



Diari Oficial
del
Consell General

Núm. 12/2017 - 54 pàgines
Sessió ordinària del dia 8 de juny del 2017

El dia 8 de juny del 2017, dijous, es reuneix a la Casa de la Vall, (nou hemicle), el M. I. Consell General, en sessió ordinària convocada d'acord amb allò que estableix el Reglament de l'Assemblea i amb l'ordre del dia que figura en el Butlletí del Consell General núm. 40/2017, que és el següent:

Punt Únic: Debat sobre l'acció política i de Govern en matèria sanitària.

Un cop oberta la sessió, sota la presidència dels M. I. Srs. Vicenç Mateu Zamora i Mònica Bonell Tuset, Síndic General i Subsíndica General, respectivament, s'ha procedit a comprovar la presència dels membres, que ha quedat registrada d'acord amb la relació següent:

M. I. Sr. Miquel Aleix Areny
M. I. Sr. Gerard Alís Eroles
M. I. Sr. Marc Ballestà Alias
M. I. Sr. Josep Anton Bardina Pau
M. I. Sr. Ladislau Baró Solà
M. I. Sra. Mònica Bonell Tuset
M. I. Sra. Sílvia Eloisa Bonet Perot
M. I. Sr. Joan Carles Camp Areny
M. I. Sr. Ferran Costa Marimon
M. I. Sr. Carles Enseñat Reig
M. I. Sr. Antoni Fillet Adellach
M. I. Sr. Jordi Gallardo Fernández
M. I. Sra. Sofia Garrallà Tomàs
M. I. Sra. Rosa Gili Casals
M. I. Sr. Carles Jordana Madero
M. I. Sr. Pere López Agràs
M. I. Sr. Josep Majoral Obiols
M. I. Sra. Maria Martisella González
M. I. Sr. Vicenç Mateu Zamora
M. I. Sr. Antoni Missé Montserrat

M. I. Sra. Carine Montaner Raynaud
M. I. Sr. Carles Naudi d'Areny-Plandolit Balsells
M. I. Sr. Víctor Naudi Zamora
M. I. Sra. Judith Pallarés Cortés
M. I. Sr. Josep Pintat Forné
M. I. Sra. Patrícia Riberaygua Marme

S'ha excusat l'absència de la M. I. Sra. Meritxell Palmitjavila Naudí i del M. I. Sr. Justo Ruiz González.

També hi és present el M. I. Sr. Antoni Martí Petit, Cap de Govern, acompanyat dels M. I. Srs. Xavier Espot Zamora, Ministre d'Afers Socials, Justícia i Interior; Jordi Torres Falcó, Ministre d'Ordenament Territorial; Èric Jover Comas, Ministre d'Educació i Ensenyament Superior; Carles Àlvarez Marfany, ministre de Salut i Eva Descarrega García, ministra de Funció Pública i Reforma Administrativa.

Assisteix també a la sessió el Sr. Josep Hinojosa Besolí, secretari general del Consell General.

(La M. I. Sra. Maria Martisella González, secretària de la Sindicatura, llegeix l'ordre del dia)

(Són les 9.34h)

El Sr. síndic general:

Bon dia a tothom.

Passem doncs a aquest punt únic.

Punt Únic: Debat sobre l'acció política i de Govern en matèria sanitària.

Passem a la intervenció del Govern, per a la seva presentació.

Sr. ministre teniu la paraula.

El Sr. Carles Àlvarez:

Gràcies Sr. síndic.

Senyores conselleres i senyors consellers.

Vull començar aquesta intervenció agraint al Consell General, -i en especial, al Grup Parlamentari Liberal, que ha tingut la iniciativa-, per l'organització d'aquest debat monogràfic centrat en les polítiques de sanitat pública. Aquest debat és l'oportunitat perquè el Govern i, en particular, el Ministeri que tinc la responsabilitat d'encapçalar, expliqui de manera global i exhaustiva la seva política sanitària i les principals línies de la reforma.

També serà l'ocasió d'escollar el posicionament dels membres d'aquesta Cambra en matèria sanitària; espero, doncs, que aquesta diada de debat intens en surtin propostes consensuades per millorar el nostre sistema sanitari públic.

I per què realment estem aquí ?

Per parlar dels pacients, i pacients som tots. Perquè hem estat i serem, en algun moment, pacients. Per tant, estem parlant de la salut de tots nosaltres. I, per això, el model sanitari que volem és situar el pacient en el centre del sistema sanitari.

La salut pública és, juntament amb l'educació i les polítiques socials, un dels tres grans pilars de l'Estat del Benestar. En el cas d'Andorra, aquest pilar es va bastir al tomb de la branca de malaltia de la Caixa Andorrana de Seguretat Social i es va configurar com un sistema basat en tres principis principalment:

La solidaritat, la coresponsabilitat i la lliure elecció.

- La solidaritat; perquè aquelles persones amb menys recursos no quedin excloses del sistema i tinguin les mateixes opcions a la mateixa sanitat que tots.

- La coresponsabilitat; perquè els usuaris, els ciutadans, a banda de les seves cotitzacions, paguen directament una part del cost dels seus tractaments.

- I la lliure elecció; perquè creiem que és un dret fonamental dels ciutadans el poder elegir, i per aconseguir aquest dret ens calen els professionals liberals que són una part importantíssima del sistema

sanitari públic i un dels elements fonamentals perquè els pacients, puguin escollir el metge que els tractarà.

Sembla important recordar-ho perquè nosaltres des del Govern i la majoria parlamentària que ens dóna suport estem duent a terme una reforma del sistema, no una revolució ni un canvi radical.

Perquè creiem en el nostre sistema sanitari públic i en els principis en què es fonamenta. Creiem en la coresponsabilitat, perquè contribueix a què els ciutadans prenguin consciència del que significa gaudir d'un sistema sanitari públic com el que tenim i perquè es redueix el risc de l'assistencialisme. Creiem en la solidaritat; perquè entenem que els serveis públics han de ser solidaris per naturalesa: aquells que més tenen més contribueixen i sufraguen així una part del cost del servei d'aquells que menys tenen.

I creiem també en la presència dels professionals liberals en el sistema sanitari públic. Ells fan possible la lliure elecció de facultatiu; ahora que incentiven la iniciativa privada i posen aquesta iniciativa al servei de la sanitat pública; donen vida al teixit empresarial del país; i ens allunya del risc que suposaria fer dependre el nostre sistema de salut d'estructures excessivament feixugues i burocratitzades. I finalment, perquè creiem que l'entesa entre el públic i el privat, com l'única forma d'avançar avui dia.

A nosaltres ens agrada el sistema sanitari públic d'Andorra i la filosofia que l'inspira. Perquè entenem que va en la línia de la societat oberta, meritocràtica i equitativa que defensem en totes i cadascuna de les àrees de l'acció de Govern.

Cal reformar aquest sistema? És clar que sí! Cal reformar-lo ara, calia reformar-lo ja fa uns anys i caldrà seguir adaptant-lo a nous reptes en el futur. Però entenem que totes les reformes, presents i futures han de mantenir aquest sistema, propi d'una societat oberta i dinàmica, en què els ciutadans estan al centre de l'acció dels poders públics.

Cada vegada que he tingut ocasió de presentar el full de ruta que s'ha de seguir, i de fet, ja s'està seguint, he reiterat la necessitat de situar el ciutadà, en aquest cas, el pacient, al centre del sistema. O el que és el mateix, fer que la qualitat sigui el principi fonamental de la reforma.

Col·locar el pacient al centre del sistema implica fer passar la qualitat del servei públic, en aquest cas, la sanitat, al capdavant de totes les prioritats.

La política sanitària fa temps que ocupa un lloc preeminent al debat públic: aquí al Consell General, als programes i campanyes electorals, als mitjans de comunicació, etc. Però, al meu entendre, hem comès

entre tots alguns errors d'aproximació, principalment. No sempre hem enfocat aquesta reforma de la manera correcta.

Un enfoc incorrecte, perquè és parcial, seria posar als professionals sanitaris, al centre del debat. Seria un error fer pivotar la reflexió sobre la sanitat pública al voltant d'un debat sobre els avantatges o inconvenients de la presència de professionals liberals al sistema públic. O sobre comparacions entre liberals i contractuals. O sobre les tarifes dels uns o els salaris dels altres.

És una manera perillosament parcial d'abordar el problema; i perillosament superficial, perquè l'enfoc de la qualitat no hi és per a res, no compta per a res.

Com també seria una perspectiva equivocada focalitzar-se en la despesa, en el dèficit, en els diners. Fixin-se que tots plegats hem començat a preocupar-nos de debò per la sanitat pública arran de l'augment de la despesa. I, de fet, ni tan sols arran de l'augment de la despesa, sinó per ser sincers des del moment en què es van esgotar les reserves de la branca de malaltia de la CASS, a mitjans del 2011 amb l'arribada de l'actual majoria al Govern.

Però, el debat centrat únicament sobre la despesa, és absurd: la despesa en serveis o en productes sanitaris cal valorar-la en funció dels beneficis que aporta.

Un altre enfoc incorrecte seria el de buscar culpables entre les diverses institucions que gestionen el sistema sanitari: el ministeri, la CASS o el SAAS. A vegades hem viscut aquests debats sobre si la CASS és un pagador cec, sobre si el SAAS és un generador de dèficits que després han de ser coberts per algú altre, o si el ministeri tenia o no capacitat de lideratge.

Aquesta perspectiva, a més de parcial, ens portaria a enfrontaments infructuosos entre unes institucions que han de treballar plegades per reforçar la governança del sistema sanitari públic.

I, finalment, per acabar de fer el catàleg d'errors d'enfoc que cal evitar, hi ha la tendència, en la que tots hi hem caigut alguna vegada, de posar l'anècdota al centre del debat.

Centrar-nos en les situacions al tomb d'un determinat acte, com si la salut no fos una qüestió que requerís d'un enfocament integral i es pogués esquarterar en actes aïllats.

Totes aquestes qüestions, la convivència de professionals liberals i assalariats en un únic sistema, la despesa i el dèficit, la relació CASS-SAAS-Ministeri i les qüestions relacionades amb processos assistencials o actes concrets, són qüestions importants; i les abordarem al llarg d'aquest debat, n'estic segur.

Però el sistema sanitari públic, tal i com jo l'entenc, per convenciment i per responsabilitat, requereix d'un enfocament global, centrat en el pacient i en la qualitat que el pacient té al seu abast.

Senyores i senyors consellers,

La voluntat de posar el pacient al centre del sistema sanitari públic i de conduir la reflexió i les accions polítiques amb l'objectiu clar de mantenir uns elevats estàndards de qualitat no és una invenció andorrana; sinó que és una tendència mundial, comuna en països amb sistemes sanitaris molt diferents.

Podríem dir que la gran majoria de sistemes públics de salut occidentals tenen uns reptes i unes febleses compartides; i que, a més, cada sistema presenta unes especificitats, que també generen fortaleces i debilitats.

Quins són aquests reptes comuns a la majoria de països occidentals i que Andorra també comparteix?

Se'n parla sovint als mitjans de comunicació de mig món:

- Un envelliment progressiu de la població.
- Un augment de la cronicitat associada a l'envelliment.
- Uns hàbits poc saludables de vida.

I per acabar un encariment dels tractaments.

A Andorra hi ha avui més persones grans i més malalts crònics; i més avenços científics i tecnològics que ens permeten curar o, com a mínim, tractar moltes malalties.

I aquests tractaments tenen malauradament uns costos elevats.

Això, ja per si sol, explica bona part de l'augment de la despesa sanitària de les últimes dues dècades.

I això és una realitat que cal tenir en compte a l'hora de formular com volem que sigui el nostre sistema sanitari; perquè aquest pacient que nosaltres volem col·locar al centre del sistema, molt sovint serà una persona gran afectada per malalties cròniques i probablement depenent i que, per tant, representarà un cost econòmic elevat.

El nostre model assistencial haurà de donar resposta a aquesta realitat, i no a una realitat de fa 40 o 50 anys o tot just 20 anys

A més, el sistema sanitari públic d'Andorra, com el de qualsevol altre país, presenta unes característiques pròpies. Algunes les he esmentat abans, quan parlava dels principis més fonamentals del nostre model sanitari: La coresponsabilitat dels pacients, la solidaritat del sistema i la lliure elecció de facultatiu,

que porta aparellada la lliure implantació de professionals.

Això són forteses del nostre sistema perquè un sistema solidari és un sistema inclusiu, que vetlla perquè tota la població tingui accés a unes prestacions de salut de qualitat; i això s'ha de mantenir i potenciar, perquè un sistema on els pacients són coresponsables és un sistema més ben preparat per fer dels ciutadans una part activa de les accions de prevenció i de tractament de les malalties i perquè un sistema basat en la lliure elecció de facultatiu i en la lliure implantació regulada permet als pacients escollir la millor qualitat, i premiar la bona qualitat en detriment de nivells de qualitat no tan bons.

Ara bé, evidentment, en aquest sistema no tot són virtuts. Si ho fossin segurament no estaríem tenint aquest debat avui, aquí, al Consell General.

D'entrada, cal una major coordinació entre el Ministeri de Salut, la CASS i el SAAS. S'han fet i es faran avenços en aquest sentit i tindrem oportunitat de parlar-ne. També cal una millor coordinació entre l'atenció primària i els especialistes, així com avançar en la creació de protocols i la definició de circuits per tractar les diferents malalties.

Per això he fet èmfasi en l'inici d'aquesta intervenció, en el concepte de "reforma"; perquè la nostra missió no és la de canviar el sistema, sinó de fer-hi els ajustaments necessaris perquè aquest sistema funcioni millor i doni un servei de màxima qualitat a les ciutadanes i als ciutadans d'aquest país.

Recentment ens fèiem ressò de l'article publicat en la prestigiosa revista mèdica britànica *The Lancet*, fa tot just dues setmanes, que situava el sistema sanitari andorrà al capdavant dels millors sistemes de salut del món. Aquesta classificació anava en consonància amb un altre estudi publicat per la mateixa revista el novembre de l'any passat en què Andorra apareixia com a quart país més saludable.

Tampoc cal fer una obsessió per aquestes classificacions, especialment quan en un país de reduïda dimensió demogràfica com el nostre, uns pocs casos poden fer variar sensiblement l'estadística.

Però, en qualsevol cas, el que aquestes publicacions posen de relleu és que l'accessibilitat a l'atenció sanitària i la seva qualitat a Andorra són bones. I això ho sabem tots.

I nosaltres el que volem és continuar millorant, en termes d'eficiència i qualitat. Ara bé, no es pot avaluar, controlar i millorar la qualitat, sense disposar de tota la informació necessària i sense ordenar el sistema i canalitzar, en la mesura del

possible, l'ús que els ciutadans i els professionals de la salut fan d'aquest sistema.

És per això, que l'octubre del 2016, vam fer arribar al Consell General el primer projecte de llei relacionat amb la reforma del sistema sanitari públic.

El Projecte de llei de drets i deures del pacient i sobre la història clínica compartida. Un cop aquesta Cambra l'hagi aprovat, permetrà que els diferents nivells assistencials, els metges de primària, d'un banda, i els especialistes, de l'altra, i els altres actors sanitaris com les infermeres de primària, puguin compartir informació sobre els pacients i millorar de manera notable la coordinació entre ells.

La implantació de la història clínica compartida requereix esforços de totes les parts. Per part dels metges, un canvi d'alguns hàbits de treball; dels pacients, que tindran les seves dades de salut regulades per llei; i de les institucions, perquè la història clínica compartida posarà al seu abast una eina d'informació i coordinació que hauran de saber utilitzar en positiu.

Aquests esforços que caldrà fer per part de tots, aconsellen una aplicació gradual de la història clínica compartida.

Evidentment, cal recordar que la implementació de la història clínica compartida inclourà criteris molt rigorosos de gestió i protecció de les dades personals i de caràcter confidencial.

Però aquests esforços, aquests canvis d'hàbit, tenen una compensació: als professionals els dona més informació i facilita així la presa de decisions; als pacients els dona més garanties de la qualitat i seguretat del servei que rebran; i a les institucions els permet controlar millor, tant la qualitat com la despesa.

Quan hem dit, en diverses ocasions, que la història clínica compartida és una eina bàsica és perquè sense història clínica compartida es fa molt difícil implementar protocols per tractar les malalties i definir els circuits que han de seguir els pacients.

I, sense aquests circuits, sense aquesta visió global, mantenir i millorar els estàndards de qualitat del nostre sistema sanitari públic, és una feina pràcticament impossible.

Senyores i senyors consellers generals,

Un dels principals aspectes a corregir del nostre sistema sanitari públic és que actualment està massa enfocat als actes assistencials aïllats i el que volem és integrar la informació d'aquests actes aïllats en processos assistencials que es puguin compartir en els diferents nivells d'assistència: assistència primària, actes d'infermeria, consultes especialitzades, ingressos hospitalaris, per citar-ne uns quants.

Els actes mèdics i exploracions complementàries que es realitzen actualment són de gran qualitat però manca una informació compartida que a la fi beneficia l'atenció integral del pacient.

L'important no és només que la visita al metge de capçalera o a l'especialista sigui una visita de qualitat; o que les proves diagnòstiques siguin de qualitat i serveixin a un objectiu concret. L'important també és, i m'atreveiria a dir que sobretot és que el tractament global dels pacients sigui el correcte.

Considerem que aquest tractament és correcte quan es basa en l'eficiència i la visió global del procés assistencial.

Un primer motiu que s'ha emfatitzat molt, és l'eficiència: És a dir, no fer més proves de les necessàries, no malgastar recursos i que el procés assistencial siguin de qualitat. Debatre sobre la sanitat pública i discutir només dels costos és una manera perversa de gestionar els serveis públics, però els costos hi són i han d'estar sempre justificats, cal parlar-ne i tenir-los en compte.

Però també per un segon motiu: el tractament de la malaltia és un procés global. La malaltia és un procés assistencial que comença amb la consulta de demanda d'assistència, passa per les exploracions complementàries i pel tractament. Per saber si estem tractant bé qualsevol afecció de la salut, des d'una al·lèrgia fins a un càncer, hem d'avaluar el procés assistencial d'una manera global.

Això que estic explicant, d'abordar les malalties i els seus tractaments com a processos globals i no com a actes aïllats, no és exclusiu d'Andorra, és una tendència que s'està imposant a la majoria de països occidentals amb independència de si tenen un model purament públic o mixt com el nostre.

Aquesta visió global i sistèmica sempre ha estat necessària, però ara encara més perquè tenim la tecnologia gestora de la informació que ho permet, perquè tenim els avenços en la medicina que ens obliguen a una qualitat superior de l'assistència -basada més en la prevenció de les malalties i en el diagnòstic precoç, que no pas en el diagnòstic de la malaltia avançada.

I també perquè la realitat demogràfica i epidemiològica a la que feia referència al principi: les malalties i els tractaments són més complexes i hi ha una tendència clarament a l'alça de la malaltia crònica.

Parlar, per tant, de protocols, itineraris, coordinació i informació compartida quan del que es tracta és de tractar per exemple una fractura òssia -per posar un exemple senzill- pot tenir la seva importància i seguir

que la té; però allà on realment és important és quan estem atenent afeccions de la salut complexes i malalties cròniques; un fenomen que ha anat i seguirà anant a l'alça per l'envelliment de la població i per la capacitat que té la medicina de convertir malalties cròniques que abans eren malauradament mortals.

Més endavant parlarem de l'atenció a la malaltia crònica (que és un dels reptes dels sistemes de salut de qualsevol país desenvolupat); l'important aquí és veure que la realitat sanitària que hem de gestionar aconsella cada cop més definir protocols i endreçar els processos assistencials.

Aquí rau la importància del següent pas clau en aquesta reforma: la implementació de la via integrada. La via integrada ordena l'accés i l'itinerari dels pacients dins del sistema sanitari: El pacient, davant d'una afectació de la salut, va al seu metge de capçalera i el metge de capçalera, en cas que sigui necessari, el deriva a l'especialista.

Per entendre per què és un ús normal i ordenat del sistema sanitari n'hi ha prou amb un exemple concret: imaginem que una persona respira amb dificultat i decideix anar al metge. No estem parlant d'una situació crítica en què calgui anar al servei d'urgències. A quin metge anirà? A un pneumòleg, per si té una afectació de l'aparell respiratori? A un cardiòleg, per si té dificultats per respirar d'origen d'una afectació coronària? Però també podria tractar-se d'una al·lèrgia? O d'un problema d'ansietat?

El metge de capçalera, qui amb una visita mèdica sabrà orientar el diagnòstic del pacient i si aquest requereix o no, anar a l'especialista i a quina especialitat derivar. Perquè en moltes ocasions serà el propi metge de capçalera qui resoldrà el problema de salut. Si aquesta persona, malgrat això, enlloc d'anar al metge de capçalera, decideix anar a un dels especialistes que he citat i s'equivoca d'especialista, el metge especialista també farà una visita mèdica que orientarà el pacient, però el fet de no utilitzar la via integrada pot sobrecarregar de consultes algunes especialitats, fent augmentar la llista d'espera d'accés dels pacients que realment ho necessiten. Per altra banda, el fet de voler accedir directament a l'especialista té normalment un temps d'espera que pot ser perjudicial per al pacient. També cal dir que si el metge de capçalera indica la necessitat d'una consulta especialitzada preferent o urgent, aquest podrà fer-la, com està establert dins de la via integrada.

En resum, quan no es fa servir bé el recorregut dins del sistema, el malalt perd un temps valuós esperant la visita de l'especialista, sense tenir la seguretat que

era l'especialitat correcta. I, a més, sense la seguretat que la complexitat de la seva dolença requeria una visita d'un especialista; per tant haurà malbaratat recursos seus i del sistema.

Per altra banda, si realment necessitava la visita especialitzada el no haver accedit a través del metge referent, haurà augmentat el temps d'espera d'aquesta visita.

Per tant, anar a través de la via integrada és garantia que l'accés a l'especialista, en cas de ser necessari, serà més ràpid i dirigit que si es va per decisió pròpia.

És per això, que el reglament de la via integrada preveurà que cada pacient, cada ciutadà, tingui el seu metge de capçalera de referència i en cas que la seva dolència aconselli la derivació a un especialista aquesta serà l'adequada... a l'especialitat adequada.

Si el procés assistencial ho requereix tindrà especialista referent, com per exemple en les malalties cròniques. És a dir, no caldrà cada vegada tornar al metge de capçalera un cop s'ha fet la primera derivació. I ara parlem de la derivació fora d'Andorra que es farà seguint els canals preestablerts amb institucions amb conveni amb la CASS, en els que s'està treballant en marc dels decret de cartera de serveis.

A més, cal tenir en compte que el metge referent (ja sigui el metge de capçalera o el pediatra) és, de fet, també un metge especialista. Un metge especialista en resoldre la gran majoria de problemes de salut en el seu inici i des de la proximitat, en fer accions de promoció de la salut i prevenció de la malaltia, en fer un seguiment de la patologia crònica estable i en tenir una visió global del pacient.

La última raó que hi ha darrere la creació i l'impuls de la via integrada és l'aposta per la qualitat. Perquè una coordinació entre els diferents nivells assistencials que es tradueixi en una atenció de més qualitat per al pacient, una qualitat que es pugui avaluar i controlar.

Seria un error voler veure l'atenció integrada com una mesura d'estalvi. Evidentment, pot evitar visites o proves innecessàries, però sobretot el que ens permetrà és tenir la seguretat que el cost dels tractaments de salut, sigui quin sigui, serà justificat i vinculat a uns estàndards de qualitat.

D'altra banda, també cal deixar clar que l'atenció integrada no entra en contradicció amb la lliure elecció de metge. Perquè els ciutadans d'aquest país seguiran escollint lliurement el seu metge de capçalera, que serà el metge referent. I quan se'ls derivi a l'especialista seguiran escollint el seu especialista, perquè la lliure elecció de facultatiu significa escollir el metge, no l'especialitat. Així

mateix, el sistema també regularà la possibilitat de canviar de metge referent, tant de capçalera com especialista.

També cal precisar que algunes especialitats seran sempre d'accés directe dins de la via integrada, com és el cas de la ginecologia i obstetrícia, l'oftalmologia, l'estomatologia i odontologia i els serveis d'urgències. A més, la regulació de la via integrada també preveu el dret a la segona opinió mèdica, tant a nivell de metge de capçalera com a nivell del metge especialista, perquè és un dret que tenen els pacients i que seguiran tenint.

Com tots els passos d'aquesta reforma, el ministeri que encapçalo, vol que la implementació de la via integrada sigui gradual i no traumàtica.

En aquest sentit seguirà existint la via no integrada, però el que farà el sistema és incentivar l'ús de la via integrada, que sempre tindrà un cost menor per a l'usuari ja que la CASS reemborsarà un percentatge major quan s'opti per la via integrada.

Senyores i senyors consellers,

Com he anat explicant fins ara, potser el principal problema del nostre sistema sanitari públic és que li falta precisament més sistematització.

Tenim uns bons professionals, uns bons recursos i un bon nivell de cobertura; però cal abordar la qüestió de la salut pública des d'una visió més global i més coordinada en la qual tinguem més informació per planificar millor i garantir una millor qualitat.

Això és el que volem fer amb la posada en marxa de la història clínica compartida i amb la implementació de la via integrada, i això és també el que volem fer amb la definició de protocols dels quals tant se sent a parlat.

Un cop posada en marxa la via integrada, caldrà anar definint els protocols i els circuits que s'han de seguir per les patologies més prevalent i més costoses, és a dir, un cop el malalt ha entrat al sistema pel metge de capçalera i aquest l'ha derivat a l'especialista, si cal, el metge tindrà al seu abast un protocol que determinarà els passos a seguir, les proves a fer... en definitiva, la utilització del recursos assistencials dins o fora del país que el procés exigeixi.

Evidentment, la definició de protocols és una feina que mai s'acaba, perquè els passos a seguir en el tractament d'una determinada malaltia poden variar en funció de l'evolució de la medicina basada en l'evidència científica.

I en la definició d'aquests protocols hi intervenen els mateixos professionals sanitaris, perquè ells tenen els coneixements de primera mà. Del que es tracta és que hi hagi uns passos comuns a seguir en el

tractament de determinades malalties, especialment aquelles més prevalents.

La implementació progressiva de protocols i circuits té els mateixos avantatges que l'aplicació de la història clínica compartida i la via integrada: permet, en primer lloc, avaluar, controlar i, en cas que fos necessari, millorar la qualitat assistencial. Perquè no podem valorar la qualitat d'un tractament mèdic sense un criteri objectiu i basat amb l'evidència científica, com és un protocol. Podríem avaluar actes concrets -una prova diagnòstica o una visita mèdica-, però el tractament d'una malaltia és més que un acte concret, i el seguiment d'un protocol ens ha de permetre avaluar i controlar el conjunt. I això és una garantia de qualitat.

Controlar la qualitat, sí, i també la despesa perquè tornem a la reflexió inicial. El debat sanitari no pot girar només al tomb de la despesa, però la despesa ha d'estar sempre justificada, justificada per la qualitat dels recursos que destinem i justificada també per la necessitat d'aquests recursos. I en la mesura en què regulem els passos que s'han de seguir per tractar una determinada malaltia, estarem també determinant quins passos estan justificats i quins no.

Tampoc voldria donar la imatge d'un ministre que ho vol controlar tot. D'una persona que creu que tot es pot condensar en un codi, en un protocol o en un grapat de lleis i reglaments. És per això que aquesta feina de definir protocols i itineraris és una feina dinàmica, que s'ha d'anar fent i adaptant a la realitat, i que s'ha de fer colze a colze amb els professionals de la salut. I a més, un cop feta, sempre ha de deixar marge perquè els professionals puguin anar més enllà del que marca el protocol, el que es diu vulgarment "saltar-se el protocol quan convingui i estigui justificat".

Com he dit abans, la visió sistèmica de la salut, l'atenció integrada i la definició de protocols i circuits són especialment necessaris per atendre la malaltia crònica, perquè és la malaltia que no es cura, que senzillament es tracta de manera continuada i, per tant, el procés és encara més important.

El model d'atenció integrada i la protocol·lització ens han de permetre atendre millor la cronicitat i fer més bones polítiques de prevenció. Així doncs, és una prioritat del ministeri que encapçalo organitzar activitats de prevenció.

De prevenció primària, és a dir, polítiques de salut pública encaminades a evitar l'aparició de la malaltia amb promoció dels hàbits saludables -com la propera posada en marxa del camí saludable dels Drets Humans-, i amb un calendari de vacunació del mes

avançats, com un altre exemple de prevenció primària.

La prevenció secundària, és a dir, de detecció precoç de la malaltia -com es fa amb el cribratge de càncer de mama i es farà properament amb el cribratge del càncer de colon.

I, finalment, la prevenció terciària, és a dir, en malalts crònics ja diagnosticats per evitar un empitjorament de la malaltia, i és aquí on s'estan desenvolupant programes d'atenció a la cronicitat i fragilitat.

Els programes de prevenció i de tractament de les malalties cròniques són també un sinònim de millor qualitat assistencial i d'una política de salut que s'anticipa als fets i acaba evitant tractaments més costosos.

En l'actualitat s'està treballant en programes d'atenció a la cronicitat com el de la diabetis, demència i malaltia pulmonar obstructiva; però això no és limitatiu, també és una qüestió dinàmica que s'ha d'anar ampliant al llarg del temps. El que compta és la filosofia que hi ha al darrere: invertir més avui en prevenció i atenció a la cronicitat significa haver de gastar menys demà en tractaments més costosos un cop la malaltia ja s'ha produït o s'ha aguditzat, i millorar la qualitat, evidentment, de vida del pacient.

Senyores i senyors consellers,

Fins ara hem parlat de com estem reformant el sistema sanitari públic perquè els diferents actors, des dels prestadors de serveis fins als usuaris, en facin un bon ús: Tinguin més informació compartida, es coordinin millor i facin servir els recursos del sistema de manera racional, anant per la via adequada i seguint els passos adequats. Tot això emparat per criteris de qualitat i d'evidència científica.

Són aquests mateixos criteris -els de la qualitat i els de l'evidència científica- els que hem de fer servir per resoldre una altra pregunta essencial: dins del nostre sistema sanitari públic, quines prestacions seran finançades amb recursos públics? En quines condicions es podran prestar aquests serveis? I quin serà el grau de participació dels usuaris?

En això consisteix, en primer lloc, la cartera de serveis. Fins ara he explicat el que estem fent per posar ordre en la informació, en les vies d'accés al sistema sanitari, en els passos a seguir per tractar determinades malalties, etc. Del que es tracta també és de posar ordre en allò que el nostre sistema sanitari públic pot i vol incloure.

Així doncs, el decret de la cartera del ministeri que encapçalo té gairebé enllestit- ha de determinar quins tractaments i, més general quines prestacions

rebran finançament públic. Hi ha exemples molt clars i que tots tenim presents. Davant d'una determinada malaltia, el pacient pot recórrer als recursos mèdics ordinaris, presents a tots els països occidentals, però també pot optar, de manera complementària o no, per tractaments alternatius. Nosaltres, des del sector públic, no jutjarem les eleccions que fa cadascú, però sí que tenim la responsabilitat de garantir que tot allò que es finança amb diners públics compleixi tres criteris bàsics: un, el primer, estar recolzat per l'evidència científica; el segon, respondre a necessitats de salut, i el tercer, que el cost que tingui estigui justificat per l'efectivitat.

Hi pot haver tractaments molt cars, però efectius; i, en aquest cas, els principis inspiradors del nostre model sanitari ens diuen que hi ha d'haver finançament públic. Però també, en canvi, hi pot haver tractaments, que tot i ser segurs i tot i no representar un cost excessiu, els seus resultats en termes de benefici pels pacients no justifiquen el finançament públic.

Evidentment, la implementació de la cartera de serveis també requereix d'un esforç compartit, un esforç dels professionals -dels metges, principalment- d'adequar les seves prescripcions a allò que marca la cartera de serveis, sempre i quan vulgui que aquesta prestació estigui coberta pel finançament públic. I un esforç també dels usuaris, dels pacients, que en alguns casos hauran d'entendre que determinades prestacions que per no tenir recolzament científic, no estan cobertes pel sistema sanitari públic.

Però aquests esforços valdran la pena perquè ens permetran, un cop més, controlar i millorar la qualitat dels serveis de salut que es presten amb finançament públic, i també saber que la nostra despesa sanitària està justificada per alguns estàndards de qualitat i de bona gestió.

Estretament vinculada amb la cartera de serveis hi ha una qüestió que pot semblar molt tècnica, però que té unes afectacions directes sobre el model sanitari: la revisió de la nomenclatura i de les tarifes. Per entendre de manera planera què vol dir això, fem un exercici de síntesi de tot el que he dit fins ara un exercici de síntesi de tot el que hem dit fins ara: En la mesura en què es va implementant un nou model en què es defineixen les vies que seguirà el pacient dins del sistema, els protocols que regeixen el tractament que el pacient ha de rebre i una cartera que regula l'oferta de tractaments i que diu clarament quins es financen amb diner públic i en quin grau i condició es financen.

Un cop dit això, també cal adequar les tarifes que cobren els prestadors de serveis per aquests processos

assistencials. De fet, l'adequació té dues vessants: d'una banda, adequar-se a aquesta visió integrada, global i per processos assistencials del sistema sanitari que estem impulsant; i de l'altra, actualitzar-se d'acord amb els avenços científics: hi ha proves diagnòstiques, per exemple, que fa 10 o 15 anys tenien un cost molt elevat, perquè consumien molt temps i recursos. I, en consonància, la tarifa era elevada. En alguns casos s'han produït avenços científics i tècnics que han simplificat el procés i reduït els costos. I no sempre s'ha procedit a una revisió a la baixa de les tarifes.

La implementació de totes les mesures que he explicat fins ara (orientades a ordenar el sistema sanitari públic i a vetllar per la qualitat) també ens donen l'oportunitat de procedir a revisar la nomenclatura i les tarifes dels diferents serveis que es presten. Això pot tenir efectes sobre els ingressos d'alguns professionals de la salut, perquè potser hi haurà casos en què les tarifes no estan adequades al cost real i actual de la prestació.

Però si és així, també tindrà efectes positius, perquè ajudarà a contenir la despesa sanitària i a disminuir, en alguns casos concrets, la despesa de les ciutadanes i ciutadans en concepte de copagament.

El Ministeri de Salut, el SAAS i la CASS ja estan duent a terme un treball intern per procedir a la definició de la codificació de les malalties, els procediments i els processos assistencials. I aquest procés, que també inclourà una revisió de les tarifes, ha d'estar presidit per criteris de qualitat, d'evidència científica i de racionalitat en l'ús dels recursos públics.

Senyores i senyors,

He començat la meva intervenció d'avui fent referència a tres principis fonamentals del nostre model sanitari públic: la coresponsabilitat, la solidaritat i la lliure elecció. Al llarg de la meva exposició han anat sortint altres principis del model i de la reforma que estem duent a terme, com el finançament en base a l'evidència científica, la prevenció de la malaltia, la promoció de la salut i l'especial atenció a la cronicitat.

Hi ha un altre principi que també és genuí del sistema sanitari: la lliure implantació regulada dels professionals. Aquest principi és, per dir-ho així, l'altra cara de la moneda de la lliure elecció de prestador de serveis sanitaris. I va encara més enllà: es fonamenta en la idea que en la mesura que es permeti la lliure implantació de professionals liberals de les branques sanitàries es millorarà l'oferta sanitària; perquè els ciutadans tindran més professionals sanitaris per escollir.

Però tots sabem que la llei del mercat, per si sola, no sempre dóna els resultats esperats. Sovint perquè els usuaris, en aquest cas, els pacients, no tenen tota la informació ni la formació per processar-la. La majoria de ciutadanes i ciutadans no són experts en salut, ni ho han de ser. I és per això que aquesta llibertat d'implantació ha d'estar complementada per la regulació pública perquè la lliure implantació de professionals estigui al servei del nostre model sanitari garantint els millors estàndards de qualitat per als seus usuaris.

Ja hem dit, només començar, que el model sanitari andorrà és un model on conviuen professionals liberals i assalariats. I volem que continuï sent així. Per això cal establir de forma concreta la relació amb cadascun d'aquests col·lectius. D'entrada, cal regular, o regular millor, la implantació dels professionals de la salut i el seu accés al sistema sanitari públic.

El primer filtre, que ja existeix actualment, és una autorització a exercir la professió titulada a Andorra; una autorització que dóna el Ministeri de Justícia i Interior i que té en compte la formació universitària, centre on s'exercirà la professió, el regim laboral, etc. Un filtre que ja existeix i que s'està treballant per millorar-lo.

Aquesta autorització serà complementària amb una acreditació dels professionals per part del Ministeri de Salut que els ha de permetre exercir dins el sistema sanitari públic. Un sistema d'acreditació que ha de ser dinàmic: exigint el títol d'especialista en cas dels metges i que la especialitat exercida els permeti prestar serveis inclosos en la cartera de serveis. Que tindrà en compte la formació continuada, -com heu pogut veure avui als diaris- i que establirà uns límits d'edat, etcètera.

Perquè del que es tracta és de regular l'accés, sí, però també de vetllar perquè els professionals que ja formen part del sistema mantinguin els seus estàndards de qualitat i contribueixin a millorar-los.

Aquesta acreditació permetrà la convenció amb el sistema sanitari públic. És a dir, que aquells professionals que ja tenen l'autorització per exercir la medicina a Andorra puguin també prestar serveis amb finançament públic, és a dir, amb cobertura per part de la Caixa Andorrana Seguretat Social.

Aquí és on, a mesura que es vagi desplegant la reforma, hi haurà més canvis: perquè en tenir conveni amb la CASS, el professional liberal de la salut haurà de desenvolupar: una activitat inclosa a la cartera de serveis, seguir els protocols establerts, fer ús i participar en la història clínica compartida, contribuir als programes de prevenció de la malaltia i

promoció de la salut i seguir plans de formació continuada.

És a dir: lliure implantació, sí, però dins d'uns requisits; oportunitat de convenció amb la CASS, també, però dins d'uns estàndards de qualitat i una alineació amb les línies mestres de la política sanitària pública.

En paral·lel a la implantació d'aquest nou model d'acreditació, com hem avançat, la convenció de la CASS amb el Col·legi de Metges haurà de garantir que els metges liberals: treballin de manera homogènia, amb criteris de qualitat i de forma coordinada entre ells, de la mateixa forma que hauran de treballar els metges assalariats en centres que tenen conveni amb la CASS.

Aquest mateix exercici d'ordenar la prestació de serveis amb criteris de qualitat que el Ministeri i la CASS fan amb els professionals liberals, també l'ha de fer la CASS amb el SAAS. Perquè el SAAS, a més de ser un organitzador i un gestor dels recursos públics del sistema de salut, és també un prestador de serveis mèdics que la CASS acaba finançant.

Sovint s'ha dit que al nostre sistema de salut li faltava governança, li faltava ordre, per dir-ho col·loquialment, i que això condemnava a la CASS a ser una mena de "pagador cec". Doncs bé, ara cadascú haurà de fer-se càrrec de les seves responsabilitats. La relació entre la CASS i el SAAS es basa actualment, i des del 2014, en un pressupost global prospectiu: la CASS paga mensualment al SAAS una quantitat fixa, això ja va significar un avenç respecte al pagament per acte de tendència inflacionista, que es feia prèviament.

El que cal ara és passar a un model de contractació per activitat. D'aquesta manera la CASS podrà controlar millor què està pagant i li podrà exigir al SAAS el compliment d'uns indicadors d'eficiència.

La implantació d'aquest nou model també ha de ser progressiva fins arribar a un punt en què la CASS pagui el SAAS per processos assistencials, amb incentius o penalitzacions en funció de la qualitat dels serveis que presta.

A mesura que anem posant en marxa totes les mesures que he explicat al llarg d'aquest matí, anirem sent més exigents amb els estàndards de qualitat que demanarem als professionals liberals del sistema.

Però aquesta mateixa qualitat que exigim als professionals per compte propi, també l'exigirem a les institucions públiques, com el SAAS.

En aquest sentit, el nou conveni entre el SAAS i els metges per compte propi que utilitzen els recursos del SAAS, com el centre hospitalari andorrà, haurà

d'estar basat en una exigència i implicació mútues: per garantir una atenció uniforme, per preservar i millorar la qualitat i finalment per controlar la despesa i l'ús dels recursos públics.

Evidentment, aquest nou conveni entre el SAAS i els metges per compte propi ha d'anar en paral·lel i en consonància amb una aplicació del reglament de l'Hospital, ja vigent, exigint a tots els professionals mèdics, tant assalariats com per compte propi, els mateixos criteris i requisits tant assalariats com per compte propi, els mateixos criteris i requisits de qualitat, d'homogeneïtat en el servei, de formació i d'eficiència en l'ús dels recursos.

Evidentment, en el cas de la gestió interna del SAAS i de l'Hospital, tenim un deure afegit: acabar amb l'històric de distorsions que venen del segle passat, és a dir, el deure de gestionar d'una forma acurada els recursos humans. En aquest sentit, s'està procedint a una reforma interna (encaminada a la reducció de la despesa sense afectar la qualitat) i que passa per: la reducció de les hores extres, la unificació i uniformització dels contractes existents, l'eliminació de les facturacions per activitat dels metges assalariats i la incorporació d'incentius al desenvolupament professional i plans de formació continuada.

Sóc conscient que tots aquests convenis entre la CASS i el SAAS, la CASS i el Col·legi de Metges, el SAAS i els metges per compte propi... tota aquesta estructura és complexa. Però, en definitiva, tots aquests convenis busquen el mateix: que tots els actors del sistema sanitari públic de salut, tant els assalariats com els per compte propi, siguin una part activa de la reforma. Que compleixin amb uns criteris de qualitat per mantenir i millorar l'atenció mèdica als ciutadans. Que uneixin esforços per contenir la despesa i racionalitzar l'ús dels recursos públics. Que els esforços que s'han de dur a terme es reparteixin de forma equitativa.

L'estructura de convenis és complexa perquè tenim un sistema públic de salut complex. I ja he dit des del primer moment que volem preservar aquesta complexitat, perquè és una riquesa.

De la mateixa manera que volem preservar aquest sistema mixt, amb la convivència de professionals de la salut assalariats i per compte propi, també volem preservar i potenciar els rols respectius del Ministeri de Salut, el SAAS i la CASS.

En alguns moments algú ha pogut tenir la temptació de propugnar una reforma per donar tot el poder al Ministeri, o tot el poder a la CASS. No es tracta d'això, no es tracta d'establir relacions de poder o de jerarquia; sinó de col·laboració, en què tothom faci el paper que li pertoca.

Al Ministeri li pertoca la definició de la política sanitària i la planificació dels recursos i dels canvis a dur a terme. Al SAAS li pertoca ordenar i organitzar els recursos públics del sistema, ser un prestador de serveis amb els millors estàndards de qualitat i d'eficiència, i vetllar perquè els professionals assalariats i per compte propi que utilitzen els seus recursos i les seves infraestructures ho faci alineats amb aquests estàndards de qualitat i d'eficiència. I finalment a la CASS li pertoca el paper de comprador de serveis, d'un comprador informat que només paga per aquells serveis dels que en pugui assegurar la seva qualitat.

Sense tot el que he explicat fins ara, sense la cartera de serveis, la història clínica compartida, el reglament de la via integrada, els convenis entre els diferents actors, sense tot això, ni el Ministeri pot planificar, ni el SAAS pot organitzar ni la CASS pot controlar eficaçment allò que paga. I, a la vegada, totes les reformes que s'estan implementant no serien possibles sense una coordinació entre aquestes tres institucions. Per això una de les primeres coses que vam fer, va ser crear la Comissió Mixta entre el Ministeri de Salut, la CASS i el SAAS; que està impulsant la reforma. Aconseguir que aquestes tres institucions treballin de forma coordinada és indispensable per materialitzar l'aposta per la qualitat que volem tots.

Conselleres i consellers generals,

A l'inici d'aquesta intervenció he dit que seria un error fer pivotar el debat sobre la sanitat pública, al tomb d'una reflexió sobre la despesa i el dèficit. Però la qüestió de la sostenibilitat financera del sistema sanitari públic és també una qüestió rellevant. Per tant, parlem també dels números de la sanitat. Però parlem-ne amb una perspectiva àmplia i amb una mica d'altura de mires. Perquè a vegades sembla que la sanitat pública a Andorra no tenia cap problema financer fins el 2011, any en què es van esgotar les reserves de la branca de malaltia de la CASS.

I això no és així, com veurem. Per no remuntar-nos gaire enrere, fem un petit repàs històric d'aquest segle, des del 2001 fins ara. El 2001 la despesa sanitària global era de 58 milions d'euros. El 2016, l'any passat, va ser de 146 milions d'euros. La despesa ha crescut un 151% en 15 anys; fet que representa -de mitjana- un augment de la despesa sanitària del 6% cada any. Aquest augment de la despesa té una explicació clara, un factor demogràfic important: el progressiu envelliment de la població. Tenim una població més envellida, més propensa a tenir afectacions de la salut i amb més presència de malalties cròniques.

En paral·lel, els avenços de la ciència mèdica fan que avui els sistemes sanitaris puguin donar millor resposta i millor tractament a la majoria de les malalties; però aquests tractaments són cada vegada més costosos i els ciutadans cada cop tenen majors expectatives de qualitat de vida. I què han fet mentrestant els ingressos? Entre el 2001 i el 2006 van créixer a un ritme similar al de la despesa. Però a partir del 2007, coincidint amb la crisi econòmica, es van estancar entre els 80 i els 90 milions d'euros.

Hem de pensar que en les dècades de 1970, 1980 i 1990 els assalariats creixien a un ritme del 10% anual: és a dir, cada any Andorra incorporava un 10% de nous treballadors, de nous cotitzants a la Seguretat Social, majoritàriament joves i que, per tant, generaven poca despesa sanitària.

Durant 7 anys, entre el 2007 i el 2013, Andorra va perdre assalariats, un 2%, un 3% o fins i tot un 4% anual. Per tant, a una població que s'envellia progressivament i generava més despesa i hi hauríem d'afegir una davallada de cotitzants a la seguretat social. I el resultat és el que es va viure entre 2007 i 2011: el 2007, just abans d'entrar en dèficit, la branca de malaltia de la CASS tenia 60 milions de reserves que es van consumir en menys de 4 anys.

El segon semestre del 2011 ja no en quedaven i aquesta Cambra va aprovar un crèdit extraordinari de 35 milions d'euros per cobrir el dèficit. Però el problema no havia començat el 2011. El problema venia de lluny. De fet, el 2011, la creixement de la despesa sanitària ja havia començat a moderar-se i fins i tot a reduir-se. Aquesta ha estat la tònica en els darrers 6 anys des que l'actual majoria té la responsabilitat de governar: contenir i fins i tot reduir la despesa sanitària.

El 2012 ha estat l'únic any en el que portem de segle, en què la despesa sanitària va baixar respecte l'any anterior. Si fem el còmput global des del 2011 la despesa sanitària s'ha reduït en uns sis milions, una reducció acumulada del 4%.

És evident però que l'escenari que vam viure per primer cop el 2007 -és a dir un model sanitari en què les despeses superen els ingressos- s'ha mantingut i continuarà essent així en els propers anys.

Aquest és el problema que tenim damunt la taula. Un problema que tampoc no és exclusivament nostre, exclusivament andorrà. L'envelliment de la població i l'encariment dels tractaments és comú a la gran majoria de països desenvolupats. Com també la crisi econòmica del 2007 al 2013 que va ser generalitzada en tots aquests països. I tots presenten un desequilibri entre ingressos i despeses.

Posaré alguns exemples. En 20 anys la despesa sanitària en països com França o Alemanya l'han

duplicada. En països com Holanda o Suècia s'ha multiplicat per 2,5. I en països com el Regne Unit o Estats Units s'ha triplicat. Per tant, tenim un problema amb la despesa sanitària? Sí, però semblant als que tenen els altres països.

Seguim amb les comparacions, perquè em semblen especialment interessants. Hem vist que el creixement de la despesa sanitària al nostre país va en la línia, i fins i tot per sota, d'altres països occidentals. Gastem massa en salut? Gastem poc?

Si ho comparem amb el producte interior brut, Andorra gasta -segons les xifres de l'Organització Mundial de la Salut- un 8% del seu producte interior brut en salut.

Això ens situa una mica per sota de la mitjana de la Unió Europea, que és del 10%, per sota d'un país com Espanya, que gasta el 9%, i just per sobre d'un país com Irlanda, que gasta un 7,7%. Països com França, gasta un 11,5% del seu PIB en salut o Suècia gasta un 12%, estan per sobre de nosaltres.

Agafem ara una dada encara més significativa, que és la despesa en salut per habitant. I aquí ja no estem per sota de la mitjana europea, sinó una mica per sobre. Estem per sota de França, i, si ens volem comparar amb països de la nostra mida: Estem molt per sota de Mònaco i Luxemburg; i per sobre de San Marino.

Per tant, no es pot dir que la despesa sanitària s'hagi disparat a Andorra més que a d'altres països. I tampoc no es pot dir que Andorra gastí massa o massa poc en salut, perquè la despesa per càpita ens situa al mig de la taula dels països europeus.

És cert que, si ens comparem amb els països que acabo de citar, veurem que nosaltres tenim, -sobretot arran de la crisi 2007-2013-, un desequilibri més pronunciat entre ingressos i despeses. Però cal recordar una cosa: El 1968, quan es crea la CASS, la cotització per malaltia era del 10%. Avui, 49 anys més tard, la cotització per malaltia continua sent del 10%.

Es van apujar les cotitzacions el 2008 i el 2015, però sempre en benefici de la branca de jubilació; mai en benefici de la branca de malaltia. I el 1968 Andorra tenia una població molt més jove i els tractaments mèdics eren menys costosos.

El sistema sanitari andorrà, més que un problema de despesa, té un problema d'ingressos: Estem cotitzant el mateix que fa 50 anys, quan la realitat demogràfica i mèdica era molt diferent. És evident que caldrà obrir una reflexió sobre el finançament de la despesa de salut. Perquè és aquí on tenim un dels problemes. És evident que caldrà reflexionar sobre possibles augments de la cotització a la branca

general o en sistemes d'assegurances complementàries obligatòries, com a França.

Ara bé, també entenc que per coherència política, abans de pensar en apujar cotitzacions o establir sistemes d'assegurances complementàries o alguna altra solució per als ingressos, abans de tot això, el que cal és ordenar el sistema sanitari. I això és el que estem fent.

Hi ha marge per reduir la despesa? Per contenir-la? Per moderar el creixement de la despesa?

Sí, probablement sí.

Acabo de dir que al 2012 es va aconseguir reduir la despesa respecte a l'any anterior. Hem vist com el 2013, 2014 i 2015 la despesa sanitària va créixer de forma molt moderada. De fet, des que l'actual Govern i l'actual majoria parlamentària van assumir la responsabilitat de governar, el 2011, la despesa ha baixat un 4%.

La reforma que estem implementant reduirà de manera dràstica la despesa?

No. Perquè el pes de l'envelliment de la població i de l'encariment dels tractaments és molt gran. Però la reforma que estem implementant ens permetrà corregir tres defectes del sistema que sí que tenen un impacte sobre la despesa.

La duplicitat. Hi ha actes que els fem dues vegades, i els paguem dues vegades.

Els actes innecessaris; i algunes bosses d'actes que fem una relació cost benefici inadequada.

La reforma ens ha de permetre contenir fins a cert punt la despesa, controlar millor el creixement d'aquesta despesa, planificar millor les necessitats de futur i ser capaços de justificar la despesa amb base a criteris de qualitat. Per això ara el que els demano, senyores i senyors consellers, és que tornem a l'inici de la meua intervenció. La política sanitària i les reformes del sistema sanitari públic s'han d'orientar al voltant de la qualitat, i posar el pacient al centre del sistema.

L'única manera de saber si un servei, -un tractament en aquest cas-, ens costa molt car, és posant-lo en relació al benefici que aporta: el resultat sobre la salut del pacient, la seva qualitat de vida, etc.

Un preu és car o barat en funció dels resultats en salut que estiguem obtenint, la qualitat hem de valorar-la no per un acte en concret, una prova concreta o per una visita concreta, sinó per tot el procés de curació o tractament de la malaltia.

Veure la sanitat pública com un servei que està format per processos, no per actes puntuals i aïllats, sinó per processos que s'han d'ordenar i regular, ens permet controlar i millorar la qualitat. I també ens

ha de permetre contenir la despesa; o fer que creixi de manera menys accentuada.

Perquè l'experiència ens ho demostra: pagar per actes és més car que pagar per processos; fer una transferència al SAAS en base a un pressupost global prospectiu és més car que pagar per processos assistencials.

Ho he dit abans, la reforma que estem fent no ens portarà a reduir l'aportació de Govern, ni a rebaixar dràsticament la despesa. La despesa sanitària, molt probablement, seguirà creixent perquè l'evolució demogràfica d'Andorra i dels països desenvolupats és la que és; però si no fem la reforma, creixerà encara més, de forma molt més pronunciada.

I, a més, correrem el risc de no ser capaços de justificar la despesa sanitària en base a uns estàndards de qualitat. Per això abans de pensar en demanar més esforços als ciutadans, el que estem fent és posar ordre al sistema sanitari i avançar cap a un model centrat en la qualitat. De fet, aquest deure ja el teníem des de sempre, perquè el sistema sanitari andorrà sempre l'han pagat els ciutadans.

Des del 1968 fins al 2006 amb les seves cotitzacions. I a partir del 2007, amb les cotitzacions i les reserves dels cotitzants fins a exhaurir-les en el moment en què es va fer necessària l'ajut de l'Estat amb els ingressos provinents dels impostos indirectes i ara també directes, o sigui de tots els ciutadans.

Al llarg d'aquesta exposició, que espero que no se'ls hagi fet gaire feixuga, he volgut que hi hagués un fil conductor: la qualitat.

Tradicionalment, les andorranes i els andorrans ens hem enorgullit del nostre sistema sanitari. Estem satisfets amb la llibertat que ens dona, amb la facilitat per accedir-hi, amb la possibilitat que aquest sistema doni als professionals per exercir la professió compte propi, amb el tracte que rebem a l'Hospital i amb la possibilitat d'anar a centres de referència dels països veïns.

Ens agrada el nostre sistema sanitari i els principis que el conformen.

Estudis d'organismes independents ho avalen. Ho vam veure la tardor passada i ho hem vist aquesta primavera. Tenim un bon sistema de salut que dona als ciutadans un bon grau d'accessibilitat i qualitat.

Però no ens podem conformar amb el que tenim. Ho he dit en començar: la reforma sanitària hauria de ser permanent; perquè vivim en un món canviant, la realitat demogràfica canvia, els tractaments canvien, les necessitats de la població canvien.

Una de les virtuts de la reforma que presentem avui és que s'anirà adaptant als canvis. Aquesta tarda, durant el torn de rèplica, tindrè oportunitat

d'especificar millor el calendari de canvis a seguir en les properes setmanes i propers mesos. Perquè la reforma està en marxa. Les necessitats de la població canvien. I el sistema sanitari ha de donar-hi resposta.

Tampoc no ens estem inventant res de nou. La tendència a tots els països desenvolupats és la d'avançar cap a un sistema sanitari cada cop més integrat, en què els metges, infermeres, i tota la resta d'agents de salut cooperin de manera transversal i en què s'articulin protocols i rutes assistencials que permetin avaluar i controlar la qualitat.

Després d'aquesta intervenció serà el torn dels grups parlamentaris.

Estic obert a suggeriments i novament amb la mà estesa per arribar a acords. Només els demano, senyores i senyors consellers, que recordin que aquest debat és sobre política sanitària, sobre el model sanitari. Per tant, al costat de les crítiques, que segur que n'hi haurà, espero escoltar propostes alternatives. Unes propostes alternatives que han de configurar models alternatius, així com la manera de finançar-los.

Estic a l'espera de conèixer els models alternatius que ens exposaran els grups de l'oposició. Perquè estic segur que hi són. I és en base a debatre models alternatius que hem de fer el debat d'avui.

Perquè li fariem un mal favor a Andorra i als seus ciutadans si el convertim en un debat exclusivament de números o d'etiquetes ideològiques sense gaire contingut, o de discussions estèrils sobre assalariats i professionals per compte propi, etc., etc.

Crec que és de l'interès de tots que totes les propostes que fem, i totes les crítiques que es puguin fer al Govern, siguin constructives i tinguin sempre l'objectiu de millorar la qualitat del nostre sistema sanitari públic. Si ho fem així, si som capaços de fer-ho així, haurem fet entre tots un favor a la sanitat andorrana i al servei que reben els pacients, és a dir, a tots nosaltres.

Moltes gràcies a tots per la seva atenció.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Moltes gràcies.

Bé, acte seguit se suspèn la sessió durant una hora, és a dir que reprendriem a tres quarts de dotze, moment en què iniciarem el debat amb la intervenció dels grups parlamentaris.

Gràcies a tothom.

Se suspèn la sessió.

(Són les 10.45h)

Es reprèn la sessió.

(Són les 11.48h)

El Sr. síndic general:

Reprenem la sessió.

Iniciem tot seguit el debat amb la intervenció dels grups parlamentaris.

Pel Grup Parlamentari Mixt, té la paraula la consellera Sílvia Eloïsa Bonet. Teniu tres minuts.

La Sra. Sílvia Eloïsa Bonet:

Gràcies Sr. síndic.

Avui aquest debat monogràfic sobre sanitat ens permetrà debatre sobre un tema de transcendental importància, no solament des de la visió de la sanitat pública, sinó també sobre el model sostenibilitat i manteniment de la qualitat assistencial.

La sostenibilitat del sistema sanitari és un aspecte molt preocupant des de ja fa temps i al qual caldria haver actuat molt abans.

La situació a la que s'ha arribat d'un dèficit en la branca sanitat de la CASS de més de 40 milions, obliga al ministeri a definir sense més demora un pla de sostenibilitat i de reforma i a identificar quina és la bateria d'accions que s'ha d'incorporar en aquest pla.

Comparteixo el diagnòstic que ha fet el ministre sobre la situació actual que ha provocat l'augment de la despesa sanitària:

En quant als factors que impacten sobre la demanda: l'envelliment de la població, l'augment de la prevalença de malalties cròniques, l'augment de les expectatives, freqüentació i participació dels ciutadans, la disminució dels hàbits saludables.

I en quant als factors que incideixen en l'oferta: l'evolució de la medicina i de la tecnologia, les duplicitats, la complexitat, la fragmentació i la manca de continuïtat assistencial, i la qualitat en l'atenció.

La complexitat del nostre model sanitari ha provocat un augment de la despesa important en els últims anys que s'ha vist reflectida en un increment en el volum dels actes, dels procediments clínics i quirúrgics, i de l'ús de productes farmacològics o d'ortopèdia, i qualsevol canvi o modificació resulta complex, però no impossible.

Ja des del 2009 que es treballa en la reforma del sistema de salut sense que mai s'hagi arribat a tirar endavant cap tipus d'acció finalista i hem de recordar que les propostes fetes coincidien amb les que ens ha presentat. No és que estigui en contra del

que vostè proposa Sr. ministre, sinó que em costa de creure que ara definitivament s'implantarà i no es quedarà en un catàleg de bones intencions.

Avui ens presenta una sèrie d'intervencions fragmentades que no representen un veritable pla de sostenibilitat. Ens planteja accions que no seran suficients per afrontar, no solament l'actual repte de solvència econòmica del sector, sinó també la seva viabilitat a mig i llarg termini.

Amb el seu projecte no es planteja una profunda transformació que ajudi a adaptar l'actual model de prestació assistencial a les noves demandes del sector.

Es continua amb l'eslògan de què el ciutadà es situa al centre del sistema però cap de les accions ho fa realitat.

No existeix un abordatge integral de la salut des de la salut pública a l'atenció primària i comunitària, l'atenció hospitalària, l'atenció sociosanitària, l'atenció de salut mental i també l'atenció des de l'àmbit social.

En quant a l'accessibilitat, ja tenim llista d'espera en moltes especialitats.

No és capaç de proposar un pla de gestió descentralitzat, segueix amb propostes d'hospital centristes, ignorant a la resta d'actors sanitaris del sistema i sense desenvolupar les seves competències. No ha trobat noves formes de gestió per tal d'aconseguir per a l'Atenció Primària els recursos suficients i necessaris per arribar a ser la pedra angular del sistema sanitari i poder ser més resolutiva i assegurar la continuïtat assistencial.

Les malalties cròniques i l'envelliment han de ser tractades des d'una perspectiva multidisciplinària, posant èmfasi en cuidar. I amb les seves propostes no s'arriba a plantejar la perspectiva multidisciplinària ni asseguren la continuïtat assistencial. Ens torna a parlar sobre els processos quan es van descartar projectes com les xarxes de salut que assegurava la multidisciplinarietat.

No existeixen dades que ens ajudin a conèixer de forma detallada el consum i la despesa sanitària i sociosanitària, ni farmacològica, caldria mesurar el producte final del sistema, és a dir, els resultats de salut dels ciutadans, i no coneixem els indicadors de la reforma.

Existeixen aspectes que any rere any es reclamen: la cartera de serveis i productes de salut està pendent, l'impuls de l'atenció primària potenciant la figura del metge referent està pendent, la llei del medicament està pendent.

Hem perdut serveis com les visites mèdiques domiciliàries a les nits i caps de setmana i ho hem

substituït per enviar una ambulància al domicili per fer la visita a urgències. En aquest tema no han estat capaços de coordinar la iniciativa privada al servei del sistema públic.

El Sr. síndic general:

Hauríeu d'anar acabant si us plau.

La Sra. Sílvia Eloïsa Bonet:

Sí....

No han estat capaços de tenir una visió global del sector i plantejar un pla de sostenibilitat que vagi més enllà d'un cicle polític.

No deixen de ser mesures d'ajustament del sector però no les puc considerar com una veritable reforma del sistema, la implantació de la història clínica és una millora però no és suficient.

Les mesures de prevenció i promoció de la salut gairebé són les mateixes de ja fa anys.

No existeix un apoderament de l'usuari del sistema sanitari on existeix coresponsabilitat en la seva cura i la seva participació.

El model integrat plantejat és el que es recupera del metge referent, aquest és parcial i no queda suficientment integrat en tot el sistema ja que no queda clar com actuaran altres professionals de la salut en el procés, psicòlegs, nutricionistes, etc. El model integrat hauria de potenciar les competències dels professionals per ser més resolutius i evitar circuits innecessaris per oferir els diferents tractaments.

Tot i que el seu discurs ha anat encaminat a defensar la qualitat, el pas del temps els fa perdre la credibilitat i la confiança en la gestió general, i es segueix plantejant la sanitat com una despesa i no com una inversió.

No s'ha determinat quin és el rol del SAAS i les seves funcions. Potser caldria començar per aquí.

No se sap qui gestiona i qui organitza. I si es vol que el SAAS s'ocupi d'això l'ha d'integrar al ministeri i determinar les seves funcions. I amb aquest escenari el lideratge del ministeri queda molt feble.

Per aquest motiu caldria marcar les directrius necessàries pel bon funcionament del SAAS i que el seu desenvolupament es trobi sota un projecte clar i ben definit, que alhora sigui fruit del consens tant polític com per part dels professionals motiu pel qual insisteixo en què cal una llei que reguli el SAAS de forma urgent, com també per establir les bases de com volen afrontar el bon funcionament de tot el sistema sanitari andorrà per assolir una eficiència i

sostenibilitat sense posar en perill l'accessibilitat ni la qualitat assistencial.

I en quant a la CASS, l'acció que desenvolupa va més orientada a retallar drets que a aplicar criteris de finançament basats en la qualitat assistencial, tractant els assalariats com simples consumidors. La realitat ens mostra que quan augmenta l'oferta de professionals sanitaris augmenta la despesa. També planteja el pagament per processos, un fet que la CASS sempre havia rebutjat.

Què fa que ara ho accepti?

Finalment dir que coincideixo en les seves propostes però no tinc gens clar que realment es materialitzin ja que no ha estat capaç d'aconseguir els acords perquè el projecte pugui tirar endavant més enllà del seu mandat.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Moltes gràcies.

També pel Grup Mixt, per SDP, té la paraula el conseller, Sr. Víctor Naudi.

El Sr. Víctor Naudi:

Gràcies Sr. síndic.

La intervenció del ministre una vegada més posa de manifest la manca de model sanitari, i la manca de voluntat real per encarar una reforma global del sistema.

El ministre ens ha exposat una sèrie de mesures puntuals, que de ben segur serviran de poc si no es fa una revisió aprofundida de l'estructura orgànica de tot el sistema vertebrador de la sanitat. També he trobat a faltar un diagnòstic de la situació de partida.

Tal com va sent costum i després de sis anys de governs encapçalats pel Sr. Martí encara no s'ha endegat cap de les reformes estructurals anunciades el maig del 2011. Reformes que s'havia compromès a afrontar amb valentia.

El temps passa i la realitat és que la despesa sanitària continua disparada, cosa que per altra banda no comporta pas una millor qualitat assistencial.

Així pràcticament en sis anys i mig dels dos mandats del Sr. Martí, la despesa de la CASS ha augmentat un 11%, mentre els assalariats que cotitzen s'han reduït en un 8%.

Parlem de la CASS.

Malgrat que les perspectives econòmiques generals previstes en el pressupost de l'Estat per al 2017 i més concretament en el propi de la CASS, indiquen un creixement sostingut del 2% de la massa salarial amb

una previsió dels ingressos recaptats superior en un 4,9% respecte del 2016, i per altra banda, l'augment dels ingressos generats per la recent modificació de la cotització de la branca general que ha passat del 8% al 10%, el dèficit previst per al 2017 és alarmant i es situa per sobre dels 42 milions d'euros.

Quant al SAAS, la subvenció que hi destina el Govern pressupostada per al 2017 és de 13 milions d'euros, el que significa un augment del 12,17% en relació al 2016.

Comparteixo el fet que l'Estat ha de ser garant dels dèficits generats en la salut, però el que ja no comparteixo i és del tot incompreensible és que, malgrat les anunciades millores en la gestió, continuï l'enquistament d'uns dèficits alarmants.

I malgrat els dèficits, la sanitat presenta mancances.

Així el servei de traumatologia que havia estat un referent fins no fa gaire ara pateix restriccions i manca de personal que obliguen sovint els pacients a anar a l'exterior.

El serveis prestats en neurologia i als malalts d'Alzheimer són insuficients amb la presència de dos especialistes durant dos dies a la setmana.

Alguns dels tractaments en radioteràpia que es podrien fer al país no es poden fer per manca de mitjans.

Ni tan sols el compromís contret en aquesta Cambra per assentiment per instaurar la figura del tercer pagador s'acaba respectant.

Ahir transcendia la notícia als mitjans, que l'anàlisi dels comptes del SAAS del 2015 per part del Tribunal de Comptes posa en evidència anomalies detectades.

La llista és llarga i aquestes només són algunes de les mancances i de les anomalies que acaben patint els ciutadans i les ciutadanes. Malgrat, i cal dir-ho, que els serveis que es presten al país gaudeixen d'una bona valoració de la qualitat assistencial, ens ho recordava el ministre.

Però no n'hi ha prou i els ciutadans d'Andorra es mereixen una sanitat pública de qualitat, accessible a tothom i amb les millors prestacions.

Les reformes puntuals fetes fins a la data s'han limitat a la part econòmica de reembossament de la CASS majoritàriament i sovint en detriment del servei al ciutadà sense que es resolgui el dèficit creixent del sistema.

No s'ha implementat ni una sola mesura efectiva de reforma de la sanitat. S'han donat voltes, s'han fet proves pilot molt costoses i de les quals encara ni s'han presentat els resultats ni sabem si tindran cap continuïtat.

Amb accions puntuals i aïllades no es resoldrà cap problema, cal una anàlisi en profunditat i una millora del sistema.

I el Govern dels millors no ho aborda.

En un any i mig el ministre de Sanitat únicament ha tramitat la llei de drets i deures del pacient i la història clínica compartida...

El Sr. síndic general:

Hauríeu d'anar acabant, si us plau.

El Sr. Víctor Naudi:

Vaig acabant Sr. síndic, gràcies.

...actualment en període d'esmenes, i dos reglaments. Sense oblidar el bloqueig de la inversió estrangera en la clínica de fertilitat.

A SDP entenem que els objectius de la reforma s'han de basar en quatre eixos :

- El Ministeri de Salut ha de ser l'òrgan decisor que encapçali totes les decisions.

- Cal reformar el SAAS completament dotant-lo d'un nou marc legislatiu, limitant el seu rol com a ens prestador de servei.

- Cal revisar la llei de la CASS per garantir la sostenibilitat de la sanitat pública sense retallar prestacions.

- Cal legislar i regular per definir el rol dels diferents prestadors de serveis que intervenen en el procés sanitari, tant en l'àmbit públic com privat, dels diferents professionals de la salut, metges, farmàcies, i els col·lectius convencionats.

Això només es podrà fer amb una voluntat d'avançar cap a un model sostenible i que perduri pels propers anys, mitjançant diàleg i la implicació real de totes les parts disposades a treballar, a diferència de la proposta del Sr. Martí d'ara fa un any, en la qual únicament es cercava el suport per a un projecte inconcret, amb l'única finalitat d'obrir un període de reflexió.

El temps de la reflexió s'ha acabat Sr. Martí, i ja és hora de passar a l'acció.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Moltes gràcies.

També pel Grup Mixt, pel PS, Sra. Rosa Gili teniu la paraula.

Teniu nou minuts.

La Sra. Rosa Gili:

Gràcies Sr. síndic.

La primera ministra de Sanitat de DA, la Sra. Cristina Rodríguez, que ja havia sigut titular de la cartera durant el mandat anterior i per tant, coneixia el sistema i la casa, anunciava en la seva primera compareixença del 7 de novembre del 2011 les línies mestres que havien de conduir la seva tasca.

- Governança que havia d'enfortir la capacitat institucional del ministeri,

- Qualitat i excel·lència assistencial,

- Sostenibilitat i eficiència del sistema. Parlava llavors de revisió de la nomenclatura dels pagaments i reemborsaments de la CASS, de la cartera de serveis. 2011, Srs. de DA!

- Parlava també de suport legislatiu i normatiu. Es referia entre altres al Projecte de llei del medicament, a la regulació legislativa de les professions de salut, fent un èmfasi especial a la llei d'infermeria, i a la reforma de la llei del SAAS.

Fa cinc anys, la mateixa Sra. Cristina Rodríguez, en una altra compareixença pública, el 18 de setembre del 2012, anunciava un Pla de Govern 2012-2015 per a la sanitat.

El descrivia llavors com un pla de Govern orientat a l'acció, una reforma de calat.

Deia, amb paraules seves que calia ser valents i llençar-se a la piscina i reconeixia que el nostre sistema sanitari sempre havia patit de desregulació.

S'anunciava llavors la implantació del Model Andorrà d'Assistència d'Atenció Sanitària (el MAAS) que el director general del SAAS de llavors, el Sr. Lluís Burgués explicava amb molts detalls.

Malauradament a dia d'avui, encara no està en vigor una reorganització del sistema ni gairebé cap de totes les promeses d'accions de la Sra. Rodríguez.

Balanç d'aquell mandat: flux, molt flux.

30 de juny del 2015, una altra compareixença, una altra ministra, la Sra. Rosa Ferrer.

La llavors titular de sanitat tornava a parlar d'un Pla nacional de salut.

Es tornava a parlar del MAAS amb la seva estructura a tres nivells.

Deia llavors la Sra. ministra que el MAAS era un model molt madur filosòficament, molt pensat.

Tot i així, balanç d'aquell mandat: gairebé nul.

I la raó del fracàs s'ha de reconèixer que no es pot atribuir tant per la feina de la segona ministra dels Demòcrates.

En aquest cas, s'explica clarament per la jugada electoralista del Sr. Martí.

Havia posat la Sra. Ferrer de ministra de Sanitat però el xoc frontal de trens de les eleccions comunals 2015 va estroncar la segona embranzida de DA per la sanitat pública i amb ella la continuïtat de la Sra. Ferrer a l'executiu demòcrata.

2016: tercer ministre de Sanitat de DA, curiosament sorgit de les files de UL a Sant Julià, frescament repescat de l'equip comunal sortint.

Amb ell, nous balanços, noves direccions... Botó Reset i comptador a zero de nou.

Amb l'arribada d'aquest ministre, assistíem al fitxatge d'un nou director general del SAAS, de fora, de qui ara no entraré a valorar la seva tasca, però que sabem perfectament que se'l va contractar perquè DA no tenia projecte pel SAAS i esperava que ens el fessin des de fora.

És una evidència que no sabien cap on volien anar, no hi havia indicacions ni direcció.

La realitat és dura d'acceptar, Srs. de DA, però el balanç de la seva gestió sanitària, després de sis anys de mandat és molt, i molt fluix i comporta conseqüències greus per la sanitat andorrana.

Sí, Sr. Martí, els càlculs electoralistes que vostè ha fet amb els nomenaments dels seus ministres de sanitat passen factura i si no tant a DA, de manera difícilment entenedora, sí la passen al món sanitari i a tota la ciutadania d'Andorra.

Ara i aquí, no em puc estar de referir-me a la contractació del director econòmic del SAAS al 2013 que pel que ens arriba ja n'havia sortit una primera vegada per la porta del darrera cap als anys 90 quan ostentava aquest mateix càrrec.

Vostès, al març 2015 no només el ratifiquen en una posició tan important dins del SAAS sinó que ho fan atribuint-li més funcions i a un més que conseqüent augment de salari. Passava de 5.000 euros al mes, més guàrdies, a gairebé 8.000 euros amb una prima d'exclusivitat. I tot això quan ja havien d'haver saltat totes les alertes de la Intervenció General.

Continuaré recordant la pèssima gestió de l'acomiadament d'aquest mateix director econòmic i financer sobre el qual l'informe del Tribunal de Comptes del 2014 i tres informes jurídics assenyalaven com a responsable de males pràctiques administratives i en un d'ells fins i tot s'hi entreveïen indicis de responsabilitat penal.

Vostès, gairebé un any després de la denúncia del Tribunal de Comptes, sis mesos després de la nostra denúncia pública del juliol 2016 en roda de premsa, acomiaden la persona amb la boca petita, atribuint-

ne la culpa, de manera més que covarda a unes desavinences personals amb el director general del SAAS.

Dilacions, manca de valentia política i que acaben amb una indemnització d'acomiadament que ha costat uns 100.000 euros comptant les cotitzacions de la CASS. L'acomiaden així perquè el més que minse informe jurídic del SAAS assenyalava que les seves faltes han prescrit per haver deixat passar més de sis mesos abans de reaccionar. L'indemnitzen per posar remei a la inacció i a la irresponsabilitat de DA. Perquè sembla que a ningú se li ocorre buscar altres irregularitats comeses més tard, i que ara ens revela el Tribunal de Comptes en l'informe dels comptes del 2015. I a més pel que ens ha arribat també, aquesta persona sembla ser que els hauria denunciat per acomiadament indegut.

Quina gestió és aquesta, Srs. de DA? Com ho expliquen això? Perquè la ciutadania exigeix explicacions públiques, clares i verídiques.

Sense cap mena de dubte, els informes de fiscalització del SAAS del Tribunal de Comptes dels anys 2013, 2014, 2015 permeten parlar de desgavell col·lectiu.

Sr. ministre, això no són qüestions puntuals i poc importants com ens ha semblat extreure de les seves paraules, no vulguin treure ferro a les conclusions del Tribunal de Comptes. Si no són capaços de posar remei a les irregularitats esmentades, poca o cap credibilitat tenen a tirar endavant una reforma qualsevol.

De fet, l'informe de fiscalització del SAAS de l'any 2015 revela de nou actuacions surrealistes i cita per exemple com a pràctica irregular el complement vinculat als ingressos d'activitat assistencial.

Explica el Tribunal de Comptes que diferents persones que duen a terme activitat assistencial al SAAS perceben complements salarials consistents en una retribució percentual en funció dels ingressos que genera la seva activitat, la qual se situa en un interval del 20% al 85% sobre la facturació.

Perquè tothom ho entengui, i si ho dic malament que se'm rectifiqui, és a dir, una persona assalariada del SAAS amb un sou ja de per si més que elevat, percep a més fins a un 85% de la facturació que ell mateix ha generat. No sé com ho veuen els consellers d'aquesta sala, però per nosaltres això és un escàndol 10 en una escala de 0 a 10 i més en el cas d'un organisme públic sanitari que té l'obligació de donar un servei a la societat.

No parlem d'un banc, ni d'un comerç qualsevol que té com a objectiu legítim obtenir un màxim de beneficis econòmics. Parlem de sanitat pública, que

no és ni ha de ser un negoci lucratiu en si i menys pel benefici exorbitant d'uns quants professionals sanitaris.

I aquestes clàusules les han permès vostès, Srs. de DA!

Vostès han permès aquestes barbaritats que viciïn el sistema i representen despeses que paguem entre tots de manera inacceptable.

També surten com a accions irregulars del SAAS, els conceptes retributius i complements els quals no es troben regulats al Reglament de personal del SAAS, i això no és la primera vegada. Primes d'exclusivitat, primes per projectes, primes complements Ad Personam...

Tot aquest desgavell és i ha sigut responsabilitat, en primer lloc, del director general del SAAS del moment i del director econòmic i financer, de la Intervenció General i per sobre d'ells, sent-ne coneixedors com ho eren a través dels informes de la mateixa Intervenció General i del Tribunal de Comptes, és responsabilitat del ministre o de la ministra de Sanitat de l'època, del Ministeri de Finances, i del mateix cap de Govern. I també, sí, senyors consellers, de tots els consellers generals que n'estan assabentats, que donen suport al Govern i que, com els que estem a l'oposició també tenen la responsabilitat del control al Govern.

Responsabilitat de tots aquells representants de Demòcrates per Andorra que han acceptat, han recolzat o que han tancat els ulls enfront del desgavell de la sanitat andorrana!

A dia d'avui, Sr. ministre...

El Sr. síndic general:

Hauria d'anar acabant, si us plau.

La Sra. Rosa Gili:

Sí, vaig acabant Sr. síndic.

...pocs avanços veiem en la seva gestió. El seu discurs era previsible i no ens ha sorprès. Diria que el podríem qualificar de "més del mateix", paraules i paraules i poques accions. Només li voldria recordar que la legislatura actual ja és més a prop del final i que el temps se li acaba. Parla vostè de models progressius, ja no li queda temps Sr. Álvarez!

Les preguntes són vàries: com tenim el tema de la salut mental? Els convenis amb els metges liberals? L'atenció integral? Quan pensen contractar el psico-oncòleg que tant esperen els malalts de càncer i que vostès ens van anunciar que ja estava pressupostat? Quan pensen proveir el SAAS d'un nou director econòmic i financer i de recursos generals, figura tan

important en una estructura tan gran i complexa com és el SAAS?... Així és la gestió de Demòcrates per Andorra! Laxa, lenta, ineficient, còmplice amb aquells que abusen del sistema i que amb les seves accions ens perjudiquen a tots. Una gestió fonamentada en els càlculs polítics i l'amiguisme, marca de la casa de DA. I poc els importa que els càstings, sovint inadequats, perjudiquin un pilar tant fonamental de l'Estat del benestar com és el de la sanitat.

Veritat, Sr. Martí...

I ja acabo Sr. síndic.

Així doncs, com a conclusió crec que és una evidència que el ministeri continua sense timó, sense lideratge.

No s'afronten els problemes amb valentia i diligència, les males pràctiques s'enquisten i qui dia passa any empeny.

Fa gairebé un any des de la nostra rotunda denúncia; i què ha canviat? Continuem amb una gestió caòtica, a la deriva que sembla abocar-nos de manera volguda, no volguda, o sí, cap a una sanitat privada per a la implosió del sistema públic. Per sort, tenim bons professionals dins del sistema però tanmateix, no fer les reformes necessàries, no actuar per redreçar la situació és d'una irresponsabilitat total.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Moltes gràcies.

És el torn ara del Grup Parlamentari Liberal. Té la paraula el Sr. Jordi Gallardo.

El Sr. Jordi Gallardo:

Gràcies Sr. síndic.

Senyores i senyors consellers, quins són els motius que han portat al Grup Parlamentari Liberal a demanar la celebració d'un debat monogràfic de sanitat? La resposta és: la inacció en política sanitària.

Sis anys de govern demòcrata i la sanitat està pitjor avui de com la van trobar vostès al 2011, bàsicament perquè estem a l'equador del segon mandat i la gestió de la sanitat s'ha enquistat, definitivament els ha superat.

Deia el cap de Govern al 2014 al tomb de la gestió de la sanitat que un petit forat pot fer enfonsar un gran vaixell parafrasejant Benjamin Franklin, i les seves pors de llavors ja s'han confirmat; la sanitat s'ha convertit en una via d'aigua impossible de contenir i vostès en sis anys no ho han fet.

En un context durant el qual s'ha produït una davallada de la població passant de 85.000 habitants a 78.000, un augment de les cotitzacions a la CASS i una recuperació del nombre d'assalariats situant-se als nivells del 2010. Resulta que en aquest context creix el dèficit econòmic i baixa la qualitat del servei sanitari i no pot ser tot atribuïble senyor ministre a un envelliment i l'augment de la cronicitat de la població.

Algunes dades econòmiques per poder enquadrar l'evolució econòmica del sistema sanitari.

Sobre la CASS.

Les transferències corrents que rep la CASS per part del Govern es tornen a situar aquest 2017 en xifres rècord 47.500.000 euros respecte dels 38.000.000 d'euros que es van transferir el 2011.

Les transferències corrents de la CASS en la branca general, és a dir, la despesa reemborsada que fa la CASS, és la xifra més gran fins a la data d'avui: 146.000.000 d'euros respecte els 125.000.000 d'euros de l'any 2011.

La despesa per habitant, que ha parlat el ministre però que no ha concretat, es situa avui en 1.869 euros per habitant, un creixement acumulat del 16% d'ençà del 2013.

En relació al SAAS.

Les transferències corrents que rep el SAAS se situen en una forquilla entre els 11 i els 13 milions d'euros, aquest 2017 ha vist un increment del 12% en la seva partida.

Finalment, les despeses de personal de 54 milions liquidades al pressupost del 2012 han crescut fins als 61.000.000 d'euros previstes al pressupost del 2017.

Conclusions inicials dels números del sector sanitari no descobrim cap nova situació, un dèficit sanitari de 60.000.000 d'euros previst per l'exercici 2017, el més gran generat fins a la data, i una absència de mesures per poder-ho controlar, ja no dic rebaixar sinó contenir, o si vol es pot dir d'una altra manera Sr. ministre, la dura constatació que les mesures que han aplicat vostès en sis anys no estan aturant la bola de neu.

La sanitat pública i de qualitat és un dret que tenim tots els andorrans i residents, i hem de vetllar perquè es mantingui aquest binomi.

L'obligació dels qui governen és garantir que aquest dret el podem gaudir tots els qui contribuïm al sistema, tot assegurant el dret que també tenen les generacions futures.

Ha d'existir un doble compromís entre els que governen, els professionals de la sanitat i els usuaris que la utilitzem que no és altre que fer sostenible i

assumible aquest pilar de l'Estat del benestar, i aquí vostès no estan aportant solucions més aviat estan agreujant el problema.

El present i el futur del sistema sanitari requereix establir un diagnòstic clar i compartit sobre els reptes i els objectius que cal abordar, per aquest motiu vam demanar aquest debat per intentar fixar les bases al voltant de les quals cal fer aquest diagnòstic compartit i poder llavors plantejar els compromisos per afrontar el problema.

Vostès van començar la legislatura del 2011 centrant els problemes de la sanitat al voltant de 5 eixos: una heterogeneïtat i manca de planificació en l'oferta de servies; una variabilitat en la qualitat i manca de continuïtat assistencial; una saturació dels serveis especialitzats i una banalització de l'atenció especialitzada; una inflació d'indicacions de proves complementàries i una manca de coordinació entre els prestadors assistencials.

Segons vostès al 2015 ja havien conduït una reforma global del sistema de salut amb la implementació d'un nou model assistencial, el MAAS que havia de potenciar l'atenció primària i la implantació del metge referent, però el cert és que avui al 2017 els problemes que existien a la sanitat del país són els mateixos que vostès ja assenyalaven el 2011 però agreujats per tres raons: primera, el greu problema de manca de lideratge del ministeri en la política sanitària del país. El SAAS marca les prioritats sanitàries quan ell mateix és el gran proveïdor de serveis del sistema; segona, aquest problema de lideratge afecta a la CASS que com a organisme pagador del sistema hauria de rebre les prioritats per part del ministeri en política sanitària per poder comprar les activitats i fer un control d'aquestes. Al no donar-se aquesta situació es produeix un clar dèficit de supervisió per part de la CASS generant un augment de la factura que ha de pagar. Com a exemple la despesa de la CASS ha augmentat el darrer any un 7,5%; tercer, el creixement del dèficit sanitari fa insostenible la situació fins al punt que el ministre admet que no el pot aturar, i l'absència de control persisteix: el SAAS no està fiscalitzat políticament i la CASS no fiscalitza als prestadors sanitaris; i quart, no sabem avui quin model sanitari s'acabarà implementant al país.

Aquesta és la nostra realitat en termes generals, i la pregunta és: què han fet vostès per abordar aquests problemes? Evitant el debat de fons i proposant un pacte d'Estat, i com ningú els ha acceptat doncs miren de gestionar el dia a dia mirant d'assumir el mínim desgast polític possible.

Sr. ministre, el gran debat de la sanitat, malgrat el que ha dit vostès, es situa al tomb de la dicotomia

entre dèficit sanitari i necessitats sanitàries a cobrir, i fins que no es vulgui afrontar aquest debat de manera oberta, valenta i clara el que es farà és maquillar situacions i intentar gestionar un problema que cada vegada és més important.

El primer pas que cal fer, sí o sí, és decidir com es vol afrontar el dèficit sanitari, més enllà d'ajustar la despesa mitjançant una gestió més acurada que és evident que cal fer i que s'ha demostrat que encara hi ha molt camp per recórrer. Cal obrir el debat sobre les cobertures que actualment presta el nostre sistema, si s'han de mantenir, si per mantenir-les cal apujar les cotitzacions o, pel contrari, establir el nivell assumible de cobertures en funció dels ingressos de la CASS, i les que no cobreixi la CASS que els usuaris recorrin a una cobertura privada.

Hem de fixar si assumim definitivament que el dèficit sanitari que es genera si és controlat el continua assumint en la seva totalitat el Govern sense augmentar les càrregues socials als cotitzants, o si per contra cal entrar en un sistema on tothom haurà de tenir una assegurança privada. Aquí és on està el debat de fons, aquí és on hi ha el debat polític.

Si s'opta per la primera opció, és a dir un dèficit controlat i assumit pel Govern, cal fixar prioritats pressupostàries a nivell global, quin és el sostre d'endeutament que el país es pot permetre i a partir d'aquí racionalitzar les inversions. No es pot ajornar més aquesta decisió.

Si la sanitat és una prioritat, si una sanitat de qualitat i pública és un dret, i per a nosaltres ho és, llavors ha de passar per davant d'altres partides importants perquè els ingressos de l'Estat no són il·limitats.

Ens podem permetre destinar 40.000.000 d'euros a projectes com The Cloud i assumir també el dèficit sanitari de 60.000.000 d'euros? Fins quan ho permetrà el sistema d'ingressos de l'Estat sense augmentar la pressió fiscal?

Aquest és el veritable debat, el primer debat, i sense aquest no es pot abordar el segon debat al voltant de quin ha de ser el model de sanitat d'Andorra, un debat més tècnic on l'opinió dels prestadors sanitaris juntament amb el lideratge del ministeri ha de ser la fórmula per tancar el cercle.

És abans d'iniciar aquest segon estadi on llavors es pot plantejar un pacte d'Estat, si de veritat es vol aconseguir un consens sobre aquest tema, però plantejar un acord sense haver realitzat el primer anàlisi és incoherent i no porta enlloc, principalment perquè no sabem si en termes econòmics allò que es pugui proposar és assumible.

El principal problema per poder abordar la reforma de la sanitat i cap a quin model hem d'evolucionar rau en el fet que després de set discursos en sis anys, no he estat capaç de trobar una sola línia ja sigui als discursos d'Investidura o d'Orientació Política que expliquin com pensa el Govern de DA abordar el repte de la reforma sanitària.

Ni una sola frase, li he de reconèixer el mèrit que això suposa Sr. cap de Govern, han passat sis anys fent creure que volen reformar la sanitat i no ha explicat mai com ho volen fer, i sobretot ha estat capaç d'evitar aquest gran debat, que vostè sap millor que jo, què és inajornable; el de la sostenibilitat del sistema i el del model cap on hem d'evolucionar, i això li torno a dir és una gran habilitat per part seva que no pot persistir.

No podem vendre més fum i toca entrar de veritat a discutir el problema o quan es vulgui fer ja serà massa tard.

Als Liberals ens trobaran si es pretén fer obertament aquesta reflexió, explicant la cruesa de les xifres i de la situació per tal que tothom sigui conscient, i quan dic tothom vol dir tots els implicats: administracions, prestadors sanitaris i usuaris. És necessari que el debat es faci des del coneixement real de la situació i no a partir d'hipòtesis o suposicions. Hem de partir dels mateixos escenaris, per ser capaços de trobar una proposta adaptada, consensuada, perdurable i sostenible.

Arribats a aquest punt no s'hi valdrà fer propostes irresponsables des del desconeixement volgut o no de la realitat del sistema, perquè tots serem conscients dels riscos i les amenaces del sistema sanitari, i hauré de ser coherents amb el que després defensarem.

Els Liberals no farem propostes populistes ni prometrem el que sabem que no es podrà complir sense explicar els costos que els usuaris hauran d'assumir si és que n'hi ha, no seria responsable.

Li estic llençant senyor ministre un guant per poder abordar aquest tema però amb dues condicions: la primera, que abans de la votació del proper pressupost 2018 cal haver discutit i consensuat el sostre d'endeutament que el país pot assumir, i a partir d'aquí fixem plegats pel que queda de legislatura quines són les grans inversions a realitzar i li demano una prioritització de les inversions; i la segona, cal posar en marxa accions clares i decidides per a reforçar la fiscalització i la contenció de la despesa de la CASS i del SAAS fins que la reforma sanitària no es posi en marxa. Algunes d'aquestes accions són: és necessari fixar una ràtio màxima d'especialistes al país amb números claus, convencionant només aquelles especialitats en les

quals hi hagi clarament un dèficit o més demanda que oferta, i sempre dins d'unes ràtios màximes; segona, cal millorar el control de la CASS sobre els prestadors sanitaris fins que la Història Clínica Compartida sigui una realitat totalment implantada i la figura del metge referent una realitat. La CASS ha de fiscalitzar el volum d'activitat generada com a despesa per cada prestador. La CASS com a pagador del sistema coneix la despesa que genera cada un d'ells, però no coneix el motiu pel qual la despesa es genera, per tant no pot valorar si la despesa és la correcta o si s'incorre en una despesa superior a la que requereix cada acte. Calen guies de tractament establertes per la CASS per frenar l'abús de proves complementàries; tercera, l'obertura econòmica ha generat la implantació al país de metges no convenionats. Cal, però, que els actes mèdics generats per aquets prestadors sanitaris no convenionats no tinguin cap tipus de cobertura per part de la CASS, per tant no es pot aplicar com ara passa la tarifa de responsabilitat del 33% reemborsable sobre els actes dels professionals no convenionats. Seguint, cal establir un contracte entre el Ministeri de Salut i la CASS que fixi anualment el dèficit màxim que cobrirà el Govern sobre la branca general, amb un objectiu clar d'assolir una reducció d'any en any. La Comissió Mixta de Sanitat només pot estar composta pel Ministeri de Sanitat i la CASS. El SAAS com a proveïdor de serveis no pot estar dins de la pròpia comissió i no pot determinar la contractació de metges, no li correspon determinar les prioritats sanitàries. I finalment, cal posar fre a la política salarial del SAAS fins que el nou model sanitari estigui definit i posat en marxa.

Si tenen la voluntat de discutir aquestes propostes els Liberals estem disposats a abordar el problema de la sostenibilitat i perdurabilitat del sistema sanitari, i crec que encara estem a temps.

Paral·lelament és necessari un canvi en el paradigma de funcionament del Ministeri de Sanitat. El Ministeri de Sanitat no lidera la política sanitària del país, els informes que van realitzar els dos organismes francesos l'IGAS (Inspecció General dels Afers Socials) i l'MNCOS (Missió Nacional de Control i Auditoria d'Organismes de la Seguretat Social)- tots dos durant el 2014 gràcies a l'Acord de col·laboració amb França ja insisteixen clarament en aquesta problemàtica. De fet, durant la campanya de les eleccions generals del 2015 els Liberals vam insistir sobre la clara necessitat que el ministeri pilotés la política sanitària del país i no el SAAS com passava i passa encara avui.

Si el ministeri no lidera, no hi ha prioritats, si no hi ha prioritats no existeixen les línies estratègiques, i

en absència de línies estratègiques no hi ha directrius, ni objectius ni una clara direcció. I em permeto afegir que sense ningú liderant no hi ha control. Hem viscut una involució de vint anys de la política sanitària del país, el SAAS torna a manar, i és precisament la manca de lideratge del ministeri sobre el SAAS l'explicació del desgavell econòmic que any sí, any també, hi detecta el Tribunal de Comptes.

No cal mirar enrere, tot just ahir la premsa es feia ressò de les enèsimes irregularitats del SAAS. En aquest cas, les del 2015, aquí vostès ja portaven quatre anys al Govern i, mentrestant, els directius del SAAS fan "pagaments indeguts" alguns d'ells susceptibles de "generar responsabilitats", o el que és el mateix susceptibles de ser denunciats.

Contractacions directes no justificades o pagant gratificacions per jubilació i despeses sense la pertinent cotització a la CASS.

Això sí, Sr. ministre, en lloc de portar el responsable davant els tribunals perquè expliqui les irregularitats comptables del SAAS dóna per fet que ha treballat bé i opta per pagar-li la indemnització per acomiadament improcedent a principis d'aquest any. Un altre exemple de bona gestió del seu ministeri i que no compartim.

Recentment apareixien notícies en alguns mitjans estrangers respecte al nivell de la nostra sanitat, situant a Andorra al capdavant d'una llista de països en qualitat sanitària. Imagini's Sr. ministre que dirien aquests mateixos mitjans si els nostres recursos els optimitzessin de veritat, si féssim una gestió més acurada i responsable ja que existeixen moltes fuites en el sistema.

No ens enganyem, la qualitat de la nostra sanitat ha empitjorat, el que resulta un consol per a vostès és que quan ens comparem amb d'altres països estem millor, ara bé ens hem de comparar sempre a l'alça mai a la baixa.

A més, la sostenibilitat del sistema tal com està funcionant avui té una caducitat a curt o mig termini, a no ser que es vulgui assumir com va fer vostè en compareixença pública fa sis mesos, que el dèficit és incontenible i que no es pot fer res i que per tant hem de seguir igual que fins ara.

No estem d'acord, el dèficit és reduïble, sense haver de rebaixar ni la qualitat ni les cobertures, però cal voler prendre decisions, cosa que sembla no volen fer.

També li reconeixeré que només millorant la gestió no es solucionarà el problema del dèficit, per això el plantejament que li feia anteriorment, ara bé hem de

posar fre al descontrol que hi ha al SAAS i és la seva responsabilitat fer-ho.

Un altre problema de fons d'ençà de l'arribada de DA al Govern que és l'augment de les despeses de personal del SAAS. Vostès anunciaven al seu programa electoral del 2011 una modificació de l'organigrama del SAAS per reduir càrrecs directius i comandaments intermedis. Al SAAS existeix un problema en la política salarial i en la creació de càrrecs de responsabilitat intermedis que s'allunyen d'allò que vostès van dir que farien el 2011. De fet, la despesa en personal ha augmentat en aquests darrers sis anys.

El Sr. síndic general:

Hauríeu d'anar acabant, si us plau.

El Sr. Jordi Gallardo:

Sí, Sr. síndic.

Estem parlant d'una xifra de 39.500.000 d'euros en despeses de personal al pressupost 2017 i un increment del 5,8%. Ara bé, ha augmentat per a certs col·lectius, no per a tots. El col·lectiu d'infermeres o el personal administratiu veuen cada any com el seu salari continua congelat i han perdut incentius per objectius, mentre els nomenaments i els complements de responsabilitat són el pa de cada dia entre el col·lectiu de metges i càrrecs intermedis.

Vist el que acabo d'exposar crec que és bo recordar que La Llei general de Sanitat de l'any 1989 i la posterior modificació mitjançant la Llei 1/2009 són molt clares en allò referent a les competències del Govern. Article 54 són competències del Govern: a) l'elaboració i l'execució de la política sanitària; i b) la direcció, el control i la tutela del Servei Andorrà d'Atenció Sanitària, a través del ministeri responsable de la salut.

De moment, i ja van 6 anys de Govern demòcrata, no han complert amb cap de les dues.

Va semblar a principis d'aquesta legislatura que el ministeri tenia clarament un full de ruta fixat, el Pla Nacional de Salut 2020, una que es convertiria en la guia assistencial preventiva.

Deixaré, si de cas la segona part de la meua intervenció per després.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Moltes gràcies.

Seria ara el torn del Grup Parlamentari Demòcrata, té la paraula el conseller, Sr. Carles Jordana.

El Sr. Carles Jordana:

Gràcies Sr. síndic.

El debat monogràfic sobre la política sanitària del nostre país que tenim avui al Consell General és fruit d'una proposta inicial formulada pels consellers del Grup Parlamentari Liberal, la iniciativa dels quals vull saludar. No cal evidenciar que la política sanitària del nostre país és un tema recurrent i molt sensible. Només cal recordar que en els 2 anys i escaig que portem de legislatura, hi han hagut fins a 4 compareixences dels respectius ministres que s'han succeït en el si de la Comissió de Sanitat, i que tinc l'honor de presidir, per exposar-nos la tant anunciada i esperada reforma.

Efectivament, la salut pública és, justament amb l'educació i les polítiques socials, un dels tres grans pilars de l'Estat del benestar, com molt bé s'ha referit el Sr. ministre.

Sembla que tots estem d'acord que cal reformar-la, però ningú, fins a la data no ho ha fet. Doncs bé, amb l'entrada a tràmit parlamentari per fi del Projecte de Llei de drets i deures del pacient i de la història clínica compartida hem posat el peu a l'estrep. Aquest Projecte de Llei és la base del model integrat i, per tant, la peça clau i totalment indispensable per fer una realitat la reforma del nostre sistema.

La reforma passa per implementar uns principis bàsics dins del model sanitari: la solidaritat; la coresponsabilitat; una coordinació entre el Ministeri de Salut, la CASS i el SAAS; la lliure implementació del professional liberal regulat; la lliure elecció regulada (la via integrada a la que em referiré més endavant); l'establiment de protocols per la prevenció de la malaltia; i finalment prioritzar el finançament, del que s'anomena, l'evidència científica i de les accions protocol·litzades.

La reforma va encaminada a protocol·litzar i pagar l'evidència, a fer servir els recursos de forma eficient i a contenir la demanda independentment dels canvis en l'oferta.

Srs. consellers, tenim un envelliment creixent de la població que comporta de retruc una cronicitat de les malalties, conjuminat amb un encariment gradual de la medicina i per acabar-ho d'adobar, una reticència del pacient/usuari al canvi amb perjudicis del passat. Hem de millorar la coordinació entre l'atenció primària i els especialistes com també protocol·litzar i definir millor els circuits interns. Són aquestes deficiències les que ens estan portant a un ús de recursos no ajustats a les necessitats reals que fragmenta tot el nostre sistema i que demana més recursos de control.

Com m'he referit anteriorment, la primera acció d'aquesta reforma és l'aprovació per part d'aquesta Cambra en breu del Projecte de Llei de drets i deures del pacient i de la història clínica compartida. Aprofito per remarcar l'excel·lent treball que estem portant a terme tots els membres de la Comissió de Sanitat, on impera un esperit constructiu i productiu per aprovar aquesta Llei tan important. Vull agrair personalment a tots els membres consellers per la seva tasca.

De la mateixa manera que ho ha exposat el Sr. ministre, la història clínica compartida, com deia, permetrà que els diferents nivells assistencials (primària i especialistes) i els altres actors sanitaris puguin compartir informació sobre els pacients i millorar de manera notable la coordinació entre ells. L'aprovació en breu d'aquesta Llei marcarà sens dubte un abans i un després en el funcionament del nostre sistema sanitari.

La situació actual dóna resposta eficaç a problemes de salut concrets, però aquesta atenció episòdica per molt bé que es doni ens pot fer perdre els beneficis de tenir una atenció continuada per part d'un professional que ens coneix bé tant a la persona com al nostre entorn i que ha de prioritzar les tasques de manteniment de la salut i que les pot personalitzar i adaptar a les nostres necessitats. Els estudis demostren els beneficis que aporta un professional habitual, que ens coneix i ens segueix al llarg de la vida. Ha quedat palès que en pacients crònics i amb moltes malalties millora la qualitat de l'assistència i pot disminuir el número d'ingressos hospitalaris i consultes a urgències. Una atenció integrada és aquella que posa el malalt en el centre del sistema fent que el malalt rebi l'atenció que necessita, en el moment en què la necessita i per part del professional que la pot prestar millor.

Tots aquests professionals que intervenen al llarg de la vida del pacient o al llarg d'un procés assistencial s'han de comunicar i organitzar-se al voltant del propi pacient. Això és especialment important en els malalts crònics, que han de tenir una guia, un camí amb el què han de fer. Si aquests malalts decideixen tot sols, l'atenció no pot ser òptima i recaurà inequívocament en més aguditzacions o empitjoraments. A més a més, la falta de coordinació dóna lloc a duplicitat de proves inútils al pacient, duplicitat en les receptes i tractaments, i que comporten ineficiències i disminució de la seguretat de l'atenció, és a dir, de la qualitat del tractament.

Des del Grup Parlamentari Demòcrata donem plenament suport al Govern per tirar endavant la implementació del model d'atenció integrada i que el Sr. ministre ens va presentar als membres de la comissió, i a la que s'ha referit en el seu discurs, com

la nomenada via integrada. Amb aquest model, el metge de capçalera esdevé coordinador de l'atenció sanitària i es converteix, així, en el metge referent del pacient i és literalment el que s'anomena la "porta" d'entrada al sistema.

El metge referent treballarà juntament amb infermeria i els treballadors socials de primària que formaran equips de primària. El metge referent (o metge de família si es prefereix), serà escollit pel pacient. La primera visita sempre s'haurà d'efectuar a través d'ell, i en cas necessari el derivarà cap a l'especialista que el pacient podrà sempre escollir lliurement. El metge referent i els esmentats equips no seran suficients per garantir-ne la coordinació, i caldrà establir protocols i rutes assistencials.

No obstant, els hi vull donar unes quantes dades destacades.

Un estudi britànic -al qual també s'hi ha referit el Sr. ministre- ha demostrat que el 70% dels esdeveniments indesitjables greus en l'atenció sanitària són deguts a la manca de coordinació.

Un estudi de Medicare, que és el sistema de cobertura de seguretat social Nord-Americana, va determinar que es gastaven inútilment entre 25.000 i 50.000 milions de dòlars anuals per manca de coordinació.

Nombrosos estudis però, demostren inequívocament la millora dels resultats en malalties cròniques quan es funciona coordinat i seguint unes rutes assistencials.

Com ens ha explicat el Sr. ministre, després de l'aprovació de la Llei de drets i deures del pacient i de la història clínica compartida, de la implementació de la via integrada, caldrà definir, doncs, aquests protocols i rutes assistencials amb la finalitat d'homogeneïtzar els processos i definir el que és necessari i també el que no ho és.

Cal implementar, doncs, programes estructurats de definició de protocols i circuits per cada un dels processos més prevalents inclosos en la cartera de serveis. S'haurà d'identificar quins processos es poden efectuar a Andorra i quins cal derivar a centres concertats a fora del país. Caldrà actualitzar les codificacions d'aquests processos, tant amb el SAAS i la CASS, tot definint els recursos humans realment necessaris i revisar-ne les tarifes.

Els metges especialistes, sota els protocols establerts en el marc de la Via de l'Atenció Integrada, seran els encarregats de fer una derivació a centres de fora del país mitjançant els convenis institucionals. Caldrà també que el ministeri estableixi els programes d'atenció a la cronicitat a la que s'ha referit amplament el ministre, per poder homogeneïtzar

justament i augmentar la qualitat de l'atenció al pacient.

Sense voler fer-me repetitiu, recalcar i insistir en la necessitat que el Govern tiri endavant el decret de la Cartera de Serveis que marcarà aquelles prestacions que seran finançades amb recursos públics i qui i en quines condicions les podrà prestar.

De la mateixa manera, des del Grup Parlamentari DA que represento, encomanem al Govern que promogui i es tanqui sense demora els contractes marcs necessaris entre la CASS i els metges, la CASS i el SAAS; i finalment el SAAS amb els professionals liberals.

Senyors consellers, sense la cartera de serveis, sense la història clínica compartida, sense la Via integrada, sense els convenis entre els diferents sectors que acabo de mencionar, el Ministeri de Salut no pot planificar, el SAAS no pot organitzar i la CASS no pot controlar eficaçment allò que paga!

Permetin que faci meves les paraules del Sr. ministre, i repeteixo: tenim una població envellida i amb més presència de malalties cròniques. Srs. consellers, Andorra tenim un problema amb la despesa, això és un fet i una evidència, però més que un problema amb la despesa, el sistema sanitari andorrà té un problema d'ingressos. No fa falta recordar que la despesa ha crescut un 151% des de l'inici d'aquest segle, del període 2001 a 2016, el que representa pel capbaix, un ritme mitjà d'un increment del 6% anual. Però aquest increment no ha estat pas homogeni, i permeti'm que faci un breu recordatori del seu recorregut.

Entre el 2001 i el 2005, durant el segon Govern del Sr. Marc Forné, la despesa anual es va incrementar en 34 milions d'euros, ni més ni menys que un 43%, és a dir un 9% anuals. Facin números senyors consellers, facin números.

Per més xifres, les que trobem en el Govern del Sr. Albert Pintat, del 2005 al 2009, durant el qual la despesa anual es va incrementar en 39 milions d'euros, un 47%, és a dir un 10% anual.

Durant els anys del Govern del Sr. Jaume Bartumeu, la despesa es va incrementar en 20 milions d'euros (en menys de 2 anys però!!) el que representaria un 8% anual.

En canvi, des que el Sr. Antoni Martí és cap de Govern, la despesa anual ha disminuït, sí dic bé disminuït, en uns 6 milions d'euros, un 4% entre el 2011 i el 2016, és a dir un 1% anual.

No puc doncs acceptar les crítiques que he sentit per part dels grups de l'oposició, que la despesa sanitària estigui descontrolada, ans al contrari. S'ha controlat la despesa i particularment en els últims 6 anys hi ha

hagut petites fluctuacions: petits increments i petits descensos. Però s'ha controlat.

Fa l'efecte que la despesa s'hagi descontrolat ara, perquè l'inici del mandat d'Antoni Martí com a cap de Govern el maig del 2011, va coincidir, malauradament, amb l'esgotament de les reserves de la branca general. Però no ens enganyem, la despesa va créixer més amb els governs liberals i socialdemòcrates que no pas amb els governs de DA. De fet, vull recordar que van ser justament sota aquests governs que les reserves de la branca de malaltia es van anar consumint sense que ningú, absolutament ningú, hi fes res.

Si continuem parlem de xifres, no podem obviar fer una referència, que a més és d'actualitat, a la gestió del SAAS, i que tots els grups de l'oposició i han fet expressament esment. Si hi ha hagut irregularitat en la gestió del SAAS, serà la Fiscalia i, si s'escau, la justícia qui ho dictaminin, i aquestes són les màximes garanties que fem i oferim. Nogensmenys, recordar que ha estat l'actual equip directiu del SAAS i l'actual Govern qui ha fet arribar tot aquest expedient a la Fiscalia.

Pel que fa més concretament a l'informe de fiscalització del Tribunal de Comptes de l'any 2015 que s'han fet ressò els mitjans de comunicació, fa dos dies, els hi haig de ser sincers, i no hem pogut analitzar amb tanta rapidesa els resultats i conclusions del referit informe, però no dubto ni un sol moment, que com ja s'ha actuat anteriorment, tota presumpta irregularitat que es detecti seguirà el mateix camí que les anteriors: la de la justícia, com no podria ser d'una altra manera.

Però els proposo, si m'ho permeten, d'ampliar una mica la perspectiva, més enllà de les suposades irregularitats del SAAS. Des de l'oposició parlamentària denunciem a tort i a dret el desgavell en la gestió econòmica del SAAS, però sense ressaltar en cap moment que la principal despesa del SAAS és el capítol de personal, i aquesta fa anys i panys que creix, no només sota el mandat demòcrata.

I permetin que novament torni a fer una mica de recordatori.

Entre els anys 2001-2008 (mandats liberals), la despesa de personal va créixer més d'un 10% cada any.

Els anys 2009 i 2010 (mandat socialdemòcrata), la despesa de personal va créixer d'un 6% cada any.

Finalment, amb el mandat dels demòcrates (2011 al 2016), la despesa ha crescut únicament d'un 0,6% cada any. Sí, només un 0,6%. És a dir, 10 vegades menys.

Consegüentment, en 6 anys de govern de Demòcrates per Andorra, i vull recordar que 4 dels quals de bracet amb els Liberals, s'ha estabilitzat, i rebaixat lleugerament certament, però rebaixat, la despesa sanitària global i s'ha estabilitzat consegüentment la despesa del SAAS.

No voldria acabar aquesta primera intervenció sense fer esment a la proposta de Pacte d'Estat sobre la reforma sanitària que va oferir el ministre el passat 25 de juliol de 2016, però que cap grup parlamentari s'hi ha volgut acollir. Bé sí, la Sra. Sílvia Bonet, com una de les poques parlamentàries que entén de sistemes sanitaris, i com a ex-ministra de salut, va mostrar en el seu moment una actitud molt col·laboradora i totalment en línia amb les polítiques de la reforma. Però, amb els esdeveniments de les darreres setmanes l'hi haig de confessar que m'he perdut, i no sabria dir si el seu posicionament era de grup polític, personal o simplement com a independent. Suposo que en el torn de les rèpliques ens ajudarà a elucidar el misteri.

Bromes a part, com s'ha referit el ministre al final de la seva intervenció, hem de ser capaços entre tots de fer un favor a la sanitat andorrana i al servei que reben els pacients. Com va escriure el company de files Toni Missé en un article publicat el passat 3 de juny, el consens en la reforma sanitària és en benefici de tots. Crido doncs a tots els grups de l'oposició perquè no facin política sobre una cosa tan sensible i delicada com és la nostra sanitat pública, deixin de banda els números i les etiquetes i s'uneixin, en benefici de tots, a la reforma sanitària. Mai s'ha de negociar per por, però mai s'ha de temer a negociar!

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Moltes gràcies.

Bé, acabades les intervencions dels grups parlamentaris, se suspèn la sessió fins aquesta tarda a les 17.00h.

Gràcies a tothom.

Se suspèn la sessió.

(Són les 12.45h)

Es reprèn la sessió.

(Són les 17.02h)

(S'incorpora el M. I. Sr. Jordi Cinca Mateos, ministre de Finances)

El Sr. síndic general:

Reprenem la sessió.

Per part del Govern, té la paraula el ministre, Sr. Carles Àlvarez.

El Sr. Carles Àlvarez:

Gràcies Sr. síndic.

En primer lloc, tal i com he manifestat aquest matí passo a calendaritzar les accions que estem duent a terme des del ministeri.

L'octubre passat, va entrar a tràmit parlamentari la Llei de drets i deures del pacient i la història clínica.

Ja s'han creat les comissions de treball que estan dissenyant els programes d'atenció a la cronicitat. Aprofito per anunciar que el que tracta la diabetis i la demència es troben en una fase molt avançada a l'espera de la posada en marxa de la història clínica compartida.

També s'està treballant en el pla de salut mental. El Govern ja ha aprovat el Reglament d'estructura i funcionament del Centre Hospitalari, que té per objectiu que el SAAS funcioni alienat amb les línies de la reforma sanitària.

Estem negociant els convenis amb els prestadors de serveis, CASS, Col·legi de Metges; CASS, SAAS; SAAS, metges liberals.

Ahir vam aprovar el Decret d'acreditació dels metges per poder tenir conveni amb la CASS.

El Reglament de la via integrada està en la fase final i s'aprovarà passat l'estiu.

També està molt avançat el Decret de cartera de serveis, que també es podrà aprovar els propers mesos.

Pel que fa a l'actualització del procés de la nomenclatura, és un procés continu que ja s'està iniciant i treballant.

Pel que fa a la prevenció, el primer trimestre del 2018, posarem en marxa el programa de detecció precoç del càncer colon rectal.

Finalment, pel que fa a iniciatives legislatives previstes, entrarem el Projecte de Llei de reproducció humana assistida abans de final d'any i la llei de cèl·lules, teixits i òrgans i teràpies avançades abans també de finalitzar l'any.

I la llei de les professions sanitàries durant el 2018 així com la del medicament.

Amb aquest calendari que acabo d'exposar crec que queda demostrat que no és cert que no es faci res. La reforma ha avançat i segueix avançant.

Segons la Sra. Bonet, no correm prou, li agradaria que anéssim més ràpid, però entenc que està d'acord amb l'objectiu final i en el full de ruta a seguir, ja que ha dit que comparteix el diagnòstic amb Govern. Per

tant, entenc que trobarem un terreny d'entesa tal i com reclamava el Sr. Carles Jordana.

El Sr. Víctor Naudi diu que no tenim model i que només he parlat de canvis i de reformes puntuals. Jo diria Sr. Naudi que és al revés. Jo he exposat un model complet i vostè s'ha centrat en qüestions puntuals sobre si faltaven especialistes o si un servei concret funcionava bé o malament, més aviat malament.

Però també li puc respondre a aquestes qüestions puntuals.

Manca de neuròlegs. Precisament ja ha estat aprovada una plaça per un nou neuròleg que es cobrirà properament.

Diu que el servei de traumatologia no funciona. No és cert, però en qualsevol cas la plantilla orgànica del SAAS preveu un reforç pel servei de traumatologia.

També ens deia que no hem presentat els resultats de la prova pilot de la diabetis. Només fa falta consultar la pàgina web del ministeri per trobar els resultats.

La Sra. Gili no ha dedicat ni un moment de la seva intervenció a parlar de salut, ni de model sanitari ni de política sanitària. No hem escoltat cap proposta constructiva, cap alternativa, només desqualificacions en les quals no entraré.

Ha parlat molt d'irregularitats del SAAS i entenc que això li preocupa. També ens preocupa a nosaltres. Bona prova és que hem estat nosaltres els que hem portat tota la documentació a la Fiscalia. I tal i com ha dit el conseller Jordana, si la documentació referent al 2015 se'n desprenen altres irregularitats, per descomptat que actuarem de la mateixa manera.

És difícil trobar més control i més garanties de les que dona portar un cas a la Fiscalia.

El SAAS, i ja ho he explicat en la meua intervenció inicial, és més que aquestes irregularitats, i la política sanitària és molt més que el SAAS.

En la seva intervenció Sra. Gili, li faltaven propostes, li falten alternatives i li falta model. Tot el contrari, ho he de reconèixer de la proposta del Sr. Gallardo, que denota una profunda reflexió sobre la situació actual i el futur del model sanitari.

Puc compartir, i així se'n desprèn de la meua intervenció d'aquest matí, part del diagnòstic. Puc compartir algunes de les mesures. El que no comparteixo, Sr. Gallardo és aquest to catastrofista que sembla que tots els problemes de la sanitat han començat en aquest Govern.

Precisament, ha estat aquest Govern el que ha contingut i rebaixat la despesa sanitària global

després d'anys d'increments incontrolats sota governs de diferents colors. De responsabilitats n'hi ha per tots, però no estem aquí per repartir culpes sinó per mirar endavant.

Anem a les seves propostes.

Em demana que definim un sostre d'endeutament de l'Estat. Jo crec que això supera el debat que estem tenint avui. I això ja va quedar en el debat sobre el marc pressupostari. Anem per això a les accions sobre el model sanitari que proposa. Ens demana una ràtio màxima d'especialistes al país. Ja entenc el que vol Sr. Gallardo. Vostè vol controlar l'oferta i aquesta oferta no dispari la demanda. Però compte a matar mosques amb canonades perquè això podria anar en contra de la lliure implantació de professionals i de retruc contra la lliure elecció que són un dels principis del nostre model sanitari.

Jo li demano què passarà amb els nostres joves que avui estan estudiant medicina? No podran exercir al país? Què passarà si algun metge que vol instal·lar-se Andorra té més qualitat que els metges que ja hi ha? Ens quedarem amb els que ja tenim?

Nosaltres aquest control que vostè vol, el fem per la via del decret d'acreditació i de la posterior convenció amb la CASS, però també en podem parlar de tot això.

El segon punt, millorar el control de la CASS. Hi estem d'acord. El pressupost del 2017 destina un milió d'euros a desenvolupar programes informàtics per millorar aquest control que vostè demana.

A més, també hi ha mecanismes de control als contractes que la CASS signarà properament amb el SAAS d'una banda, i amb els metges liberals per l'altra.

També podem parlar de mesures de control si vol. Com veu, sembla que parlarem de tot amb vostè avui.

Però el que sembla important és aquesta proposta seva que va en la línia de la història clínica compartida, de la via integrada i dels protocols que estem impulsant. Segur que això també frenarà les proves innecessàries.

Ens diu també que en l'obertura econòmica han arribat metges no convencionats i que aquests metges no se'ls hi hauria de pagar res. En primer lloc, situem les coses, de metges convencionats n'hi havia abans de l'obertura econòmica. I abans de l'obertura econòmica, alguns ciutadans ja es tractaven fora del país en centres no convencionats i en metges no convencionats. Nosaltres estem estudiant una proposta diferent però en la mateixa línia. En lloc d'anar sense cobertura pels actes dels metges no convencionats, reduir els percentatges de cobertura

dels actes derivats que facin aquests metges no convencionats.

Crec que cal estudiar quina és la millor mesura i quina tindrà una relació cost-benefici per al sistema i per al pacient Sr. Gallardo, no ens oblidem mai del pacient.

Ens proposa establir un contracte entre el ministeri i la CASS per fixar un dèficit màxim anual. Què ens proposa? Que el ministeri no pagui més enllà d'aquest límit? Això aniria contra la llei. Perquè la llei diu clarament que el Govern ha de cobrir la despesa de la CASS.

Si vostè ens diu que no vol el SAAS a la Comissió Mixta, ja entenc el que vostè vol dir. Però el SAAS té uns recursos i uns coneixements que cal aprofitar. I precisament del que es tracta és de sumar esforços i els coneixements de tots i no excloure a ningú i no buscar culpables.

Ens demana canviar la política salarial del SAAS. Em remeto a les dades que ha donat el conseller Jordana. La despesa del personal del SAAS ha baixat en els últims sis anys. Hi ha hagut un repunt al 2016 però aquest repunt ha sigut per dues raons: perquè es van aixecar les retallades dels salaris més alts del sector públic i s'ha augmentat un 2% les cotitzacions a la CASS per la branca de jubilació, recordem-ho tots.

Tot això Sr. Gallardo en podem parlar. Celebro el seu to constructiu i les seves aportacions. Aquí no estem sols, parlem-ne entre tots, també amb la majoria demòcrata d'aquesta Cambra. Vull agrair la tasca que està fent la Comissió de Sanitat presidida pel Sr. Carles Jordana i agraeixo així mateix la seva intervenció d'aquest matí. I el que hem de fer en aquestes properes hores és acostar posicions, i reprenc les seves paraules: "Per fer una sanitat sostenible i perdurables en el temps sense perdre de vista la qualitat i els tres principis fonamentals del nostre sistema sanitari públic, la coresponsabilitat, la solidaritat i la lliure elecció dels professionals de la salut".

Gràcies a tots, gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

S'inicia ara un segon torn d'intervencions per part dels grups parlamentaris.

Pel Grup Parlamentari Mixt, Sra. Sílvia Eloïsa Bonet, des de la tribuna, si us plau.

La Sra. Sílvia Eloïsa Bonet:

Gràcies Sr. síndic.

Degut a la manca de temps, he hagut de fer la meua intervenció en diferents blocs i bé, aquest segon bloc de la meua intervenció es centrarà en justificar la meua desconfiança i després plantejaré quines són les propostes i l'anàlisi que faig sobre el pacte d'Estat.

He fet una anàlisi de la situació actual d'una forma ràpida i ja he dit que comparteixo les propostes però alhora sóc desconfiada en la seva aplicació i m'explicaré.

Per començar i això que entenc que és una puntualització, a mi m'agrada més parlar d'usuari més que de pacient. Pacient és la persona malalta i el sistema sanitari pot ser utilitzat per persones malaltes o no.

D'entrada dir que el principal problema es troba en no ser capaç de visualitzar el sistema sanitari en la seva globalitat i actuar des de la part pública afectant a la part lliberal. La complexitat del nostre sistema exigeix la coordinació entre la part pública i la part liberal i trobar el consens i l'anàlisi tenint en compte les diferents formes d'actuació. Jo classificaria el nostre sistema en quatre potes.

La primera, el ministeri que ha d'assumir el rol del lideratge i proposar les línies de la política sanitària i establir com han d'actuar els diferents actors sanitaris dintre del sistema.

La segona, la CASS ha de finançar els serveis en funció de la política sanitària tal i com quedarà establert en la cartera de serveis i productes de salut.

La tercera pota és el SAAS que ha d'oferir la prestació de serveis públics en quatre branques principals: l'hospitalària urgent, l'atenció primària a través dels centres de salut, l'atenció a la salut mental i l'atenció sociosanitària.

I la quarta pota són els professionals liberals que actuen convencionats amb la seguretat social i els que no i que han d'actuar conforme a la política sanitària determinada pel ministeri.

Em genera dubtes el lideratge per part del ministeri perquè primer, s'ha plantejat un lideratge compartit. La Comissió Mixta està formada per tres de les quatre potes identificades, ministeri, SAAS, CASS. Però una de les parts representa el principal prestador de serveis sanitaris públics, fet que em fa pensar en la no implicació dels professionals liberals de les diferents categories en la reforma, per la qual cosa una part important dels prestadors no participen sinó que es trobaran amb mesures que no estaran consensuades, generen tensions com les que es viu entre la CASS i el Col·legi de Metges que encara no s'ha aconseguit signar el conveni per a la prestació de serveis amb el risc que calgui arribar a signar convenis individualitzats.

El Sr. síndic general:

Hauríeu d'anar acabant, si us plau.

La Sra. Sílvia Eloïsa Bonet:

Sí, una cosa més i després continuaré.

Alhora, dir que la implantació del metge referent obliga a una modificació de la Llei de la CASS sobretot en els seus articles 139 i 139 bis que es refereixen als reembossaments de les prestacions.

Després ja continuaré.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

També pel Grup Mixt, Sr. Víctor Naudi per SDP.

El Sr. Víctor Naudi:

Gràcies Sr. síndic.

Bé, continuaré amb el que he començat a dir aquest matí per respondre al Sr. ministre. Jo crec que ens ha descrit un seguit de línies principals de la seva reforma però realment considero que això no és cap reforma, no és cap reforma en profunditat i per tant, és un seguit d'actuacions, ho torno a dir per molt que hagi contestat fa una estona el Sr. ministre, que invertia la qüestió.

Jo crec que aquí cal una reforma estructural del sistema des del seu plantejament. He trobat a faltar aquest matí en el seu discurs doncs un diagnòstic clar de quina era la situació de partida. Això no ho ha fet i jo crec que per endegar una reforma en profunditat és el primer que caldria saber de quin mal pateix la nostra sanitat. Mal a nivell del funcionament estructural i de cara a millorar-la. Evidentment doncs, per sort tenim una sanitat i uns bons professionals que donen resposta a aquesta sanitat.

Jo crec que hi ha molts problemes recurrents des de fa anys. La qüestió del SAAS és doncs una qüestió important en la qual cal incidir. És un ens que d'alguna forma s'acaba autogestionant, és un ens incontrolat. El ministeri hauria de capitanejar-lo i no ho fa. El SAAS és un ens que emet factures, les supervisa, se les adjudica. Ja aquest matí en algunes intervencions hem vist els problemes que acabava comportant. Jo crec que s'ha de replantejar totalment el funcionament del SAAS i dotar-lo d'una llei que el reguli.

Per altra banda, dins de la diagnosi, una de les mancances importants que tampoc n'ha fet esment el ministre, és que a la nostra sanitat no disposem

d'uns indicadors clars. Indicadors en matèria sanitària del seguiment de les patologies des del seu inici fins al final, però també dels resultats del conjunt de la gestió de la sanitat. Jo crec que aquests indicadors amb els estàndards internacionals són necessaris, primer per saber l'evolució...

El Sr. síndic general:

Hauríeu d'anar acabant, sis us plau.

El Sr. Víctor Naudi:

Ja vaig acabant Sr. síndic.

...doncs l'evolució dels tractaments dels pacients, si ens poden situar en uns estàndards raonables i no en publicacions com feia esment fa una estona el ministre, en les quals se'ns qualifica de bé. Però per altres motius, sense tenir unes dades fiables i rigoroses es fa difícil de qualificar aquests estàndards.

Bé, més endavant ja continuaré.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

També pel Grup Mixt, pel PS, Sra. Rosa Gili.

La Sra. Rosa Gili:

Gràcies Sr. síndic.

A veure, començaré per dir, -ja ho he dit aquest matí-, però estem molt preocupats pel futur de la nostra sanitat pública. Ho hem dit Srs. de DA, vostès amb la seva inacció l'estan posant en perill i nosaltres el que de veritat ens preocupa és el fet que ens aboquin cada dia més cap una sanitat privada que el que farà és dividir el dret a la salut dels nostres ciutadans.

D'una part, aquells que sí que s'ho poden permetre, els que es podran curar de les seves malalties i d'una altra part, els exclosos que no s'ho podran permetre. I si una cosa sí que la tenim clara és que aquest no és el nostre model i avui ho vull reiterar una vegada més la diferència amb el que ens sembla percebre de les actuacions del ministre de salut.

A veure, aquest matí vostè ens ha tornat a parlar d'aquest famós pacte d'Estat. Jo molt ràpidament perquè el temps passa molt ràpid, només dir, ja ho vam dir en aquell moment, pacte d'Estat, nosaltres considerem que no hi havíem d'entrar. Les actuacions que estaven al full de ruta del ministeri de la sanitat, eren actuacions d'àmbit executòries, execucions del Govern i que per tant, no ens tocava a nosaltres avalar cegament aquestes actuacions. No

tenim els mitjans humans per fer-ne aquest seguiment i per tant, per aquesta raó vam dir que no.

Ara bé, el que sí que vam fer, ho vam reiterar de moltíssimes maneres i moltes vegades, és posar sobre la taula la nostra plena predisposició a treballar amb tot el que siguin modificacions legislatives. Aquest matí s'hi ha referit el Sr. Jordana amb la Llei de drets i deures dels pacients i de la història clínica compartida hem presentat moltes esmenes, 68. Estem treballant activament en la comissió en aquest sentit i per tant aquí, la nostra plena predisposició a tirar endavant.

Vostè ens ha dit Sr. ministre, ara mateix que no havíem fet aportacions.

A veure, jo el que li diré és, primera d'entrada qui té la responsabilitat de governar és vostè, són vostès. Nosaltres estem a l'oposició, la ciutadania ho ha volgut d'aquesta manera, vostè té majoria absoluta al Consell General i, per tant, el que ha de fer és assumir el mandat que el poble andorrà li ha encarregat.

Nosaltres, no sé si ara cal que expliqui les nostres propostes, però crec que els nostres programes electorals ens avalen, portaven moltíssimes coses de les que vostès ara han recuperat: el metge referent, la història clínica, el lideratge del ministeri, un redreçament del sistema i jo crec que el problema no són tant les idees sinó que és posar-les en pràctica. No sóc l'única que parla de manca de lideratge, ha anat sortint de moltes parts de les persones que s'han expressat avui.

Només una petita puntuació en relació a la cronologia de la despesa que ens ha fet el portaveu de DA, el Sr. Jordana. Ens deia que la despesa havia baixat al 2011... Bé, suposo que la gestió socialdemòcrata hi déu tenir alguna cosa a veure i penso que s'ha oblidat de dir-ho, i en canvi sí que ha dit que havien pujat les despeses de personal al 2011 i aquí crec que les contractacions de caràcter temporal i via empreses terceres que el seu Govern ens té acostumats a fer dins de les parapúbliques, doncs, segurament també hi intervé per molt.

Hem parlat de la Fiscalia. Vostès ens han fet referència a això, que s'havia enviat l'expedient del SAAS a la Fiscalia. Aquí sí que també penso que és important explicar de quina manera es va fer, crec que és una evidència per a tothom que si el Govern trasllada l'expedient a la Fiscalia és per la pressió que vam fer perquè, sinó francament ningú es creu que vostès ho haguessin fet, certament ho fan però ho fan a contracor i la prova d'això són les declaracions de tots aquells responsables de Demòcrates que es refereixen a l'afer i el que fan a cada ocasió és puntualitzar, avisar i fins i tot m'atreviria a dir,

pretendre orientar l'actuació de la Fiscalia amb unes declaracions fora de lloc i que li estan dient clarament que únicament hi ha irregularitats administratives i això és una cosa que ho diuen els seus portaveus i fins i tot la carta que acompanya l'expedient ho diu clarament.

Nosaltres ho vam anunciar fa molts mesos ja, ens constituïrem com a part si la Fiscalia tira endavant aquest afer perquè ho volem seguir de prop, i fins i tot avui penso que puc anunciar que si no hi ha cap moviment d'aquí a la tardor, nosaltres estudiarem altres accions i no descartem presentar una querrela. De fet, ara també anuncio que presentarem una proposta de resolució que demanarà encomanar al Govern que traspassi tota la informació de totes les irregularitats que han anat sortint en els informes del Tribunal de Comptes dels anys 2013, 2014 i 2015. Perquè està clar que no podem acceptar que es posin en perill les nostres institucions públiques, no podem acceptar ni permetre que unes irregularitats que són de notorietat pública, les denunciï al Tribunal de Comptes, les denunciem des de l'oposició i que no passi absolutament res.

No estem fent cap favor a les nostres institucions, a la justícia tal com ha de ser i al nostre futur que s'ha de constituir, ha de tenir com a element unes bases sanes i sòlides. Aquí també em puc referir a un altre aspecte que aquest matí no he tingut temps de parlar que és un altre dels temes que posa sobre la taula el Tribunal de Comptes en aquest expedient del 2015 que és l'exemple flagrant i escandalós, una vegada més, d'una mala gestió que és el tema dels ingressos perduts pel SAAS derivats de l'explotació de la propietat intel·lectual del sistema estructural del triatge...

El Sr. síndic general:

Hauríeu d'anar acabant, si us plau.

La Sra. Rosa Gili:

Sí, vaig acabant Sr. síndic.

Un cop més aquí una remarca recurrent any rere any, el Tribunal de Comptes ens ho diu, i no es mou res! No passa res! La persona concernida fins i tot està molt ben situada en la jerarquia del SAAS i no sembla haver estat ni tan sols amonestada.

Bé, aquestes són les seves actuacions, nosaltres considerem que és inacceptable i bé, en el següent torn d'intervenció ja tindrem ocasió de referir-nos a més coses.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

És el torn del Grup Parlamentari Liberal. Sr. Jordi Gallardo teniu la paraula.

El Sr. Jordi Gallardo:

Gràcies Sr. síndic.

Espero poder sortir avui o demà, quan acabi el debat sobre la sanitat, sabent Sr. ministre com i quan estan disposats a parlar com feia vostè referència de les propostes que jo mateix li he fet aquest matí en nom del Grup Liberal i que m'ha semblat que vostè, pel que deia potser no compartint-les totes, com a mínim està disposat a valorar-les i a parlar.

La intervenció d'aquest matí l'he deixada just en el punt en el que estava parlant de la compareixença que al juny del 2015, la llavors ministra Sra. Rosa Ferrer, va fer marcant un camí a seguir amb la voluntat de concloure amb un model andorrà de salut propi que inclogués la definició de la cartera de serveis a partir dels contractes amb els prestadors. L'eina estratègica que havia de ser el Pla nacional de salut es volia portar al Consell General per ser discutit un cop fos un document definitiu. Ens trobem avui, un any i mig després de l'arribada de vostè al ministeri, que no sabem si el full de ruta que vostè està seguint és el Pla nacional de salut treballat fins el 2015 i desconeixent si té la intenció de portar aquest document al Ple del Consell per a la seva aprovació. De fet, el Ministeri de Salut continua mantenint a la seva web el cronograma del procediment participatiu per a l'adopció del Pla nacional de salut i això vol dir que el Pla s'hauria d'haver aprovat pel Govern la primera quinzena de desembre del 2015 i s'hauria d'haver tramès, acte seguit, al Consell General. Entenc que vostè va assumir la cartera de Sanitat a principis del 2016 i ha necessitat un període per conèixer els dossiers i posar-se al dia, però sobta que un any i mig després de la seva arribada no tinguem cap notícia respecte a quan s'aprovarà aquest Pla nacional de salut.

Està acabat el Pla nacional de salut, sí o no? L'estan aplicant, sí o no? El que sí que és un requisit *sine qua non*, segons la Llei general de la sanitat, és l'aprovació del Pla per part del Govern tot fixant la seva vigència, articles 11 i 12 de la Llei general de sanitat referents als plans de salut. Per què no s'ha fet, Sr. ministre? I quan ho pensa fer?

Estem avui, si m'ho permet, crec que pitjor que a l'any 2015, ja que llavors el Govern havia fixat un calendari de treball indexat amb uns objectius i avui desconeixem quin és el full de ruta que segueix el ministre de Sanitat, l'hem començat a esbrinar, crec

que aquest debat com a mínim servirà per això, sabrem quin és el pla que té el ministre.

Quin calendari d'actuacions té previst? Les ha avançat però no les ha concretat en la seva totalitat. Jo entenc, i crec, que està aplicant el Pla nacional que va presentar llavors la Sra. Ferrer perquè algunes de les accions que estaven previstes en aquell full de ruta, encara que més tard del previst, s'han presentat al Consell com el Projecte de Llei de drets i deures del pacient i sobre la Història Clínica Compartida.

Assumeixo que la Història Clínica Compartida pot ser una part important de la possible reforma que vostès o vostè dur a terme però no tot es redueix a aquest projecte de Llei i tinc la sensació que vostès donaran per cobert l'expedient una vegada s'hagi votat aquesta Llei. Per què tinc aquest sentiment? Aquesta és la meua opinió ja que el contingut presentat el 19 de desembre del 2016 com a eixos de la reforma sanitària que vostè va presentar són un recull de principis genèrics buits d'accions. Vostè va parlar de solidaritat, responsabilitat, coordinació ministeris-SAAS-CASS i una implantació professional regulada... la lliure elecció regulada, la prevenció de la malaltia per la via de la promoció de la salut, entre altres.

Una llista de principis genèrics que podem estar d'acord a l'entorn de tres agents principals: ministeris, CASS, SAAS. Permeti'm que li digui que no compartim aquesta anàlisi. El ministeri no és un agent del sistema -ja li he dit aquest matí-, el ministeri fixa les polítiques, de fet l'únic agent ha de ser l'usuari que ha d'estar al centre del sistema i és qui determina les necessitats. La reforma que va presentar vostè, onze mesos després del seu aterratge al capdavant del ministeri, és una barreja de conceptes i avui constatem que seguim sense saber o hem conegut en part, el calendari de les accions i una mica més de concreció de com ho pensa desplegar.

Per tant, un pla nacional que no està aprovat pel Govern i que no sabem com s'aplica, una reforma sanitària genèrica poc concreta i un model sanitari aturat i que no sabem els motius.

Sr. ministre, voldria parlar-li ara del model andorrà d'atenció sanitària, un model orientat a reforçar l'atenció primària com a porta d'entrada al sistema assegurant una atenció coordinada i contínua que va posar-se a prova a finals del 2014. Quan es va posar en marxa la primera prova pilot del MAAS basada en la diabetis tothom va fer una bona valoració. Un cop finalitzada aquesta prova no hem vist cap avenç en la implantació del MAAS. Si el resultat va ser positiu

-com sembla que va ser- ens fem dues preguntes.

Primera, per què encara no s'ha aprovat el reglament del model andorrà d'atenció sanitària? Si es creu en el model posin els fonaments per poder-ho aplicar. A què espera? I segona, què esperen per posar en marxa altres proves pilot? Per quins motius la implantació del MAAS està aturada?

No és necessari esperar a la implantació de la figura del metge referent, que no sabem quan arribarà, ni tampoc a tenir definitivament tancada la cartera de serveis. No ens ha parlat, i ens preocupa, sobre quina és la cartera de serveis que es pot permetre Andorra.

A partir dels protocols establerts a d'altres països cal mirar quins són els que podem aplicar a Andorra i quins s'han de crear de nou, però mentre s'acaba de tancar, alguns circuits es poden posar en marxa, ja! Un d'ells és el protocol, com ha dit vostè sobre el càncer de còlon. Per què no s'ha posat encara en marxa aquest protocol quan a principis del 2015 estava ja llest.

Elaborin circuits que es puguin posar ja en marxa per poder anar perfeccionant el sistema mentre acaben d'implementar el que vostès volen fer com a reforma.

Això és un exemple més dels projectes que no sabem com han quedat amb la seva arribada al ministeri, un ministeri que utilitzant termes mèdics està en una paràlisi i que no serà l'hospital que el rehabilitarà. No ho dic pel nivell de la sanitat que ofereix sinó per la gestió que se'n fa d'aquesta. La gestió a l'hospital és senyor ministre clarament millorable.

Que l'atenció primària serà la porta d'entrada al sistema estem d'acord, però l'hospital ha d'assegurar el màxim nivell de cobertura per als pacients aguts amb patologia protocol·litzada i pacients urgents-crítics i millorar el seu servei. És important al nostre entendre dur a terme dues accions que reforçaran el paper de l'hospital en aquest sistema per començar.

Dur a terme una auditoria sanitària de l'hospital amb un doble objectiu: superar la desconfiança que els propis prestadors sanitaris tenen sobre la qualitat d'algunes especialitats de l'hospital. Els prestadors han de recuperar la confiança en totes les especialitats per no derivar als pacients fora d'Andorra si no és necessari. Com es pot recuperar aquesta confiança? Mantenint el nivell mínim d'intervencions per a cada especialitat, i si el país no es dona el nombre necessari enviïn els especialistes fora per assegurar aquest nivell; segon, solucionar la mancança actual de protocols aprovats pel consell directiu de metges o per la junta facultativa. Hi ha una absència important de guies mèdiques acordades a l'hospital especialment a urgències. Els protocols són en benefici del pacient i del professional sanitari per poder garantir el millor tractament i diagnòstic terapèutic, l'absència d'aquests provoca disfuncions.

Finalment, també en la línia de millorar el servei de l'hospital és necessari la realització d'un estudi de clima laboral en aquesta instal·lació, a l'hospital, proposta que presentarem demà com a resolució al Ple demà encaminada a detectar els possibles conflictes en la gestió dels recursos humans.

Finalment, una breu referència a l'apartat socio-sanitari i molt lligada amb les recomanacions que l'IGAS, Inspecció General dels Afers Socials va fer en el seu dia. Quin està sent el paper de l'àrea d'inspecció socio-sanitària? Es tracta d'un servei clau com a eina estratègica del ministeri.

La inspecció social i sociosanitària hauria d'anar lligada i ara no ho està. Això és una decisió política que van fer vostès, i malgrat el ministre Espot pugui estar fent una bona feina al capdavant del Ministeri d'Afers Socials, nosaltres entenem que tots dos ministeris haurien d'estar sota la mateixa cartera.

El funcionament de la xarxa sociosanitària, si tots dos ministeris estan separats, és més difícil. Cal centrar la planificació i gestió en un mateix ministeri.

Una àrea d'inspecció sanitària i sociosanitària potent és la clau per poder fiscalitzar millor els prestadors sanitaris i els centres sociosanitaris.

La pregunta Sr. ministre, i aquí acabo, és saber què ha passat amb tota la feina que s'havia fet fins al 2015 i que s'ha aturat amb la seva arribada.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Moltes gràcies.

És el torn ara del Grup Demòcrata. Sr. Carles Jordana teniu la paraula.

El Sr. Carles Jordana:

Gràcies Sr. síndic.

Bé, començarem per la intervenció de la Sra. Bonet però, pel que veig vostè el que ha fet és una segona part del seu discurs, per tant, m'esperaré a què acabi però no obstant intueixo i entenem que està a favor del nostre model.

Pel que fa al Sr. Víctor Naudi, bàsicament i el que he retingut de la seva intervenció també en dos parts, però la primera part, bàsicament s'ha referit a la CASS i aquest debat, és un debat monogràfic de socials que ja vam fer Sr. Naudi, per tant, també lamento que no hagi portat un debat de sanitat i amb unes propostes.

Pel que fa a la intervenció de la Sra. Gili. Miri Sra. Gili sincerament, i li dic amb la mà al cor, em pensava que tenia un toc constructiu i aquí ens ha

demonstrat que té un to destructiu. Que vingui a la Cambra a dir-nos que no és feina seva proposar propostes alternatives, que això és feina del Govern... Jo no li puc acceptar! Vull dir, el Sr. Gallardo que és qui a través del seu grup parlamentari ha iniciat aquest debat, ha vingut a fer una cosa constructiva, a proposar i a confrontar idees i a proposar alternatives; vostè, l'única cosa que fa aquí és difamar i calumniar! Per tant, això no li puc acceptar de cap de les maneres.

Diu que no és feina seva proposar una alternativa? Jo no ho entenc! Llavors, que fem aquí? Què fa vostè aquí i què pretén fer aquí? Què ve a fer, vendre'ns el seu pamflet del Partit Socialdemòcrata, a fer propaganda i a fer etiquetes? Altrament no ho puc entendre. Ja dedueixo que la meua mà estesa del pacte d'Estat no me l'accepta i al·ludeix a dir que el contingut d'aquest és tema executiu.

Miri, jo he anat a buscar el seu programa electoral, del 2015, i a la pàgina 37 proposa unes propostes i aquestes propostes n'hi ha una, dos, tres, quatre, cinc i sis que estan en el pacte d'Estat. Per tant, o és mala fe o simplement és un no sistemàtic en no voler ser constructiu. Em reitero!

Pel que fa efecte a les seves insinuacions, com he dit abans, difamatòries i calumnioses sobre la gestió del SAAS... Escolti! Per què espera a fer una querella ja? És a dir, vostè ja va tenir un mestre en el seu moment que li va ensenyar a fer querelles polítiques... faci'n unes altres! Corrin! Corrin, no esperin que el Sr. fiscal, el pobre Fiscal General actüi i a sobre li posi un termini d'aquí a la tardor... Com si vostè fos qualsevol per dir i determinar el que ha de fer el Fiscal! Presenti una querella, presenti's com acusació particular i endavant les atxes! Però, no entenc aquest discurs i, sincerament jo li diria, escolti, a les persones que s'hagin sentit al·ludides per les seves insinuacions, potser que siguin elles les que presentin les accions contra vostè.

Vostè pretén penjar-se una medalla, una petita medalla sobre la despesa sanitària global, però escolti, és que no va baixar al 2011, va baixar al 2012 i no és per la gestió socialdemòcrata sinó perquè es van revisar a la baixa les tarifes dels prestadors de serveis i el desgavell no és pas nostre sinó que és vostre.

En fi... No vull perdre més temps amb això!

I sí que voldria referir-me al Sr. Gallardo i que entenem que accepta la nostra mà estesa i nosaltres acceptem la seva. Jo també li agraeixo, com ha manifestat el ministre, el seu esperit constructiu i la seva manera d'enfocar aquest debat que ha sigut jo crec que molt productiu i que ha entès el que és un debat. Un debat d'aquest tipus, un debat monogràfic

és mirar d'arribar a uns acostaments, a unes posicions i trobar una mica el lema que he dit aquest matí de "sumar pel bé del país".

Les seves reformes es veurem molt bé sobre el paper, no obstant, li hagi de recriminar però a l'hora d'implementar-les cal anar en compte en no crear dues sanitats paral·leles Sr. Gallardo, és a dir, una per a rics i una per a pobres.

També cal vigilar en no desvirtuar els principis bàsics del nostre propi sistema. Abans d'aplicar mesures de les que vostè ens ha proposat cal endreçar el sistema públic, amb això hi estem d'acord. Entenem que des de la seva òptica es prioritzin els plantejaments economicistes fent passar els números per davant de les persones, perquè en el cas hipotètic que plantegem reduir cobertures, em podria dir si us plau -i ho dic en to positiu- de quina cobertura prescindirien vostès? Quina seria? A quina renunciarien?

En tot cas, reitero Sr. Gallardo, que són benvingudes les seves propostes i la nostra feina, com a força de centre, és recentrar-les i adequar-les a la nostra visió i model en el marc d'un procés de diàleg.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

El Govern desitja intervenir...

Sr. ministre teniu la paraula.

El Sr. Carles Àlvarez:

Gràcies Sr. síndic.

Bé, començaré per l'ordre en què s'ha anat responent. Començaré per la Sra. Bonet.

Entenc la seva desconfiança en aquest ministeri. Bé, això és una qüestió en la que no es pot fer gaire més, és a dir, s'ha de deixar passar el temps, veure que vostè entengui que s'estan tirant endavant les coses i suposo que amb el temps ens donarà la confiança que ens mereixem.

Usuari, pacient, em sembla bé. Podem arribar a aquest acord fàcilment.

Convenim que això és un sistema complex, tenim un sistema mixt, entre que hi ha assalariats i liberals o metges per compte propi o prestadors de serveis per compte propi. I hem de treballar conjuntament, que és el que pretenem. Totes les accions van lligades a què tant assalariats com professionals liberals s'entenguin, treballin de forma coordinada, d'una forma protocol·litzada, i això és el que estem intentant implementar, que crec que va en la línia que vostè està dient.

Referent a aquesta comissió mixta que tant preocupa a tothom, semblaria, no? La comissió mixta és una cosa que no està formalitzada, és una forma de treballar que hem adoptat des del ministeri. Evidentment, quan es necessita que vingui un professional liberal, ve; i quan no, no ve; o quan ha de venir una persona d'una associació també és convidada. És una comissió dinàmica i el que pretén és que sigui el més eficient i el més activa possible.

Per tant, el que sí que és important que els actors públics hi siguin sempre assentats a la taula, perquè, com entendrà, uns tenen el coneixement, uns altres tenen la capacitat de pagar i el ministeri, com molt bé ha dit, té la capacitat de coordinar i de també fer les polítiques sanitàries pertinents.

És a dir, és tracta d'un ideari compartit però també és veritat que el ministeri és qui gestiona i presideix aquesta comissió.

Col·legi de metges i CASS. Miri li puc dir, l'última trucada que vaig rebre del president de la CASS, em va trucar per dir-me que hi havia un clima molt bo en aquestes converses del conveni. És a dir, que res més lluny del que pugui sortir per la premsa o per d'altres mitjans de comunicació.

Realment no hi ha tensions, hi ha un diàleg fluid, i jo crec que s'arribarà a una bona entesa i no s'arribarà a haver de firmar convenis individualitzats o contractes individualitzats entre metges i CASS.

Pel que fa al Sr. Naudi, evidentment que no és una reforma amb profunditat. És una reforma que manté els principis i jo penso que ho he explicat aquest matí, manté els principis que hem tingut sempre i que crec que el poble andorrà vol. Uns principis en què està la qualitat per davant de tot, i això és el que es vol potenciar i es vol que sigui la forma de treballar que s'adeqüi als nous sistemes i que sigui garant d'aquesta qualitat davant de tot.

La solidaritat, la lliure elecció, són fonamentals per al nostre principi, pel nostre sistema sanitari, i no pretenem canviar-lo ni tampoc el copagament que és una de les eines que molts països tornen a implementar o es qüestionen de tornar-ho a implementar.

Indicadors, és veritat, no tenim gaires indicadors, però això ens ho donarà la història clínica compartida. La història compartida és una eina que properament la llei s'aprovarà en aquesta Cambra, i crec que pot ser el detonant o la primera acció que pugui posar en marxa tot el que estem preconitzant o parlant o que fa tants anys que se'n parla.

I bé, està clar que vostè es vol centrar amb el diagnòstic, i nosaltres ens volem centrar en buscar solucions.

Quant a la Sra. Gili, comparteixo amb vostè que no volem una sanitat privada o dos sanitats, o una pels rics i una pels pobres. Res més lluny del que volem. I per tant, defensem aquest sistema mixt, que hi hagi una sanitat pública i una sanitat i uns metges que tenen conveni amb la sanitat pública, i aquests treballen de forma conjunta homologable. I totes les accions que estem fent és anant per aquesta via, perquè sigui eficient i es treballi en equip i amb transversalitat.

Agraeixo la disposició a treballar activament, ja ho he constatat fora d'aquesta Cambra i entenc que no vulgui cap implicació que pugui portar un rèdit polític per més endavant.

Continua vostè sense cap aportació sobre el model i cap proposta, i continua amb la seva línia amb el que es refereix al SAAS.

Ja ho hem dit, el que faci falta farem i ja ho hem demostrat i ja ho hem fet, i deixem actuar a la justícia que és independent i és la seva obligació i no ens hi posarem.

Bé, el Sr. Gallardo, quant al que ha dit del pla 2020, el Pla nacional de salut, és veritat és una bona eina, és una eina que caldria actualitzar perquè del 2014 fins avui hi han hagut molts canvis. S'hauria de revisar la calendarització i s'hauria de parar tot per tornar a reavaluar aquest pla i tirar les coses endavant.

Però no obstant, el que s'està fent, s'està seguint bàsicament les línies d'aquest pla. S'orienta el sistema cap a un sistema de provisió integrat i coordinat amb base a l'atenció primària. Això ho entem fent. Es potencia la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut i les intervencions sistematitzades. I es treballa de forma multidisciplinària sota l'evidència científica i s'enforteix la governança.

De fet, s'està seguint, però també és veritat que, des del moment en què vaig prendre aquest càrrec, es va decidir passar a l'acció i deixar de fer més estudis, n'hi havia prou i començar a implementar les coses que havia de tirar endavant i que tant temps se'n parlava.

Quant al calendari, jo crec que el primer que he fet a l'arribar aquesta tarda aquí, he posat un calendari de les accions que hi havia previstes. Bé, no li he dit el mes i el dia, però li he dit la tardor, passat l'estiu, i bé, intentarem complir aquest calendari. Ja saben vostès que no m'agrada posar-me dates o encorsetar les coses, perquè malauradament mai s'acaba arribant a la data o difícilment. I llavors sempre hi ha els típics retrets que miro d'estalviar.

Vaig intentar coordinar alguna reunió amb vostè amb el tema de l'acord, i no hi va haver forma de reunir-nos malgrat la insistència meua de voler per arribar a un acord dins del sistema sanitari.

Però bé, és igual, ara encara hi som a temps. És a dir, que podem fer les reunions que faci falta, podem buscar l'atansament i, evidentment, recullo el guant que vostè diu que ha deixat caure aquest matí.

Referent al MAAS, li'n diem d'una altra forma, li'n diem VAI, Via d'atenció integrada, li han canviat el nom però és una altra visió, és de la mateixa filosofia de la mateixa natura, i el seu reglament s'aprovarà, suposo que serà a finals d'aquest estiu, principis de la tardor.

Referent a les proves pilot, li direm que no en farem més de proves pilot. Ja està, ja la vam fer i va tenir els resultats bons que esperàvem i ja estem treballant en proves definitives, sobretot en la diabetis i en la demència, i també s'està preparant per la malaltia pulmonar obstructiva, programes d'atenció integrada.

Quant a l'atenció primària secundària, el cribratge del càncer de colon. És veritat, fa molt temps que se'n parla. Per ser realistes li diré que a principis del 2018 intentarem tenir aquesta prova implementada, que també no sé si l'he calendaritzat abans, però la calendaritzo.

La gestió hospitalària. Jo crec que la gestió hospitalària està millorant. Sempre és millorable, evidentment, l'estem millorant. Hi ha un equip de direcció nou. Jo crec que és un equip entusiasta, un equip que crea al seu entorn una il·lusió pel canvi i crec que està funcionant en bona línia. Podem fer estudis, perquè no? Però bé, mentrestant deixem que aquest equip tiri endavant la seva tasca i donem-li una oportunitat.

Referent al sociosanitari i la inspecció del sociosanitari, precisament ahir a Govern vam aprovar la inspecció sociosanitària i li puc dir que hi ha molt bona coordinació amb el Ministeri d'Afers Socials i el Ministeri de Salut, encara que ens haguem separat tant el ministre Espot i jo... (se sent riure) separat... em referia als ministeris, encara que estiguin separats, hi ha una bona coordinació, i de fet hi ha una comissió interministerial que ens reunim periòdicament per tractar tremes conjunts.

Bé, com sempre agrair al Sr. Carles Jordana per la seva intervenció de suport que bé, en moments com aquest, doncs, s'agraeixen molt sincerament.

Moltes gràcies.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Iniciem un altre torn d'intervencions per part dels grups.

Per part del Grup Mixt, Sra. Sílvia Eloïsa Bonet.

Teniu uns 2 minuts.

La Sra. Sílvia Eloïsa Bonet:

Sí, gràcies Sr. síndic.

Bé, per acabar la meua primera intervenció, em sap greu haver-ho de fer així a trossos, una mica pel fet aquest de demostrar una mica perquè em sento una mica incrèdula amb tots els plantejaments, és perquè és clar, quan el sento Sr. ministre, és que em sento a mi jo fa set anys, explicant les mateixes mesures.

És a dir, si ens n'anem al 2009, al Pla estratègic de salut, en aquest llibret trobarem les mateixes mesures. I li podria citar però no vull perdre més temps en això.

Si ens n'anem al 2010, tenim un decret de regulació del funcionament de l'organització en xarxa de l'atenció sanitària i sociosanitària, que és el mateix que estàvem parlant ara fa un moment i que havia proposat el Sr. Gallardo.

Si ens n'anem una miqueta més enllà, al 2011, tenim dos accions que és la situació del projecte de les xarxes d'atenció per la diabetis, les cures pal·liatives i la salut mental. I ens trobem que la de diabetis encara es va fer la prova pilot, però no s'ha continuat amb la seva implantació o s'està endarrerint d'una manera important la seva implantació. Cosa que no entenc.

I a més a més, finalment, en aquell moment vam fer una prova pilot per un nou model de treball en atenció primària on es va potenciar el que és el treball multidisciplinari per poder ser molt més propers i molt més resolutius des de l'atenció primària.

Bé, jo penso que són accions que demostraven que sí que hi havia un canvi de lideratge, hi havia un lideratge polític amb molt poc temps i dels quals, doncs, miri, què vol que li digui, me'n sento molt orgullosa per haver pogut participar en aquell moment en totes aquestes accions.

Després hem sentit el MAAS, el MAAS torna a plantejar les mateixes mesures amb un nom diferent. Vostè ens ho ha reconegut que anem canviant el nom. El Pla de salut 2020 també plantejava, d'una manera més àmplia, les mateixes problemàtiques però les accions tornaven a repetir-se una altra vegada.

I bé, hem anat continuant així. I cap de les vegades acabem d'implantar absolutament res. Jo entenc que el nostre model sanitari és complex, ho entenc, i es conté perfectament perquè el conec força bé.

Però tot i així, tants anys per aplicar determinades mesures penso que ens obliga a ser certament escèptic i a mi, personalment.

Quan parlem de la cartera de serveis, i això ja li demanaria quasi al cap de Govern, quantes vegades ho he demanat en aquesta Cambra. Penso que són infinites les vegades que ho he demanat i la resposta sempre ha estat centrada que en breu es presentarà i això ho faig des del 2011.

I aquest "en breu" no sé quan realment serà "en breu".

El Sr. síndic general:

Hauríeu d'anar acabant, si us plau.

La Sra. Sílvia Eloïsa Bonet:

I bé, jo penso que dient només un petit comentari al Sr. Jordana que al final m'ho podrà d'allò... perquè ja li explicaré a la propera les propostes, quan es parla del desgavell de la despesa, del 2009 al 2011 hi havia molta responsabilitat i es va analitzar molt bé quin és el problema que hi havia amb la despesa sanitària i es va començar a implantar mesures que es van deixar preparades per poder tirar endavant.

Si no s'han tirat endavant no és responsabilitat nostra. S'ha de veure on està la responsabilitat.

Però les mesures aquelles eren metge referent, les xarxes de salut, etc.

El Sr. síndic general:

Moltes gràcies Sra. Bonet.

La Sra. Sílvia Eloïsa Bonet:

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Té la paraula pel Grup Mixt, també, per SDP el Sr. Víctor Naudi.

El Sr. Víctor Naudi:

Gràcies Sr. síndic.

Finalment, doncs, el ministre ens reconeixia que fa poc que això no es tractava d'una reforma en profunditat. Bé, al final ha costat però ho ha dit. Fins i tot després que pràcticament en tota la seva intervenció no ha parlat mai del MAAS, només ha

fet referència a preguntes o a plantejaments de l'oposició, finalment hem acabat sabent que ara s'ha batejat el VAI, que en anglès podria sonar una altra cosa.

Bé, jo crec que aquesta havia de ser la legislatura dels avenços, de les reformes decidides. Però una vegada més tot acaba en temptatives fallides. I això que el Grup de Demòcrates disposava de dos majories sòlides.

Doncs, on queda la valentia reformista tant anunciada amb valentia pel Sr. Martí?

Tot ha quedat en una temptativa. És per preocupar-se. També és per preocupar-se quan aquest matí he sentit el Sr. Jordana contradir el ministre, quan el Sr. ministre deia que, doncs, volent o no volent, el dèficit sanitari de la branca malaltia, doncs, difícilment s'acaba retallant. Més aviat anirà creixent i el Sr. Jordana es vanagloriava que s'estava reduint. També contradia el Sr. Jordana, doncs, les diferents intervencions del cap de Govern en els diferents debats d'orientació quan llençava els crits d'alarma pel preocupant creixement del dèficit sanitari.

Bé, també, el preocupa o al mateix temps s'acaba confirmant, doncs, que el pacte d'Estat proposat pel Sr. Martí l'any passat, finalment s'acaba confirmant ara que no es tracta d'una reforma en profunditat. Tampoc era un pacte d'Estat. En aquell moment el Sr. Martí, doncs, ja molt hàbilment, ja parlava que es comprometia a mantenir informats els signataris del pacte. Per tant, la participació de les diferents forces en aquell moment ja no s'ho creia ell mateix.

I a més a més, al final acabava conclouent en la seva proposta de pacte que caldria esmerçar una reflexió de futur sobre el finançament del sistema públic de salut. Bé, jo crec que en aquell moment ja, d'alguna forma, ja no hi creia realment en aquesta reforma, perquè una vegada començar a desimplementar aquestes mesures, doncs, caldria reflexionar.

Jo crec que la reflexió s'ha de fer abans, com deia, s'ha de fer amb indicadors, amb una diagnosi per no...

El Sr. síndic general:

Hauríeu d'anar acabant si us plau.

El Sr. Víctor Naudi:

... no acabi de recuperar, i per tant, jo crec que si no es fa una bona diagnosi, difícilment les mesures o la reforma en profunditat difícilment es facin. Simplement acabaran sent unes mesures superficials que és el que està passant.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Per part també del Grup Mixt, pel PS, Sra. Rosa Gili.

La Sra. Rosa Gili:

Sí, gràcies Sr. síndic.

A veure, Sr. ministre, vostè diu que no s'orienta cap una sanitat privada. Jo només reitero que veient el que vostè ens diu i els fets, doncs, tenim moltíssims dubtes.

Abans ens parlava de rèdit polític. Miri, jo no sé quin rèdit polític es pot treure de les poques actuacions que hi ha. I per tant, tot això és francament molt discutible.

A veure, referent al que ens ha dit el Sr. Carles Jordana, miri, m'ha parlat vostè del pacte d'Estat. Jo crec que, no sé, o no ho he explicat bé, o vostè no ho vol entendre. Jo crec que és una evidència per tothom que la tasca dels parlamentaris és el control a Govern, és treballar en aquesta casa amb el que són les propostes legislatives.

El programa, ja li he dit, nosaltres de propostes en teníem moltíssimes, ho he dit, amb moltes hem convergit i de fet crec que demòcrates, fins i tot, podria dir que se n'ha inspirat fortament. Per tant, no tinc aquí perquè venir a fer la feina del ministre. Vull dir, ja hi ha un ministre, hi ha un grup parlamentari que els hi dóna suport, i nosaltres tenim altres tasques.

I penso francament que, també des de la part que ens toca, de la feina que fem, també fem molta feina per fer avançar les coses.

Em deia que no som constructius. Bé, doncs, ja li he demostrat, penso que ho demostrarem dia si i dia també amb tota la feina que fem. I per tant, bé, crec que no hi ha gran cosa més a dir.

Vostè m'ha dit abans que havia fet declaracions difamatòries, calumnies. A veure, Sr. Jordana, jo crec que és molt greu el que vostè està dient, perquè francament, tot el que nosaltres hem dit està argumentat seguint el que disposa el Tribunal de Comptes en els seus diferents informes, seguint el que diu la Intervenció General amb tota la documentació que hem demanat, i també referint-nos a informes jurídics, tres informes jurídics, que va demanar el seu propi Govern.

A partir d'aquí, les calumnies i les difamacions, doncs, ja em dirà quines són, què és el que hem dit que no és veritat? I a partir d'aquí, bé, crec que poca cosa més a dir.

I ara el que sí que voldria fer, bé, hem parlat del tema de la Fiscalia quan he dit que les nostres

actuacions havien forçat molt el fet que vostès, des del Govern arribessin a la Fiscalia, jo crec que això ho avalen dos preguntes orals que vaig fer jo mateixa. La intervenció que va fer el meu company de grup, el Sr. Pere López quan vam aprovar els comptes del Tribunal de Comptes i la roda de premsa que vam fer al juliol 2016 en la qual vam argumentar fil per randa totes les afirmacions que teníem sempre, una vegada més recolzar no amb el que nosaltres ens inventàvem sinó amb el que disposaven els diferents informes.

I ara amb el permís del Sr. cap de Govern, jo el que voldria és...tinc aquí la denúncia a la Fiscalia de Govern perquè és una cosa que per l'article 5 del Reglament del Consell nosaltres podem demanar documentació. Aquesta documentació la vam demanar i el Govern ens la va trametre i crec que és important que en llegeixi una part si se'm permet.

Llavors diu: "El Govern disposa d'un informe elaborat per una advocada externa que conclou en el mateix sentit que el Tribunal de Comptes la possible existència de responsabilitats penals. Per contra el Gabinet Jurídic i un altre informe elaborat pel despatx Garrigues de reconegut prestigi entenen que els fets no tenen cap rellevància penal, aconsellant només la realització d'una actuació administrativa".

Tenint en compte aquests criteris el Govern considera més fonamentades les conclusions signades pel seu Gabinet Jurídic i l'últim despatx extern esmentat. I en funció de les seves conclusions ha acordat en dia d'avui iniciar un expedient per aclarir la possible existència d'una responsabilitat civil. No obstant aquestes consideracions, el Govern en favor de la política de transparència que guia i ha de guiar la seva actuació ha acordat igualment en data d'avui donar el trasllat a la Fiscalia de la informació de la qual disposa per tal que el ministeri públic valori si s'escau, l'exercici de les accions penals que es puguin derivar dels fets rellevats en l'informe del Tribunal de Comptes i que afectin al SAAS.

Jo crec que aquí tota la gent que ens ha escoltat avui veurà si això és un exemple de respecte a les institucions judicials. Crec que parla per si sol.

I per continuar una mica amb les diferents puntualitzacions que volia fer abans, és a dir jo crec Srs. DA que una mala gestió és una evidència que té conseqüències en la qualitat del sistema. Té conseqüències en el cost per les arques públiques. Donen mala imatge, donen mal exemple. I de fet ens arriba de manera reiterada mal ambient laboral i això també repercuteix en tot el sistema i perjudica directament els ciutadans.

Paguem sous exorbitants alguns, sense cap justificació defensable. Això genera malestar perquè

aquests sous són vox populi, la gent ho sap. El Personal del SAAS saben que hi ha gent que està cobrant salaris i retribucions fora del reglament del personal del SAAS. I això fa molt mal quan la gran majoria dels sous, -em sembla que ho deia el Sr. Gallardo fa una estona-, estan congelats des de fa més de deu anys. La seva obligació és rectificar i renegociar els contractes, és fer les coses amb sentit comú. Això és el que els hi demanen, els hi demana la ciutadania. I miri, jo no sé què sortirà avui d'aquest debat de política sanitària, però sí que vull fer un petit esment al que va donar de si el debat de polítiques socials que vam fer fa uns mesos. En aquell debat els consellers del PS vam presentar onze propostes de resolució. Tres van ser aprovades per Demòcrates per Andorra, aquestes van ser consensuades amb els parlamentaris...

El Sr. síndic general:

Hauríeu d'anar acabant, si us plau.

La Sra. Rosa Gili:

Sí ja acabo Sr. síndic.

...amb els parlamentaris demòcrates i el mateix Sr. Jordana va fer part dels consellers amb qui es va negociar. Una va ser la regulació del tercer pagador. Dotació de més recursos i ampliació dels horaris amb atenció per especialistes en casos de violència de gènere i la presentació per part del Consell d'Administració de la CASS de les mesures per garantir la viabilitat del sistema de pensions.

Doncs d'això fa gairebé set mesos després d'aquest debat. S'han vençut els terminis consensuats amb els consellers de DA i no sembla que això preocupi massa ni el Govern ni el grup parlamentari de DA que també les va votar i amb qui les vam consensuar.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

És el torn del Grup Parlamentari Liberal, Sr. Jordi Gallardo teniu la paraula.

El Sr. Jordi Gallardo:

Gràcies Sr. síndic.

Bé, en primer lloc vostè Sr. ministre em parlava d'una reunió que jo no recordo si és així i no va ser possible doncs excusar-me. Crec que sempre que hem intentat fer reunions al voltant de temes de sanitat, com s'han fet, crec que amb qualsevol membre del grup o amb el grup en tota la seva totalitat hem trobat la via i la disponibilitat per

poder-ho fer. En tot cas, si no es va poder fer i és atribuïble a mi, doncs les meves excuses a l'avança.

Venia a dir que estic una mica preocupat per dos motius. Perquè sortirem d'aquest debat em fa l'efecte sense saber si hi haurà un pacte d'Estat o no sobre la sanitat. Aquí ens estem passant la pilota d'un teulat a l'altre però no tinc la sensació que acabem de tancar el tema, i penso que el moment i la situació ho requereix i no és una qüestió de fer alarmisme com ha dit vostè Sr. ministre que jo volia fer o una part de la meva intervenció que podia semblar que volia fer aquest matí.

No es tracta d'alarmisme, es tracta de posar els punts sobre les is i d'intentar demostrar a la ciutadania si de veritat podem deixar de banda les nostres diferències polítiques i fer propostes conjuntes per un tema tan important com la sanitat pública. Aquest és la meva primera preocupació.

La segona és que no m'he explicat prou bé aquest matí o crec que potser amb tota molèstia, vostès no m'han entès del tot bé. Dic perquè el Sr. Jordana em parlava ara de què les meves propostes podrien donar peu i també hi ha fet referència el Sr. ministre a dues sanitats paral·leles.

Jo les propostes que he fet en la primera part aquest matí de sanitat, no parlaven sobre el model sanitari. Eren propostes que jo feia en nom del Grup Parlamentari Liberal adreçades a banda de fixar el sostre d'endeutament de l'Estat que ens podem permetre, adreçades i decidides a reforçar la fiscalització i la contenció de la despesa de la CASS i del SAAS. Aquí he centrat jo les propostes. Després a la tarda he parlat del model sanitari i aquí podríem discutir si d'alguna de les propostes que jo he fet pot donar peu, que jo penso que no, a dues sanitats paral·leles. Crec que no perquè justament el que jo he fet aquesta tarda és dir al 2015 hi havia un model, pla nacional de salut, hi havia també un model d'atenció andorrà sanitari que s'havia d'implementar, a dia d'avui no sabem com està. Hem descobert que hi ha un altre model, que és el que el ministre pot implementar però no hem entrat a valorar-ho perquè per nosaltres, i és la primera part de la meva intervenció, cal fer prèviament aquest debat necessari sobre la sanitat que ens podem permetre i com la podem sostenir i donar, que és un dret a tots els ciutadans. I fent aquest debat i mentre no es posi en marxa la reforma que potser vostès volen tirar endavant, apliquem aquestes mesures. Però això no és un model sanitari, això són mesures, si se'm permet de xoc per controlar un problema que entenem nosaltres que comença a ser greu, que és atribuïble a tots i permeti'm Sr. Jordana, perquè no podem fer i perquè em sembla una excusa, amb tot el respecte li dic, de... ho poden utilitzar els nens petits,

quan algú fa una trapellada dir que com tu ja l'has fet abans, la puc fer ara. Si parlem de l'augment de la despesa en personal, si s'ha produït al SAAS aquest augment de la despesa, no justifiquin que nosaltres ho hem fet més en etapes anteriors, o ho hem fet igual o pitjor.

Miri, vagi per endavant, no se'm cauen els anells, ho he dit moltes vegades, l'etapa de gestió liberal no va ser esplèndida en totes les seves accions. Vam cometre errors, com no pot ser d'una altra manera i els assumim. Però que aquests errors no serveixen per a excusar els que puguin fer vostès avui que estan governant. Per tant, repeteixo, no ens agafem als possibles errors o mala gestió que puguem haver fet per justificar que tenen dret vostès a fer-la ara. Nosaltres com a oposició tenim l'obligació de demanar-los que com a mínim no cometin els mateixos errors que vam fer nosaltres en el seu dia.

Em deia també Sr. Jordana que entenc que nosaltres vulguem posar el tema economicista al centre del sistema. Ho no m'he explicat bé o vostè no m'ha entès. Jo no estic parlant de l'economia al centre del sistema. Ja li he dit en la part de la tarda sobre model sanitari, que jo comparteixo, compartim que és l'usuari que ha d'estar al centre del sistema però per saber quin sistema podem oferir, que tenim l'obligació de donar als ciutadans andorrans i als residents, hem de saber quin és el sistema que podem mantenir i oferir. I aquí és on jo li deia aquest matí que hem de debatre una vegada per totes, si amb els ingressos que té l'Estat podem donar cobertura a tot allò que ens demana la ciutadania. Si amb els ingressos de l'Estat haurem d'augmentar les cotitzacions perquè no podem donar resposta, quins són els riscos i els reptes que tindrem de manera immediata. I no és una proposta meua, és que és una cosa evident. Haurem d'anar cap a una cobertura privada per tothom? No és una proposta meua, és un element que hi ha damunt de la taula. Haurem de pujar les cotitzacions, és un altre element a tenir en compte.

Per tant, jo crec que en cap cas he posat el terme economicista en el centre de la reforma sanitària, simplement he dit que abans d'abordar el veritable model sanitari d'aquest país, cal fixar primer quina sanitat podem oferir als nostres ciutadans.

Sobre el model del Sr. ministre que avui hem sabut que té a veure amb el pla nacional de salut, però no és ben bé el pla nacional de salut. Que té a veure amb el MAAS, però que no és ben bé el MAAS, i que entenc com ja li deia jo, que sí que estava aplicant algunes de les coses que es van fixar a principis del 2015, però que ho anava fent amb un calendari potser diferent, i que avui li reconec, ha donat però permeti'm que li digui, amb poca

concreció, després de l'estiu, a la tardor. Clar, després de la tardor pot ser després d'un any i mig. Després de l'estiu queden dos anys de legislatura. És normal, crec jo que nosaltres li exigim després de sis anys de gestió democràtica al capdavant del Govern, més concreció amb les accions que cal implementar pel model sanitari d'aquest país.

Sobre el seu model. Hem fet a la pausa un recull de les dotze propostes que podrien, si entenc jo bé, contenir el seu model. I de les dotze, entenc que la història clínica compartida està feta, l'acreditació de l'hospital entenc que també i no en surt cap més feta. Després, no han fet res sobre la racionalització de l'organigrama del SAAS, sobre el transport sanitari, sobre el copagament, sobre donar més pes als caps, i està en curs però no sabem quan. El conveni CASS-Metges, la revisió de la nomenclatura i el circuit del pacient, més programes de promoció i prevenció de salut escolar. Regularitzar les competències dels professionals sanitaris i privilegiar l'hospitalització a domicili.

Per tant, jo entenc que aquest és el seu full de ruta, però d'aquest full de ruta dels dotze objectius, -potser n'hi ha més però jo he intentat fer una síntesi-, n'ha fet dos, quatre no ha fet res, i la resta diem per ser generosos que ha fet alguna cosa.

I més al detall sobre la proposta que vostè ens va venir a explicar sobre xarxa integrada doncs que sembla que és la seva gran aposta com a evolució si se'm permet del model d'atenció sanitària d'Andorra.

Aquí sí que crec que pot haver-hi un risc i aquí sí que Sr. Jordana i Sr. ministre i ho agafo amb pinces perquè evidentment no disposem de tota la informació, aquí sí que potser estem incentivant una doble sanitat. A partir del moment en què incentivem econòmicament, que aquells usuaris que vagin per la via integrada potser tindrà una cobertura diferent dels que no vagin. Aquí sí que hi ha un risc sobre una doble sanitat i aquí sí que hi ha un risc sobre potser una sanitat per a gent amb més diners, i una altra sanitat per a gent que en té menys. Però en podem parlar entre altres coses perquè l'objectiu d'aquest debat, per això el vam demanar era poder disposar com he dir aquest matí, tothom, de totes les eines i de tota la informació per poder fer propostes no populistes sinó concretes. Sabem el que el sistema pot aguantar i el que podem oferir al ciutadà. Si no és així estarem fent un mal favor, si ens centrem en altres coses penso que no donarem resposta als ciutadans i crec que això no ens ho perdonaran.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

És el torn del Grup Demòcrata, Sr. Carles Jordana teniu la paraula.

El Sr. Carles Jordana:

Gràcies Sr. síndic.

Bé, aniré per ordre perquè em toca contestar a tothom.

Contestaré per la intervenció que ha fet la Sra. Bonet. Bé, acaba dient que vostè va deixar, entenc que és vostè que va deixar una feina perquè pel període que m'ha parlat, vostè era la ministra i suposo que va deixar entaular, no ha especificat el què i el com, algunes directrius per mirar de contenir aquesta despesa o de reduir-la i que deixa entendre que després el govern que va agafar el relleu no ho ha fet. Però en tot cas li agrairia que m'expliqués exactament que és allò que va deixar fet o que es va quedar en un calaix.

Per contestar al Sr. Naudi. Miri Sr. Naudi, no m'ha sentit bé o no m'ha escoltat bé. En cap moment he contradit al Sr. ministre, i pobre de mi. He matisat i he dit textualment: "La despesa sanitària global s'ha estabilitzat, s'ha estabilitzat". I consegüentment també s'ha estabilitzat la despesa del SAAS.

Pel que fa a la Sra. Gili, bé, miri què vol que li digui. Tampoc vull ara aquí crear un debat entre vostè i nosaltres perquè no és l'objecte d'aquest debat i és molt més interessant el que estem portant a terme sobre la sanitat. Però en tot cas, que vostè digui que nosaltres orientem el fiscal general, no és difamatori doncs què vol que li digui. Faci-s'ho mirar. Vostè dir i insinuar que és responsable el ministre de Finances, fins i tot el cap de Govern i de retruc els consellers generals que li estem donant suport, faci-s'ho mirar. Això és difamatori i calumniós, però bé, en tot cas aquí ho deixarem.

Jo crec que avui el que ens ha ensenyat i davant de tothom és que s'ha contradit en allò contra el que vostè lluitava antigament. I com ha passat amb vostès i els seus en ocasions anteriors. El seu discurs sembla i s'assimila a un tribunal d'anquisitori i malgasta i es queixa del poc temps que té però en comptes d'aprofitar-lo per fer aportacions, continua i es manté a fer un meeting polític. Allà vostè, aquest discurs de dir que no és feina seva i la seva única feina és controlar el Govern, escolti, les preguntes al Govern són la setmana que ve. En tot cas aprofiti avui per fer el debat, que no el vol fer i es nega a fer-lo. Per mi aquest és un discurs d'algú que no vol treballar. Perdoni que li digui tal qual.

Pel que fa al Sr. Gallardo. Li agraeixo sincerament l'aclariment que ha fet sobre la sostenibilitat de la sanitat i a la referència que ha fet tant jo com el ministre sobre aquestes dues vies, és a dir una sanitat pública i l'altra privada, i sincerament la comparteixo.

Em referiré ara una mica també al que ha dit al final sobre el que pot comportar la via integrada. Hi estem d'acord i per això crec jo que un cop plantada la idea, s'ha de discutir com la desenvoluparem. I evidentment, com tota proposta innovadora perquè això és una proposta innovadora per al país, hem de mirar que no hi hagi gent que provi de donar-li al sistema i que el desvirtuï. Per tant, amb això subscrit al 100% la seva idea.

Li voldria dir que no provo de justificar-me posant el retrovisor com ha insinuat de dir: "Escolti que nosaltres justifiquem mirant que anteriorment", sinó que el que volia posar de relleu i exposar és que els problemes dels que estem debatent vénen de lluny i que els governs que han succeït no han tingut la paciència màgica per solucionar-la. I si l'haguéssim tingut, haguéssim demanat que ens la compartíssim. El que vull dir per aquí, és que és potser més fàcil fer discursos polítics, però quan un li toca la responsabilitat de governar es troba amb la dificultat, amb els problemes. Jo sempre recordaré, que no serveixi de precedent, però deia un gran polític espanyol, que era el Felipe González, que deia que un se n'adona que mana quan no té ningú més a qui passar el problema. I aquí és al que em refereixo. Una cosa és de veure de l'altre costat de la barrera, i és molt fàcil però un cop que estem in situ veiem que no ho és. I per això m'he permès de fer una retrospectiva per fer i subratllar de què no és fàcil i que ningú més se n'ha sortit. Per tant, cal treballar-hi.

Bé, després ja hi tornaré.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Per part del Govern, Sr. ministre teniu la paraula.

El Sr. Carles Àlvarez:

Gràcies Sr. síndic.

Bé, continuem amb la mateixa inèrcia.

Sra. Bonet, incrèdula. Jo crec que he fet un llistat i el tornaré a dir ara una altra vegada ràpidament perquè sé que hi ha aquesta preocupació per la lentitud de la reforma. Reconec potser sí que hi ha una certa lentitud, però bé són coses delicades, prenen el seu temps i vostè com a ex ministra de Sanitat ho pot

entendre millor que ningú. Però el model de la reforma necessita el seu temps, i aquí em referiré al Sr. Gallardo que quan dic la primavera vull dir quan s'acabi la primavera ve l'estiu. És a aquell moment al qual em refereixo, no al de l'any que ve o el de més enllà.

En aquest cas el ritme que hi ha és el que hi ha i bé, estem molt pendents d'aquesta llei de drets i deures del pacient i de la història clínica, que ha de tirar endavant, que és com un dret de sortida per aquesta reforma. Una vegada tindrem aquest projecte de llei aprovat per aquesta Cambra, hi haurà la implementació, que també té les seves dificultats, però crec que com ja hi estem treballant paral·lelament, serà més ràpida del previst.

L'acreditació dels professionals de la salut, ahir la vam aprovar al Govern. Aquest decret d'acreditació prèvia fa que els professionals que treballen en el sistema sanitari públic tinguin uns mínims, uns requisits de qualitat en els quals se'ls obligarà a tenir una formació continuada, a tenir una determinada titulació i a una sèrie de requisits per poder treballar dins del sistema sanitari públic.

El Reglament de la via integrada estem enllestit-lo i jo crec que al setembre o octubre del 2017 crec que estarà enllestit.

La cartera de serveis... La cartera de serveis que vostè Sra. Bonet també ha fet al·lusió, el decret de cartera millor dit, s'està ja enllestit. S'ha de sotmetre a Govern, s'ha de treballar, hi ha moltes qüestions polítiques, moltes qüestions que s'han d'estudiar i s'han de valorar, i jo crec que al curs d'aquest any s'haurà enllestit i s'haurà aprovat.

Nous convenis entre CASS-metges, CASS-SAAS-metges, Conveni CASS-SAAS. S'està treballant, les institucions ho estan treballant i s'estan fent avenços i jo crec que s'arribaran a bon port malgrat que algú voldria que no fos així.

L'atenció a la cronicitat s'està ultimant la prova pilot no, el programa d'atenció a la diabetis; i el càncer de còlon que havia d'estar enllestit fa molt temps -el programa de cribratge de còlon- ho farem al 2018. Hi ha el seu tempo, hi ha temes informàtics que s'han d'implementar i jo crec que al 2018, a principis, es començarà a implementar.

Modificació de tarifes, s'està fent, ja ho hem dit, les properes setmanes. També s'han actualitzat les tarifes dels laboratoris i anàlisis clíniques, també es passaran per Govern.

De les comissions mixtes ja n'hem parlat, això és una cosa, una forma de treballar i no està, com he dit, reglamentada i té la seva dinàmica i la seva flexibilitat. El Reglament del CHA ja ho vam fer a

l'estiu passat i està donant els seus fruits, això comporta aquest contracte CHA (Centre Hospitalari Andorrà) o SAAS amb els metges per compte propi. I bé, i d'altres i d'altres accions que es duen a terme.

Torno al mateix, també tenim el Pla de salut mental que s'està treballant amb ell; tenim moltes coses en marxa. Vostè, Sr. Gallardo, ha fet menció de què teníem catorze o quinze... repassant la nostra llista, sabia que van sortint i a mesura que vagin sortint podrem donar... ja les podrem anar tatxant d'aquesta llista.

Bé, el Sr. Naudi, nosaltres entenem la reforma d'aquesta forma. Vostè no sé si vol fer una revolució o un canvi radical però, en la nostra reforma sabem que el nostre sistema té coses bones i les volem mantenir: la solidaritat, el copagament, la lliure elecció doncs, tot això jo crec que cal mantenir-ho i no cal fer canvis sobre aquests ítems. El que sí que és veritat és que hi ha unes formes, han trobat malgrat no tenir aquests indicadors que tant de bo els tinguéssim però la nostra estructura de vegades no ha permès o són d'una qualitat que de vegades no deixen prendre certes decisions amb una certa certesa, sí que és veritat ens permet anar tirant aquesta reforma i aquesta reforma, a més a més, implementa eines que ens portaran uns indicadors com és la Història Clínica Compartida farà que tinguem més indicadors o com la protocol·lització que farà que puguem valorar la qualitat dels actes que estem fent.

Sobre el creixement de la despesa sanitària? Bé, ja ho hem parlat. Hi ha una despesa intrínseca deguda a l'envelliment i degut a què els tractaments cada vegada són més cars, a les expectatives dels pacients, etc., etc., que faran que la despesa malgrat tot vagi creixent però, com he explicat, primer de tot hem de posar aquest ordre, aquest rigor per poder buscar després el finançament. Aquí, doncs, també amb el Partit Liberal estem d'acord però amb l'ordre, no? Primer seria buscar els recursos i després posar l'ordre. Bé, el que pretenem nosaltres és posar l'ordre i després podrem exigir o buscar aquests recursos i valorar des d'on han de sortir.

La Sra. Gili: "sanitat privada, no!" Estem d'acord amb això i la lliure implantació és una eina perquè no hi hagi una sanitat paral·lela. Qualsevol metge podrà accedir al sistema sanitari públic sempre d'una forma regulada. Això fa que no es quedin els metges bons fora i els metges no tan bons dintre, probablement, no sé... però, és igual. Donem entrada a tothom dins del sistema sanitari públic amb aquest decret d'acreditació prèvia amb la convenció amb la CASS que ja fa de filtre.

Involucrar-se amb el projecte? Entenc que qui ha de governar som nosaltres, malauradament entenc que no faci cap proposta. No es tracta de la responsabilitat de governar, sabem que és nostra i vostès... sabem que vostès no governen evidentment ho tenim claríssim però avui aquí estem fent aquí un debat sobre el model sanitari i és una ocasió ideal perquè tothom que tingui vocació de governar plantegi el seu model. Està clar que vostès, bé, de moment no sé si el tenen però... vaja! en podem parlar. Ja saben que la meua mà continua estesa amb tots els grups del parlament.

Per tant, jo crec que vostès estan centrats en un altre debat i nosaltres aquí estem en un debat de tipus del sistema sanitari.

Sr. Gallardo, referent... Tornant a aquella reunió famosa... Bé, no era amb vostè, era amb la Sra. Carine Montaner. Però bé, no es va poder realitzar aquella primera reunió que el que volia era un atansament i un pacte d'Estat potser va ser un tema d'agendes o de malentesos quant a tancar aquesta reunió.

Agraeixo el seu aclariment sobres les dues sanitats al país. Tots estem d'acord amb què hem de tenir un sol sistema sanitari i que ha de ser universal i per a tothom, i jo crec que si vostè està d'acord en què el nostre sistema sanitari públic ha de ser solidari, coresponsable i ha de garantir la lliure elecció, jo crec que és una de les grans riqueses del nostre sistema sanitari, doncs jo crec que podem parlar-ne i ens podem assentar. Protolització, circuits assistencials, problemes d'atenció a la cronicitat, al cap i a la fi tots som usuaris del sistema, o serem usuaris d'aquest sistema sanitari públic i ens interessa que sigui el millor i el més sostenible.

Suposo que la forma de parlar de tot això és assentats en una taula amb els tècnics, amb la gent que en sap més de vegades que un mateix -i segur que en saben més-, i aquí es poden fixar els tempos de forma més clara, les accions i els fets tot sobre paper i jo suposo que crec que si vostè està disposat a què ens assentem i parlem d'aquest pacte doncs, evidentment com no, té la meua mà estesa i agraeixo la seva voluntat.

Molt bé, doncs, gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Per part dels grups Sra. Sílvia Eloïsa Bonet, pel Grup Mixt, teniu la paraula.

La Sra. Sílvia Eloïsa Bonet:

Sí, gràcies Sr. síndic.

Quant al tema del pacte d'Estat, ja que hi estàvem parlant, bé, sempre he estat,estic, i estaré a favor d'un pacte d'Estat o com a mínim de treballar amb l'objectiu d'assolir la millor sanitat possible i aportant tot el que pugui a través de les meves aportacions, de la meua experiència o del que pugui ser necessari per això. És a dir, sempre ho he defensat i ho segueixo defensant, vull dir que no he canviat d'idea. Però, sí que és veritat que dintre de la responsabilitat d'establir el pacte d'Estat, no és meua, és del ministeri. Jo he aportat tot el que he pogut, he sigut el més proactiva que he pogut però sí no s'ha assolit no és perquè jo no hagi volgut.

Però sí que dins del pacte d'Estat ha d'haver-hi una sèrie d'accions que probablement serien les meves propostes. Per una banda, una major proactivitat, prevenció i promoció de la salut; que les polítiques sanitàries han de ser participades per pacients, professionals, família, ciutadans situant de forma real a l'usuari al centre del sistema; ha d'haver-hi un sol sistema d'integració del sistema de salut amb una visió global; millorar la coordinació sanitària i sociosanitària amb professionals que assegurin la continuïtat assistencial; millorar l'atenció domiciliària des de l'atenció primària i no creant serveis des de l'hospital; evitar la disparitat en l'atenció sanitària, potenciar una atenció primària més resolutiva i evitar l'hospitalocentrisme. I penso que un aspecte que per a mi és molt important, és fer canvis en la gestió i l'organització dels prestadors públics de salut, sobretot quant al SAAS, i aquí el que plantejaria com a mesura contundent és traslladar el SAAS al ministeri i que faci el seu rol de gestor de prestadors de forma global i no sols des de la part pública. Penso que així es podrà determinar de forma clara el rol de tots els professionals sanitaris en el sistema i quines competències han d'assumir.

Per una altra banda també considero fonamental fomentar l'ús racional dels medicaments -i aquí torno a reclamar la Llei del medicament que sí no recordo malament sí que l'ha candelaritzat d'alguna manera-; també eliminar la burocratització excessiva del nostre sistema i establir i fer el seguiment dels indicadors de salut.

Per últim, només per contestar al Sr. Carles Jordana, de quines accions vaig deixar preparades... Doncs miri: metge referent, xarxes de salut, anàlisi de l'atenció primària per part de l'OMS per potenciar-la, taula de treball amb tots els actors sanitaris per analitzar i fer propostes per la sostenibilitat del sistema de salut pilotada per l'OMS i un projecte de facturació per GRD i ruters. Com observarà són les mateixes mesures.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Pel Grup Mixt, també per SDP, Sr. Víctor Naudi.

El Sr. Víctor Naudi:

Gràcies Sr. síndic.

Bé, començaré fent esment a la referència que feia el Sr. Jordana, però també que havia fet abans el Sr. ministre quan es parlava i deia que eren contradictòries i quan feia al·lusions després a la branca malaltia de la CASS. Bé, aquí el que he trobat a faltar, doncs, és més concreció. S'ha fet esment tot de passada a aquesta despesa, però que estava controlada i el que calia, segons el ministre, és augmentar els ingressos però en cap moment he sentit un compromís concloent de cara a gestionar millor la despesa, i jo crec que això també continua sent contraproduent... contradictori, perdó! amb els discursos del Sr. cap de Govern i, en tot cas, aquí aixecar una preocupació perquè les úniques mesures amb les que heu fet esment són augmentar les cotitzacions de la branca malaltia o, al mateix temps o per separat, que els assalariats puguin cotitzar una complementària per malaltia.

Per tant, aquí jo crec que hi ha moltes coses a fer encara i no les heu volgut abordar com no abordeu altres qüestions d'aquesta reforma.

Jo ho he trobat a faltar i crec que allò que no feu i que faria, des d'SDP doncs ho he dit aquest matí, caldria basar una reforma amb estructura de quatre eixos, reformes estructurals, que el Ministeri de Salut ha de ser l'òrgan que encapçali i prengui les decisions, cal reformar el SAAS totalment i amb profunditat i dotar-lo d'un nou marc d'una llei, cal revisar la Llei de la CASS també per garantir la sostenibilitat de la sanitat pública sense retallar prestacions i cal legislar i regular millor el rol dels diferents actors de la sanitat i dels prestadors de serveis. En aquest sentit, doncs, a nivell de legislació jo crec que cal una nova Llei de la sanitat, una Llei del SAAS -separant ben bé les funcions d'aquest-, una Llei de farmàcies de la que el ministre no ha parlat, una Llei de regulació de les professions de la salut i la Llei del medicament que sí que el ministre s'hi ha compromès.

I, per altra banda, amb les qüestions més específiques que requereixen especial atenció he trobat a faltar una atenció més dedicada o més exclusiva de cara a la gent gran que sempre i cada vegada té més problemes, en els serveis d'oncologia sí que hi ha fet esment però no ha fet cap esment a les necessitats que hi ha i que en aquests moments es podrien suplir

doncs, en el sentit d'equipar d'un sistema de radioteràpia aquí al país per no tenir de...

El Sr. síndic general:

Hauríeu d'anar acabant, si us plau.

El Sr. Víctor Naudi:

Vaig acabant Sr. síndic.

Als serveis de diabetis queda encara molta feina per fer; als serveis de salut mental curiosament ens ha anunciat la creació d'una nova plaça -casualitat o no, en tot cas ja està bé-; i en cirurgia i reeducació un nou reforç, -també casualitat de la jornada d'avui-, i en el tractament de la hipertensió continuen havent-hi mancances.

Com deia abans, el tema dels indicadors globals és important. El ministre ens ha dit que la implantació a la xarxa integrada això es pot suplir i ja hi estem d'acord, però per altra banda també trobo que caldria reformar el Servei d'Urgències i potenciar de nou el Servei de la figura del metge de visites a domicili que facilitaria un millor servei...

El Sr. síndic general:

Moltes gràcies Sr. conseller.

El Sr. Víctor Naudi:

I...

El Sr. síndic general:

Moltes gràcies Sr. conseller.

El Sr. Víctor Naudi:

D'acord, gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Per part del Grup Mixt, també té la paraula la Sra. Rosa Gili.

La Sra. Rosa Gili:

Gràcies Sr. síndic.

A veure, algunes consideracions al Sr. Jordana.

A veure, d'entrada vostè ens ha dit que fem *meetings* polítics, ha tornat a treure aquí les etiquetes... Miri, jo ja sé que quan els hi diem les veritats a vostès no els agrada i els hi costa molt de creure que algú parli des del convenciment, des de la sinceritat i realment pensant en l'interès general. Jo crec que queda demostrat que els reis del màrqueting polític són

vostès, i ho sento molt que els hi sàpiga greu, però nosaltres solem creure el que diem.

Em deia... Vostè posava en dubte el que jo deia de la pretensió del Govern de condicionar les accions de la Fiscalia... A veure, jo crec que és una realitat, ha quedat demostrat, he llegit la carta i crec que tots aquells que ens han escoltat ho hauran vist clarament.

En relació al que em deia vostè abans que havia sigut difamatòria, a veure, la pregunta és: dir que és responsabilitat... responsabilitat de tots aquells que estan assabentats i que no fan res, és difamatori Sr. Jordana? És a dir, a veure jo crec que és una evidència que qui sap una cosa que no s'està fent correcta i no actua, doncs és responsabilitat seva i jo crec que es pot parlar de complicitat sense que això sigui difamatori. A mi em sembla que és evident i penso que molta gent pensarà exactament el mateix que jo.

A veure, les actuacions de l'Executiu són en última instància responsabilitat dels polítics, de qui sinó? A veure digui'm-ho, de qui sinó? Així estem, així estem amb problemes de desafecció política, amb desencís, decepció de la població, amb una abstenció que cada dia puja més, així estem!... Així estem per la decepció que tenen la gent del carrer enfront les actuacions dels polítics, i això nosaltres des de l'oposició ja podem fer el que vulguem però, vull dir, el que queda són els actes aprovats, els actes que aprova la majoria, els actes del Govern i per tant vostès són els màxims responsables d'aquesta desafecció política.

I francament, quan veig els resultats del CRES doncs, penso que... bé, que potser tenen raó de què els hi sigui indiferent això perquè certament sembla que facin el que facin ja els hi va bé. I a partir d'aquí no penso que potser quan fan creure que el seu objectiu és lluitar contra l'abstenció, doncs francament no sé... No sé si realment els interessa perquè vostès defugen la seva responsabilitat, deceben als ciutadans i així estem. Els voten, certament, però crec que és una llàstima que certes coses passin i que al final ens perjudiqui a tots plegats.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Per part del Grup Liberal té la paraula el conseller, Sr. Jordi Gallardo.

(El Sr. síndic general deixa la sala)

El Sr. Jordi Gallardo:

Gràcies Sr. síndic.

Sr. Jordana, en primer lloc vostè deia, i ho entenc així, que quan algú fa referència a gestions de governs anteriors ho volia fer en el sentit de què altres ho han intentat i no han estat capaços de trobar una solució o de solucionar el problema. Crec que hem d'intentar fer-ho millor! Tenim l'obligació! Les generacions que succeeixen doncs, han d'intentar-ho; ja veurem si ens en sortirem, o no, però crec que almenys les ganes i la voluntat hi han de ser.

Sr. ministre, abans en la primera intervenció que ha fet a la tarda ha fet una referència que jo després no li he contestat sobre la proposta que dèiem aquest matí de fixar un rati o números *clausus* a la implantació de professionals al país, sobretot més lligada a eliminar la taxa o la cobertura del 33% a aquells professionals no convencionats i vostè em demanava que això podia ser un risc pels joves estudiants que podien estar estudiant medicina i que es poguessin o tinguessin l'aspiració lícita de tornar al país i poder exercir aquesta professió. És que justament si el que li proposem és això i li proposem mentre no es posen en marxa les reformes o les mesures de la reforma sanitària prèviament havent fixat aquest, diguem límit o sostre d'endeutament, que ens pot permetre finançar la nostra sanitat, és que no podran tornar encara que hi hagi lliure implantació. És que no podran tornar.

Per tant, jo crec que en cap cas això ha de ser un fre a què els estudiants puguin tornar, aquells estudiants que estan fent medicina puguin tornar al país. Al contrari al que estem fent quan proposem això, és que si hi ha medicina privada es pugui continuar implantant al país, però que com a mínim no tingui aquest reemborsament que a dia d'avui sí que té, com a mínim les proves que aquests professionals privats generen.

Sobre la reforma en si, em deia vostè, el ritme és el que és. Jo li dic, d'acord, però el ritme no és el que caldria. El ritme no és el que caldria perquè són sis anys, vostè porta un any i mig al capdavant del ministeri i crec que li podem exigir ja accions concretes i decidides. Per això li proposàvem aquestes mesures de xoc, que ja he insistit en què no són concretant sanitàries, sinó són adreçades a millorar la fiscalització i la supervisió.

Li agraeixo -li agraeixo-que accepti aquest guant o mà estesa que li hem proposat aquest matí per afrontar el repte d'intentar plantejar aquest nivell de discussió sobre la sanitat que podem oferir als nostres conciutadans. Ens alegrem que sigui així i esperarem,

doncs, ens convoqui i puguem parlar sobre quines accions concretes podem valorar.

Vostè em deia que, a diferència del que li plantejàvem nosaltres, buscar els recursos és posterior a reformar el sistema. Nosaltres li dèiem que “centrem els recursos i a partir d'aquí fixem el sistema”. Però podem parlar, podem parlar. No li dic que no, tot i que ja li dic que per saber quin és el sistema que podem oferir des d'un plantejament públic, hem de saber fins on podem arribar.

Per tant, per a nosaltres, aquesta coherència ens obliga a dir què ens podem gastar i què podem oferir. Si no és així, no podrem reformar res, perquè potser muntem un sistema que després ens adonem al final que, des del sector públic o des de la implicació del Govern, poca cobertura podem donar.

I per tant, jo, per això li plantejava aquest matí que havia de ser, al nostre entendre, a la inversa.

I li dic això perquè entenem que per continuar garantint un sistema de qualitat i de lliure elecció i de solidaritat que vostè deia que nosaltres defensem, també, i que compartim, entenem que aquest sistema s'ha de poder finançar, perquè sinó no serà ni de lliure elecció ni de qualitat ni de solidaritat.

Gràcies Sra. subsíndica.

Perdó, voldria afegir abans de marxar una matisació, i és que la companya del grup parlamentari em comentava que els temes d'agenda, segurament venien donades a les reunions que s'havien de fer amb els diferents col·lectius, en cap cas, però no una voluntat de voler trobar-se amb vostè.

Gràcies.

La Sra. subsíndica general:

Gràcies Sr. Gallardo.

És el torn del Grup Parlamentari Demòcrata, té la paraula el Sr. Carles Jordana.

El Sr. Carles Jordana:

Moltes gràcies Sra. subsíndica.

Torno a fer un repàs de totes les aportacions Sra. Bonet. Entenc, doncs, pel que ens ha dit, que són les mateixes mesures que hem proposat nosaltres i, doncs, que s'estan tirant endavant, i que hi està plenament d'acord, i doncs, que no s'han quedat en un calaix. Per tant, celebri que alguna cosa del seu llegat ha quedat.

Sra. Gili, continua sense fer ni una sola aportació al debat i consegüentment el que no vull és perdre més temps en fer un debat paral·lel que sembla que és el que vol i que desitja. Prefereixo concentrar-me en temes més interessants.

Però només fer-li una petita remarca, que probablement la desafecció a la qual es refereix té molt a veure amb discursos com el seu, que fins i tot es permet esbrincar als ciutadans per donar la seva opinió al CRES.

Sr. Gallardo, estic d'acord amb vostè i ho he dit aquest matí. A Andorra tenim un problema amb la despesa. Això és una evidència, és un fet, però més que un problema amb la despesa, el sistema sanitari andorrà té un problema d'ingressos. I això és el que ha plantejat i ho comparteixo. I agraeixo que ens digui que el consens és en benefici de tots i aquí ens hi trobarà.

Moltes gràcies Sra. subsíndica.

La Sra. subsíndica general:

Gràcies Sr. Jordana.

Per part del Govern hi ha alguna altra intervenció...

Sí...

Sr. cap de Govern teniu la paraula.

El Sr. cap de Govern:

Sí, moltes gràcies Sra. subsíndica.

Faré una intervenció breu. No sóc ningú per dir si el debat està acabat, això són els parlamentaris que ho decideixen. Però permeti'm que com a cap de Govern, ja que se n'ha parlat de forma directa o indirectament, agraeixo la feina de la Sra. Cristina Rodríguez com a ministra de Sanitat, també de la Sra. Rosa Ferrer, i evidentment de l'aportació avui, estic molt content d'haver escollit el Sr. Carles Álvarez, com a ministre.

I després em sembla que el debat temàtic sobre sanitat que han volgut llançar els Liberals d'Andorra ha sigut extremadament positiu. Com penso que en aquests moments i com a cap de Govern i, doncs, com a màxim dirigent del Govern, estic molt satisfet del clima polític dins de la divergència que hi ha i que s'ha instaurat fa uns quants mesos. Les coses van molt bé gràcies a les aportacions dels Liberals, del Partit Socialdemòcrata, amb transferència i competència a veure si ho podem aconseguir. I jo penso que hem avançat moltíssim.

La intervenció serà curta però per celebrar el clima.

I em giro aquest cop als que han fet més propostes, que són Liberals d'Andorra. Jo escoltava aquest matí el Sr. Gallardo, i a més he tingut ocasió de parlar-ne amb consellers que donen suport al Govern d'Andorra. I ha sigut valent. No ha sigut ni populista, no ha sigut demagog, ha sigut valent. Jo ho qualificaria així, quan un conseller planteja, per exemple, temes que en algun moment havien sigut

tabús, sense dir que això és definitiu, per exemple al tomb dels copagaments d'aquells metges que no estaven convencionats, que no es pagui ni el 33%, perquè així es potencia una via, no es fa a dos velocitats.

S'ha sigut valent quan, ja m'ha recordat coses que avui n'hem parlat però que ja se'n parla a la Unió Europea des de fa molts anys. I vostè em parlava que els sistemes de sanitat pateixen arreu. Aquí, em sembla que nosaltres invertim al tomb del 9% del PIB a nivell de la sanitat, però recordo que hi ha un llibre blanc sobre sanitat, a més liderat per un diputat socialista que és el que va ser el redactor, diputat socialista, que la sanitat no és qüestió de dretes i esquerres, és un bé comú que s'ha de preservar, que diu claríssimament, i llavors els altres membres fan les seves polítiques. Poden estar d'acord o no.

Diuen potser sí que en algun moment, si no volem pujar la pressió s'ha d'anar cap a un sistema mixt, des d'un punt de vista, evidentment, d'Estat solidari, que garanteixi les coses bàsiques de la sanitat, però per fer-ho sostenible en el temps també queda aportació d'assegurances privats, i està escrit i avalat pel partit socialista dins d'una reflexió àmplia.

Que és una mica el que em sembla que ha fet vostè aquest matí. Una mica abans de pujar aquí, vostè, n'he parlat, no es pot tenir, jo he utilitzat una altra frase, que segurament no és massa adequada, però és pot tenir tota la vida. I al final hem de saber que ha d'haver-hi continuïtat doncs de la decisió.

Jo he volgut entendre que també de la Sra. Sílvia Eloïsa Bonet que és evident que vostès em poden retreure que fa molts anys que segurament s'haurien hagut de fer les coses, però ens ho podrien retreure a tots. I en canvi hi han hagut aportacions molt positives de dir ja deixem-ho estar. Anem a mirar aquesta mà estesa. Però aquesta mà estesa d'explorar més enllà, que nosaltres estem convençuts, i vull felicitar el ministre de les explicacions que ha donat, i del didàctic que ha sigut amb el que és una gran reforma, que no es farà tota aquesta legislatura. Ja ho dic aquí, perquè la reforma és una reforma dins de la continuïtat, que abans es deia MAAS que ara es diu VAI. I vostè hi afegeix, i perquè no som capaços aquí en seu parlamentària de fer una reflexió, que això no vol dir que es vagi cap a un sentit o cap un altre, però que sapiguem, verdaderament, quin és el límit.

Però en el sentit més positiu, perquè en parlava ara fa un moment el ministre de Finances, quan es parla del límit sanitari, també un es pot fer aquella pregunta, i quan arribem al límit què passa? Doncs, no passa res perquè la sanitat hi haurà de ser. Però

fer aquesta reflexió genèrica a mi m'ha semblat molt interessant.

El ministre s'ha expressat molt millor que jo, recull el quant, i jo com a cap de Govern els invito a vostès o qui vulgui participar, Sra. Bonet, i tots plegats, Sr. Pere López, Sr. Víctor Naudi, amb el que vostè ha fet. Que això cap de les maneres vol dir que haguem de plegar-nos al diagnòstic, però almenys, -tinguem almenys-, la valentia de fer una política d'anticipació. Jo trobo que ha fet una gran intervenció. I ho dic així públicament, i vostès representen el partit de l'oposició.

Jo no sé si és possible de... demà hi haurà propostes de resolució, de vegades es voten i de vegades no es voten, de vegades es voten i es diu que no es compleixen. Però jo em quedo amb el to. I no estem tan lluny!

Però no és allò important que no estiguem tan lluny. Allò essencial és que estiguem molt a prop, perquè la reforma necessita continuïtat.

Jo celebri, una vegada més, i acabo Sr. síndic, aquest debat. Per primera vegada, -jo fa molts anys que faig política- he vist plantejaments clars sanitaris. I han vingut de la majoria, però també celebri que vinguin de l'oposició.

Moltes gràcies.

(El Sr. síndic general s'ha reincorporat a la sala)

El Sr. síndic general:

Gràcies.

És el torn dels grups, Sra. Sílvia Eloïsa Bonet pel Grup Mixt.

La Sra. Sílvia Eloïsa Bonet:

Sí, gràcies Sr. síndic.

Bé, en definitiva una mica el pacte d'Estat que planteja el Sr. ministre i el Sr. cap de Govern acaba de refermar, ha d'anar molt més enllà. Amb això hi estem tots d'acord, ha de ser, jo entenc aquest projecte, un projecte a llarg termini, doncs, una mica que superi les diferències polítiques, i que sigui similar, probablement, al que hi ha en educació, que tothom pugui seguir millorant-lo any rere any i que no haguem d'estar plantejant-nos, any rere any, com l'hem de reformar.

Abans m'ha comentat el Sr. ministre que s'arribaria a un conveni metge-CASS de forma pactada. I bé, doncs, me n'alegro.

Quan parlava de les dates, doncs, jo les dates sí que les considero importants i li he demostrat una miqueta per què les considero importants. Però penso que quan es planteja un pla d'aquestes

característiques les dates són importants en la implantació de les accions en les que estem treballant.

Una pregunta que li voldria fer i a veure si me la pot contestar. Jo penso o com a mínim és la meua opinió que per a fer la via integrada cal una modificació de la Llei de la CASS de l'article 139 i 139 bis, m'agradaria saber en aquesta cronologia en quin moment estaria, perquè em semblava una mica complicat que es pugui introduir la via integrada si no es fa aquesta modificació.

Quant a la cartera de serveis, ja ens ha dit que, bé, a veure si tenim sort i abans de final d'any, doncs, ja podem tenir-la.

Quan al tema d'acreditació coincideixo amb el Sr. Gallardo. És a dir, d'alguna manera hem de regular la implantació dels professionals. Pot ser una fórmula, l'acreditació, pot ser una fórmula posar uns *numerus clausus*. Evidentment, es pot discutir, se'n pot parlar, però sí que d'alguna manera hem d'intentar actuar sobre això. Sabem que la despesa sanitària augmenta cada vegada que hi ha més professionals de l'especialitat determinada i penso que d'alguna manera s'ha d'actuar i s'ha de treballar en aquesta línia. Sí que penso que haurem, en algun moment donat, veure de quina manera evolucionem cap a l'atenció domiciliària i l'hospitalització domiciliària. Perquè això està demostrat a tots els països que és la línia en la que s'està seguint per poder actuar cap a la millora de la sostenibilitat del sistema sense afectar a la qualitat del mateix.

També, en algun moment donat haurem d'incloure accions orientades cap a la fragilitat pel tema de l'envelliment. Hem dit que és un dels problemes que tenim i actuar sobre la fragilitat ens evita també augmentar la despesa sobre aquest grup de població que cada vegada va en augment.

I finalment jo no vull plantejar en aquests moments augments de les cotitzacions...

El Sr. síndic general:

Hauríeu d'anar acabant, si us plau.

La Sra. Sílvia Eloïsa Bonet:

Sí, Sr. síndic, un segon només.

... fins veure com evoluciona la despesa un cop aplicades aquestes mesures.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

També pel Grup Mixt, per SDP, Sr. Víctor Naudi.

El Sr. Víctor Naudi:

Gràcies Sr. síndic.

Bé, alguns dels plantejaments exposats pel Sr. ministre, d'aquesta reforma o reformeta, en puc compartir algunes de les propostes, entre elles, doncs, moltes d'elles les teníem en el programa d'SDP. Però bé, torno a dir, continuo trobant a faltar una implicació i una voluntat real de voler aprofundir, doncs, en reformar aquells plantejaments estructurals. Jo entenc que si aquests plantejaments estructurals que he anat insistint al llarg d'aquest debat, doncs, no s'hi incideix, no es modifiquen i no es transformen, de ben poc serviran aquestes millores. Seran millores però no aniran gaire més enllà i no serà un model que perdurará en el temps. Cosa que jo crec que és el que hauríem de buscar com a objectiu.

Jo crec que també en aquest sentit, doncs, no n'hem parlat o ho he esmentat al principi de la meua intervenció, És clar, si aquests compromisos després acaben o no s'hi fa honor, tal com ha succeït amb la proposta de resolució que es va adoptar en aquesta mateixa Cambra per instaurar la figura del tercer pagador, que recordo que s'havia d'instal·lar a finals del mes de març, i encara és hora que s'acabi d'instaurar. S'està plantejant, doncs, la forma i el com i qui s'hi acollirà. Per tant, doncs, per molts acords que podem agafar aquí, si després no hi ha continuïtat de ben poc serviran.

Jo crec que no es pot parlar de pacte d'Estat, com deia el cap de Govern. A veure, és una mà estesa. Bé, si realment ha de servir per avançar en les millores, som-hi! Però jo crec que realment hauríem de fer aquesta reflexió i m'agradaria sentir per part de la majoria que realment hi ha aquesta voluntat de voler aprofundir amb aquestes reformes estructurals i anar molt més enllà i abordar aquesta qüestió d'una vegada per totes i de forma decidida.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

També pel Grup Mixt, Sra. Gili.

No hi ha intervenció...

Pel Grup Liberal tampoc hi ha intervenció...

Per demòcrates tampoc...

Desitja el Govern intervenir...

Si no hi ha tampoc intervenció, donem per acabades les intervencions per part dels grups parlamentaris i del Govern i, per tant, es dona per acabat el debat i se suspèn la sessió fins demà a les 10.00h del matí.

Voldria recordar-los-hi que el termini màxim per la presentació de Propostes de resolució per part dels grups parlamentaris és demà a les 9.00h del matí.

Se suspèn la sessió
(Són les 19.00h)

L'endemà divendres dia 9 de juny del 2017 a les 10.02h es reprèn la sessió.

El Sr. síndic general:

Bon dia.

Reprenem la sessió.

S'han presentat set propostes de resolució, totes elles admeses per la Sindicatura. Recordaré breument el procediment.

En primer lloc, es procedirà a la defensa de les propostes de resolució segons l'ordre de presentació.

Una vegada feta l'exposició per part dels grups parlamentaris, suspendrem la sessió per tal que cada grup pugui analitzar la seva posició respecte a les diferents propostes de resolució presentades i si és el cas, fer propostes que portin a un text assumible i consensuat pels grups.

Al reprendre la sessió, els grups indicaran la seva posició respecte a les altres propostes presentades i finalment indicaran el text que se sotmet a votació.

Passem doncs tot seguit a la presentació de la primera Proposta de resolució, registrada amb el número 730 i presentada pel Grup Parlamentari Liberal.

Intervé per exposar la Proposta de resolució, la Sra. Carine Montaner.

Teniu la paraula.

La Sra. Carine Montaner:

Gràcies Sr. síndic.

Tenint constància dels problemes existents referents al transport sanitari apareguts en la premsa, i després d'haver parlat amb els col·lectius del transport sanitari.

S'encomana al M. I. Govern que encomani una auditoria del sistema del transport sanitari abans del final del 2017.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

La segona Proposta de resolució ha estat registrada amb el número 731 i presentada també pel Grup Parlamentari Liberal.

Intervé també per exposar la Proposta de resolució, la Sra. Carine Montaner.

La Sra. Carine Montaner:

Gràcies Sr. síndic.

Tenint en compte que un bon clima laboral és clau per donar una bona atenció als pacients, s'entén que caldria detectar els possibles disfuncionaments de gestió en cada unitat dins l'estructura del SAAS, per poder rectificar-los en el cas que n'hi hagi.

S'encomana al M. I. Govern que encarregui un informe sobre el clima laboral del SAAS, desglossat per departament o unitat, abans del setembre 2017 i que s'analitzi l'estructura jeràrquica actual per tal de racionalitzar-la abans del final del 2017.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

La tercera Proposta de resolució ha estat registrada amb el número 732 i també presentada pel Grup Parlamentari Liberal.

Intervé per exposar la Proposta de resolució, la Sra. Carine Montaner.

La Sra. Carine Montaner:

Gràcies Sr. síndic.

Tenint en compte que el Cedre té més de 100 residents, amb un grau de dependència important, que necessiten medicació diària.

S'encomana a Govern un estudi intern per analitzar la necessitat d'implantar un servei propi de farmàcia per al CEDRE abans del final del 2018.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Moltes gràcies.

La quarta Proposta de resolució ha estat registrada amb el número 733 i presentada conjuntament pels grups parlamentaris Liberal i Demòcrata.

Intervé per exposar la Proposta de resolució, el Sr. Carles Jordana.

El Sr. Carles Jordana:

Gràcies Sr. síndic.

Vist que durant el debat sobre la política sanitària celebrat el dia d'ahir coincideixen amb el Govern en la necessitat d'abordar la problemàtica de la sostenibilitat i perdurabilitat del sistema sanitari, presentem la Proposta de resolució següent:

S'encomana al Govern que més enllà de continuar amb la reforma en curs convoqui en les properes setmanes una reunió de treball liderada pel ministre de Salut i amb la presència de les forces parlamentàries que vulguin participar-hi per analitzar les accions següents:

- Encaminades a reforçar la fiscalització i la contenció de la despesa de la CASS i del SAAS proposades pel Grup Parlamentari Liberal.
- Fixar una ràtio màxima de metges especialistes al país, convencionant només aquelles especialitats en les quals hi hagi clarament un dèficit o més demanda que oferta, i sempre dins d'unes ràtios màximes.
- Millorar el control de la CASS sobre els prestadors sanitaris fins que la història clínica compartida sigui una realitat totalment implantada i la figura del metge referent una realitat.
- Establir guies de tractament per evitar les proves complementàries innecessàries.
- Treballar per reduir anualment el dèficit de la branca de malaltia de la CASS.
- No reemborsar el 33% sobre els actes de professionals no convencionats per la CASS.
- Limitar la Comissió Mixta al Ministeri de Salut i la CASS.
- Revisar la política salarial del SAAS.
- La predisposició a analitzar aquestes mesures no pressuposa la seva acceptació ni anticipa la seva adopció sense matisos.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

La cinquena Proposta de resolució ha estat registrada amb el número 734 i presentada pels tres consellers generals socialdemòcrates del Grup Parlamentari Mixt.

Intervé per exposar la Proposta de resolució, el Sr. Gerard Alís.

El Sr. Gerard Alís:

Gràcies Sr. síndic.

Atès que el darrer informe del Tribunal de Comptes relatiu a la fiscalització del SAAS per l'exercici 2015 posa de manifest que dit organisme aplica conceptes

retributius i complements que no estan regulats en el Reglament de personal del SAAS ni aprovats pel seu consell directiu.

Atès que segons l'esmentat informe semblaria que diferents persones que duen a terme activitats assistencials al SAAS perceben complements salarials vinculats als ingressos que genera la seva activitat, que "directius i persones amb càrrec de responsabilitat" perceben primes d'exclusivitat, que es satisfan primes per projectes "per elaborar o col·laborar en projectes estratègics o de futur", i que es paguen complements ad personam per "mantenir el nivell salarial una vegada ha cessat en la responsabilitat per a la qual havia estat nomenat".

Atès que, segons el Tribunal de Comptes, amb els conceptes descrits "s'estarien produint pagaments indeguts susceptibles de generar responsabilitats" d'acord amb el que disposen els articles 57 i 58 de la Llei general de finances públiques.

Atès que el SAAS, com a organisme públic que gestiona diners públics, ha de donar compliment a la normativa vigent.

Demanem:

Encomanar al Govern que procedeixi a adequar les remuneracions i conceptes retributius del personal del Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS) a la legalitat vigent, tot procedint a revisar i renegociar totes aquelles situacions que hi siguin contràries.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

La sisena Proposta de resolució ha estat registrada amb el número 735 i presentada pels tres consellers generals socialdemòcrates del Grup Parlamentari Mixt.

Intervé per exposar la Proposta de resolució, el Sr. Pere López Agràs.

Teniu la paraula.

El Sr. Pere López:

Gràcies Sr. síndic.

Ateses les irregularitats relatives al SAAS denunciades en els tres darrers informes del Tribunal de Comptes i els informes de la Intervenció General.

Atès que el Govern presentà en data 13 d'octubre del 2016 denúncia a la Fiscalia.

Atès que dita denúncia concernia únicament casos denunciats pel Tribunal de Comptes.

Vist que la denúncia efectuada a la Fiscalia s'ha centrat en uns pocs casos amb caràcter concret i no

a la totalitat dels casos continguts del Tribunal de Comptes.

Es demana que s'acordi encomanar al Govern que completi la denúncia a la Fiscalia sobre la base de totes les irregularitats realitzades en la gestió del Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS), i denunciades pel Tribunal de Comptes en els seus informes del 2013, 2014 i 2015, i els informes de la Intervenció General.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

I la setena Proposta de resolució ha estat registrada amb el número 736 i presentada pels consellers, Víctor Naudi Zamora, conseller general del Grup Parlamentari Mixt, per SDP i Judith Pallarés Cortés i Joan Carles Camp Areny, consellers generals del Grup Parlamentari Liberal.

Intervé per exposar la Proposta de resolució, el Sr. Víctor Naudi Zamora.

El Sr. Víctor Naudi:

Gràcies Sr. síndic.

Atès que en el debat sobre la política sanitària celebrat el 8 de juny, un dels aspectes més rellevants és l'aplicació del model d'atenció integrada especialment en l'àmbit de la prevenció primària i en el de la prevenció secundària en el que es potenciarà el cribratge de càncer de mama i es farà properament amb el cribratge del càncer de colon, i el de la prevenció terciària, per evitar un empitjorament de la malaltia, es demana encomanar al Govern que estudiï la inclusió d'una partida dels pressupostos del 2018 per la creació d'una unitat de ràdio teràpia per al tractament dels tumors benignes i malignes.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Bé, acabada la presentació de les diferents propostes de resolució i per tal que els grups parlamentaris disposin del temps necessari per a valorar-les, se suspèn la sessió durant una hora aproximadament, abans de sotmetre aquestes propostes a votació.

Se suspèn la sessió.

(Són les 10.12h)

Es reprèn la sessió.

(Són les 11.25h)

El Sr. síndic general:

Es reprèn la sessió.

Bé, acabada la presentació de les diferents propostes de resolució i després que els grups les hagin pogut valorar, demanaria en primer lloc que els grups parlamentaris que ho desitgin vulguin indicar la seva posició respecte a les propostes de resolució presentades pels altres grups.

Pel Grup Parlamentari Mixt, la consellera Sílvia Bonet si voleu expressar-vos en aquest sentit.

La Sra. Sílvia Eloisa Bonet:

Sí gràcies Sr. síndic.

A la Proposta de resolució 730 hi votaria a favor. A la Proposta de resolució 731 també hi votaria a favor. A la Proposta de resolució 732 hi votaria a favor. A la 733 hi votaria a favor. A la 734 també hi votaria a favor. A la 735 hi votaria en contra, i a la 736 hi votaria a favor.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Sr. Víctor Naudi...

Perdó, Sra. Judith Pallarés.

La Sra. Judith Pallarés:

Sí, gràcies Sr. síndic.

Perdó.

És que estem manifestant un sentit de vot per uns textos que s'han transaccionat i potser no és coherent al que encara no s'ha manifestat al Ple.

Gràcies.

El Sr. síndic general:

D'acord.

Potser passem a l'anàlisi de cadascuna de les proposicions i aleshores ja hi haurà la manifestació en relació a aquestes.

Passem doncs, als autors... Demanaria als autors de les propostes que indiquin quin és el text que es sotmet a votació i després procediríem a la seva votació.

Començaríem per la primera Proposta de resolució, la registrada amb el número 730. Sra. Carine Montané, us demanaria si el text el qual se sotmet a aprovació és el presentat o si hi ha hagut alguna modificació.

La Sra. Carine Montaner:

Gràcies Sr. síndic.

Sí, hi ha hagut transacció amb el Grup Demòcrata. El text seria el següent:

“Tenint en compte els problemes existents en algun dels prestadors de servei del transport sanitari apareguts en la premsa, i després d’haver parlat amb els diferent col·lectius del transport sanitari,

S’encomana al M. I. Govern que encomani una auditoria del sistema del transport sanitari abans del final del 2017.”

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Val. Gràcies.

Bé, aleshores procediríem tot seguit a la votació d’aquesta primera proposta. Obrim un breu termini de temps per votar.

(Votacions)

Sra. secretària, si vol procedir a donar lectura del resultat, si us plau.

La Sra. Maria Martisella:

Sí.

26 vots a favor, cap en contra i cap abstenció.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Bé, a la vista del resultat s’aprova la Proposta.

Passem a la segona Proposta presentada, que és la registrada amb el número 731. Demanaria també si el text que es sotmet a aprovació és el presentat o si hi ha hagut alguna modificació.

Sra. Montaner...

La Sra. Carine Montaner:

Gràcies Sr. síndic.

No hi ha hagut cap canvi. El text es queda tal i com estava presentat inicialment.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Bé, doncs, passem a la votació d’aquesta segona Proposta de resolució.

(Votacions)

Sra. secretària, si vol procedir a donar lectura del resultat, si us plau.

La Sra. Maria Martisella:

Sí, Sr. síndic.

13 vots a favor, 13 en contra i cap abstenció.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Bé, vist que s’ha produït un empat i en aplicació de l’article 77 del Reglament del Consell General, hem de procedir a repetir la votació.

S’obre un breu termini de temps per votar.

(Votacions)

Sra. secretària, si voleu procedir a donar lectura del resultat, si us plau.

La Sra. Maria Martisella:

Sí, Sr. síndic.

13 vots a favor, 13 en contra i cap abstenció.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Bé, vist que en segona votació persisteix l’empat, es declara desestimada la Proposta.

Passem a la tercera Proposta que és la registrada amb el número 732. Demanaria novament si el text que se sotmet a votació és el presentat o si hi ha alguna modificació. Sra. Montaner.

La Sra. Carine Montaner:

Gràcies Sr. síndic.

El text proposat és el que s’havia presentat inicialment.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Doncs, passaríem a la votació tot seguit.

(Votacions)

Sra. secretària, si voleu procedir a donar lectura del resultat, si us plau.

La Sra. Maria Martisella:

Sí.

26 vots a favor, cap en contra i cap abstenció.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Bé, a la vista del resultat s'aprova la Proposta de resolució.

Passem a la quarta Proposta que és la registrada amb el número 733 i demanaria també als representants si el text que se sotmet a aprovació és el presentat o si hi ha alguna modificació.

Sr. Carles Jordana.

El Sr. Carles Jordana:

Gràcies Sr. síndic.

El text no s'ha modificat, no hi ha hagut cap proposta de transacció, per tant, es proposa la votació del mateix text presentat.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Bé, doncs s'obre un breu termini de temps per votar.

(Votacions)

Sra. secretària, si voleu procedir a donar lectura del resultat, si us plau.

La Sra. Maria Martisella:

Sí, Sr. síndic.

22 vots a favor, cap en contra i 4 abstencions.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Bé, a la vista del resultat s'aprova la Proposta de resolució.

Sr. Pere López, per explicació de vot, teniu la paraula.

El Sr. Pere López:

Sí, gràcies Sr. síndic.

Efectivament per explicar el nostre vot en aquesta Proposta de resolució, el nostre vot que ha sigut d'abstenció. Aquesta Proposta que em sembla més pràcticament un pacte d'Estat en matèria de sanitat entre Liberals i Demòcrates per Andorra, que hem de reconèixer que ens ha sorprès moltíssim trobar-nos aquesta Proposta aquest matí. En primer lloc, perquè en el seu moment Liberals d'Andorra (el Grup Liberal) va negar o no va voler participar de l'oferta de pacte d'Estat oferta des del Govern, i ara sembla que Demòcrates per Andorra es sotmet d'alguna manera a les propostes sanitàries fetes pel Partit Liberal en la sessió d'ahir.

La veritat és que és un nou gir de rumb, un altre episodi més en la política erràtica i sense rumb del Ministeri de Sanitat per part de Demòcrates per Andorra, és coneguda la seva manca de projecte i ara sembla que algunes de les propostes fetes del Grup Liberal doncs, els hi semblen correctes i les volen tirar endavant fins i tot en contra del que ahir de manera molt clara van manifestar tant el Sr. Àlvarez com el Sr. Jordana.

Vull recordar ahir l'opinió clarament contrària del Sr. Àlvarez i Jordana, per exemple, a establir un rati màxim de metges en les especialitats, una proposta que es recull en el document que ara ens han presentat.

A més, ens sembla que la proposta que ara es presenta de nou situa a la CASS com el centre de la política sanitària en contra del que ahir es va manifestar de què fos el Ministeri de Salut el que liderés la política sanitària.

A més, veiem una modificació en la Comissió Mixta que suposa l'eliminació del SAAS de la mateixa i el manteniment de la CASS, la qual cosa suposa l'eliminació dels criteris mèdics com a criteri essencial per situar els criteris numèrics al capdavant, per tant, contràriament al que ahir van dir els Srs. Àlvarez i Jordana doncs, situem els números al davant de les persones i d'alguna manera situem un criteri secundari als criteris mèdics.

També ens ha sorprès la proposta de no reemborsar els metges no convencionats, ens sembla una proposta molt agosarada tenint en compte que determinades teràpies i tractaments alternatius es financen per aquesta via i ens sembla que pot ser una mesura que pot tenir efectes perniciosos en relació a determinats usuaris.

Per tant, com deia, sembla que ahir les propostes fetes pel Grup Liberal al Govern canvien la seva política sanitària, introdueixen elements que ens preocupen molt... moltíssim, si fos en relació al contingut de les propostes que s'han efectuat que figuren en la Proposta de resolució hauríem votat en contra... clarament com hem argumentat! Com que la Proposta és una invitació a parlar en una reunió de treball doncs, evidentment, estem d'acord en participar d'aquest diàleg tot i que em sembla que suposa un canvi i un gir, en aquest cas cap a la dreta, de la política sanitària de Demòcrates per Andorra.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Sr. Jordana, breument.

El Sr. Carles Jordana:

Gràcies Sr. síndic.

Miri Sr. López, ara vostè està aprofitant aquests minuts per fer el discurs que no va poder fer ahir i, a més a més, amb el poc respecte que el Sr. ministre no es pot manifestar.

Escolti, per què no ha presentat vostè una proposta semblant i l'haguéssim pogut debatre conjuntament i sumar-se? Per què li sap tan greu que hi hagi gent que tingui la voluntat de voler-se sumar al pacte d'Estat? Tan greu li sap que hi hagi gent que vegi amb positiu que sumant aconseguirem una cosa millor?

Sincerament, contesti'm!

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Sr. Jordi Gallardo.

El Sr. Jordi Gallardo:

Sí, gràcies Sr. síndic.

Bé, una mica al fil del que deia el Sr. Jordana. Sembla, Sr. López, que li sàpiga greu que estiguem disposats a parlar de possibles solucions... A parlar! A la mateixa Proposta de resolució diu que això no pressuposa la seva acceptació. Simplement hi ha la voluntat de seure en una taula i mirar què és el que podem aportar des de tots els costats i des de tot l'arc parlamentari per intentar millorar una solució que crec, tots coincidim que no pot continuar. I aquí no estem parlant de model sanitari, sinó de mesures de xoc.

Després ja es treballarà si es que pot avançar aquesta feina conjunta amb possibles propostes conjuntes. Però d'entrada, repeteixo, lamento que li sàpiga greu i, sobretot que afirmi que això és un gir cap a una política sanitària de la dreta, perquè crec que ahir va quedar clar que la política sanitària no té color polític, sinó que és un problema al qual hem d'aportar tots des del nostre programa i des de la nostra visió quines són les possibles solucions.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Molt breument, Sr. Pere López.

El Sr. Pere López:

Només en relació a les dues intervencions que hi han hagut, les opinions polítiques crec que s'han de manifestar en aquesta Cambra. Nosaltres la voluntat

de diàleg i l'obertura la respectem. El que estem opinant és sobre les propostes concretes que s'hi contenen en aquesta proposta de resolució, que no les compartim. Que no les compartim, que a demés suposa un canvi amb el que vostès, el Sr. Jordana i el Sr. Álvarez ahir ens van explicar amb una sèrie de mesures que poden comportar, doncs, retallades en l'àmbit sanitari i un canvi en el model sanitari que havíem plantejat.

Vostès van parlar d'un dels elements essencials, la lliure elecció de metges. I avui ens trobem una ràtio màxima de metges, a la qual Sr. Jordana, vostè ahir, aquí, en aquesta tribuna es va manifestar clarament en contra. I també el Sr. Álvarez. Però ja sabem quina és la seva política sanitària, absolutament absent.

I reitero la nostra sorpresa trobar-nos avui totes aquestes propostes damunt de la taula, de les quals ja veurem quin seguiment i quines implantacions efectives volen realitzar. Per tant, la seva opinió política la sanitat, Sr. Gallardo sí que té color. Si el que vostès volen tirar endavant és una sèrie de retallades en l'àmbit sanitari, una limitació, i com ahir s'entreveia en les dues intervencions, una possible reobertura cap a un model sanitari mixt públic-privat. Doncs, és legítim, és la seva opinió, però no és el nostre model. I a demés en aquest document han exclòs allò que s'ha de tirar endavant, allò que tothom sap que s'ha de fer i que l'actual Govern, o no vol o no sap com fer-ho.

I ara obrim una porta a un canvi de model sanitari. Legítim, però nosaltres no hi estem d'acord. Simplement hi estem en el dret, avui que estem parlant de sanitat, de poder-ho manifestar.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Sr. Jordana.

El Sr. Carles Jordana:

Gràcies Sr. síndic.

Miri, Sr. López, per què no ens ho va dir ahir això? Perquè ahir el debat era sobre això. Vostè ara fa el debat avui. Potser hagués hagut d'agafar vostè el micro. Miri que li dic, sincerament. Perquè és que jo vaig trobar a faltar propostes d'aquest tipus, sincerament, perquè això és una proposta.

Però ahir no en va fer ni una. La Sra. Gili no en va fer ni una de proposta. Només va fer que destruir, destruir i ataca i atacar! Ara vostè fa política, ara vostè fa un debat.

Sr. López, el debat es va acabar ahir. Llàstima per vostè.

I altra cosa, per què no ens ha vingut a veure per mirar de transaccionar la proposta? El Sr. Gallardo m'ho ha demanat i ho hem transaccionat. Vostè no m'ha vingut a veure! Aprofïti el que li dic i li dic sempre, i li dic amb tota la bona fe. Quan hi ha micros i tele, vostè fa el seu discurs polític, però després quan vol mirar de sumar, això no li interessa.

Perquè repeteixo, que no entenc com pot defensar que li sàpigui greu que arribem a un acord en el qual es condiciona, com molt bé ha precisat el Sr. Gallardo, amb la finalitat, no de fer política sinó de solucionar problemes.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Sr. Jordi Gallardo és l'última paraula.

No hi ha paraula...

Doncs passem a la següent proposició, no sense abans saludar uns petits ciutadans i uns futurs consellers, potser, uns alumnes de l'escola francesa de Sant Julià de Lòria, Benvinguts.

Passem a la cinquena Proposta que és la registrada amb el número 734.

El text que se sotmet a aprovació demanaria si és el presentat...

Perdó...

La cinquena Proposta és la registrada amb el número 734, i el text que se sotmet a aprovació, demanaria si és el presentat o si hi ha hagut alguna modificació.

Sr. Gerard Alís.

El Sr. Gerard Alís:

Sí, gràcies Sr. síndic.

Hi ha hagut un petit canvi en el paràgraf final de la resolució i que procedeix a llegir per dir com ha quedat que ha estat transaccionat amb el Grup Liberal.

Quedaria: Acorda encomanar al Govern que procedeixi a adequar les remuneracions i conceptes retributius del personal del Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS) a la normativa vigent, (que és on hi hauria el canvi) tot procedint a revisar i negociar totes aquelles situacions que hi siguin contràries.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Bé, doncs, obrim tot seguit un breu termini de temps per votar.

(Votacions)

Sra. secretària, si voleu procedir a donar lectura del resultat, si us plau.

La Sra. Maria Martisella:

Sí, Sr. síndic.

13 vots a favor, 13 en contra, cap abstenció.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Bé, vist que s'ha produït un empat, i en aplicació de l'article 77 del Reglament del Consell, procedim a repetir la votació.

S'obre un breu termini de temps per votar.

(Votacions)

Sra. secretària, si voleu procedir a donar lectura del resultat, si us plau.

La Sra. Maria Martisella:

Sí.

13 vots a favor, 13 en contra, cap abstenció.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Bé, vist que en segona votació persisteix l'empat, es declara desestimada la Proposta.

Passem a la sisena Proposta que és la registrada amb el número 735.

Demanaria de nou si el text que se sotmet a aprovació és el presentat o si hi ha hagut alguna modificació...

Sr, Pere López.

El Sr. Pere López:

Sí, gràcies Sr. síndic.

No hi ha hagut cap modificació sobre la proposta inicial de la proposta.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Bé, doncs, obrim tot seguit un breu termini de temps per votar.

(Votacions)

Sra. secretària, si voleu procedir a donar lectura del resultat, si us plau.

La Sra. Maria Martisella:

Sí, Sr. síndic.

4 vots a favor, 22 en contra, cap abstenció.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Bé, a la vista del resultat no s'aprova la Proposta de resolució.

Passem a la setena i última Proposta que és la registrada amb el número 736.

Demanaria si el text que se sotmet a aprovació és el presentat o si hi ha hagut alguna modificació.

Sr. Víctor Naudi.

El Sr. Víctor Naudi:

Sí, gràcies Sr. síndic.

Doncs, hi ha hagut una proposta de transacció amb el Grup Demòcrata, i el text que se sotmet a votació seria el següent:

S'acorda encomanar a Govern de fer un estudi de cost/oportunitat per a la implementació d'una unitat de radioteràpia per al tractament dels tumors benignes i malignes; i d'incloure al següent exercici pressupostari la seva implementació, sempre que el resultat de l'estudi sigui positiu i viable.

Gràcies Sr. síndic.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Bé, doncs obrim tot seguit un termini de temps per votar.

(Votacions)

Sra. secretària, si voleu procedir a donar lectura del resultat, si us plau.

La Sra. Maria Martisella:

Sí, Sr. síndic.

26 vots a favor, cap en contra, cap abstenció.

El Sr. síndic general:

Gràcies.

Bé, a la vista del resultat, s'aprova la Proposta de resolució.

No havent-hi més assumptes a tractar i havent-se esgotat tots els punts d'aquest debat, s'aixeca la sessió.

(Són les 11.46h)

Diari de Sessions del Consell General

Dipòsit legal: And. 275/94
ISSN 1024-9052

Preu de l'exemplar: 1,20 €
Subscripcions: Tel. 877877