona els diferents estudis de morbiditat i ús de recursos sanitaris d'aquest col·lectiu, i probablement va condicionar el propi Pla Director d'immigració en l'Àmbit de la Salut de 2004.

De fet en l'atenció i planificació d'activitats preventives en el col·lectiu immigrants hem compartit diverses experiències.

A finals dels anys 90 algunes zones de Catalunya ja havien notat un increment de població immigrant, amb una problemàtica sociosanitària que va justificar plans d'accions específics en alguns llocs. De fet a la Garrotxa varem posar en marxa un "Programa Immigrants" amb suport del Departament de Salut molt centrat amb la població maternoinfantil i creant documents de promoció de salut propis i d'altres integrats amb entitats com el Grup de Recerca i Atenció per a Minories Culturals (GRAMC) d'abast provincial. Posteriorment en altres zones de l'Empordà vàrem crear dispositius de suport al col·lectiu immigrants i en paral·lel des de CatSalut, es va promoure en programa específic a la província de Girona fent una evolució des d'un tema més organicista –els primers documents havien estat de prevenció i tractament de malalties concretes- a uns més sociosanitari coincidint amb altres experiències de Catalunya.

A partir de 2004 el Pla Director d'immigració en l'Àmbit de la Salut marcava un punt de referència normatiu en el país.

En general es va incrementar el valor de la mediació, però no es va fer una anàlisi real de us de recursos sociosanitaris. La simultània aparició de la crisi econòmica ha fet que els dispositius i programes existents hagin disminuït els seus recursos.

A l'Alt Empordà, l'increment de l'atur i la disminució de la renda promig el 2015, el significatiu percentatge de població que no entén l'idioma, juntament amb la pròpia immigració són preocupants.

De fet en concret a l'Hospital de Figueres i altres zones de la comarca –com en altres de properes- han desaparegut recursos de mediació sociocultural en els darrers anys, i en el moment actual considerem que hi ha pocs mecanismes de suport complementaris.

Pel que fa referència a les persones majors de 65 anys a l'Alt Empordà, malgrat en termes relatius aquesta ha disminuït respecte al global de la població, degut principalment a un flux migratori majoritàriament jove, en termes absoluts s'ha incrementat en un 32,9% respecte l'any 2000.

La població sobre envellida s'ha incrementat un 79,6% en termes absoluts, i l'índex de sobre envelliment ha incrementat un 35,1%.

Es de destacar que en la nostra comarca des de fa anys, i abans del pic general d'immigració, hi ha una part de població immigrant resident d'origen europeu, que era de moderat- alt nivell de renda quan es va instal·lar a la comarca per retirar-se, que ha passat a la franja de sobreenvelliment. La majoria d'aquests incrementen la seva morbiditat i en alguns casos quedant amb manca de recursos econòmics, i amb manca de recursos socials , entre altres possibles causes per la seva poca integració, i manca de elements familiars propers.

Val a dir que aquesta és una nova franja de població en risc d'exclusió , que fins ara es tenia poc considerada i a qui ja s'ha hagut de donar suport en diversos moments .

Acceptem doncs que en el nostre país el col·lectiu de persones que requereixen serveis sanitaris acompanyats de suport i atenció social, cada cop és més alt. Per evolució sociodemogràfica tots els territoris tenen una tendència a un envelliment progressiu, amb una esperança de vida molt elevada. L'Alt Empordà segueix aquesta tendència i la seva situació està dins la mitjana de Catalunya. Paral·lelament, els requeriment i les expectatives de la població respecte a la

demanda de serveis i la qualitat dels mateixos també és elevada, en consonància amb el desenvolupament sociocultural del nostre país.

S'accepta majoritàriament que el grup de població que consumeix major volum de serveis socials i de salut es troba en la piràmide de població adulta i persones grans, sobretot d'edat avançada. L'abundant informació elaborada pels Departaments de Salut i Serveis Socials posen de relleu que aquest grup de població, és força heterogeni i te unes necessitats d'atenció que esdevenen complexes, per la multiplicitat de factors de risc associats a malalties cròniques i/o amb pèrdua d'autonomia personal, acompanyats amb freqüència de factors de risc social.

Hi ha varis estudis propers, promoguts per investigadors de la UdG que estan en sintonia analitzant la utilització local de recursos i que fa especial incidència en una anàlisi del col·lectiu immigrant i de la situació social de la població.

Els treballs del Grup de Recerca en Estadística, Econometria i Salut (GRECS) en son una bona referència.

Hem participat en l'“Estudi comparatiu sobre la utilització desl serveis sanitaris a Catalunya en funció de l'origen i del gènere dels usuaris” amb Grup d'Estudis de la Salut Immigració i Cultura(GESIC) el 2010, amb membres del mateix grup GRECS i altres, amb suport d' una beca FIS (PI07/0156) que es basa en una enquesta de elaboració del propi grup que ens permet per valorar condicions sobre l'ús del sistema sanitari a Catalunya.

Una branca del nostre treball que inclou dades de l'Empordà i que va ser presentat pel nostre equip a la Societat Catalana de Pediatria el 2012 amb l'objectiu de comparar la utilització dels serveis sanitaris entre població immigrant i autòctona de Catalunya, especialment pel que fa a serveis d'atenció materno-infantil, i reflexa que els elements culturals i socials condicionen la

utilització dels serveis sanitaris. Les dades demogràfiques mostren que en el moment actual tenen més fills menors de 14 anys les dones immigrants que les autòctones, però no per això empren més els serveis de pediatria. També es veu que gran part de les embarassades no fa el seguiment a Espanya, però si ho fan, no hi ha diferències entre immigrants i autòctones en l'ús dels serveis

Aquest elements i altres valorats en població més gran recolzen el fet que la procedència condiona utilització diferent dels recursos mentre no estan adaptats. Una vegada estan integrats utilitzen per igual els recursos sanitaris públics. El fet que en altres estudis hem demostrat que alguns elements de salut recomanats però no finançats no els segueixen igual (vacunes amb finançament privat) també pot estar condicionat per l'element socioeconòmic.

Les dades de Girona corresponen a la comarca del Baix Empordà, que es comporta molt igual a la de l'Alt Empordà en aspectes de immigració.

En l'anàlisi de dades qualitatives destaquem fets que impliquen fer malament els tractaments, com que alguns immigrants no segueixen bé les pautes de tractament perquè no s'entenen, però també altres com les de no prendre alguns medicaments per no disposar de diners en el moment de la prescripció.

També destaca el fet que hi ha més utilització del serveis d'urgències per comoditat horària o per menys limitacions administratives, però després es veu que en igualtat de condicions acaba sent la salut percebuda un dels principals moduladors de consum de servei sanitaris, condicionat per les recomanacions d'ús (pauta de revisions per part dels sanitaris) quan la població ja està més integrada.

En el treball de Saurina i Cols. publicat el 2012 en el que participàvem també es demostra que l'ús de mètode de planificació familiar està relacionat positivament amb un major nivell d'educació i de integració social, cosa que és

diferent segons els col·lectius de immigrants i fins i tot entre algunes ètnies autòctones.

Fets com aquests corroboren que son correctes polítiques com la de la Fundació Salut Empordà de mantenir consultes de llevadores amb un funcionament poc ortodox en determinades zones de Figueres segons el col·lectiu residencial com la Marca de l'Ham.



**ESTUDIS RECENTS AMB
DADES DE L'ALT EMPORDÀ**

ESTUDIS RECENTS AMB DADES DE L'ALT EMPORDÀ

Si ens centrem en les dades i conclusions dels estudis d'investigació locals més recents veurem una realitat encara més propera.

Per això exposem els resultats dels estudis de la Dra. Vall-Ilosera que inclou dades de Roses (Tesis doctoral de 2011) i de la Dra. Alfranca amb dades de Castelló d'Empúries (Tesis doctoral de 2014) dirigides per els Doctors Saurina i Saez de la UdG i membres de GRECS.

Estudi Vall Ilosera

“La utilització dels Serveis d’atenció primària a la Regió Sanitària Girona i els seus condicionants demogràfics, econòmics i socials. “

S’observa que a tots els ABS les dones tenen una major probabilitat de freqüentar els serveis més d’una vegada que els homes .

Quan tenim en compte l’origen i el sexe del pacient veiem que a l’ABS de Roses són les dones autòctones les que tenen una major probabilitat de freqüentació.

Al llarg de tota l’anàlisi descriptiva s’ha fet evident que una major edat suposa un pitjor estat de salut. Per tant, és lògic suposar que l’edat sigui un factor que influeixi positivament en la quantitat de servei consumit.

Pel que fa a l’accés als serveis sanitaris d’atenció primària, l’anàlisi realitzat ens ha permès constatar que els factors que influeixen en la utilització o no utilització dels serveis d’atenció primària només depenen de variables de necessitat (com ara la salut percebuda, les malalties cròniques o el consum de medicaments). No hem detectat cap barrera d’accés als serveis sanitaris públics ja que la decisió del

pacient, sobre visitar o no als serveis sanitaris només depèn d'un pitjor estat de salut real i/o d'una pitjor percepció de la pròpia salut.

Referent a la quantitat de servei consumit, constatem l'existència d'inequitat horitzontal, doncs una major o menor probabilitat de freqüentació no depèn només de les variables de necessitat sinó que també hi entren en joc les variables de no necessitat i les moduladores. No només un pitjor estat de salut (consum de medicaments i/o malalties cròniques) i/o una major percepció de la pròpia salut genera una major freqüentació. També un conjunt de variables associades als condicionants socioeconòmics i demogràfics de l'usuari influeixen en la quantitat de servei consumit. En concret, i tal com havíem vist en l'anàlisi quantitativa descriptiva, situacions de major precarietat laboral i/o d'habitatge, una major edat i un major temps de residència al país d'acollida, suposen una major probabilitat de freqüentació.

Una explicació plausible a la major freqüentació en estrats socioeconòmics més baixos seria considerar que existeixen individus que, tot i precisar d'una igual quantitat de servei sanitari, com que tenen un major poder adquisitiu, utilitzen els canals alternatius que ofereix la xarxa assistencial privada⁽¹⁾. D'aquesta manera, els usuaris amb més recursos poden evitar els problemes de temps d'espera per ser tractats per especialistes que s'ha detectat com a factor negatiu en l'anàlisi qualitativa.

Per altra banda, també és probable que una pitjor situació socioeconòmica generi una pitjor salut real i/o percebuda, doncs el fet de sentir-se malalt és un procés psicosocial on la situació socioeconòmica específica, les creences, percepcions i idees entorn a la simptomatologia hi entren en joc. Aquesta percepció personal de la pròpia salut justificaria, doncs una major freqüentació als serveis de salut públics per aquests pacients amb unes pitjors condicions socioeconòmiques.

Igualment, pel que fa a la quantitat de servei consumit, a banda de les variables de necessitat abans esmentades, també hi influeixen factors socioeconòmics (com ara la situació laboral i/o d'habitatge), demogràfics (edat i sexe) i culturals (any d'arribada al país d'acollida), tot i que en diferent grau segons el col·lectiu analitzat.

El sexe i un major temps de permanència al nostre país suposen una major probabilitat d'accés per alguns col·lectius, demostrant l'assimilació en els formes d'actuar davant la malaltia i la utilització dels canals apropiats per solucionar els problemes de salut.

Quan major és el temps de permanència al país d'acollida, menor és el diferencial d'estat de salut i utilització dels serveis sanitaris entre la població immigrant i l'autòctona.

Pel que fa a la quantitat de servei consumit, és rellevant el fet que, un cop s'ha contactat amb els serveis sanitaris, la probabilitat d'una major freqüentació és evident en tots els col·lectius.

A banda de determinar els factors rellevants que ens expliquen l'accés i freqüentació als serveis d'atenció primària, el model d'utilització ens ha permès corroborar la necessitat de tractar el col·lectiu d'immigrants com un grup heterogeni, contemplant les particularitats de cadascun d'ells. A més l'anàlisi descriptiu quantitatiu ja ens ha fet evident que les condicions socioeconòmiques i demogràfiques divergeixen en funció de l'origen específic del pacient de la mateixa manera que són diferents els patrons de freqüentació dels serveis sanitaris en funció del lloc de naixement.

En l'àmbit concret de la RSG, s'ha pogut constatar que els immigrants identifiquen el centre d'atenció primària com un servei més pròxim, de major confiança i on és possible el seguiment de la història clínica del pacient. És a dir,

aquests serveis d'atenció primària si son assequibles, són la primera elecció i es consideren el mecanisme adient en casos on no hi ha un malestar urgent.

Les formes de significar la malaltia poden ser fruit de les diferències culturals sociohistòricament situades. Si treballem amb col·lectius immigrants es important de conèixer els factors que influeixen en la utilització dels serveis sanitaris sota una mirada cap a la heterogeneïtat: de significacions, de necessitats i de situacions.

Referent als factors determinants en l'accés i quantitat de servei consumit s'observà que patir trastorns crònics, consumir medicaments, tenir més de 46 anys o haver arribat a Espanya en les primeres onades migratòries suposava una major probabilitat de contactar amb els serveis d'atenció primària que en cas contrari. Addicionalment, tenir malalties cròniques, consumir medicaments, tenir una mala percepció de la pròpia salut, treballar sense contracte, viure de lloguer o estar a l'atur suposava consumir una major quantitat de serveis de salut. Si es considerava el lloc específic de naixement de l'usuari, es seguia observant el mateix patró de conducta tot i que amb diferents intensitats en funció de l'origen.

En definitiva, els contrastos realitzats ens permeten afirmar que existeixen diferències evidents en els característiques demogràfiques, econòmiques, socials, culturals i d'estat de salut entre la població immigrant i l'autòctona. També observem que tots aquests factors (demogràfics, econòmics, socials, culturals i de morbiditat) tenen una clara influència en la quantitat de servei consumit, és a dir, en la freqüentació als serveis d'atenció primària. Ara bé, els elements que afecten a l'accés als serveis de salut públics, només tenen relació amb la salut real i/o percebuda d l'usuari.

Tots aquests resultats els hauríem de tenir en compte al valorar els dispositius socials i sanitaris necessaris en el moment actual a l'Alt Empordà.

Estudi Dra. Alfranca

“Expectativas y preferencas en la utilización de servicios en atención primaria “

En un entorn encara més proper, la Dra. Alfranca ha presentat el 2014 la seva tesi amb dades de l'Alt Empordà, centrant-se en la població de Castelló d'Empúries en sintonia amb els grups col·laboratius anteriorment citats.

En la seves conclusions exposa que:

Considerant que les expectatives i preferències en salut es troben influenciades per l'edat, sexe, origen i condicionants econòmics; es confirma la influència de l'edat, origen i situació socioeconòmica, però no es confirma la influència del sexe. El factor que més influeix en els expectatives i preferències és l'edat i en segon lloc el nivell socioeconòmic. L'origen té una menor influència i les diferències detectades entre els immigrants i la població autòctona es pot explicar més per la influència de l'edat i la situació social que per el país de naixement.

Quan pensem en fer polítiques de promoció de la salut, també caldria tenir-ho en compte.

Analitzant la influència de l'edat, s'observa que els usuaris més joves no tenen necessitat d'una relació propera amb el metge o infermera, els de mitjana edat concedeixen una importància alta a la competència i la resolució i destaca entre els més grans la gran importància del tracte i la relació de proximitat amb els professionals sanitaris. Entre els pacients de més edat, la preferència pel model d'assistència continua sent paternalista.

I si passem a la valoració actual de la influència de la crisi econòmica sobre l'atenció sanitària, observa que:

L'estudi dels factors socioeconòmics indica que els immigrants econòmics són els més insatisfets amb l'accessibilitat i troben traves burocràtiques. Entre ells i els parats, la afectació de la crisi es percep més a un nivell personal que d'assistència sanitària. Els pensionistes són els que més perceben l'impacte de la crisi i les retallades sanitàries.

Majoritàriament s'accepta que la crisi econòmica dels darrers anys ha influït en la realitat de l'atenció sanitària a Catalunya, Girona i l'Alt Empordà. En el treball d'Alfranca, pel que fa a l'accessibilitat al sistema, els immigrants econòmics són els més insatisfets amb l'accessibilitat i troben traves burocràtiques per utilitzar-lo. Entre ells i els parats, la afectació de la crisi es percep més a un nivell personal que d'assistència sanitària. Els pensionistes són els que més perceben l'impacte de la crisi i les retallades sanitàries.

De fet valorant específicament si la crisi econòmica del 2008-2010 ha influït en la satisfacció amb les serveis sanitaris, dita influència solament es confirma en els usuaris majors de 65 anys, produint marcat descontentament i queixes respecte al sistema sanitari.



COMENTARIS

COMENTARIS

El canvi d'escenari socialdemogràfic a l'Alt Empordà ha suposat un fort impacte pels Serveis Assistencials, doncs s'han generat unes noves i específiques demandes que precisarien d'una reforma dels serveis socials i una consolidació dels serveis d'Atenció Primària (AP) i una adaptació del serveis hospitalaris sota un imperatiu econòmic de contenció del cost.

Seguint amb el discurs de Dra. Vall-Llosera, sobre l'assequibilitat dels recursos i el seu ús, si parlem de Figueres ciutat, el punt d'atenció sanitària més assequible per als usuaris és el Punt d'Atenció Continuada (PAC) vinculat al Servei d'Urgències de l'Hospital de Figueres. Per això l'ús d'aquests recursos no para de créixer en el moment actual (anys 2015 – 2016) , després d'un cert estancament al voltant dels anys 2010 – 2012.

Les dades documentades per Vall Llosera en la seva tesi es confirmen en bona part en l'estudi de recerca fet per diversos membres del GESIC i (PI07/0156)

Recopilant les dades de Alfranca, podríem dir que els mes afectats per l'impacte de la crisi i les retallades sanitàries són els immigrants econòmics, els parats i els pensionistes o persones majors de 65 anys, ja sigui per dificultat d'accés, per insatisfacció dels serveis o per incompliment d'expectatives o necessitats.

Per això les accions de promoció de la salut i atenció sanitària s'haurien d'adaptar a aquests condicionants.

Si ens centrem en el Serveis Sanitaris cal recordar que tenim una de les assignacions de despesa per habitant (Càpita) de les menors de Catalunya de forma persistent –amb els dèficits acumulats que això genera- , però no insistirem en aquest discurs , excepte per considerar que cal sumar la nova

situació social de la comarca d'increment d'atur, disminució de renda, i canvis sociodemogràfics com immigració, integració i envelliment- .

De fet una part del Estudi Empordà –complementari- que esta en marxa es centra en dades actuals de morbiditat i us de recursos de la població de la comarca..

Si ens centrem en els Serveis Socials , en la programació territorial 2015-2018 derivat del document de treball del departament de Treball, Afers Socials i Famílies es parla dels àmbits d'actuació en Serveis Socials i Serveis Socials especialitzats. (1) <http://treballiaferssocials.gencat.cat>.

Quan es cita la necessitat d'incidir en zones d'actuació preferents a Catalunya es marquen unes necessitats que pel que fa a l'Alt Empordà destaca :

- A/ Residència assistida per a gent gran: Prioritat mitja.

Aquí considerem un error de planificació, ja que en la zona hi ha menys demanda percebuda de forma oficial ja que ens consta una desincentivació de la demanada a diferències d'altres àrees de Catalunya en que això s'ha promociat (com Baix Empordà)

- B/ Centre de dia per a gent gran: Prioritat mitja

Aquí quan considerem el recurs actual està en part mal ubicat, poc repartit en el territori

- C/ Llar residencial per a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental: Prioritat alta
- D/ Llar amb suport per a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental: Prioritat molt alta

Almenys els recursos C i D ja consten com a deficitaris en l'anàlisi, i de fet hi ha necessitats en suport familiar en salut mental que actualment estan més suportats cobert per associacions de pacients i familiars que per el sistema públic.

La realitat és que la necessitat dels recursos Ai B també són més deficitaris del que es descriu en el pla.

En l'àmbit de l'oferta de serveis públics, com és el cas dels serveis sanitaris o socials, és molt important garantir l'equitat en la prestació d'aquests serveis. Per tant, és necessari que el sistema asseguri l'accés als serveis en igualtat de condicions i, alhora, que els individus amb estats de salut equivalents consumeixin la mateixa quantitat de recursos sanitaris, independentment de la seva situació econòmica.

La realitat de la comarca de l'Alt Empordà es que tant l'oferta sanitària de recursos - serveis valorats en despesa per habitant- com l'oferta social (<http://treballiaferssocials.gencat.cat>) està per sota del promig de Catalunya, segons documents del propi Departament de Treball, Afers socials i Família de 2016.

Si li donem el valor que tenen i mirem les referències descrites en els diferents estudis generals i locals sobre grups d'edat i immigració, situació social, creences dels usuaris i utilització dels recursos sanitaris estarem més a prop de planificar solucions per una millor atenció sanitària a l'Alt Empordà.

En tot cas caldria fer una modificació de les propostes de recursos sanitaris i especialment socials en curs.

- *Per la situació de canvi continu no hem entrat a analitzar els diferents canvis normatius i legislatius que apareixen a l'estat espanyol i a*

Catalunya aquesta dècada (2010-2020), i que modifiquen els drets i deures de la població a qui ens referim (pensionistes, menors, aturats, immigrants regulars i irregulars, etc) , i que pot dificultar l'anàlisi de necessitats i usos de recursos socio-sanitaris en un moment determinat

 **BIBLIOGRAFIA**

BIBLIOGRAFIA

- Proposta del Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. Generalitat de Catalunya 2015.

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/Pla_salut/enll2016/Pla-de-Salut-2016-2020-proposta.pdf

- Treball i afers socials. Àmbits d'actuació . Serveis Socials .Serveis socials especialitzats . Programació territorial 2015-2018
<http://treballiaferssocials.gencat.cat>

- Pla interdepartamental d'atenció i d'interacció social i sanitària (PIAISS) 2014

<http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3609/doc35966.html>

- *Expectativas y preferencias en la utilización de servicios en atención primaria.* Alfranca R. Tesis doctoral 2014.

Universitat de Girona. Dirigida per C. Saurina i M. Saez.

- *Factors determining Family planning in Catalonia. Sources of inequity .*

International Journal for Equity in Health.2012, 11:35.

Saurina C, Saez M, Vall-Llosera L, Plaja P i cols.

- Diferències en l'Atenció en salut sexual i reproductiva. Atenció Maternoinfantil, Comunicació en Reunio Anual de la Societat Catalana de Pediatria 2011

Plaja P, Saurina C, Saez M, Vall-Llosera L i cols.

- *Encuesta de barreras de acceso, estado de salud y utilización de los servicios sanitarios en Catalunya.*

Soler J, Corominas D, Plaja P, Muñoz-Soler MD y cols.

Registro de propiedad intelectual (obra literaria) Numero 02/2010/2833

- *Vacunació antipneumococcica a Catalunya 2009. Diferents cobertures vacunals segons el nivell social.*

Comunicació en Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria 2009

Fina Aguilar, Pere Plaja, Josep Maria Lisbona, Raquel Fernández, Joan Agulló

- *La utilització dels serveis d'atenció primària a la Regió Sanitaria Girona i els seus condicionants demogràfics , econòmics i socials.*

Vall-Llosera L. Tesi doctoral 2010 Universitat de Girona,

Dirigida per C Saurina i M Saez

- *Inmigracion y salud. Necesidades y utllizacion de los servicios de atención primaria en la región sanitaria de Girona*

Revista española de salud pública. 2009. 83:287-303

Vall-Llosera L, Saurina C, Saez M,.

- *Estudio comparativo sobre la utilización de los servicios sanitarios en Catalunya en función del origen y del género de los usuarios. La atención pediátrica y la atención a la salud sexual y reproductiva. Proyecto FIS 2007/0156. Universitat de Girona, Servei de Salut Integrats Baix Empordà y otros.*

Investigador principal Dra. Carme Saurina. Colaborador.

- *Evaluación de sistemas de clasificación de pacientes en ámbito poblacional, en una Organización Sanitaria Integrada.* Proyecto FIS 2006, Serveis de Salut Integrats Baix Empordà –Universitat Pompeu Fabra-Universitat complutense de Madrid. Investigador Principal Dr. Jose Maria Inoriza. Colaboradors.
- Pla Director d'immigració en l'Àmbit de la Salut (Catalunya) 2006. ISBN 84-393-7264-7. Generalitat de Catalunya . Departament de Salut.

http://www.bcn.cat/novaciudadania/pdf/ca/salut/plans/PladirectorImmiiSalut2006_ca.pdf

- *Estudio de la variabilidad clínica y molecular asociada a drepanocitosis, talasemia y déficit de G6PD. Correlación genotipo/fenotipo y aplicación de la reversión del déficit de G6PD en la prevención de la anemia hemolítica .*

Proyecto FIS 2005. Investigador principal Joan Lluís Vives Corrons. Colaborador.

- Diferències en la morbiditat neonatal entre nounats magribins i autòctons. *Pediatría Catalana* 2005;65:8-12.

Marqueta JM, Romagosa C, Plaja P, Vazquez M

- Assistència pediàtrica. Interdependència de nivells assistencials

Pediatría Catalana 1999;59:168-175. Plaja P, Teixidor R, Heras E. Tomas R.

- Diferències racials en el desenvolupament psicomotor i relacional. Consideracions preliminars. *Pediatría catalana* 1996; 56:8-11. Plaja P, Pla E, Heras E, Teixidor R, Tomàs R, Foguet P, Adroher P, Amat A.
- El Sistema sanitari font de Salut. Plaja P, Sardañés P, Teixidor R. Diputación y Ayuntamientos de Barcelona, Mataró y Sta. Coloma. Barcelona 1994

(Castellano/Catalán/Arabe/Inglés/Francés)

- Educació Sanitària intercultural Bàsica.

Teixidor R, Sardañes P, Plaja P et al. Koiné ed. 1. (GRAMC). Girona 1995.

- Programa Immigrants: Una necessitat.

Pediatria Catalana 1993;42:46-49; Teixidor R, Plaja P, Sardañes P, Heras E.