

Sanitat



**Obra de govern
Generalitat de Catalunya 1980-2003**

Sanitat

Eduard Rius Pey



© Centre d'Estudis Jordi Pujol
Ronda General Mitre, 96, baixos
08021 Barcelona
Telèfon: 933 428 535
www.jordipujol.cat

Primera edició, març de 2014

Dipòsit legal: B-5.467-2014
Impressió: Gràfiques 92, S.A.

La reproducció total o parcial d'aquesta obra per qualsevol procediment, comprenent-hi la reprografia i el tractament informàtic, resten rigorosament prohibides sense l'autorització escrita dels titulars del copyright i estaran sotmeses a les sancions establertes per la llei.

AGRAÏMENTS

Vull agrair el suport que he tingut del Centre d'Estudis Jordi Pujol per la feina feta prèviament, la col·laboració d'Àlex Figueras, l'encoratjament constant de Jordi Rodó i la revisió del text que ha fet Carles Constante.



ÍNDEX

PRÒLEG DE JORDI PUJOL	9
INTRODUCCIÓ	13
1. LA CONSTRUCCIÓ D'UN MODEL SANITARI PROPI	17
1.1 Els serveis sanitaris l'any 1980 i el traspàs de competències	20
1.2 La definició del model	24
1.3 Primers passos legislatius	32
2. LA CONSOLIDACIÓ DEL MODEL	37
2.1 La reforma de l'atenció primària	37
2.2 La Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya	45
2.3 La Llei General de Sanitat	51
2.4 El programa «Vida als anys»	54
2.5 La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya	61
2.6 «Salut per a tothom l'any 2000»: El Pla de Salut de Catalunya	66
2.7 La salut mental	71
2.8 La reforma de la LOSC	77
3. EL DINAMISME DEL NOSTRE MODEL	79
3.1 Donació i transplantament d'òrgans i teixits	81
3.2 La lluita contra el càncer	84
3.3 L'àmbit de l'atenció a les urgències	86
3.4 Immigració i salut	89
3.5 Atenció farmacèutica	93

3.6 La qualitat assistencial, un objectiu i un compromís; el ciutadà al centre del sistema sanitari	96
3.7 La incorporació de les TIC	102
4. UN MODEL INTEGRAL: LES ACTIVITATS DE PREVENCIÓ I PROMOCIÓ DE LA SALUT PÚBLICA	103
5. ELS PROFESSIONALS SANITARIS, LA RECERCA I LA DOCÈNCIA	115
6. EL FINANÇAMENT SANITARI	123
6.1 El model i la seva evolució	123
6.2 Els pressupostos de sanitat de la Generalitat	131
6.3 El sector salut, creador de riquesa	134
EPÍLEG	137
BIBLIOGRAFIA	141

PRÒLEG

Cal tenir present com a consideració prèvia que durant tot el segle xx l'objectiu del catalanisme va ser doble. Per una banda, la defensa i consolidació de la identitat catalana i el reconeixement polític i institucional de Catalunya. I, per l'altra, implantar a casa nostra un sistema socialment i humanament de qualitat. Al servei de la gent. De tots els ciutadans de Catalunya. Aquest segon objectiu responia a un doble motiu. El que en podríem dir de justícia social i el de donar consistència i cohesió a la societat catalana.

Com dèiem, aquest doble plantejament ve de més lluny, però ho va reforçar el fet que a partir dels anys quaranta a tot Europa el pensament polític i social va elaborar el concepte d'estat del benestar. Una expressió al meu entendre no del tot feliç —encara que de tota manera millor que la d'estat providència, que empen els francesos—, però que vol significar que l'Estat i la societat s'han d'organitzar d'una manera que ofereixi seguretat, benestar i possibilitat de progrés personal als ciutadans. I és gratificant poder dir que realment aquest plantejament ha fet que el model social europeu sigui, sens dubte, el més just i el més equilibrat del món.

La situació política espanyola dels anys quaranta i cinquanta va fer que la política de creació de l'estat del benestar arrenqués tard. També a Catalunya, tot i que en l'àmbit privat —en l'àmbit de la societat catalana— hi havia hagut moltes iniciatives importants. Però de fet, en el moment de la transició democràtica i de l'arrencada de l'autonomia, Catalunya va poder definir alguns objectius col·lectius bàsics. En el camp polític, en el del progrés econòmic, en el de reforçament identitari. I també en el del seu progrés social.

En bona part, inclòs en el concepte d'estat del benestar, hi juga un paper important la salut. La sanitat.

S'entén, per tant, que el Govern de la Generalitat i en general la societat catalana donessin una especial importància al traspass de competències de tot el referent a salut. I tot seguit a la creació d'unes estructures i d'uns mecanismes adequats per a dur a terme un programa ambiciós de sanitat.

Això és el que s'explica en aquest llibre.

Cal dir que disposar d'un bon estat del benestar —en tota la seva extensió, des de l'ensenyament als serveis socials i de fet a tot l'àmbit social, i repetim-ho, a la sanitat— en el cas de Catalunya és, i era, més necessari i més indispensable que en altres països. Perquè la societat catalana té un repte constant d'integració de població. Un país que des de l'any 1900 al 2012 passa de 2 milions de persones a 7'5 (o que de l'any 2000 passa de 6'4 a 7'5) ha de fer un esforç constant d'adequació de la societat a fi d'evitar fractures i dislocacions internes. Ha de poder fer una oferta econòmica, però molt especialment social, positiva. L'estat del benestar per a Catalunya és una condició de viabilitat com a país. Es pot dir que com a nació.

I repetim-ho: un fet central i determinant de l'estat del benestar és la sanitat.

Aquest llibre explica l'obra de govern a l'àrea de sanitat del 1980 al 2003. Cal dir que no només fou el Govern el que durant aquests anys va fer feina, molta, en aquest camp. Cal agrair a molta més gent —i gent molt diversa— que al govern estricte la feina feta. En conjunt, feina ben feta. Tant és així que la sanitat catalana ha tingut, i té, bona reputació internacional. Començant per l'Organització Mundial de la Salut.

Vull donar les gràcies a tots els consellers de Sanitat d'aquest període: Laporte, Trias, Pomés i Rius. I a en Rius concretament per haver fet aquest llibre.

No em correspon en un pròleg —que ha de ser breu— entrar en el detall del llibre. Però convido les persones que per professió, sensibilitat social, responsabilitat política, etc., tenen més relació amb el tema que hi donin una bona ullada.

Des de la legislació (com la Llei d'Ordenació Sanitària, per exemple) a la recerca, des de la política territorial del Departament de Sa-

nitat, des de l'atenció primària fins, per exemple, al tema dels transplants, etc. Permetin-me només tres comentaris.

1. El traspàs de la competència sanitària a moltes autonomies es va retardar molt. Per què? En molts casos no per reticència del Govern Central, sinó pel que em va dir fa anys el president d'una comunitat autònoma: «*No quiero el traspaso de sanidad, porque es una máquina de hacer déficit*». Això era una opinió bastant compartida per diverses autonomies. Tant és així que finalment el Govern Central va prendre mesures per a forçar i accelerar els traspàsos de la sanitat. Aquesta actitud era fruit d'un concepte molt esquifit d'autonomia que defugia les responsabilitats difícils, encara que fossin bàsiques per a la població. Ha estat una manifestació del fet que en el conjunt d'Espanya la reclamació d'autonomia sovint no responia ni respon a una voluntat d'assumir la responsabilitat del territori i de la seva gent. És a dir, no hi havia, o no hi ha, una autèntica voluntat d'autogovern.
2. Per motius que no he acabat d'entendre en el cas de Catalunya, la sanitat fou un dels aspectes en els quals la negociació pel finançament amb el Govern Central fou més difícil. Potser perquè el model sanitari que la Generalitat —i en general la societat catalana— es va plantejar i que en bona part malgrat tot ha pogut aplicar era especialment ambiciós. Des de la recerca a la implantació territorial d'hospitals i centres d'atenció primària. Va ser una batalla especialment difícil —fins i tot sorprenentment difícil— que en part encara dura. Com és prou sabut.
3. Però el tercer i últim comentari és que el resultat ha estat bo. Reconegut internacionalment. Resisteix bé la comparació amb els bons sistemes sanitaris europeus. Ara amb algun punt de preocupació per les dificultats econòmiques. Que l'actitud positiva del personal sanitari ajuda a superar. I se li ho ha d'agrair.

Jordi Pujol



INTRODUCCIÓ

L'obra de govern dels vint-i-tres anys de la presidència de Jordi Pujol en l'àmbit de la salut va tenir un objectiu clar: construir un model sanitari que fos un dels pilars fonamentals de l'estat del benestar i que, a la vegada, reflectís el model de país que volia desenvolupar una força nacionalista amb voluntat integradora. Un sistema sanitari integral, integrador, accessible i universal i que alhora havia de ser una eina de redistribució de la renda i del progrés social i econòmic del país. I crec que això es va aconseguir, com veurem al llarg d'aquestes pàgines.

Un model integral que no podem definir atenent només als serveis sanitaris. L'acció política també es va desenvolupar en el que anomenem actuacions dins l'àmbit de la salut pública i en tot un seguit de programes que reforçaven l'acció dels serveis assistencials en la prevenció de la malaltia i la protecció de la salut. A més, els successius governs varen tenir cura d'actuar en els altres pilars que complementen l'activitat sanitària com la docència i la recerca.

Si bé la centralitat de qualsevol model sanitari hauria de ser el malalt, el ciutadà, també és cert que els professionals sanitaris constitueixen la peça i la força més important pels seus coneixements tècnics i científics, i perquè esdevenen, en bona part, els executors de les polítiques sanitàries d'un govern. En aquest sentit, val a dir que sempre, en aquest llarg període, es va saber mantenir un diàleg obert i bidireccional entre el govern i els professionals sanitaris, les seves corporacions, els agents socials o les associacions científiques de casa nostra. No van ser fàcils, els molts i intensos canvis en aquests anys, però la voluntat dels diferents consellers, Josep Laporte, Xavier Trias, Xavier Pomés i jo mateix, va anar sempre en la direcció d'aconseguir el màxim consens i de fer-ho de la mà dels professionals sanitaris.

El llarg camí que constitueixen els vint-i-tres anys de govern està ple de complicitats que s'aniran veient al llarg del text. Són moltes i molts els protagonistes. L'anàlisi del que es va construir reflecteix en el seu conjunt aquesta heterogeneïtat d'elements i la seva presència a través dels fets: des de persones concretes fins a institucions, administracions, agents socials, col·legis professionals, associacions científiques, associacions de malalts i professionals sanitaris. Val a dir, d'entrada, que he volgut defugir dels noms propis, per no oblidar-me de ningú. Més que no pas els noms, l'important és el que es va fer i el que n'ha quedat.

L'acció dels governs del president Pujol va anar consolidant un sistema sanitari amb unes peculiaritats molt pròpies que el varen transformar en un model admirat, un model per exportar. No es va construir de nou, es va anar modelant fidel a uns principis que, d'alguna manera, són intrínsecs a una força nacionalista: fidelitat a la història, arrelament al país, i obertura a noves oportunitats i innovacions. Es pot dir clarament que en aquest període es va aconseguir situar el «model sanitari català» en el món, com a exemple d'un sistema sanitari modern, eficient i d'una alta qualitat, on moltes de les actuacions emprades després es van desenvolupar en altres comunitats autònomes o en altres països.

És possible que ara, amb la perspectiva que ens dona el temps passat, algunes d'aquestes afirmacions puguin semblar grandiloqüents però és precisament ara, en un moment extraordinàriament delicat, on la fortalesa del model que continua vigent en molts aspectes hauria de servir per revifar allò que el sistema té de bo per poder superar aquesta situació.

El model sanitari va tenir, però, des del seu inici, un punt dèbil, com en altres competències assolides per la Generalitat: el seu finançament. Des de l'inici vàrem patir una insuficiència de recursos compensada en part per l'esforç de la societat civil, pels professionals i per la ciutadania en general. És per això que hem dedicat un capítol especial al finançament, molt vinculat al que ha anat succeint a la resta de l'Estat, amb l'agreujament de les peculiaritats pròpies de Catalunya.

Arriba aquest volum sobre l'obra de govern del president Pujol en un moment d'extraordinària intensitat política. Catalunya ha endegat un camí de conseqüències impredecibles, amb unes coordenades ben marcades per una gran majoria del poble català, i que hauria de fer possible el «dret a decidir».

Tota aquesta efervescència política es troba al bell mig d'una crisi econòmica sense precedents a Catalunya, a Espanya i, en general, a la Unió Europea. Ens trobem en una situació tan crítica, tan greu, que tot es qüestiona: no ja l'encaix de Catalunya a Espanya, o l'anhel d'un estat propi passant pel dret a decidir, sinó també el mateix concepte de la Unió Europea, ja sigui en la seva vessant política, econòmica, monetària o fiscal. El món està canviant, i molts dels principis que havien definit aquest model europeu de societat estan avui en crisi, afectant —com no podia ser d'altra manera— les polítiques socials, fins ara un dels trets més diferencials de la nostra societat.

És en aquesta situació que s'han començat a posar en dubte no els grans conceptes de l'estat del benestar —que ha caracteritzat l'Europa posterior a la Segona Guerra Mundial— sinó aspectes més formals com l'organització, l'abast de les cobertures socials o l'establiment d'algunes barreres d'accés al sistema. És ben cert que la crisi econòmica ha colpejat molt greument aquest sistema de protecció social i de redistribució de la renda i ho ha fet bàsicament en el seu finançament, amb tot un seguit de retallades per tal d'aturar un dèficit que feia trontollar la seva sostenibilitat. També hi ha hagut altres mesures, que fan minvar alguns dels principis bàsics que creïem inalterables, com s'ha reflectit en el Reial Decret-Llei 16/2012, de 20 d'abril, de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i la seguretat de les seves prestacions, aprovat pel Govern de l'Estat i que limita l'accessibilitat als serveis sanitaris en determinades situacions per primera vegada d'ençà l'aprovació de la Llei General de Sanitat, l'any 1986.

Tot això ha comportat intensos debats sobre el que cal fer, quines reformes profundes s'han de dur a terme, quin abast han de tenir, quines són les prestacions que pot oferir el sistema per garantir la seva

continuitat, atesa la greu situació econòmica i els canvis demogràfics i socials dels darrers anys. El debat traspassa els àmbits estrictament polítics i ha comportat una forta agitació social al carrer i als centres sanitaris. Estem, doncs, davant d'uns moments on serà necessari assolir una reforma profunda per preservar el que hem anat construint. En aquest sentit, conèixer el que es va fer pot ser bo per veure cap on hem d'anar en la sostenibilitat del model.

Va ésser per a mi un honor poder servir el meu país com a conseller de Sanitat; és quelcom que mai no podré agrair del tot al president Pujol. D'això, però, ja ha passat molt de temps. El fet d'haver estat convidat pel Centre d'Estudis Jordi Pujol a elaborar aquest recull —que no hauria estat possible sense l'ajuda i la comprensió d'Àlex Figueras— ha estat reconfortant perquè m'ha permès de nou «tornar» al sistema, reviure moltes de les coses que es van fer, recordar noms i cognoms, companyes i companys, col·laboradors i entitats, i trencar, d'alguna manera, l'enyorança que es té quan es viu fora del propi país.

Eduard Rius

1. LA CONSTRUCCIÓ D'UN MODEL SANITARI PROPI

Amb l'arribada de Jordi Pujol al Govern de la Generalitat l'any 1980, es volia assumir el màxim possible de responsabilitats en tot allò que afectava la vida quotidiana de la gent del país, tenint la custòdia del disseny i la gestió de les polítiques públiques i constituint-se en un punt de referència per al ciutadà. Calia construir un model de país i de societat sota uns principis de plenitud nacional, amb un model de benestar social que fos un element més de redistribució i que protegís no solament els més febles sinó el conjunt de la societat catalana.

El pensament polític del president Pujol s'havia nodrit de diferents fonts que l'encaminaven en aquesta direcció: des de la socialdemocràcia del model suec fins als corrents socialcristians, passant pel personalisme, també d'arrels cristianes, d'Emmanuel Mounier. Com a confluència de tots aquests elements, en què les persones esdevenien l'objectiu central de les polítiques, l'estat del benestar havia de tenir un paper indubtablement molt destacat. I, evidentment, dins de l'estat del benestar un dels pilars fonamentals era i és la sanitat. D'altra banda, si construïem un país, si reforçàvem el concepte nacional sense perdre les nostres arrels, estàvem fent un camí cap a la sobirania. Per això calia consolidar el conjunt de les institucions catalanes que definia l'Estatut, la qual cosa va portar el Govern a acceptar, abans que qualsevol altra comunitat autònoma de tot l'Estat, el traspàs de la gestió dels serveis sanitaris.

No cal dir que avançar cap a la plenitud de l'autogovern comportava assumir competències que podríem anomenar d'alt risc. Per a un govern com el de CiU, escollir únicament l'assumpció dels traspassos de serveis no problemàtics hauria rebaixat considerablement el seu paper nacionalista i l'hauria allunyat de les necessitats reals dels ciuta-

dans, entres les quals, hi ha, en llocs preeminents, la protecció de la salut.

La salut és un bé molt preuat per a les persones. Quan tenim problemes de salut necessitem tenir la seguretat de disposar de serveis accessibles i que ens ofereixin respostes ràpides. En aquest sentit, la sanitat és una de les polítiques públiques que la gran majoria de ciutadans consideren que hauria de ser prioritària per a un govern, i així es va fer palès al llarg d'aquests vint-i-tres anys.

Com en la majoria de països més industrialitzats i desenvolupats del món, en el període que s'analitza en el present estudi, la sanitat catalana es va haver d'enfrontar a tot un seguit de reptes. Els nous escenaris i les noves realitats socials van configurar noves necessitats en matèria de salut. Mantenir la universalització del sistema i la seva sostenibilitat, l'envelliment de la població, el paper de l'atenció primària, les malalties emergents, les noves tecnologies —en el camp del diagnòstic per a la imatge, la telemàtica, la robòtica, els biomaterials, etc.—, els desequilibris entre l'oferta i la demanda, la despesa en medicaments, la integració definitiva de la salut mental en el sistema, la immigració, la bioètica o el paper del ciutadà en el sistema sanitari varen ser alguns dels reptes als quals el Govern va haver de donar resposta.

En la taula que es mostra a continuació, es poden comparar els indicadors socioeconòmics que tenia Catalunya l'any 1980 i a quins nivells es va arribar el 2003. Conjuntament amb els canvis epidemiològics destaquen els demogràfics, amb un notable augment de l'esperança de vida en néixer, un consegüent envelliment de la població i una reducció important de la mortalitat infantil, com a indicadors de l'impacte dels serveis sanitaris.

És, doncs, en el context de la població de l'any 1980 en què cal emmarcar l'inici de les polítiques en matèria de salut.

Taula 1. Indicadors socioeconòmics. Catalunya 1980 i 2003

INDICADORS SOCIOECONÒMICS	1980	2003
Població	5.956.414	6.704.146
Naixements	82.545	72.980
Defuncions	46.153	60.076
Creixement natural de la població	6,11%	1,92%
Taxa de mortalitat infantil	11,3%	2,9%
Principals causes de mort	Aparell circulatori: 46,6% Tumors: 22,3% Altres causes: 12,1% Aparell respiratori: 8,1% Aparell digestiu: 6% Causes externes: 4,9%	Tumors: 32,2% Aparell circulatori: 28,8% Aparell respiratori: 12,8% Causes externes: 6,0% Aparell digestiu: 5,2% Trastorns mentals: 2,9% Sistema nerviós: 2,8% Malalties endocrines: 2,3% Aparell genitourinari: 2,0% Malalties infeccioses: 1,8% Altres causes: 3,2%
Esperança de vida en néixer	Dones: 79,7 Homes: 74,0	Dones: 83,3 anys Homes: 76,9 anys
Població > 65 anys	10,97%	17%
Població nascuda fora de Catalunya	34,43%	25,95%
Població nascuda fora d'Espanya	1,51%	6,31%
Pressupost Sanitat	540 M€	5.598 M€
Despesa sanitària pública	800 M€	6.496 M€
Despesa sanitària privada	-	2.362 M€
PIB Catalunya	33.355 M€	136.901 M€
Despesa pública/PIB	2,4%	4,8%
Despesa privada/PIB	-	1,6%
Despesa anual pública per càpita	400€	953€
Despesa anual privada per càpita	-	347€

Fonts:

1. Població: Censos i Padrons, INE (1981).
2. Naixements: Idescat.
3. Defuncions: Registre de Mortalitat. Servei d'Informació i Estudis.
4. Creixement natural de la població: Diferència entre naixements i defuncions segons el percentatge de població (elaboració pròpia).
5. Taxa de mortalitat infantil: La Generalitat en xifres/Idescat.
6. Principals causes mort: La Generalitat en xifres/Departament de Sanitat i Seguretat Social (2000).
7. Esperança de vida en néixer: Departament de Sanitat i Seguretat Social.
8. Població > 65 anys: Idescat.
9. Població nascuda fora de Catalunya: Idescat (2001).
10. Població nascuda fora d'Espanya: Idescat (2001).
11. Pressupost sanitat: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Euros constants aprox. (1980).
12. Despesa sanitària pública: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Euros constants (1980).
13. Despesa sanitària privada: Departament de Sanitat i Seguretat Social.
14. PIB Catalunya: Comptabilitat Regional d'Espanya. INE. Euros constants aproximats (1980).

1.1 Els serveis sanitaris l'any 1980 i el traspàs de competències

L'exercici de les pròpies competències en aquesta matèria no va ser fàcil, atès que va ser en plena crisi econòmica general que fou transferit a la Generalitat un sistema assistencial marcat per una manca d'ordenació del sector, per la inexistència d'un sistema d'informació fiable, per l'escassa importància que s'atorgava als aspectes preventius i pels greus defectes de l'assistència sanitària pública, tant des del punt de vista de la seva estructura com de les condicions en què es prestava.

Els articles 9 i 17 de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya de 1979 assignaven a la Generalitat àmplies competències en matèria de sanitat. Aquestes competències van poder ser exercides progressivament a mesura que van ser transferits els diferents serveis de titularitat de l'Administració central o de la Seguretat Social.

En línies generals, hi va haver tres grans paquets de traspassos: els corresponents a Salut Pública (Decret 2210/79) en període encara pre-estatutari, els procedents de la xarxa de l'Administració Institucional

de la Sanidad (AISNA; Decret 1949/80) i els de l'Instituto Nacional de la Salud (INSALUD; Decret 1517/81).

Com veiem, van haver de passar dos anys de l'aprovació de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya per produir-se les transferències més importants en matèria de sanitat a la Generalitat, les de l'INSALUD, que es van aprovar el 9 de gener de 1981, tot i que no es van efectuar fins al mes de novembre, entre altres coses perquè entremig hi va haver l'intent de cop d'estat del 23 de febrer. Catalunya va ser, l'any 1981, la primera comunitat que va assumir les competències de sanitat, seguida d'Andalusia (1984), el País Basc i el País Valencià (1987), Galícia i Navarra (1990) i finalment les Canàries que, l'any 1994, va tancar el primer bloc de traspassos.

No va ser fins al 2001 que les deu comunitats autònomes restants van acceptar rebre les competències en matèria sanitària, després d'un llarg procés negociador, no exempt de polèmiques, i que va culminar amb el traspàs de les funcions i serveis de l'INSALUD a les comunitats autònomes pendents de rebre-les, a excepció de les ciutats de Ceuta i Melilla i amb un nou model de finançament global que va afectar totes les comunitats autònomes.

L'any 1980, quan la Generalitat va rebre les primeres transferències sanitàries, el percentatge de llits d'aguts corresponents a la Seguretat Social era de 0,77 per mil habitants, mentre que a la resta de l'Estat la proporció era d'1,91 llits públics per mil (vegeu taula 2). Aquest és ja el primer fet diferencial en aquest àmbit i reflecteix d'una manera clara i concisa la manca d'inversions públiques en sanitat de l'Estat a Catalunya durant la Dictadura, que s'havia pal·liat amb l'esforç i les aportacions de la societat civil. Situació que, d'altra banda, ja venia de lluny, com es reflecteix l'any 1934, a la Llei de Bases per a l'Organització dels Serveis de Sanitat i Assistència Social, que establia «un sistema sanitari mixt configurat per serveis de titularitat pública i privada, sota la direcció i l'organització de la Generalitat, i la Llei de Coordinació i de Control Sanitari Públic, que instituïa les fórmules de coordinació entre els diferents organismes, institucions i autoritats sanitàries, als efectes del millor desenvolupament dels serveis i de l'encadenament de les funcions sanitàries».

Taula 2. Distribució dels centres i llits hospitalaris segons el tipus de propietat. Catalunya, 1975

PROPIETAT	Hospitals		Llits d'hospitals		Mitjana de llits per hospital
	núm.	%	núm.	%	
Seguretat Social	10	4,3	4.705	14,0	470
Administració municipal	27	11,5	2.187	6,5	81
Administració provincial	9	3,8	3.447	10,2	383
Altres	6	2,6	3.340	9,9	557
Total públic	52	22,2	13.679	40,6	373
Fundacions benèfiques	32	13,6	3.282	9,7	103
Creu Roja	4	1,7	594	1,8	145
Altres	147	62,5	16.119	47,9	110
Total privat	183	77,8	19.995	59,4	120
TOTAL CATALUNYA	235	100	33.674	100	247

Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social

Trobem, doncs, a Catalunya nombrosos centres sanitaris que pertanyien a ordes religiosos, mútues d'assegurança lliure o fundacions sense afany de lucre, que convivia amb centres propietat de l'Administració local, ja fossin els ajuntaments o les diputacions provincials, i que prestaven serveis assistencials a les persones cobertes per la «seguretats social» o a d'altres, ja fossin persones sense recursos (el que llavors s'anomenaven «malalts de la beneficència») o malalts que pertanyien a una mutualitat o a una companyia d'assegurança de salut o que pagaven la seva assistència amb els seus diners. Completaven aquesta xarxa els centres que eren propietat de la «seguretats social» pertanyent a l'Instituto Nacional de Previsión (INP), que amb l'establiment de la democràcia va passar a anomenar-se Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), i d'altres totalment dedicats a malalts privats.

Aquesta estructura de l'oferta assistencial, bàsicament en l'àmbit de l'atenció hospitalària, és el que va fer possible més fàcilment la definició d'un model propi. El fet que a Catalunya només el 30% de l'oferta de llits fossin de propietat pública i la resta estiguessin en mans d'altres institucions va condicionar el que es va a dur a terme, i continua sent, encara avui, el major fet diferencial del nostre model.

Aquesta situació avantatjosa per la configuració del model va ser perjudicial des del punt de vista econòmic. Si s'haguessin rebut unes transferències que haguessin comportat la cobertura de tots els llits de la sanitat pública, independentment de la titularitat, s'haurien aconseguit molts més recursos econòmics en aquell moment, atès els costos superiors dels centres de la «seguretats social» enfront dels altres centres, que és el que va succeir a la resta de comunitats autònomes, rebent per tant Catalunya menys recursos.

Aquesta menor inversió pública des de l'Estat mai no va representar un *handicap* a l'hora de mantenir un bon nivell d'atenció als ciutadans perquè vàrem comptar amb l'enorme esforç d'aquestes entitats fidels, representants de la «societat civil», i per la dedicació i l'alt grau de competència dels professionals sanitaris, que va fer possible mantenir un alt nivell de qualitat i innovació de la sanitat catalana amb un prestigi que anava més enllà del nostre entorn geogràfic.

Podem assegurar amb la perspectiva que ens dona el temps que, malgrat aquest fet perjudicial, l'estructura de l'oferta assistencial va esdevenir un avantatge, atès que, d'una banda, va ser la «llavor» del model i, de l'altra, va permetre consolidar una xarxa ja molt arrelada en el seu conjunt que, altrament, probablement no hauria subsistit. El desplegament de la xarxa es va fer d'una forma progressiva i a la vegada menys costosa, ja que en lloc d'invertir en la construcció de nous centres i hospitals —tenint en compte que no comptaven amb els recursos suficients— es va optar per racionalitzar despeses, signant acords i establint ajudes per a l'aprofitament dels recursos existents. Un altre fet important és que, amb aquesta opció, es feia una aposta decidida per una gestió més empresarial, aprofitant les facilitats que en el camp de la gestió presentaven les entitats de titularitat privada respecte a les públiques.

1.2 La definició del model

Un cop assolides les competències, el Departament de Sanitat i Seguretat Social, creat el 1981, es posa a treballar amb el desenvolupament del model sanitari des de la Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanitària, partint de la base de l'estructura d'oferta que ja hem esmentat: un sistema mixt de proveïdors.

No hi ha dubte que va haver-hi una voluntat política per «triar» un model sanitari propi fidel a la realitat històrica del país, un model molt entreteixit amb el territori, amb la finalitat d'aprofitar tots els recursos sanitaris existents independentment de la seva titularitat. Aquesta opció va ser valenta i a la vegada arriscada. No era el moment per a un discurs que podríem anomenar «liberal» dels serveis sanitaris, ans al contrari, semblava que només des de la vessant pública es podia garantir un sistema equitatiu i de qualitat. Val a dir que la llarga tradició en la provisió dels serveis per aquestes entitats, independentment de quina fos la seva titularitat, va rebaixar el debat de la privatització de la sanitat. Les ciutadanes i ciutadans de Catalunya estimaven els seus hospi-

tals, els sentien propers i, malgrat les deficiències, que hi eren, volien que continuessin en el seu lloc.

Quan diem que fou una aposta valenta també ho diem en el sentit que des de Catalunya i des del Govern es va defensar aquest model davant la intenció del Ministeri de Sanitat de voler estendre'n un que no encaixava amb la realitat i amb el que havia estat l'oferta assistencial a Catalunya.

Un bon exemple d'això va ser el conflicte que hi va haver entre la Generalitat i el Govern central sobre la política hospitalària. A mitjan anys vuitanta hi hagué una discussió a fons sobre aquest tema: la Generalitat, d'acord amb el desplegament del Mapa Sanitari, com veurem més endavant, volia crear una xarxa d'hospitals comarcals que encaixés la seva política d'equilibri territorial i de proximitat i, en canvi, el Ministeri de Sanitat propugnava crear només uns quants macro hospitals, i ho posava com a condició per a l'acord de finançament sanitari. Catalunya va optar per implantar el que creia que a la llarga seria un model més dinàmic, més flexible i adaptat a la realitat i a les necessitats de la població, i se'n va sortir.

Al llarg d'aquests vint-i-tres anys, la definició i la construcció del model va comportar un procés intens de reordenació, amb la finalitat de mantenir un alt grau d'eficiència i de qualitat. Aquest procés va suposar reformes molt importants, i podem dir clarament que la sanitat ha estat un dels sectors que més transformacions ha sofert si ho comparem amb altres sectors de l'administració.

El traspàs de la sanitat va ser un dels més importants. D'una banda, per la magnitud dels recursos traspassats, que representaven una tercera part del pressupost total de la Generalitat de Catalunya, per la qualitat i per la sensibilitat del mateixos, i, d'altra banda, perquè va representar una oportunitat per reafirmar i aprofundir en la recent autonomia política de Catalunya. L'Estatut reconeixia competències exclusives en l'organització i la gestió del sistema sanitari, cosa que va permetre un ampli marge d'actuació a la Generalitat per definir un model propi.

El model sanitari català és, doncs, fruit de dues voluntats: una polí-

tica, com a expressió de l'acció de govern, cosa que va permetre configurar un model dinàmic, flexible, adaptat a la nostra realitat i a les nostres necessitats, i molt arrelat al territori; i l'altra, social, fruit de la suma de moltes voluntats que reflecteixen el sentiment d'una societat civil organitzada, solidària, rica i plural.

Va haver-hi un altre element important: un alt grau de consens polític i social i amb responsabilitats compartides al voltant de com organitzar i gestionar el sistema entre la complexitat d'actors públics i privats que configuraven la sanitat catalana i que el Govern va saber articular. No podem oblidar que estem parlant d'un àmbit amb un alt grau de contingut ideològic, que en altres països d'Europa o a la resta d'Espanya van ser objecte de desacords profunds. Aquest consens ampli es fa palès posteriorment en l'etapa 2003-2010, amb el primer govern del president Maragall i amb el posterior del president Montilla, on els principis fonamentals del model no van ser qüestionats.

En aquest context, els valors que inspiren el sistema es basen en l'equitat, l'eficiència, la qualitat, la sostenibilitat i l'adaptabilitat, valors que van facilitar la innovació i la promoció de la salut i el respecte a les persones, facilitant-los, a més, la participació individual i col·lectiva com a exercici de responsabilitat de la mateixa societat en la millora de la salut i de la qualitat de vida del conjunt dels ciutadans.

Així, el model sanitari català es va sustentar en quatre grans eixos:

- La universalització de l'assistència, característica que compartien amb la resta de l'Estat.
- L'equitat d'accés dels usuaris als serveis, per superar les desigualtats socials però també, i especialment, les territorials, i és aquí on cal destacar com a element diferenciador la xarxa d'hospitals comarcals.
- La promoció de la salut i la prevenció de la malaltia.
- L'eficiència de l'organització sanitària a través de la simplificació, la racionalització dels recursos i la introducció de fórmules innova-

dores de gestió, i que essent aspectes diferencials i característics van donar personalitat pròpia a la sanitat catalana.

La universalitat fa referència al fet de tenir un sistema que arribi a tothom, independentment de la seva situació. Aquest és un aspecte cabdal en la funció redistributiva que té l'Estat i va ser un dels guanys més importants que es van assolir en l'assumpció de la democràcia, ja que garanteix la igualtat d'accés per a tots els ciutadans d'un país.

El fet que la sanitat es definís com un servei públic, finançat públicament i universalment, és un element que ens diferenciava d'altres països, com ara els Estats Units d'Amèrica, però també d'alguns altres països europeus. De fet, a Europa, han vingut coexistent diferents models sanitaris (Beveridge i Bismarckià) amb diferents sistemes d'organització, finançament i provisió de serveis.

Durant el franquisme, Espanya s'alineava amb el model que va instaurar a l'Alemanya del final del segle XIX el canceller Bismarck, basat en un sistema de seguretat social restringit únicament als treballadors i empresaris i finançat a través de les quotes pagades a través dels salaris dels contribuents. Però amb l'arribada de la democràcia, la Constitució aprovada l'any 1980 va reconèixer el dret a la salut com un fet, implícit ja en el moment de rebre les competències. L'aposta del Govern de Catalunya i la del Govern de l'Estat va anar en la direcció de reconèixer i establir progressivament la universalitat del sistema, fet que posteriorment recollirà la Llei General de Sanitat (LGS) l'any 1986.

Amb l'aprovació d'aquesta Llei s'evoluciona cap a un Sistema Nacional de Salut, inspirat en el que s'estableix al Regne Unit l'any 1942, sota l'informe de Lord Beveridge, i que sintetitzava els criteris bàsics de la seguretat social, que es caracteritzaven per la protecció universal finançada a través d'impostos. Aquest model reforça l'aspecte solidari del sistema sanitari, una solidaritat recíproca que tenen tots els ciutadans d'un país, i que actua com a element redistributiu sobre les seves oportunitats.

Pel que fa al principi d'equitat, també està relacionat amb la voluntat clara dels governs del president Pujol de reequilibrar el país dotant

d'equipaments aquelles zones que, pel seu aïllament o per la seva estructura poblacional, no disposaven dels serveis necessaris. Evidentment, era molt complicat aconseguir que rebés la mateixa assistència una persona que vivia a Barcelona que una altra que vivia al Pallars. Però la idea era que, en els serveis més bàsics, la població de les regions més aïllades de Catalunya poguessin rebre una assistència de qualitat i resolutiva. I és sota aquest compromís que es duen a terme grans esforços perquè tothom, fos quin fos l'indret o la comarca d'on procedís, pogués disposar d'uns serveis sanitaris adequats en funció de la demanda i de les necessitats sanitàries, fet que es va recollir en la redacció del Mapa Sanitari, l'any 1980.

La voluntat del Govern en la definició del model va recollir també com un element clau la prevenció de la malaltia, la promoció de la salut i l'educació sanitària, en la línia que ja havia dibuixat el Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, celebrat l'any 1976 a Perpinyà i que establia, en una de les seves ponències, la necessitat d'avançar cap a una organització sanitària per a la promoció de la salut.

El concepte de salut havia evolucionat en els últims anys com a conseqüència dels avenços científics i mèdics i dels canvis econòmics, culturals i socials de la nostra societat. D'aquella definició clàssica, en termes negatius, que entenia la salut com «l'absència de malaltia», vàrem passar a una definició més positiva, en la qual s'afegia el concepte de «qualitat de vida» en la línia d'una recerca constant del benestar físic, social i mental. A més, cal tenir present que hi ha moltes malalties que es podrien evitar mitjançant el foment d'hàbits i estils de vida saludables.

En aquest sentit, un element en el qual es va posar molt d'èmfasi va ser el de l'atenció primària de salut, més enllà de la imatge que es projectava de la medicina com una sanitat extraordinàriament tecnificada i sofisticada. Per això calia definir un model, i així es va fer, seguint les recomanacions de l'OMS i de molts experts a casa nostra. No va ser una tasca fàcil, com ja veurem més endavant, atès que no tothom hi estava d'acord. D'una banda, perquè comportava una reestructuració molt important pel que fa als recursos humans i, d'altra banda, perquè l'establiment del nou model necessitava molts recursos econòmics a

causa de l'increment del personal sanitari i de la construcció de nous centres al llarg de tot el territori català.

Aquesta voluntat pren cos l'any 1985 amb el Decret de Reforma de l'Atenció Primària amb l'objectiu que aquest nivell assistencial esdevingui el lloc idoni per desenvolupar un model més integral i més proper al ciutadà.

En relació amb l'eficiència, s'era conscient que calia fer un esforç considerable per optimitzar al màxim els recursos sanitaris a través d'una correcta ordenació del sector, d'una adequada planificació i de l'establiment d'instruments de gestió eficients. En un marc de recursos limitats, amb la necessitat de dotar el país d'un sistema modern de qualitat i amb la demanda creixent de la població, es feia absolutament necessari establir un sistema que fos eficient en la gestió dels recursos públics, sempre escassos.

Els hospitals s'estaven gestionant, amb notables excepcions, de forma més «administrativa» amb moltes bosses d'ineficiència i es tractava de gestionar la sanitat sota criteris «empresarials», no sempre ben entesos en aquelles moments.

Les mesures, doncs, per modernitzar l'administració sanitària i la seva relació amb els proveïdors havien d'anar cap a l'establiment de tot un seguit d'instruments de gestió que garantirien una màxima eficàcia i qualitat. I, sense perdre de vista la funció de servei públic, va ser essencial per al benestar dels ciutadans. De fet, en un sistema de cobertura universal com el nostre, en què tothom té accés als serveis sanitaris, l'eficiència esdevenia i esdevé essencial per poder assegurar-ne la sostenibilitat. Així, totes les transformacions i, en conseqüència, tot el seguit de reformes organitzatives i estructurals que van comportar, es van dur a terme per mantenir l'alt grau d'eficiència i de qualitat d'un model sanitari públic reconegut com a capdavanter.

A més, es va cercar un alt compromís en la recerca d'elements de participació i coresponsabilitat amb els professionals i els proveïdors, i també amb l'atenció de les necessitats i les expectatives de salut dels ciutadans. La qualitat de l'atenció havia de ser una constant que ens equiparés i ens integrés amb els països europeus més avançats.

Aquest model d'atenció de «provisió mixta», l'any 1981, tenia com a base:

- Una atenció primària com a recurs més proper al ciutadà, que necessitava una reforma profunda.
- Una atenció especialitzada en els hospitals que calia reordenar, modernitzar i acreditar, i fer-ne de nous.
- L'atenció psiquiàtrica en mans majoritàriament de les diputacions i amb poques vinculacions amb la resta del sistema sanitari.
- Una xarxa de salut pública molt millorable i amb pocs contactes amb la xarxa sanitària, no implicada en una autèntica política de prevenció de la malaltia o de la promoció de la salut.

Taula 3. Cronograma històric del model sanitari català

ANYS	ESDEVENIMENTS
1981	Traspàs de competències en matèria sanitària – Centres i serveis sanitaris (Insalud) i socials (Insero)
1981-1983	Inici de la gestió – Creació de l'Institut Català de la Salut (ICS) – Desplegament del Mapa Sanitari de Catalunya – Acreditació de centres – Primera ordre de concerts
1983-1989	Establiment de les bases del model – Creació de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) – Inici de la Reforma de l'Atenció Primària (RAP) – Pla de reordenació hospitalària – Descentralització i control de la gestió
1989-1990	Transició – Inici de la separació de finançament i provisió de serveis amb la creació de la Direcció General de Recursos Econòmics de la Seguretat Social (DGREESS) – Nou paper de l'Institut Català de Salut (ICS): productor de serveis – Inici d'una nova cultura organitzativa

1990	<p>Formalització del model sanitari català</p> <p>— Aprovació de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Separació de la funció de finançament i compra de serveis de provisió • Diversificació de proveïdors • Mercat mixt de competència planificada i regulada • Diversitat de fórmules de gestió • Descentralització de serveis • Desconcentració de l'organització: regions sanitàries i sectors sanitaris • Participació comunitària: consells de direcció, consells de salut, participació d'òrgans de govern de les institucions sanitàries
1991	<p>Creació d'una asseguradora pública</p> <p>— Servei Català de la Salut (SCS)</p>
1995-1999	<p>Modificació de la LOSC</p> <p>— Aprofundiment en la diversificació de proveïdors en l'àmbit de l'atenció primària</p> <p>— Pla de serveis sanitaris i sociosanitaris de Catalunya</p> <p>— Nou model de finançament sanitari 1998-2001</p>
2001	<p>Separació definitiva de funcions entre finançament i provisió</p> <p>— El Servei Català de la Salut canvia la seva forma abreujada, fins ara SCS, per la de CatSalut.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El CatSalut potencia la funció asseguradora, que inclou la compra de serveis, però també altres funcions. • La funció de finançament queda fora del seu àmbit i se situa en l'àmbit de l'autoritat sanitària i, en definitiva, en l'àmbit del Parlament de Catalunya.
2002	<p>Inici de la fase operativa per a l'elaboració del projecte de cartera de serveis, entesa com l'instrument de resposta a les necessitats de la ciutadania.</p>
2003	<p>Revisió del model sanitari</p> <p>— Integració i prioritització de tres grans eixos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salut pública • Atenció sanitària i serveis socials • Atenció a la dependència <p>— Lliure elecció de metge de capçalera i pediatre</p>

Font: Elaboració pròpia

1.3 Primers passos legislatius

Una de les primeres decisions preses en l'àmbit sanitari fou, com no podia ser d'altra manera, l'elaboració del Mapa Sanitari de Catalunya, una de les primeres eines de planificació sanitària que va marcar el posterior desenvolupament del sistema sanitari català.

Les constants transformacions que havia sofert la nostra societat en els darrers anys van anar configurant nous escenaris en el sistema sanitari que, per extensió, varen fer que la planificació en l'àmbit de la salut fos un exercici complex tant per la multiplicitat de factors que hi incideixen com per la influència del context social i polític en què es desenvolupa.

A Catalunya la planificació sanitària va evolucionar en la línia dels corrents d'opinió i les orientacions internacionals en política sanitària, especialment en relació amb el concepte de salut, la importància dels seus determinants, la implicació intersectorial, les desigualtats socials i, en definitiva, la implementació de polítiques saludables.

Així, en la planificació sanitària a Catalunya destaquen dues fases: d'una banda, la planificació, la dècada dels anys vuitanta, amb una etapa normativa, d'ordenació territorial sanitària i de planificació dels recursos i serveis assistencials; i, de l'altra, la planificació per objectius de salut, iniciada l'última dècada del segle xx i que serà tractada més endavant.

Els processos de planificació s'iniciaren, doncs, a Catalunya amb l'elaboració per part del Departament de Sanitat i Seguretat Social del Mapa Sanitari en el qual es feia el recompte i la valoració dels recursos sanitaris existents i es presentava una proposta d'ordenació territorial sanitària. El Mapa Sanitari va constituir la primera eina de planificació sectorial i va dibuixar, entre d'altres, els recursos assistencials al llarg de la geografia catalana, amb especial importància als centres hospitalaris.

Per tal de garantir l'equitat d'accés calia compensar el que havia estat en l'estat franquista una planificació centralitzada, dibuixada sobre la base de la divisió provincial, sense tenir en compte criteris epidemiològics o de necessitats de serveis, com es reflecteix la dècada

dels setanta davant l'increment poblacional produït per la immigració, quan es planifiquen nous centres assistencials principalment al voltant de la ciutat de Barcelona, i val a dir que en el moment de les transferències molts d'ells estaven inacabats o sense dotació tecnològica.

Aquesta tasca de planificació i ordenació continuà amb l'Ordre de regulació de l'acció concertada (20 de novembre de 1981) i l'Ordre d'acreditació de centres (21 de novembre de 1981), una de les primeres d'Europa i que va contribuir tant al reequilibri territorial dels serveis com a la millora de la qualitat i la gestió dels recursos i, d'altra banda, amb el desenvolupament del Mapa Sanitari, l'any 1983.

Seguidament a l'elaboració i el desenvolupament del Mapa, es va dur a terme la planificació territorial sanitària en alguns àmbits geogràfics —Vall d'Aran, Pallars Jussà, Pallars Sobirà, Alt Pirineu (ALPIR), Terra Alta, Ribera d'Ebre i Priorat (ALTEBRAT)— i l'elaboració de programes integrals en àrees específiques, com la insuficiència renal o la transfusió sanguínia, per posar-ne només uns exemples.

El més destacable, sens dubte, d'aquesta eina de planificació sanitària va ser l'aposta per la territorialitat: calia desenvolupar una xarxa d'hospitals comarcals amb la finalitat d'apropar a la població assistència sanitària bàsica especialitzada sota uns criteris de qualitat i a la vegada d'eficiència, preveient nous hospitals i la modernització o substitució d'altres existents.

Aquest apropament de l'assistència va comportar, al final dels vint-i-tres anys, que no hi hagués cap català vivint a més de trenta minuts d'un centre assistencial, on pogués ser atès en unes condicions semblants a les que gaudien els ciutadans de les ciutats més grans de Catalunya.

Aquest model va ésser criticat en el seu moment, i ho ha estat en diverses ocasions, perquè es pot considerar més costós que la concentració de l'assistència en menys centres. Però se sustentava en la voluntat política de donar una assistència de qualitat a la majoria dels ciutadans de Catalunya i, d'altra banda, responia a una política de reequilibri territorial per fer possible la vertebració del territori.

A banda de l'elaboració del Mapa Sanitari, cal fer esment al que

podem considerar la columna vertebral de la delegació de la competència en matèria sanitària, com va ser el traspàs dels centres i serveis gestionats per l'Institut Nacional de la Salut (INSALUD), ens gestor de la Seguretat Social, que havia substituït l'Institut Nacional de Previsión (INP) de l'època franquista. Aquest ens gestor, amb una certa autonomia i amb un règim laboral diferent al dels funcionaris públics, gestionava a Catalunya —com ja hem vist— al voltant del 30% dels llits públics en vuit centres i comptava amb uns trenta mil treballadors, la gran majoria «estatutaris», és a dir, amb un estatut laboral propi que datava dels anys cinquanta.

Cal assenyalar que el que es va transferir van ser els «serveis» que es prestaven en els hospitals i els anomenats «ambulatoris» —ja fossin en l'àmbit de l'assistència primària o en les especialitats fora dels hospitals— però no es va transferir la titularitat d'aquests centres, que va romandre, i avui continua essent així, a mans de la Tresoreria de la Seguretat Social, atès l'anomenat principi de «caixa única» i d'ésser competència no contemplada a l'estatut. Aquesta situació —comuna a totes les altres comunitats autònomes— no deixava de ser paradoxal, en el sentit que la propietat dels centres assistencials era de l'Estat espanyol, i continuava formant part del patrimoni de la Seguretat Social, sense que aquesta fes front al que seria l'amortització d'aquests actius o la seva adequació.

A la vegada que ens transferien aquests serveis també es van transferir tots els concerts que l'INSALUD mantenia amb la resta d'hospitals de Catalunya que, no sent de titularitat de l'Estat, prestaven serveis als beneficiaris de la Seguretat Social.

Atesa la situació a Catalunya i la diversitat de centres, el Govern va voler regular tots aquests serveis sota una llei per tal d'introduir canvis en la planificació, l'ordenació i la gestió d'aquests centres, tot respectant els drets laborals dels seus treballadors. Això es va fer a través de la Llei 12/1983, d'administració institucional de la sanitat i de l'assistència i els serveis de Catalunya que crea l'Institut Català de la Salut (ICS) com a entitat gestora dels serveis i les prestacions sanitàries pròpies de la Generalitat i de les transferides de la Seguretat Social, intro-

duint per primera vegada en el sistema sanitari català els conceptes de gestió, planificació i participació.

La gestió de l'ICS s'havia de dur a terme respectant el principi d'autonomia administrativa i de desconcentració dels serveis en diverses àrees territorials i funcionals, d'acord amb els criteris d'ordenació territorial de Catalunya. Es va crear la figura del gerent com un professional que tenia cura de la gestió dels centres amb una visió empresarial del sistema sanitari. Es va racionalitzar el sistema de concertació, reduint els vint-i-un nivells assistencials existents a només quatre i es van establir mecanismes de participació democràtica en el control i la vigilància de la gestió dels serveis i prestacions mitjançant els Consells Generals i les Comissions Executives Territorials, on estaven representats els sindicats, les organitzacions empresarials i la Generalitat.

L'entrada de gestors provinents d'altres sectors no sanitaris, que van incorporar la seva experiència a la gestió dels centres assistencials, va ser un fet notori en aquells moments i responia a la voluntat clara de la millora de l'eficiència en la gestió dels recursos públics. Avui pot semblar un fet insubstancial, però no ho va ésser llavors, i més en unes institucions molt burocratitzades, que fins aleshores s'havien governat centralitzadament (des de Madrid), verticalment i administrativament.

L'ICS va esdevenir un dels puntals del sistema sanitari català que, conjuntament amb la resta de centres assistencials, va configurar el model sanitari. Al llarg dels vint-i-tres anys de l'obra de govern, l'ICS va anar adaptant, no sense dificultats, la seva estructura i les seves funcions al desenvolupament del model sanitari, esdevenint una peça clau per a la transformació progressiva del model.



2. LA CONSOLIDACIÓ DEL MODEL

2.1 La reforma de l'atenció primària

Probablement un dels àmbits on l'actuació dels governs del president Pujol va ser més important és en el llarg procés de reforma de l'Atenció Primària de Salut (RAP), que va començar l'any 1985 amb la publicació del Decret 84/1985, de 21 de març, i va suposar un canvi copernicà en relació amb el model existent fins aleshores.

L'atenció primària va ser definida com el primer nivell d'accés del ciutadà a l'assistència sanitària. Es volia que actués com a «porta d'entrada» al sistema —un sistema molt focalitzat en l'atenció especialitzada que es prestava als hospitals. Si bé no tots els països del nostre entorn varen endegar reformes d'aquesta transcendència, la concepció d'un model integral va comportar apostar per una reforma que volia que aquest nivell assistencial esdevingués el principal referent per al malalt i la comunitat.

La reforma legislativa que va comportar el Decret no va néixer de sobte. Cal recordar els precedents constituïts per les primeres aportacions de canvis conceptuals i organitzatius fetes pels centres adscrits a l'antiga Unitat Docent de Medicina de Família i Comunitària de Barcelona: Just Oliveres (l'Hospitalet de Llobregat) i Cornellà (Cornellà de Llobregat). I també l'experiència protagonitzada per quatre centres pilot: Canteres (Barcelona), Ciutat Badia (Badia del Vallès), La Mina (Sant Adrià de Besòs) i Vila-roja (Girona), i que varen constituir —gràcies a l'impuls dels seus professionals— amb el suport de la Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanitària la llavor de la reforma.

La RAP va néixer amb el propòsit de superar el model assistencial anterior, caracteritzat essencialment pel predomini gairebé absolut de

l'atenció curativa a demanda de la població usuària, pel treball individual dels professionals assistencials i per la manca d'orientació de l'oferta assistencial cap a un concepte d'atenció al pacient. El procés de desenvolupament de la RAP al llarg dels anys va comportar la implantació progressiva d'un model que propiciava que l'atenció primària de salut pogués desenvolupar el seu paper com a primer graó d'accés de la població a l'assistència sanitària i transformar-se en un nivell assistencial qualitativament diferent, per tal d'integrar d'una manera equilibrada l'atenció preventiva, l'atenció curativa amb un alt grau de resolució, l'atenció rehabilitadora i la promoció de la salut de la comunitat.

Els instruments estructurals bàsics per a la planificació d'aquesta reforma van ser la delimitació d'un marc territorial, que va permetre una sectorització operativa de la xarxa assistencial, mitjançant la creació de les Àrees Bàsiques de Salut (ABS), i la implantació progressiva dels Equips d'Atenció Primària (EAP). Les ABS varen ser definides com «les unitats territorials elementals per a la prestació de l'assistència primària d'accés directe de la població» i la delimitació d'aquestes unitats es va determinar atenent els factors geogràfics, demogràfics, socials i epidemiològics homogenis.

Els EAP es varen definir com a «conjunts pluridisciplinaris de professionals sanitaris i no sanitaris, responsables de l'atenció primària de salut de la població», que tenien assignada la població resident a la zona que comprèn una ABS. Els EAP estaven integrats per vuit categories professionals: metges de família, pediatres, odontòlegs, infermers, auxiliars d'infermeria, treballadors socials i personal no sanitari de suport (auxiliars administratius i zeladors).

La RAP també va suposar canvis en l'estructura i l'organització de l'atenció primària orientats a una utilització més eficient dels recursos i una millor atenció als usuaris. Va introduir el treball en equips multidisciplinaris incrementant el nombre de professionals i va ampliar la seva dedicació horària. Així, la reestructuració de l'organització del treball dels professionals mèdics va suposar haver de dedicar-se a temps complet a aquesta modalitat assistencial, en comptes de l'horari

limitat de permanència que hi havia fins aleshores als «ambulatoris» o als dispensaris municipals.

El canvi era substancial per la intensitat dels recursos i la qualitat. Es volia que l'especialista en medicina de família esdevingués el principal agent dels ciutadans, per tal que fos qui conegués millor el pacient en base a la seva història clínica i podia, per tant, desenvolupar activitats de promoció de la salut, de prevenció de la malaltia, i funcions de coordinació amb altres recursos assistencials com l'atenció especialitzada o l'atenció hospitalària.

Altres millores que perseguia la definició de les funcions assignades als membres dels EAP explicitaven clarament els canvis qualitatius i conceptuals quant als continguts del treball d'aquests professionals: a més de l'atenció curativa s'assignà, ja no solament al facultatiu sinó a la resta de membres de l'EAP, l'execució de programes de promoció de la salut, prevenció de la malaltia i educació sanitària, l'atenció rehabilitadora, la participació en programes de docència i formació, l'elaboració i execució de programes d'investigació, la realització d'estudis clínics i epidemiològics, l'elaboració del diagnòstic de salut, l'autoavaluació i la documentació i la informació sanitàries, afegint-hi també el component de treball social propi d'aquest nivell d'atenció. Es tractava, doncs, d'un salt molt qualitatiu en aquest àmbit d'atenció.

Cal destacar, a més, un fet molt important en la formació dels professionals, com va ésser l'establiment, en la dècada dels vuitanta, del programa de Metges Interns Residents (MIR) de medicina familiar i comunitària. La formació dels metges entre hospitals i centres d'atenció primària docents va representar tot un revulsiu per als professionals que treballaven en aquest nivell assistencial i que també va «contaminar» els altres professionals, com el personal d'infermeria, que va incrementar la seva competència clínica a l'atenció primària.

La implementació d'aquest procés ambiciós es va dilatar per dificultats d'ordre divers, com ara una certa resistència al canvi dels mateixos professionals sanitaris que consideraven que el model afectava les seves condicions laborals, o reticències en l'àmbit rural a la concentració de l'atenció continuada, amb la sensació de pèrdua de pes per

part dels ajuntaments petits o de pèrdua de seguretat en l'assistència per part dels ciutadans. Els diferents governs del president Pujol sempre varen respectar el caràcter voluntari de la integració i els «drets adquirits» del personal dels EAP amb plaça en règim de propietat (metges i practicants titulars de la sanitat local i personal estatutari de l'Institut Català de la Salut).

No obstant aquestes dificultats organitzatives i laborals de la reforma, un dels problemes més importants va ésser sens dubte l'elevat cost econòmic, motivat per l'increment dràstic dels recursos humans (d'una manera molt especial, del personal d'infermeria i del personal administratiu, però també de pediatres, d'odontòlegs i d'assistents socials) i, d'altra banda, la construcció i l'equipament de nous centres d'atenció primària i consultoris locals o la remodelació dels centres assistencials ja existents.

Malgrat la voluntat d'incrementar les dotacions pressupostàries corresponents a aquest àmbit assistencial, el ritme d'implantació va ser lent atesa, d'una banda, l'estructura funcional del pressupost sanitari decantada cap a l'atenció especialitzada i, de l'altra, els problemes de finançament de la sanitat en el seu conjunt. Així mateix, i pel que fa a la construcció de nous centres, s'hi va afegir una dificultat addicional en determinats municipis de caràcter urbà, on l'escassetat de sòl disponible per a equipaments va endarrerir la disponibilitat de moltes infraestructures sanitàries necessàries per a l'entrada en funcionament dels equips d'atenció primària. Val a dir, però, que el paper dels ajuntaments va ésser fonamental en molt casos per a la millora de la xarxa, especialment en l'àmbit rural, on les corporacions locals varen finançar la construcció o la remodelació dels consultoris municipals sense o amb ajudes del govern, a través de convenis de col·laboració amb ambdues administracions. Aquest impuls va ser determinant en molt llocs per avançar en la reforma.

Entre les regions sanitàries més afectades pel retard en la implantació, cal destacar la ciutat de Barcelona, per la dificultat i la manca de terrenys. No va ser fins a l'any 1998 quan, després de la signatura d'un conveni entre el Servei Català de la Salut, l'Ajuntament de Barcelona i

el Consorci Sanitari de Barcelona, es va poder avançar amb rapidesa per la finalització de la implantació de la reforma.

En aquest llarg procés de RAP hi ha un altre fet que cal ressaltar: la introducció de la gestió aliena a l'Institut Català de la Salut, d'acord amb el que preveia la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) de l'any 1990, que permetria que la gestió dels serveis d'atenció primària anés diversificant cap a entitats proveïdores de naturalesa jurídica diversa, quelcom semblant al que ja succeïa amb l'atenció hospitalària. El naixement d'aquest procés de diversificació, a més de ser una conseqüència de la distribució de funcions entre el finançament i la provisió de serveis, no entrava en contradicció amb l'aposta per la sanitat pública.

Al final del període podem veure com la diversificació en aquest àmbit d'atenció reflecteix l'estructura del model sanitari català. Tanmateix, la introducció de noves fórmules de gestió en l'àmbit dels serveis d'atenció primària va actuar a la vegada com un estímul per a l'Institut Català de la Salut per dur a terme canvis organitzatius i de gestió, que van permetre una millora en la qualitat de l'assistència sanitària.

La decisió de la diversificació en l'àmbit assistencial no va ser fàcil des del punt de vista polític ja que es va acusar el Govern d'una voluntat de privatització de la sanitat, fet paradoxal, atesa la situació que es donava a l'atenció hospitalària, i que es va veure consolidada amb la LOSC com veurem més endavant.

Disset anys després de l'entrada en funcionament dels primers EAP (el desembre de 1986, als municipis de Sabadell i Terrassa), la RAP es va estendre finalment a tot el territori de Catalunya l'any 2003 i els 345 EAP definitius proporcionaven, doncs, cobertura assistencial al conjunt de la població catalana. La situació final del procés de diversificació de la provisió dels serveis d'atenció primària, tal com es pot veure a la taula 4, comportava que l'ICS fos l'entitat proveïdora àmpliament majoritària en aquest nivell assistencial, amb la gestió d'un total de 269 EAP (78%), i que s'hagués cedit la gestió dels 76 EAP restants (22%) a un conjunt de 37 entitats proveïdores, de naturalesa jurídica diversa:

mitjançant un conveni (entitats de caràcter públic) per a 43 EAP (12,5%). Dins d'aquest darrer grup cal destacar les entitats de base associativa (EBA) que gestionaven, l'any 2003, 13 EAP (3,8%).

La introducció d'aquest model de gestió va ser possible amb l'aprovació de la reforma de la LOSC l'any 1995, que va permetre la implantació del que es van anomenar Equips d'Atenció Primària de Base Associativa (EBA). És a dir, equips gestionats pels seus propis professionals, en general per facultatius, que es feien responsables directes de la gestió amb l'establiment d'un contracte de prestació de serveis amb l'SCS, amb les mateixes característiques que altres proveïdors de l'atenció primària que no eren de l'Institut Català de la Salut. Aquesta experiència, que s'inicia l'any 1996 amb la inauguració del primer centre a la ciutat de Vic, va tenir un desenvolupament lent, ja que va representar un autèntic canvi cultural i de gestió del que s'estava fent fins aleshores. La seva implantació no va comptar amb el suport de tot l'arc parlamentari i va tenir el rebuig d'alguns agents socials i associacions. Cal destacar, però, que des de l'inici vàrem comptar amb professionals molt implicats en el projecte i també, i especialment, amb el suport i el compromís del Col·legi de Metges de Barcelona, que va fer una aposta clara pel model i es va implicar fins i tot en el seu finançament. L'any 2003 el nombre d'EAP «autogestionats» era de vuit.

Podríem dir que el model de reforma, en la seva concepció inicial, es va mantenir sense canvis essencials durant el període 1985-2003, si bé cal destacar la translació d'algunes activitats contemplades per aquest nivell assistencial contingudes en els successius plans de salut de Catalunya, així com altres activitats dirigides a fomentar la coordinació amb l'atenció hospitalària, dotar els EAP de més resolució, o adaptant-los a les necessitats canviants de la població en aquest període (com ho pot ser, per exemple, l'envelliment o el fenomen de la immigració), així com el seu paper en l'atenció domiciliària o l'atenció urgent.

Taula 4: Diversificació de la provisió de serveis d'atenció primària. Entitats proveïdores d'equips d'atenció primària. Catalunya, 2003

ENTITATS PROVEÏDORES	NOMBRE D'EAP	% SOBRE EL TOTAL D'EAP
ICS	269	78
Altres entitats proveïdores	76	22
EBA	13	3,8
Altres	63	18,2
TOTAL	345	100

Font: Servei Català de la Salut

Taula 5: Diversificació de la provisió de serveis d'atenció primària. Catalunya, 2003

ENTITAT PROVEÏDORA	EAP	%
Albera Salut, SL	1	0,3
Althaia Xarxa Assistencial de Manresa, Fundació Privada	2	0,6
Atenció Primària Alt Camp, SL	1	0,3
Badalona Gestió Assistencial, SL	7	2,0
Consorci Assistencial del Baix Empordà	4	1,2
Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample	2	0,6
Consorci de Gestió Corporació Sanitària	1	0,3
Consorci Sanitari de Terrassa	4	1,2
Consorci Sanitari del Maresme	2	0,6
Consorci Sanitari Integral	4	1,2

Corporació de Salut del Maresme i la Selva	3	0,9
EAP Dreta de l'Eixample, SL	2	0,6
EAP Osona sud – Alt Congost, SL	1	0,3
EAP Poble Sec, LS	1	0,3
EAP Sardanya	1	0,3
EAP Sarrià, SL	1	0,3
EAP Vallplasa Atenció Primària, SL	1	0,3
EAP Vic, SL	1	0,3
Fundació Centres Assistencials i d'Urgències	6	1,7
Fundació Hospital de Campdevànol	1	0,3
Fundació Hospital Sant Jaume d'Olot	2	0,6
Fundació Privada FASS	4	1,2
Fundació Privada Hospital de Puigcerdà	1	0,3
Gestió de Serveis Sanitaris	1	0,3
Grup Sagessa	1	0,3
Hospital de Figueres, Fundació Privada	1	0,3
Hospital del Solsonès, Fundació Pública Comarcal	1	0,3
Institut Català de la Salut	269	78,0
Institut d'Assistència Sanitària	3	0,9
Mútua de Terrassa	6	1,7
PAMEM	4	1,2
Parc Sanitari Pere Virgili	2	0,6
Projectes Sanitaris i Socials, SA	1	0,3
Serveis d'Atenció Primària Parc Taulí, SA	1	0,3

Serveis de Prevenció Assistencial i Sociosanitaris PASS	1	0,3
Servei Aranès dera Salut	1	0,3
Catalunya	345	100,0

Font: Servei Català de la Salut.

2.2 La Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya

La creació de la XHUP és, possiblement, un dels fets més rellevants per entendre el model sanitari català: tradueix la voluntat política de consolidar una realitat i a la vegada és una de les «pedres angulars» per al posterior desenvolupament de tot un seguit d'instruments de planificació i gestió que modulen el sistema sanitari a casa nostra.

Atesa la situació a Catalunya, en el moment de rebre les transferències —com ja hem comentat abastament—, hi havia dues vies per tal de garantir l'assistència hospitalària de cobertura pública a tota la població:

- Invertir tres-cents milions d'euros per a la construcció d'una xarxa d'hospitals que donés resposta a les necessitats assistencials de la població de Catalunya, entenen aquesta xifra com la quantitat que hauria hagut d'invertir l'Administració central de l'Estat si hagués volgut igualar l'esforç fet en el conjunt de l'Estat espanyol en termes de llits/1.000 habitants.
- Aprofitar la infraestructura ja existent, que prestava uns serveis de qualitat gràcies a l'esforç constant d'uns professionals sanitaris ben preparats i unes inversions que mantenien un bon nivell tecnològic, malgrat les dificultats econòmiques.

La primera opció no era possible, ja que l'Estat espanyol no estava en disposició de reconèixer aquest greuge i tampoc d'invertir-hi una quantitat semblant, motiu pel qual es va decidir que no hi havia cap

més alternativa que l'aprofitament de tots els recursos, alhora que es tenia en compte la història i la tradició que hi havia al darrere d'aquest centres.

És per aquests motius que es creà la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP), mitjançant el Decret 202/1985, de 15 de juliol, que institucionalitza una realitat existent i que va permetre a la vegada donar estabilitat i igualtat als diferents establiments en l'execució de la política sanitària del Govern de la Generalitat. Val a dir que en aquells moments la xarxa hospitalària era poc homogènia, i s'havia desenvolupat sense seguir uns criteris clars de planificació sanitària. La realitat dels centres de l'ICS era ben diferent a la dels hospitals concertats que, alhora, mantenien notables diferències entre ells.

La creació de la XHUP ve després del procés de profunda reordenació endegat l'any 1983, com a conseqüència de la publicació de l'Ordre de regulació de l'acció concertada (20 de novembre de 1981) i l'Ordre d'acreditació de centres de serveis assistencials (21 de novembre de 1981), que ja hem esmentat i que va comportar el tancament d'alguns centres assistencials, o la reconversió d'altres centres en centres sociosanitaris per a l'atenció a malalts crònics, com veurem més endavant. A la vegada, però, va permetre endegar una modernització de la xarxa i una notable millora de l'oferta assistencial.

La creació de la XHUP aconsegueix dotar els centres que prestaven assistència sanitària als titulars i beneficiaris de la Seguretat Social —independentment de la seva titularitat— d'un estatus jurídic per tal de garantir l'assistència hospitalària a casa nostra. Dit amb unes altres paraules, es donava cos jurídic al que havia estat la provisió de serveis sanitaris a Catalunya en l'àmbit hospitalari, tot consolidant el que havia estat una realitat diferenciadora i esdevenint un dels punts forts del nostre sistema.

Inicialment la XHUP estava constituïda per seixanta-quatre centres hospitalaris de titularitat diversa —vuit de l'ICS—, amb uns quinze mil llits d'aguts distribuïts pel conjunt del país.

Cal destacar, en aquest procés, el paper fonamental que varen tenir institucions com la Unió Catalana d'Hospitals, creada l'any 1975, i

posteriorment el Consorci Hospitalari de Catalunya, que sorgeix l'any 1983 de l'associació dels hospitals de titularitat municipal.

La Unió Catalana d'Hospitals, associació empresarial d'entitats que tenen la funció de prestar serveis sanitaris i socials, va esperonar al costat dels governs del president Pujol el desenvolupament i la defensa d'un model sanitari i social públic, plural, participat per la societat civil sobre la base de l'autonomia de la gestió empresarial. El seu compromís i les seves aportacions al model varen ser constants i en paral·lel a la funció de patronal d'aquests centres.

Posteriorment el Consorci va consolidar la presència de les institucions assistencials vinculades al món local en el model, i va facilitar la creació de consorcis per part de la Generalitat i els ens locals per a la prestació de l'assistència sanitària, un dels altres elements diferenciadors del model. Més tard, el Consorci va endegar activitats de consultoria internacional i de gestió directa de centres sanitaris associats, entre moltes altres activitats.

Cal dir que, un cop creada la XHUP, el procés de reordenació hospitalària va continuar amb l'objectiu de fer la xarxa més eficient, aconseguir una millor distribució pel territori i assegurar-ne la viabilitat. Això va ser possible per la política desplegada des del Departament pel que feia referència al finançament, el personal, les inversions, el deute de molts d'aquests centres i la millora de la gestió. Aquestes mesures varen requerir una política d'inversions a través de subvencions als centres i l'establiment d'un sistema de pagament de l'activitat assistencial (les anomenades UBA, Unitats Bàsiques Assistencials) que, d'una banda, assegurava una part dels ingressos dels centres per tal de garantir-ne l'estabilitat i, de l'altra, es feia front a l'activitat assistencial, conjuntament amb tot un seguit de programes específics, ateses les necessitats assistencials de la població i les característiques dels centres.

L'establiment d'aquest sistema de pagament de l'activitat «concertada», és a dir, la que es desenvolupava als centres que no pertanyien a l'ICS, va ser pionera a l'Estat espanyol. Tot plegat va permetre una millor distribució dels recursos econòmics i una certa contenció de la

despesa. Posteriorment, aquest model de finançament de l'activitat es va anar transformant, introduint el pagament per processos i complexitat en línia amb el que s'estava fent en altres països.

La XHUP va anar acollint progressivament a la seva creació els hospitals que va construir el govern autonòmic com el de Mora d'Ebre, el de Tremp o el de Blanes, per als quals es varen crear entitats de gestió com ara els consorcis, amb participació dels ens locals, o fórmules que implicaven la gestió a altres entitats (Mora d'Ebre-SAGESSA, Tremp-Mútua L'Aliança).

Cal situar aquesta xarxa dins l'àmbit del que es va anomenar l'assistència sanitària especialitzada a Catalunya, i que era i és el segon nivell d'accés dels ciutadans a l'assistència sanitària després de l'atenció primària. En aquest nivell assistencial hi trobem els recursos d'internament, les consultes ambulatories especialitzades, els hospitals de dia, els serveis d'urgències i l'hospitalització a domicili, i altres serveis de suport desenvolupats en el decurs dels anys com les unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (UFISS) o els programes d'atenció domiciliària - equips de suport (PADES).

Segons les seves característiques, els hospitals es varen classificar en tres tipus:

- Hospital general bàsic: per donar una resposta completa als requeriments habituals de la població. Aquests hospitals tenien la tecnologia assistencial necessària per atendre aquelles patologies que no requereixen un grau d'especialització important.
- Hospital de referència: destinat a resoldre la pràctica totalitat dels problemes de salut susceptibles de curació i millora, excepte aquells que requereixen recursos tecnològics de cost molt elevat o una pràctica altament especialitzada.
- Hospital d'alta tecnologia: per assumir les patologies de baixa prevalença no resoltes als hospitals esmentats anteriorment i que disposava de les anomenades supra-especialitats i de noves tecnologies diagnòstico-terapèutiques.

L'any 2001 a Catalunya hi havia 65 hospitals de la XHUP, 17 dels quals tenien servei de psiquiatria i 30 estaven autoritzats per fer també internament sociosanitari. En 11 hospitals hi havia unitats hospitalàries de desintoxicació de drogedependències. El procés de reorientació i optimització de recursos en l'atenció hospitalària va comportar la progressiva integració de les especialitats extra-hospitalàries als hospitals de la XHUP, la posada en funcionament de serveis de psiquiatria per a malalts aguts, el desenvolupament d'alternatives a l'hospitalització i molts altres serveis que varen comportar, d'una banda, la reducció de l'estada mitjana, la disminució del nombre de llits i, de l'altra, l'augment de la productivitat. Des del 1992 fins al 2001, l'activitat assistencial va experimentar un fort augment, especialment en consultes externes, com es pot observar a la taula 6.

Taula 6. Evolució de la capacitat i l'activitat a la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP). Catalunya, 1992-2001

INDICADORS XHUP	1992	2001	INCREMENT 1992-2001 (%)
Llits	16.335	14.774	-9,6
Altes	513.317	664.151	29,4
Consultes externes	4.136.907	8.844.147	113,8
Urgències	2.432.126	3.116.186	28,1

Font: Memòries d'activitat del Servei Català de la Salut.

Dins del que va ser la potenciació de la qualitat als hospitals d'aguts voldríem destacar en aquest recull un dels recursos assistencials que podríem qualificar quasi de revolucionaris, ens referim a la cirurgia major ambulatoria (CMA), que es va definir com un procediment quirúrgic de mitjana o d'alta complexitat realitzat amb anestèsia i que,

sense requerir hospitalització convencional, necessita un període d'observació i de control poc intensiu i de curta durada a l'hospital, i en alguns casos pot requerir seguiment i control domiciliari.

La CMA en els centres de la XHUP es va anar incrementant progressivament en el període analitzat. El nombre de centres amb CMA va passar de 20, l'any 1995, a 55, el 2001 i el nombre d'intervencions, de 16.648 a 197.664 en el mateix període.

Des del Departament es va impulsar la implantació d'aquests nous serveis als hospitals de la xarxa ja que potenciaven l'eficiència econòmica, la reducció de l'ús de llits hospitalaris i afavorien la recuperació en l'entorn comunitari.

La XHUP va ser, doncs, un dels elements cabdals de la configuració del model i tradueix dues de les seves característiques més pròpies com són la diversitat, tant de proveïdors com de fórmules de gestió, i la territorialització, com a expressió del seu desplegament en el territori i de la proximitat a la població. Aquests trets li varen atorgar una flexibilitat i un dinamisme propis, amb una reconeguda capacitat per adaptar-se a un entorn i a unes necessitats canviants i en evolució constant. A la vegada, la relació administrativa i contractual de la XHUP amb l'administració sanitària va servir de base per implementar la separació de les funcions del finançament amb les de la contractació i provisió, com veurem a la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya de l'any 1990.

El món hospitalari va haver d'afrontar en aquests vint-i-tres anys reptes diversos, entre els quals podem destacar la incorporació de les innovacions diagnòstiques i terapèutiques, la revolució de les tecnologies de la informació, l'envelliment progressiu de la població, la incorporació de les necessitats i les exigències creixents dels ciutadans pel que fa a l'oferta de serveis, la resposta a les demandes dels professionals, el fenomen de la immigració i el manteniment de la sostenibilitat financera.

Per fer-ho possible, des del Govern es varen potenciar eines de planificació i de gestió com poden ser la creació d'instituts, la ruptura de models divisionals i l'adopció d'altres fórmules de gestió, com la gestió clínica, la integració vertical de serveis, les aliances estratègiques, les fusions, les corporacions, la incorporació del Pla de Salut, etc.

No podríem acabar aquest capítol sense fer referència a tot el que va tenir a veure amb el disseny de les noves infraestructures, ressaltant l'alt nivell dels projectes d'arquitectura i d'instal·lacions que varen rebre reconeixement internacional per la seva funcionalitat, la innovació i l'alta qualitat.

Des de final dels anys vuitanta, es va desplegar i consolidar a Catalunya un model arquitectònic singular. Aquest model va plantejar el disseny de centres a partir d'uns plantejaments homogenis conceptualment i funcionalment, però amb un grau de llibertat formal per donar resposta arquitectònica a les particularitats de cada situació i cada territori. Les característiques que reunien aquests centres van ser: l'accessibilitat, la intimitat i el confort, la integració amb l'entorn, la flexibilitat (per possibilitar l'adaptabilitat dels centres als canvis de programa) i la qualitat, la sostenibilitat i la tecnologia.

En relació amb els hospitals d'alta tecnologia, es va realitzar una intensa i continuada reforma, d'ampliació i de millora dels grans centres transferits. El primer hospital d'aquesta categoria que va ser substituït íntegrament per un hospital de nova construcció és l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, iniciat l'any 2001 i que es va acabar l'any 2010.

2.3 La Llei General de Sanitat

Malgrat que parlarem d'una Llei d'àmbit estatal, hem cregut convenient fer en aquest recull una referència a la Llei General de Sanitat (LGS), «lleï de bases», que marca el desenvolupament del sistema sanitari a l'Estat espanyol i que, com no podia ser d'altra manera, també va influenciar l'evolució del nostre model sanitari.

L'LGS va respondre al mandat contingut a la Constitució de l'any 1978 en el seu article 43, en què es reconeix el «dret a la protecció de la salut» i va definir, en l'article 148, les competències de les comunitats autònomes pel que fa referència a la «*Sanidad e Higiene*».

L'LGS transforma totalment el model sanitari espanyol que s'havia

anat configurant al llarg de la dictadura del general Franco. El sistema sanitari no era universal ni equitatiu i el seu finançament estava molt desagregat i era notablement insuficient. L'LGS transformà radicalment el model sanitari sota els principis de la universalitat, l'equitat i la gratuïtat del sistema, establint el finançament dels serveis sanitaris a través dels impostos i no de les aportacions al fons de la Seguretat Social que feien les empreses i els treballadors. La llei reforça el «caràcter públic» d'aquest servei, defineix els drets i deures dels ciutadans, la integració de les diferents estructures i serveis públics al servei de la salut en l'anomenat «Sistema Nacional de Salut» (SNS) i el desenvolupament d'un model d'atenció primària que posés èmfasi en la integració, en aquest nivell assistencial, de les activitats de prevenció de la malaltia, promoció de la salut i rehabilitació bàsica, entre molts altres aspectes.

L'aprovació de la llei, amb el vots favorables de CiU al Congrés de Diputats, transformà el sistema en un model de «serveis nacionals de salut», inspirat en el National Health Service del Regne Unit, caracteritzat per la protecció universal finançada a través d'impostos, cosa que reforça l'aspecte solidari del sistema sanitari, una solidaritat recíproca que tenen tots els ciutadans d'un país i que actua com a element redistributiu sobre les seves oportunitats.

Es tractava d'un canvi radical i és probablement un dels fets clau del reforçament de l'estat del benestar a l'Estat espanyol en aquella dècada. Un altre dels trets més característics d'aquesta llei, i al nostre entendre un dels seus punts més forts, és l'establiment d'un «Sistema Nacional de Salut» compost pels «serveis de salut» de les disset comunitats autònomes: *«En cada Comunidad Autónoma se constituirá un servicio de salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado, como se establece en los artículos siguientes, bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma»* segons el seu article 50, punt 1 (Capítol II).

La llei va permetre, doncs, el desenvolupament d'un sistema sanitari *ad hoc* a cada comunitat, ateses les competències establertes a la

Constitució i que hem esmentat anteriorment. La realitat històrica a Catalunya va ser respectada per la llei permetent la configuració del nostre model. A la resta de comunitats, les diferències entre els seus «serveis de salut» no variava gaire, per no dir gens, si bé en el decurs dels anys hem pogut veure diferents enfocaments en l'àmbit de la gestió sanitària així com en les prestacions que cada un d'aquests «serveis de salut» havia prestat a la ciutadania.

La llei preservava a l'Estat les funcions de regulació com les de l'acreditació de centres, control de qualitat i seguretat en la prestació dels serveis públics i privats, la política farmacèutica, competències en matèria d'investigació, i d'altres, i mantenia les de finançament i gestió dels serveis sanitaris on encara no s'havien produït les transferències, que es tanquen el 31 de desembre de l'any 2001.

La llei crea com a organisme de coordinació el «Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)», màxim instrument per garantir la participació de les comunitats autònomes en les polítiques de salut a nivell de l'Estat. Aquest Consell, compost d'un nombre important de representants de l'Administració central per contrarestar el pes de les comunitats, fou poc eficient i gens resolutiu tant amb els governs del PSOE com amb el PP. D'altra banda, el fet que no totes les comunitats haguessin rebut les transferències va dotar d'una certa asimetria els debats i continguts de les reunions, on el Ministeri com a responsable de la gestió dels serveis sanitaris sota el paraigües de l'INSALUD exercia de «jutge i part», fet que va entorpir el bon funcionament d'aquest organisme.

Val a dir que Catalunya, a través del conseller de Sanitat i Seguretat Social, va exercir durant tots aquests anys la vicepresidència, amb el que es pot entendre un reconeixement a la seva singularitat en la configuració del seu servei de salut.

No és fins a la promulgació de la *«Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud»*, amb tots els serveis transferits, on es contempla una nova composició i funcions del Consejo Interterritorial, que es defineix com *«el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene*

como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado».

Un dels capítols més controvertits de l'LGS és el que fa referència al finançament del sistema, ja que si bé la llei ho recull al seu capítol V, l'article 82 ho remet al «sistema de finançament de les comunitats autònomes vigent en cada moment». O sigui que dins d'aquest organisme no es va poder debatre mai en profunditat els problemes de finançament que afectaven al Sistema Nacional de Salut.

Hem cregut oportú recalcar el fet que la llei contemplava l'increment progressiu de les aportacions de l'Estat al finançament dels serveis sanitaris, en paral·lel a la disminució de les aportacions de la Seguretat Social, fet que es va tancar en l'exercici de l'any 1998, on s'estableix ja definitivament el finançament a través dels impostos que paguen els ciutadans, cosa que reforça els conceptes d'universalitat i equitat d'accés. Aquest fet hauria comportat que l'Estat finalment traspassés a les comunitats els centres i els establiments propietat de la Tresoreria General de la Seguretat Social, amb la finalitat de tancar definitivament el procés transferencial, normalitzant un fet paradoxal que hem esmentat en parlar de la Llei de creació de l'ICS. Malauradament, i malgrat els successius governs a Madrid, aquest fet continua sense resoldre's, la qual cosa palesa una greu contradicció entre l'esperit de la llei i les realitats polítiques instal·lades al govern central.

L'LGS no va ser modificada al llarg del període que estem estudiant, fins a l'any 2003, si bé es va dur a terme el seu desenvolupament legislatiu, destacant el Reial Decret d'Ordenació de les Prestacions sanitàries de l'any 1995, que és l'element legislatiu que marca les prestacions assistencials que han de donar i garantir totes les comunitats autònomes.

2.4 El programa «Vida als anys»

Un dels fenòmens socials més notables d'aquest període ha estat l'envelliment progressiu de la població com el resultat d'una major

esperança de vida en néixer, associada a una disminució notable de la natalitat. Catalunya va tenir en les darreres dècades del segle xx una de les taxes de natalitat més baixes d'Europa, assolint un mínim històric de 53.809 naixements l'any 1995, fet que fins i tot posava en perill el recanvi generacional. Les raons que expliquen la baixa natalitat són diverses, complexes i interrelacionades entre si: l'accés de la dona a l'educació superior i al món laboral; les dificultats per conciliar la vida laboral i familiar; la profunda transformació cultural que fa canviar les prioritats en els projectes convencionals i vitals de les persones.

Conjuntament amb aquest creixement zero dels anys noranta, cal destacar la contínua millora de les taxes de supervivència —que varen fer de Catalunya un dels llocs amb major esperança de vida, juntament amb els països nòrdics, els de l'àrea mediterrània o el Japó. Així, l'esperança de vida —que expressa el nombre d'anys que s'espera que visqui una persona en néixer— és el principal indicador de salut positiva a Catalunya, ja que en un segle s'han duplicat les xifres, passant dels trenta-set anys d'esperança de vida l'any 1901, als més de vuitanta anys que ja se superaven el 2003.

L'any 2004, l'esperança de vida se situava a casa nostra en 77,41 anys els homes i 80,75 anys les dones. Als anys vuitanta i durant el primer quinquenni dels noranta, va augmentar la diferència d'esperança de vida d'homes i dones a causa, principalment, de l'increment de la mortalitat dels joves i adults joves com a conseqüència dels accidents de trànsit i la sida; a partir del 1997, les diferències per sexe s'estabilitzen al voltant de set anys i al principi del nou segle es va donar una represa del creixement de l'esperança de vida: de les dones, principalment, als anys noranta i de tots dos sexes a la dècada següent.

Totes aquestes dades són sorprenents, i més si tenim en compte que l'any 1986 per cada 100 joves menors de 15 anys hi havia 60 persones més grans de 65 anys, i que, el 2003, aquesta relació es doblava, situant-se en 120 persones més grans de 65 anys per cada 100 joves.

Aquesta longevitat es pot considerar un dels signes més evidents del que ha estat l'evolució i el progrés que hem viscut en els darrers anys en tots els àmbits, no només en el mèdic o sanitari, sinó també i de forma

especial en l'aspecte econòmic i social. Des del punt de vista epidemiològic cal assenyalar que, a partir dels anys seixanta, hi ha una menor incidència de les morts causades per algunes malalties actualment més controlades, com la tuberculosi, les malalties del cor, les cerebrovasculars, les pulmonars, entre d'altres. Per contra, l'envelliment suposà un increment de determinades malalties cròniques, invalideses o demències —el que s'anomena la transició epidemiològica— que comporten que els més grans tinguin un major consum sanitari i despesa farmacèutica.

Els successius governs varen assumir l'envelliment com un gran repte sanitari i social que tenia plantejat Catalunya com a societat desenvolupada i davant del qual calia oferir solucions. I aquestes solucions ja es varen plantejar l'any 1986 amb la creació, mitjançant l'Ordre de 29 de maig de l'any 1986, del programa «Vida als anys» d'atenció a persones grans malaltes i malalts crònics.

Aquest programa havia de donar resposta als malalts amb pluri-patologies, amb unes necessitats de salut específiques que han de ser ateses tant de forma preventiva com curativa, tot preservant al màxim una atenció de qualitat. Malalts amb un entorn social canviant que requereixen a la vegada suport institucional o familiar més intens.

I no estem parlant únicament del malalt crònic, sinó també d'aquell que necessita un recurs assistencial per a la seva recuperació o rehabilitació; o d'un altre col·lectiu de persones amb malalties neurològiques, moltes de les quals cursen amb discapacitats, amb una vida llarga que necessita una atenció sociosanitària continuada.

Hi havia un altre grup cada cop més important i és el que configuren persones amb necessitats d'atenció especial al final de la vida, entesa aquesta atenció com una concepció global que inclou aspectes somàtics, psicològics, socials, ètics, econòmics, culturals i espirituals: estem parlant de les cures pal·liatives.

Molts d'aquests problemes de salut tenien, doncs, unes característiques comunes que s'havien d'abordar amb criteris que permetessin organitzar una atenció en la qual es tinguessin en compte les necessitats específiques d'aquest grup de població, i això és el que es va fer des del programa «Vida als anys».

Havíem passat de «posar anys a la vida», com es reflecteix amb l'increment notable de l'esperança de vida a Catalunya, a «posar vida als anys», és a dir, aconseguir millor qualitat de vida per aquest període de la nostra existència.

El programa va comportar el desenvolupament de nous recursos que complementaven l'internament de llarga estada, fins aleshores l'única modalitat de serveis socio-sanitaris, com eren els serveis de mitja estada (convalescència-subaguts, cures pal·liatives), hospitalització a domicili, atenció de dia i serveis d'avaluació i suport (UFISS i PADES). Aquest fet va condicionar el desenvolupament del sector socio-sanitari a casa nostra, en paral·lel al que va ser el procés de reordenació sanitària dels centres hospitalaris per a malalts aguts, i va influenciar en gran manera el debat i el desenvolupament posterior d'aquest tipus de recursos assistencials en quasi totes les comunitats autònomes de l'Estat espanyol.

Aquest desplegament va comportar a la vegada la promoció d'un model d'atenció propi, que va defensar la concepció global de la persona i la necessitat d'un enfocament integral, tant en la valoració de les necessitats com en la implementació dels programes d'intervenció segons el model d'atenció bio-psicosocial. A més, la defensa de la multidisciplinarietat, imprescindible per a una atenció d'aquestes característiques, va ser fonamental. Aquest model era i és útil per a l'atenció a les persones grans malaltes, per als malalts crònics amb dependència i per a les persones amb una malaltia en situació terminal que necessiten cures pal·liatives.

L'any 1988 es va crear el Departament de Benestar Social, per la qual cosa l'àmbit d'actuació de «Vida als anys» va passar a ser interdepartamental.

L'any 1990 es va redactar el primer Pla de demències 1990-1995, que va ajudar a desenvolupar recursos específics com les unitats de diagnòstic (UFISS de demències) i, encara que sense normativa específica, les unitats de llarga estada psico-geriàtrica i els hospitals de dia psico-geriàtrics.

L'any 2000 es va realitzar el Pla de desplegament de recursos socio-

sanitaris per al període 2000-2005 en què es varen definir clarament les quatre grans àrees d'activitat dels serveis socio-sanitaris:

- L'atenció geriàtrica
- L'atenció a les persones amb demència
- L'atenció a persones amb altres malalties neuro-degeneratives
- L'atenció al malalt terminal

Aquest pla va anar seguit d'altres documents per a cada àrea d'activitat específica (geriatria, demències, malalties neuro-degeneratives, malalts terminals).

El 2001 es van posar en funcionament les primeres unitats de mitja estada per a persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències, orientades especialment a persones amb trastorns de comportament, i el 2002, les primeres unitats d'avaluació integral ambulatoria de geriatria, de trastorns cognitius i de cures pal·liatives, que tant als hospitals d'aguts com als centres socio-sanitaris permetien impulsar l'atenció ambulatoria en les diferents àrees d'activitat que s'havien definit.

Dins del que va ser el programa «Vida als anys», cal destacar l'especial atenció que varen rebre les cures pal·liatives. L'any 1990 se signa un programa de col·laboració amb l'Organització Mundial de la Salut per al quinquenni 1990-1995, amb la finalitat de desenvolupar les cures pal·liatives a Catalunya, la qual cosa va representar un fort impuls per a aquest àmbit d'atenció. Les cures pal·liatives han estat un puntal de l'atenció socio-sanitària, tant pels resultats obtinguts com per la solidesa del seu discurs metodològic i ètic.

Dins d'aquest àmbit, cal assenyalar que el Pla de Salut de Catalunya de 1996 va dedicar un dels seus capítols a «Dolor i qualitat de vida». En aquest capítol es varen definir els objectius operacionals orientats a la millora de l'atenció al dolor i el seu impacte en la qualitat de vida de les persones que el pateixen.

Totes aquestes actuacions empreses pel Departament es varen dur a terme amb una estreta col·laboració amb els professionals sanitaris i amb diverses institucions i centres assistencials. Així ho demostra la

constituïció de diversos òrgans de participació com el Consell Assessor en Psicogeriatria (1996) o el Consell Assessor per al tractament farmacològic de la malaltia d'Alzheimer (1997).

Taula 7. Recursos del programa «Vida als anys»

NIVELLS D'INTERVENCIÓ	RECURSOS
Serveis d'hospitalització	
Llarga estada	Llarga estada psicogeriatrica Llarga estada psicogeriatrica per a persones amb malaltia psiquiatrica crònica Llarga estada per a grans discapacitats Llarga estada per a persones amb tuberculosi Llarga estada per a persones amb SIDA
Mitja estada (convalescència i pal·liatives)	Convalescència/subaguts Cures pal·liatives Mitja estada polivalent Mitja estada malaltia d'Alzheimer i altres demències
Serveis d'atenció diürna ambulatoria	
Hospitals de dia	Hospital de dia terapèutic i rehabilitador Hospital de dia per a malalts d'Alzheimer i altres demències Hospital de dia pal·liatiu Hospital de dia per a persones amb malalties neurodegeneratives
Equips d'avaluació integrals ambulatoria	Equips d'avaluació integrals ambulatoria en geriatría Equips d'avaluació integrals ambulatoria en trastorns cognitius, que inclou les Unitats Funcionals Interdisciplinàries Sociosanitàries de demències Equips d'avaluació integrals ambulatoria en cures pal·liatives

Equips de valoració i suport	
UFISS	En funció de la seva activitat principal, atenció: Geriàtrica Cures pal·liatives Mixtes Respiratori
PADES	Hi ha alguns especialitzats en neurorehabilitació; per a malalts neurològics amb dependència, lesions medul·lars o dany cerebral; el PADES, per a pacients amb Sida i Equips de Teràpia d'Observació Directa Ambulatoria (ETODA), per a persones amb tuberculosi.

El nombre de malalts atesos pels dispositius socio-sanitaris va augmentar de forma exponencial els darrers anys, tal com es pot veure a la taula 8:

Taula 8. Evolució del nombre d'usuaris atesos als serveis socio-sanitaris. Catalunya, 1992-2001

USUARIS	1992	2001	INCREMENT 1992-2001 (%)
Llarga estada	7.704	11.899	54,5
Convalescència	1.682	10.361	516,0
Cures pal·liatives	641	4.625	621,5
Sida	788	3.132	297,4
PADES	4.540	13.351	194,1
UFISS	2.978	28.304	850,4
TOTAL	18.333	71.672	290,9

Nota: PADES: Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport.
UFISS: Unitats Funcionals Interdisciplinàries Socio-sanitàries.

Font: Memòries Servei Català de la Salut

2.5 La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya

Després de deu anys d'haver assumit les competències en matèria sanitària, i haver desenvolupat tot un seguit d'iniciatives amb la voluntat de configurar un model sanitari propi, es va creure necessari regular, d'una banda, totes les accions que permetessin fer efectiu el dret a la protecció de la salut a la població de Catalunya, tot donant compliment al mandat contingut en la Llei General de Sanitat de l'any 1986, i, de l'altra, consolidar les mesures organitzatives dutes a terme. Calia pujar un esglaó més en la formalització del model i en el seu reforçament: podríem dir que calia «madurar» el que s'havia fet: passar de «l'adolescència a la maduresa».

Necessitàvem un model fort; modern en la seva concepció i els seus principis fonamentals; innovador i flexible per afrontar els reptes del segle XXI —socials i demogràfics, tecnològics i científics; clar i transparent en les relacions amb els seus agents, que fes possible l'establiment d'eines de gestió més eficients, l'avaluació i la rendició de comptes que tota administració té el deure de dur a terme amb els ciutadans i ciutadanes; i donar rang de llei a la seva participació en l'ordenació, planificació i gestió dels serveis assistencials.

És per això que el Govern va promoure l'aprovació de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) l'any 1990. La Llei parteix d'una realitat històrica basada en el sistema mixt i recull el canvi cultural que s'havia anat introduint durant els anys vuitanta amb una clara definició estratègica: considerar l'administració sanitària com a financadora i compradora de serveis, dissociant-la del seu paper de gestora directa o provisorària de la producció. Aquest punt havia de ser l'eix que ens permetés consolidar el model i dotar-lo d'una major eficiència en la utilització dels recursos.

Aquest procés va comportar com a pas intermedi la creació, l'any 1989, de la Direcció General de Recursos Econòmics del Sistema Sanitari (DGRESS), com a responsable de la compra de serveis sanitaris de provisió pública.

La LOSC, aprovada amb una àmplia majoria parlamentària, va in-

troduir un nou model de servei sanitari que respongués a les necessitats del país, amb solucions pròpies i amb unes línies de canvi en sintonia amb l'evolució dels sistemes sanitaris públics europeus, igualment preocupats pel control i l'eficàcia de la despesa sanitària pública i per l'exigència d'una bona gestió dels recursos i la qualitat dels serveis.

La Llei té la base en la consideració de la sanitat com un servei públic finançat públicament, i traça una línia estratègica amb la creació del Servei Català de la Salut que constitueix l'eix fonamental de l'ordenació sanitària amb les funcions d'ens planificador, finançador, avaluador i comprador dels serveis sanitaris, amb una visió integral del sistema i una funció integradora de tots els recursos.

Es va pretendre, així, superar les mancances històriques de l'organització sanitària en relació amb la desvinculació entre les actuacions en matèria d'ordenació i planificació i les de gestió dels serveis sanitaris, que es portaven a terme per òrgans diferents. Així mateix, és remarcable, per la seva concepció nova, el fet que la llei va preveure que el Servei Català de la Salut pogués desenvolupar fórmules de gestió empresarial per a la gestió dels serveis i les prestacions del sistema sanitari públic. Això va permetre el desenvolupament de consorcis de naturalesa jurídica pública amb altres entitats públiques o privades sense afany de lucre per a la consecució de finalitats assistencials, docents o d'investigació en matèria de salut, així com la creació d'empreses públiques.

La Llei va contemplar també l'assumpció de les competències exercides per les Diputacions catalanes en matèria sanitària en els termes establerts per la Llei 5/1987, del 24 d'abril, de Règim Provisional de les Competències de les Diputacions Provincials, i les normes dictades en el seu desplegament.

Un fet important a ressaltar és l'aposta decidida per una autèntica descentralització organitzativa mitjançant unes demarcacions territorials denominades Regions Sanitàries, que es corresponien amb les àrees de salut previstes a la Llei General de Sanitat. Dins de la Regió Sanitària existien unes subunitats territorials integrades, els Sectors Sanitaris, conformades per un conjunt d'àrees bàsiques de salut, que

comptaven amb unes estructures desconcentrades de direcció, gestió i participació.

Aquestes estructures tenien la ferma voluntat de permetre la integració de l'atenció primària de salut i dels serveis d'especialitats mèdiques i la coordinació de les activitats de promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i salut pública, i també els recursos hospitalaris i extra-hospitalaris públics i de cobertura pública situats en l'àmbit territorial específic del sector.

La llei consolidava l'àrea bàsica de salut com la unitat territorial elemental on es presta la primera línia assistencial, i en l'àmbit de la qual desenvolupa les seves activitats l'equip d'atenció primària en el marc d'una estructura física i funcional denominada Centre d'Atenció Primària. D'altra banda, va institucionalitzar la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública, consolidant el sistema sanitari mixt, abordant altres aspectes com els mitjans personals, el règim patrimonial i el règim financer pressupostari comptable. També es delimitaven les competències de les comarques i municipis, i es preveia l'existència del Pla de Salut de Catalunya com a instrument indicatiu i marc de referència per a totes les actuacions públiques en matèria de salut.

Aquest és un dels altres elements fonamentals que l'instrument jurídic eleva a rang de llei: la planificació mitjançant objectius de salut, tal com recomanava l'OMS en el seu document «Salut per a tothom l'any 2000», i que el Departament de Sanitat fa seu a través de la Direcció General de Salut Pública.

Un altre dels aspectes a destacar de la llei és el principi de participació comunitària dins la totalitat de les estructures del Servei Català de la Salut. Aquesta representació es reflecteix a través de les corporacions locals, dels òrgans col·legiats de direcció de les Regions Sanitàries i dels òrgans de participació establerts en tots els seus diversos nivells, en els quals també hi tenen cabuda les entitats que en l'àmbit sanitari són representatives del teixit social català.

Per últim calia incloure un títol específic dedicat a la formació dels professionals sanitaris i no sanitaris del camp de la salut i la recerca en ciències de la salut, i és per això que s'inclou una referència a l'Institut

d'Estudis de la Salut, amb la voluntat que esdevingués un instrument de suport als departaments de la Generalitat i al Servei Català de la Salut en matèria de formació.

En resum, d'acord amb aquesta llei, els principals actors del sistema sanitari català eren:

- El Departament de Salut, que té la responsabilitat d'elaborar les polítiques de salut, assegurar la sostenibilitat del sistema i vetllar per la seva qualitat, a través de les funcions de planificació, que està basada en els plans de salut; la funció de finançament d'acord amb el Parlament de la Generalitat de Catalunya, que és qui té la capacitat d'aprovació del pressupost; i per últim la funció de garantir els nivells de qualitat que han de tenir els centres concertats a través dels processos d'acreditació.
- El Servei Català de la Salut (CatSalut), que es constitueix com hem vist en l'eix fonamental de l'ordenació sanitària amb les formes d'ens planificador, finançador, avaluador i comprador dels serveis sanitaris.
- Els proveïdors, que són organitzacions de salut a qui el Servei Català de la Salut contracta la prestació dels serveis assistencials, d'acord amb la política de salut del Departament. Aquests proveïdors bàsicament presten serveis d'atenció primària i d'atenció especialitzada en els següents àmbits:
 - Atenció hospitalària
 - Atenció sociosanitària
 - Atenció psiquiàtrica i salut mental
 - Atenció a drogodependències
 - Atenció farmacèutica

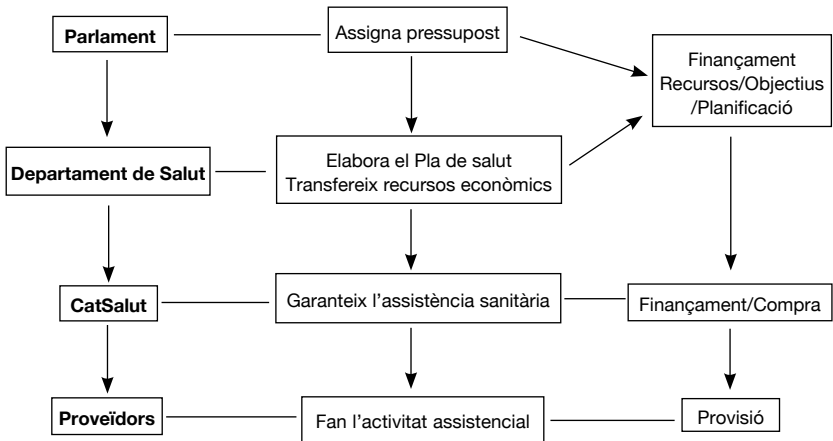
Aquests recursos es van anar organitzant en xarxes —hem analitzat la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública o la Xarxa Sociosanitària— que es van acabar agrupant en el que es va anomenar inicialment Xarxa Sanitària d'Utilització Pública i, posteriorment, Sistema Sanitari Inte-

grat d'Utilització Pública de Catalunya (a excepció de les oficines de farmàcia).

I, per últim, els ciutadans, centre del sistema, als quals se'ls dota de sistemes de participació habilitats per a fer realitat la condició pública del sistema, i d'un document que contempla els drets i deures, i al qual ens referirem més endavant.

La LOSC també té en compte altres actors del sistema com els col·legis professionals i els agents socials, les entitats relacionades amb els pacients i les entitats que agrupen els centres proveïdors de serveis sanitaris (Unió Catalana d'Hospitals i Consorci Hospitalari de Catalunya).

La combinació d'aquests quatre agents es pot contemplar en el quadre següent, on es vol plasmar la separació de les funcions de finançament de les de provisió i on es representen els diferents lligams entre ells:



La LOSC, en definitiva, va donar «majoria d'edat» al model sanitari establert, tot consolidant-lo en el futur mitjançant el seu desenvolupament gradual i progressiu, no només pel que fa al seu desplegament organitzatiu, sinó també a altres instàncies, com pot ser el finançament sanitari.

2.6 «Salut per a tothom l'any 2000»: El Pla de Salut de Catalunya

Si la LOSC va comportar donar majoria d'edat al model sanitari, l'elaboració del primer Pla de Salut de Catalunya (PdS) va representar introduir en aquest sistema un nou model de planificació sanitària que va suposar un canvi molt substancial en la manera de planificar, essent la primera comunitat autònoma de tot l'Estat espanyol a dur a terme una actuació com aquesta. Avui, el Pla de Salut continua vigent en les successives edicions, fet que demostra el seu valor com a eina de planificació i com un dels eixos de sostenibilitat del model sanitari.

Prèviament a l'elaboració del pla es va redactar el document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya dins l'Estratègia de «Salut per a tothom l'any 2000» de l'Oficina Europea de l'Organització Mundial de la Salut (OMS Europa), que contenia els principis generals de política sanitària i els objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2000, així com els principis que havien de guiar la planificació i la gestió de centres i serveis que configuraven el Servei Català de la Salut.

El document marc seguia bàsicament un criteri epidemiològic. Els problemes i les intervencions prioritàries se seleccionaven a partir de la informació disponible sobre mortalitat, anys potencials de vida perduts, morbiditat i incapacitat, seguint criteris de valoració de la magnitud i la gravetat dels problemes, de la seva vulnerabilitat o dels factors de risc associats a les intervencions preventives o curatives existents, així com la factibilitat de les esmentades intervencions.

Una vegada seleccionades les intervencions es van formular els objectius de salut i els nivells a assolir per a l'any 2000. En general, es van adoptar objectius coincidents amb els de l'OMS, però també se'n van elaborar d'altres per a Catalunya tenint en compte l'experiència d'altres països del nostre entorn. En aquest document també es van contemplar les activitats, els recursos necessaris per dur-les a terme i les estratègies d'avaluació, tant dels resultats com de l'estructura i el procés, tal com es pot veure reflectit a les taules 9 i 10.

**Taula 9. Problemes de salut prioritaris.
Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut.
Catalunya, 1990**

Malalties de l'aparell circulatori

Càncer

Malalties de l'aparell respiratori

Accidents, enverinaments i violències

Malalties de l'aparell digestiu

Diabetis *mellitus*

Sida

Malalties de transmissió sexual

Problemes de salut laboral

Tuberculosi

Infeccions nosocomials

Càries dental

Alcoholisme i altres drogodependències

Malalties infeccioses susceptibles de ser previngudes amb programes de vacunacions sistemàtiques i no sistemàtiques

Malalties relacionades amb el medi ambient i la higiene dels aliments

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Departament de Sanitat i Seguretat Social. Planificació per a la Salut a Catalunya 1990-2000.

**Taula 10. Intervencions prioritàries.
Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut.
Catalunya, 1990**

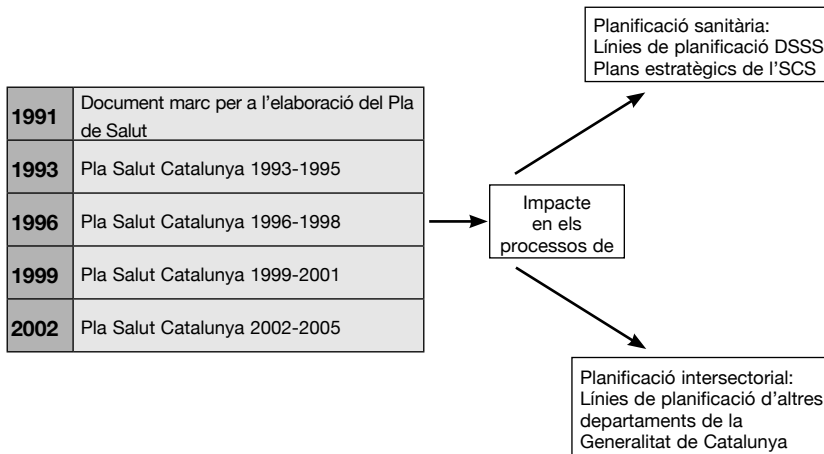
Detecció i control de la hipertensió arterial
Detecció i control de la hipercolesterolèmia
Promoció de l'activitat física
Reducció de l'excés de pes
Millora dels hàbits d'alimentació i nutrició
Cribratge càncer genital femení i mama
Prevenició d'accidents
Prevenició i control de l'alcoholisme
Prevenició i control de la sida
Vacunacions sistemàtiques i no sistemàtiques
Prevenició i control de les malalties de transmissió sexual
Prevenició dels problemes de salut laboral
Prevenició i control de la tuberculosi
Prevenició i control d'infeccions nosocomials
Prevenició de la càries dental
Medi ambient saludable
Higiene dels aliments

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Departament de Sanitat i Seguretat Social.
Planificació per a la Salut a Catalunya 1990-2000.

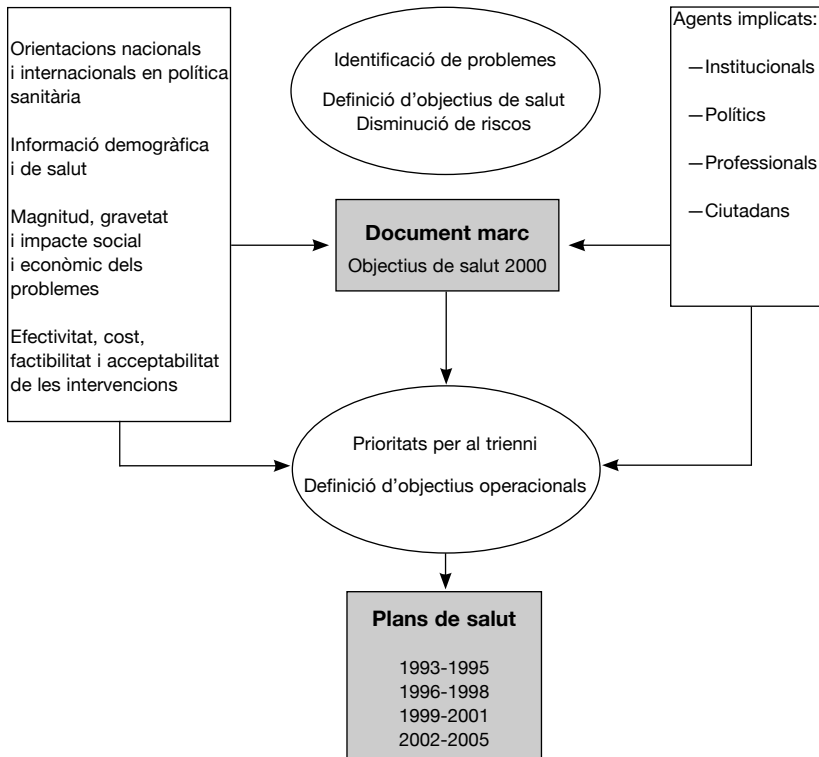
A partir dels criteris generals de planificació i dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2000 continguts al document marc, es comença a treballar el Pla de Salut, definit com «l'instrument indicatiu i el marc de referència per a totes les actua-

cions públiques en l'àmbit de la salut». Un cop elaborat, val a dir que aquest procés de planificació va comportar quatre cicles que es van concretar en els plans de salut 1993-95, 1996-98, 1999-2001 i 2002-2005, en els quals es van establir els objectius operatius per a cada trienni.

Gràfic 1. Planificació per objectius de salut



La confecció del primer pla va ser fruit d'un procés molt elaborat, tal com es pot veure al gràfic següent.

Gràfic 2. Procés seguit per a l'elaboració dels plans de salut

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Departament de Sanitat i Seguretat Social. Planificació per a la Salut a Catalunya 1990-2000.

El Pla, basat en una orientació positiva del concepte de salut, tenia per objectiu definir les polítiques de salut i de serveis, amb un caràcter intersectorial, a partir del coneixement de l'estat de salut de la població, com hem pogut veure. El Pla de Salut va comportar la necessitat de conèixer l'estat de salut de la població de Catalunya mitjançant l'elaboració d'una enquesta de salut: l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA).

L'any 1994, es va realitzar per primera vegada aquesta enquesta representativa de la població catalana. L'any 2000 es va dur a terme la segona edició de l'ESCA que, a més del qüestionari per entrevista, va incorporar un examen de salut. La realització periòdica d'enquestes de salut és un dels instruments idonis per conèixer la seva evolució, atès el caràcter dinàmic de les necessitats de salut i de les expectatives i opinions dels ciutadans.

Per fer efectius els objectius compresos al Pla de Salut es van desenvolupar diversos instruments, entre els quals cal destacar l'Avantprojecte del Pla de Serveis Sanitaris i Sociosanitaris, l'elaboració de tot un seguit de recomanacions de pràctica clínica per a l'atenció a problemes de salut, l'establiment de criteris i l'elaboració de noves clàusules per a la compra de serveis que es varen incloure en els contractes per a les diferents línies de serveis: atenció primària, hospitalària, sociosanitària i de salut mental.

En resum, el que va permetre el Pla de Salut de Catalunya va ser:

- Identificar problemes i grups de població vulnerables
- Definir objectius de salut i serveis quantificats en un horitzó temporal
- Millorar la gestió ajudant a establir objectius assistencials
- Impulsar la participació dels professionals
- Donar coherència a les activitats sanitàries
- Fer explícit el compromís de les administracions públiques
- Instaurar una política d'avaluació i retiment de comptes dels resultats
- Treballar inter-sectorialment

2.7 La salut mental

Entre els reptes sanitaris més importants amb què es va enfrontar el Govern hi ha el de dur a terme una millora substancial de l'assistència que es prestava als malalts mentals. I això es va fer en dues direccions:

d'una banda, aconseguir la plena integració de la salut mental en el sistema sanitari i, de l'altra, incrementar notablement els recursos dedicats als malalts mentals, ja fos per una modernització dels centres existents com per la creació de nous centres, l'ampliació de serveis i l'establiment de programes assistencials d'acord amb les necessitats sanitàries de la població com, per exemple, l'aprovació del Pla de Demències o la creació de les Unitats de Tractament de l'Alzheimer, esmentats anteriorment.

El desenvolupament de l'atenció psiquiàtrica a Catalunya va seguir un procés similar al produït a la major part de països desenvolupats. A l'Estat espanyol, tradicionalment, l'assistència psiquiàtrica depenia de les Diputacions provincials i no estava integrada dins del règim de la Seguretat Social. Podríem dir que estava «fora del sistema sanitari», ja que en molts aspectes era considerada més una assistència de beneficència que no pas una assistència sanitària.

En apropar-nos a aquest àmbit assistencial, cal tenir present la influència que va exercir el desenvolupament dels manicomis, des de final del segle XIX fins gairebé els anys setanta, que és quan s'inicia a Catalunya una tímida reforma psiquiàtrica, amb el desenvolupament dels primers serveis comunitaris (centres d'higiene mental promoguts des dels ajuntaments democràtics, reconeguts i finançats per la Diputació de Barcelona).

Els hospitals psiquiàtrics que hi havia arreu de l'Estat espanyol complien, a més de la funció estrictament sanitària, altres funcions de tipus «asilar» i de guàrdia i custòdia, atès que s'hi ingressaven aquells individus que per ordre judicial eren declarats «perillosos socials». Aquesta vinculació amb el món de l'Administració de Justícia afegia un grau més de complexitat en la gestió de les institucions psiquiàtriques.

A mitjan dècada dels setanta s'inicia a Europa el moviment de la reforma psiquiàtrica, que té com a referències històriques el corrent psicosocial anglosaxó, el model francès de sectorització i psicoteràpia institucional i l'antipsiquiatria italiana, amb l'obertura dels hospitals psiquiàtrics, l'externament dels malalts que hi ha ingressats, i la seva reinserció i tractament en la comunitat.

Aquest moviment de reforma i canvi arriba a Espanya amb uns anys de retard, i és amb l'aprovació de la Llei General de Sanitat, l'any 1986, quan

s'estableix la integració de l'assistència psiquiàtrica dins del sistema sanitari. A partir d'aquell moment deixa de ser una competència de les diputacions provincials i, en el cas de Catalunya, que tenia transferides les competències en matèria sanitària des de l'any 1981, passa a mans del Govern de la Generalitat. Dins l'oferta assistencial ens trobàvem en una situació semblant a la dels malats aguts, és a dir, que dels hospitals psiquiàtrics existents a Catalunya l'any 1990 només dos eren de titularitat pública: l'Hospital Psiquiàtric de Salt, depenent de la Diputació de Girona, i la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramanet (actualment denominat «Centre Assistencial Dr. Emili Mira i López»), de la Diputació de Barcelona.

A la província de Tarragona, l'atenció psiquiàtrica es prestava mitjançant la contractació dels serveis amb l'Institut Pere Mata i el Sanatori Villablanca de Reus. Les comarques de Lleida tampoc no disposaven d'un hospital psiquiàtric públic de referència i els malalts mentals de la província normalment s'ingressaven a Reus o en hospitals psiquiàtrics de l'Aragó.

La Diputació de Barcelona tenia una relació contractual amb els hospitals psiquiàtrics de Sant Boi de Llobregat (Hospital Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental i l'Hospital Benito Menni-Complex Assistencial en Salut Mental), de Martorell (Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental), l'Institut Municipal de Psiquiatria de Barcelona (IMPU) o l'Institut Frenopàtic de Barcelona, així com amb altres hospitals generals que tenien Servei de Psiquiatria (Hospital Clínic, Hospital del Mar) atès que amb la Clínica Mental de Santa Coloma no es cobrien les necessitats d'hospitalització dels pacients de la província de Barcelona.

El procés d'integració d'aquesta xarxa dins el sistema sanitari públic s'inicià, doncs, l'any 1990 amb la formalització d'un conveni entre la Diputació de Barcelona i la Generalitat de Catalunya, mitjançant el qual la Diputació de Barcelona delega en la Generalitat les funcions de gestió dels contractes que tenia establerts amb diferents entitats per atendre els malalts mentals de la província de Barcelona. I no és fins l'octubre de 1992 que es realitzen els traspessos de competències en matèria de salut mental de les altres tres diputacions catalanes (Tarragona, Lleida i Girona).

Tot aquest seguit de recursos estaven dedicats, exclusivament, a l'atenció psiquiàtrica de la població adulta. És per aquest motiu que el Govern de la Generalitat va posar en marxa, l'any 1989, una xarxa d'atenció específica als infants i adolescents amb problemes de salut mental que en quedaven exclosos. Aquesta xarxa, bàsicament de centres concertats, es componia inicialment dels CAPIP (Centres d'Atenció Psiquiàtrica Infantil i Juvenil Primària, actualment CSMIJ) i de les URPI (Unitats d'Hospitalització Psiquiàtrica Infantil, vinculades a hospitals generals). Posteriorment aquests recursos es van anar diversificant fins a oferir un ampli ventall assistencial específic, però integrat a la xarxa de recursos assistencials de salut mental (unitats d'hospitalització d'adolescents, hospitals de dia, centres de dia infantils, etc.).

Per tal de dur a terme aquest desenvolupament de serveis, el 1999 es va signar l'Acord de reordenació dels serveis d'atenció psiquiàtrica i salut mental de Catalunya, que preveia la reconversió dels hospitals psiquiàtrics monogràfics de Catalunya. Aquesta va ser una prioritat estratègica del Departament de Sanitat per al període 1999-2006: millorar la qualitat assistencial dels serveis d'atenció psiquiàtrica i de salut mental que es venia prestant als usuaris del sistema sanitari públic.

Tot plegat es va recollir al Decret 213/1999, pel qual es crea la xarxa de centres, serveis i establiments de salut mental d'utilització pública, que tipifica els diferents dispositius que formen la xarxa pública de salut mental, tot diferenciant els recursos en funció de la població a atendre (infantil i juvenil o població adulta) en:

- Serveis d'Atenció Especialitzada de Salut Mental, de suport a l'Atenció Primària de Salut (centres de salut mental)
- Serveis d'Urgències Psiquiàtriques
- Serveis d'Hospitalització d'Aguts
- Serveis d'Hospitalització de Subaguts
- Serveis d'Internament a la Comunitat
- Serveis d'Hospitalització de Llarga Estada Psiquiàtrica
- Serveis d'Atenció Específica
- Serveis d'Hospitalització Parcial

- Serveis de Rehabilitació Comunitària
- Serveis d'Atenció en Unitats Polivalents a la Comunitat

Aquests serveis, que formen la xarxa pública de salut mental, es varen organitzar al voltant de tres nivells assistencials bàsics:

- L'atenció especialitzada ambulatoria de suport a la primària de salut (centres de salut mental).
- L'atenció hospitalària (urgències psiquiàtriques, hospitalització d'aguts, hospitalització de subaguts, hospitalització de mitjana i llarga durada, hospitalització parcial, unitats d'internament a la comunitat, comunitats terapèutiques i unitats comunitàries polivalents).
- La rehabilitació psiquiàtrica comunitària (centres de dia i centres d'inserció laboral).

Taula 11. Evolució de la dotació de serveis d'atenció a la salut mental. Catalunya, 1993-2001

SERVEIS	1993	2001	VARIACIÓ 1992-2001 (%)
Centres de salut mental infantil/ juvenil	25	35	40,0
Centres de salut mental d'adults	57	68	19,3
Hospitalització d'aguts (llits)*	696	831	19,4
Hospitalització de subaguts (llits)	318	427	34,3
Hospital de dia (places)	105	630	500,0
Centres de dia (places)	605	1.770	292,6
Mitja i llarga estada (places)	3.886	2.844	-26,8

Nota: *En hospitals generals i en hospitals psiquiàtrics.

Font: Memòries Servei Català de la Salut. Pla de Salut de Catalunya, 1996-1998

Totes les actuacions dutes a terme en aquest període van fer possible avançar notablement en la integració de la salut mental dins del sistema sanitari, amb el desenvolupament i la consolidació d'una xarxa pública i d'un model d'atenció psiquiàtrica i de salut mental que es fonamenta en els següents punts:

- Prevalença dels principis d'equitat, accessibilitat i continuïtat assistencial.
- Integració de la xarxa de salut mental en el sistema sanitari general, íntimament relacionada amb l'atenció primària de salut.
- Priorització de l'atenció de les persones amb trastorns mentals en el si de la comunitat, amb la potenciació de recursos comunitaris, per minimitzar els desequilibris territorials i mantenir la vinculació de les persones amb l'entorn social i familiar.
- Focalització dels serveis i els programes de salut mental a les poblacions de risc, tot prioritzant les accions adreçades a l'atenció de la població infantil i juvenil i de la població amb més marginació social.
- Aprofitament dels recursos assistencials existents, amb la potenciació d'un model en el qual coexisteixin i es complementin els serveis de psiquiatria dels hospitals generals i dels hospitals mono-gràfics, i les aliances estratègiques entre diferents entitats proveïdores.
- Potenciació de la intersectorialitat i la interdepartamentalitat com a element imprescindible per atendre la complexitat de la salut mental, tot impulsant l'establiment de vincles i compromisos amb altres xarxes no sanitàries.

Aquest llarg procés de reforma no hauria estat possible sense la col·laboració de les entitats implicades en l'atenció als malalts psiquiàtrics, els professionals i les associacions de malalts mentals a Catalunya, que varen treballar de valent i no sempre en les millors condicions per a la millora de l'assistència, conjuntament amb l'actuació del Departament a través del programa de Salut Mental.

2.8 La reforma de la LOSC

Volem destacar en aquest epígraf el que va suposar la reforma de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya aprovada l'any 1995. Ja hem anat destacant dues de les característiques més essencials del model sanitari català establert a la LOSC: d'una banda, la separació del finançament i la compra de serveis —que correspon a l'administració sanitària— de la provisió dels serveis i, de l'altra, la introducció de mecanismes de gestió empresarial, especialment en els centres sanitaris de titularitat pública. En aquesta línia, es varen crear onze consorcis sanitaris i nou empreses públiques, amb l'objectiu de millorar el grau d'eficàcia, eficiència i qualitat en la provisió dels serveis sanitaris i sociosanitaris de gestió pública.

L'impacte d'aquest model d'organització sanitària, basat en la universalització, la integració dels serveis, la descentralització i la desconcentració de la gestió i una marcada participació comunitària va ser cabdal en el desenvolupament dels serveis assistencials en tots els nivells i àmbits.

Els anys transcorreguts des de la seva promulgació varen aconsellar introduir-hi alguns ajustaments per tal d'adequar aquest text legal a les exigències d'una societat, la catalana, i d'un sector, el sanitari, en constant evolució. Uns canvis legislatius que a la vegada havien de facilitar a l'Institut Català de la Salut les eines per poder competir amb els altres proveïdors.

Aquestes varen ser les raons per dur a terme una modificació de la LOSC, que no pretenia qüestionar la seva validesa, sinó introduir-hi alguns matisos en el seu text articulat per tal de fer-ne un instrument encara més útil per a l'ordenació sanitària del país en els anys següents. Aquests matisos afectaven aspectes puntuals, com ara l'obligada adequació del règim de contractació i de recursos del Servei Català de la Salut a la legislació bàsica de l'Estat, la precisió del procediment a seguir per a la constitució d'organismes i entitats que en depenien, la nova organització funcional dels sectors sanitaris i la posada en marxa de sistemes d'avaluació i control periòdics d'aquests centres i serveis

finançats públicament per tal de verificar-ne el grau d'eficàcia, eficiència i qualitat.

Hi ha un altre aspecte molt important pel seu significat que cal considerar en aquesta reforma. El Govern era conscient de l'existència —com en la major part dels sistemes sanitaris públics— d'un repte bàsic pendent i de difícil solució: la necessitat de disposar de mecanismes sòlids de participació en la gestió i d'incentivació dels professionals sanitaris. És per aquest motiu que la reforma de la LOSC va possibilitar i promoure la contractació de serveis sanitaris amb entitats de base associativa, constituïdes totalment o majoritàriament per col·lectius de personal sanitari vinculats al sistema públic. La possibilitat de constituir equips autogestionats obria noves expectatives per a la progressiva transformació del sistema sanitari, i la modificació de la llei va contemplar que el personal estatutari de la Seguretat Social pogués participar en aquest model de gestió tot preservant la possibilitat de retorn durant un període raonable de temps.

El pas era important, no tant perquè amb anterioritat no fos possible aquesta modalitat de contractació, sinó perquè obria la porta al fet que el personal «estatutari» fes una opció valenta i decidida cap a un model de gestió més directe, en l'àmbit bàsicament de l'atenció primària, com hem vist a l'apartat dedicat a la reforma d'aquest nivell assistencial.

3. EL DINAMISME DEL NOSTRE MODEL

Els principals actors del sistema sanitari català durant aquests vint-i-tres anys varen ser: el Departament de Salut, el Servei Català de Salut (posteriorment, CatSalut), els centres proveïdors de serveis sanitaris (tant en atenció primària com especialitzada, les oficines de farmàcia, així com altres proveïdors de serveis assistencials com els centres de rehabilitació, logopèdia, hemodiàlisi, drogodependències, planificació familiar, la xarxa de transport sanitari, etc.), els professionals sanitaris i òbviament els ciutadans de Catalunya.

També cal destacar la importància dels col·legis professionals, els sindicats dels treballadors del sistema, les entitats científiques i les relacionades amb els pacients, la Unió Catalana d'Hospitals i el Consorci Hospitalari de Catalunya, com ja hem esmentat. Per tancar el cercle cal citar també la important presència a Catalunya de la indústria farmacèutica, així com el paper rellevant que juguen les universitats i els centres de recerca.

Aquest dinamisme va rebre el reconeixement internacional, com es va fer palès amb la creació de l'Oficina Regional de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) a Barcelona, inaugurada el 8 de setembre de 1999, i que convertia Catalunya en seu de Projectes de Serveis de Salut d'aquest organisme. De fet, l'OMS ja s'havia fet ressò en nombroses ocasions de la capacitat i l'esperit innovador del nostre model, tot reconeixent el Pla de Salut de Catalunya com el millor d'Europa.

Un altre exemple és l'estudi de l'Agència d'Avaluació de la Tecnologia i la Recerca Mèdiques (AATRM), avalat per la London School of Economics, que detallava que el model sanitari català era molt equitatiu, per sobre de països com el Regne Unit i a nivells comparables amb països com Holanda o Dinamarca. Així, destacava la proximitat dels serveis a la població, dins la voluntat d'equilibri territorial del país,

amb una xarxa de tres-cents quaranta-cinc centres d'atenció primària i més de mil consultoris locals que feien que tothom tingués un centre sanitari molt a prop de casa; a més dels seixanta-cinc hospitals que configuraven la XHUP i que permetien que qualsevol ciutadà tingués a menys de trenta quilòmetres del seu domicili un centre hospitalari.

Cal destacar també l'alt nivell tecnològic del sistema, la gran qualitat de la medicina i l'excel·lència dels seus professionals, cosa que va consolidar la sanitat catalana com a referent del sud d'Europa, per exemple en patologia oncològica, o en l'àmbit de les donacions i trasplantaments amb una de les millors taxes del món.

I quan parlem de «sanitat catalana» ens referim tant als centres de titularitat pública com als de naturalesa jurídica molt diversa inclosos a la Xarxa Sanitària d'Utilització Pública, així com els centres privats, que atenen malats de Catalunya i d'arreu i donen cobertura als ciutadans que tenen una pòlissa d'assegurança privada.

Aquest sector és d'una gran importància a Catalunya, pel seu alt nivell i per la molta activitat que ha realitzat. Cal fer esment aquí del paper que va jugar i encara juga l'entitat privada Barcelona Centro Médico, que té com a finalitat principal la captació de malalts més enllà de les nostres fronteres per als centres privats.

Sota aquest epígraf de «Dinamisme del nostre model» hem volgut agrupar algunes —no totes— de les actuacions que creiem que s'han de destacar en aquests anys, com programes, campanyes i actuacions, i que no les hem situat en els anteriors epígrafs ja que tenen un abast important al llarg d'aquests vint-i-tres anys. Hem pensat que podria ser més clarificador dedicar-hi un espai independent del que han estat els grans trets del model.

Totes aquestes actuacions del Departament agafen responsabilitats que són d'ell mateix, com del Servei Català de la Salut en el moment de la seva creació, sense oblidar que algunes iniciatives varen començar sota el paraigües de l'Institut Català de la Salut. Les característiques del nostre model el varen impregnar d'un dinamisme que en molts aspectes va ser capdavanter i va marcar la política de la resta de l'Estat. Catalunya va ser pionera en moltes actuacions assistencials, malgrat

tenir un finançament insuficient, però compensat gràcies a l'estructura de serveis que hem anat desgranant al llarg d'aquests pàgines i de l'esforç dels professionals sanitaris i la societat civil.

3.1 Donació i trasplantaments d'òrgans i teixits

Un dels àmbits assistencials on els diferents governs del president Pujol van reeixir notablement és el que fa referència a la donació i trasplantaments d'òrgans i teixits, ja fos d'un donant mort o viu, sota l'impuls de la *Llei 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracció y trasplante de órganos*, que va comportar que qualsevol persona esdevingués donant potencial, sempre que en vida no s'hagués manifestat en contra de la donació.

El model organitzatiu del trasplantament a Catalunya es va començar a definir l'any 1982, quan el Departament de Sanitat i Seguretat Social va crear el Programa d'atenció a la insuficiència renal crònica (PAIR) per tal d'oferir als malalts renals crònics una assistència integral adequada a la seva malaltia. Davant l'increment d'aquest tipus de tractament i l'inici d'altres programes (trasplantaments hepàtic i cardíac), es va fer imprescindible disposar d'una organització extra-hospitalària que ordenés, planifiqués i coordinés les activitats relacionades amb el trasplantament i que, a més a més, proporcionés suport logístic als equips generadors i trasplantadors. És per això que l'any 1984 es crea el Programa de trasplantament d'òrgans, a la vegada que es regulaven els requisits que havien de complir els hospitals generadors i trasplantadors, un dels quals era l'existència a cada hospital d'un responsable del procés d'obtenció d'òrgans: el coordinador hospitalari de trasplantaments.

L'any 1987 es va crear el Centre Coordinador de Trasplantaments amb la finalitat de facilitar l'intercanvi d'òrgans a tot el territori espanyol i entre Espanya i la resta d'Europa. Dos anys després el Ministeri de Sanitat i Consum va decidir posar en funcionament l'Organització Nacional de Trasplantaments (ONT) amb l'objectiu de coordinar l'intercanvi d'òrgans a tot el territori i a totes les comunitats autònomes, excepte Catalunya, atès que ja disposàvem d'una estructura pròpia amb aquesta funció.

Posteriorment, i per tal d'agrupar i donar suport legal a totes les activitats que l'administració sanitària catalana desenvolupava en aquest àmbit, es va crear, l'any 1994, l'Organització Catalana de Trasplantaments (OCATT), encarregada de la coordinació de l'intercanvi d'òrgans entre els hospitals de Catalunya, així com amb la resta d'Espanya (a través de l'Organització Nacional de Trasplantaments, ONT) i, alhora, centre de referència per a la coordinació de tot l'Estat espanyol amb les organitzacions estrangeres de transplantament. L'OCATT tenia també entre les seves funcions la promoció de la donació d'òrgans i teixits, el monitoratge de l'activitat de donació i transplantament i l'avaluació dels resultats obtinguts en aquest àmbit.

A banda de l'OCATT cal esmentar altres elements cabdals en el model organitzatiu de transplantaments a casa nostra a través de:

- Els centres generadors i trasplantadors d'òrgans, de teixits, de cèl·lules progenitores de l'hemopoesi i bancs de teixits.
- Els coordinadors hospitalaris de transplantament.
- El laboratori d'Histocompatibilitat de Catalunya.
- El desplegament de les comissions assessores.
- El Registre Espanyol de Donants de Medul·la Òssia (REDMO).

En aquest marc organitzatiu, pioner com hem vist a l'Estat espanyol, cal destacar la creació de diferents comissions assessores amb la finalitat de debatre aspectes científics, tècnics, ètics, legals i organitzatius relacionats amb aquesta activitat. Es varen crear les comissions de:

- Transplantaments d'òrgans: fetge, cor, pulmó, ronyó i pàncrees.
- Transplantament de teixits: osteotendinós, corneal, cèl·lules progenitores de l'hemopoesi, vascular.
- Obtenció d'òrgans i teixits.

L'èxit de l'activitat trasplantadora a casa nostra va ser possible també per la concurrència d'entitats com la Fundació Internacional Josep Carreras per a la lluita contra la leucèmia, i la seva iniciativa de creació

de la REDMO l'any 1991, que va rebre el suport del Departament a través d'un conveni de col·laboració, esdevenint posteriorment responsable del registre de donants de medul·la òssia de tot l'Estat i de la gestió de les cerques, al seu registre i als registres internacionals, per a tots els malalts espanyols que necessiten un trasplantament d'un donant no familiar.

Tot plegat va fer possible que Catalunya fos capdavantera i pionera en tots els tipus de trasplantaments d'òrgans sòlids a l'Estat espanyol. Hem de tenir present que el primer trasplantament de ronyó es va fer a l'Hospital Clínic de Barcelona l'any 1965. Uns anys després, es feien el primer de ronyó-pàncrees, el de cor, el de fetge i el pulmonar en altres centres: l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, l'Hospital de Bellvitge i l'Hospital de la Vall d'Hebron.

En aquesta línia, l'any 1997 Catalunya superava per primer cop els sis-cents trasplantaments i per segon any consecutiu la xifra de dos-cents donants, arribant a una taxa de trenta-nou donants per milió d'habitants, molt superior a l'espanyola (vint-i-nou), l'europea (vint) i la nord-americana (vint-i-un).

Sens dubte, l'èxit en aquest àmbit assistencial no es pot atribuir solament a l'administració. Cal fer evident la solidaritat i la generositat de la població catalana i el treball i l'esforç dels professionals sanitaris en l'obtenció i la coordinació d'òrgans per a trasplantaments. Comptàvem amb un gran nombre de professionals hospitalaris de reconegut prestigi, que duïen a terme tot el procés de trasplantament, des de la seva indicació fins al mateix acte quirúrgic, i tot el seguiment posterior amb l'anàlisi de resultats. Aquest èxit és també de les associacions de malalts, que van col·laborar de forma decisiva en la conscienciació de la població sobre el benefici social de la donació i que alhora portaven a terme múltiples activitats d'ajut, tant per als pacients que es trobaven en llista d'espera com per als que havien rebut un trasplantament, i de les societats científiques, entre les quals cal destacar la Societat Catalana de Transplantaments, dins l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, l'any 1984.

3.2 La lluita contra el càncer

El càncer és un problema de salut present a totes les societats i conegut des de l'antiguitat. Tanmateix, és durant el segle xx que, després del descens de les malalties infeccioses, el càncer apareix com una de les causes de mort més importants dels països desenvolupats, juntament amb les malalties cardiovasculars i els accidents. Segons dades de l'any 1994, el càncer representava la segona causa de mort, i la primera entre els 35 i els 74 anys (taxa bruta de mortalitat per càncer l'any 1994: 235,2 per 100.000 habitants). Un de cada tres homes i una de cada cinc dones morien de càncer, sent el càncer de pulmó en els homes i el càncer de mama en les dones la primera causa de mort prematura (30,2% del total d'anys potencials de vida perduts entre 1 i 70 anys). La tendència de la mortalitat per càncer des de 1975 presentava un increment anual de l'1,9% en els homes, mentre que en les dones la tendència era estable.

El nombre anual de casos nous de càncer, a Catalunya, s'estimava al voltant de 12.700 en els homes i 9.300 en les dones, segons les dades d'incidència proporcionades pel Registre de càncer de Tarragona (taxes brutes d'incidència anual per al període 1988-1992: 377,5 per 100.000 en els homes i 274,5 per 100.000 en les dones). Els tumors més freqüents en els homes eren el de pell no melanoma i el de pulmó, i en les dones el de mama i el de pell no melanoma. Destaquen, també, el càncer colorectal en ambdós sexes, el de bufeta urinària en els homes i els tumors genitals (ovari, coll i cos d'úter) en les dones.

La comparació internacional indicava que, tant en taxes de mortalitat com d'incidència, Catalunya es trobava en una posició intermèdia-baixa pel que fa a la major part de tumors. Tenint en compte que el risc de patir càncer augmenta amb l'edat i que la tendència de la població catalana és a l'envelliment, calia preveure un augment del nombre de casos de càncer. D'altra banda, els estils de vida de la nostra societat (canvis dietètics, sedentarisme, hàbit de fumar en dones joves, entre d'altres) podien afavorir l'increment de la incidència, la utilització de serveis sanitaris i la mortalitat causada per càncer en els propers anys.

És per aquest motiu que el govern va anar desenvolupant tot un seguit d'actuacions per combatre aquesta patologia, recollides en els successius plans de salut fins arribar a l'aprovació del Pla d'Oncologia 2001-2004, amb la figura d'un director i una estructura pròpia per dirigir-lo i gestionar-lo vinculat a la mateixa durada del pla. Paral·lelament, es va establir un comitè de direcció del pla, format pel director del pla i per representants sanitaris, i posteriorment es va definir el pla operatiu per al seu desplegament i aplicació.

A tall de resum podem afirmar que la política desenvolupada al llarg d'aquest període per lluitar contra el càncer va anar adreçada a la millora dels resultats clínics i la qualitat de vida, la potenciació de la multi-disciplinarietat i el suport psicosocial, així com l'extensió dels programes de prevenció primària, les activitats de cribratge per a la detecció precoç, entre les quals cal destacar la del programa de mamografies, la garantia d'un diagnòstic i tractament apropiat i de qualitat, la millora dels sistemes d'informació sanitària i la recerca.

També volem destacar la creació l'any 1995 de l'Institut Català d'Oncologia (ICO), ubicat a l'Hospital Duran i Reynals, dins el campus universitari de l'Hospital de Bellvitge, que neix com a centre assistencial de referència per al tractament del càncer en els pacients diagnosticats a la regió sanitària Costa de Ponent (Barcelona), i també com a centre de referència per als tumors de baixa freqüència o d'alta complexitat terapèutica. Set anys després, el 2002, s'inaugura l'ICO Girona, a l'Hospital Doctor Josep Trueta, i l'any següent l'ICO Badalona, a l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

Entre les activitats de l'ICO, cal fer esment a la gestió de la Comissió de Tumors, instrument cabdal per promoure un enfocament integral del tractament del pacient oncològic, de la qual depenen els diferents comitès de tumors específics —integrats per especialistes dels serveis d'ambdues institucions implicats en el diagnòstic i en el tractament del càncer—, que elaboren i actualitzen els protocols assistencials.

3.3 L'àmbit de l'atenció a les urgències

A Catalunya, com en altres països del nostre entorn, l'atenció de les urgències es va constituir un dels serveis d'utilització més intensiva dins el sistema sanitari, tant des de la perspectiva assistencial pròpiament dita, com pel seu impacte social, i va requerir per part dels diferents governs una especial atenció. L'increment en la utilització d'aquest servei va comportar la massificació i la utilització no sempre adequada dels serveis d'urgències dels hospitals, fet d'altra banda comú a tots els països desenvolupats.

Entre els factors que varen incidir-hi, cal destacar les característiques demogràfiques, socioeconòmiques, culturals i de morbiditat de la població, l'oferta de serveis, la tipologia dels dispositius, la seva capacitat de resolució, l'accessibilitat als dispositius sanitaris, els avenços tecnològics i les motivacions i les expectatives de la població. Per tot plegat, calia fer front a un fenomen altament complex. És per aquest motiu que el Departament va posar en funcionament diversos dispositius assistencials i organitzatius que donessin resposta a aquesta demanda.

Un dels primers va ser la creació del Sistema d'Emergències Mèdiques, l'any 1985. Aquest dispositiu tenia com a objectiu primordial l'atenció de les emergències mèdiques ambulatòries mitjançant la gestió i el control dels recursos disponibles per tal de garantir en tot moment l'atenció prehospitalària, i va comptar amb el desplegament de serveis assistencials primaris d'emergència, el transport assistit i l'ingrés de malalts crítics en el centre adequat, essent responsable de la seva coordinació.

A l'inici el SEM va conviure amb el Servei Coordinador d'Urgències de Barcelona, també anomenat 061, present en l'àmbit territorial de la ciutat de Barcelona, on aquest servei, a més de l'atenció continuada i les urgències domiciliàries que prestava l'Institut Català de la Salut, també es va fer responsable de l'atenció a les emergències, ja fossin domiciliàries o a la via pública, i del transport sanitari urgent. En aquest procés cal fer esment del consens que es va aconseguir amb l'Ajuntament de Barcelona, amb la finalitat d'aprofitar tots els serveis existents i evitar-ne duplicitats.

Posteriorment tots dos serveis es varen fusionar sota el paraigües d'una empresa pública: SEMSA, Sistema d'Emergències Mèdiques, S. A., que es va constituir com la pedra angular de l'atenció a les emergències en coordinació amb altres serveis com els Bombers de la Generalitat i les forces de seguretat, ja fossin els Mossos d'Esquadra o d'altres.

El Servei Català de la Salut (CatSalut) va dur a terme tot un seguit de mesures per a l'abordatge de l'atenció urgent: inversions de caràcter estructural en infraestructures (remodelacions i ampliació de serveis d'urgències) o en la reordenació de dispositius (creació i ampliació dels centres coordinadors d'urgències com l'SCUB-061 o la creació de punts d'atenció continuada). També es van dissenyar actuacions específiques per afrontar l'augment estacional de la demanda (plans extraordinaris d'urgències o plans de reforç d'altres a l'hivern).

En aquest context, cal assenyalar que l'any 1999 es va constituir el Pla Integral d'Urgències de Catalunya (PIUC), l'objectiu del qual era vertebrar totes les accions que des dels diferents nivells d'atenció, serveis i dispositius sanitaris s'organitzessin a fi d'afrontar d'una manera efectiva els canvis en les necessitats d'atenció urgent, molt especialment a l'hivern.

L'objectiu final del PIUC va ser, doncs, millorar l'atenció sanitària urgent, mitjançant:

- L'adequació dels serveis sanitaris a fi de permetre una resposta efectiva a la demanda d'atenció urgent.
- La reducció del temps d'espera de l'atenció mèdica.
- La millora de la coordinació entre els diferents dispositius assistencials d'urgències.
- L'augment de la satisfacció dels ciutadans que utilitzin els serveis d'urgències.

La implantació i la consolidació del PIUC va comportar la participació de tots els recursos sanitaris (XAP, XHUP, XCSS, XSM, SEMSA, SCUBSA061) per afrontar la demanda creixent d'atenció urgent, tot facilitant la integració i la coordinació necessàries entre els diferents dispositius, aspecte bàsic i primordial per a l'assoliment d'un aprofitament

òptim dels recursos existents. En aquest sentit, cal esmentar l'impuls que es va donar als recursos d'atenció primària a les urgències. En l'àmbit de l'atenció primària de salut, el tipus d'organització de l'atenció a les urgències depenia del grau de desenvolupament de la reforma en aquest àmbit i de les característiques geo-demogràfiques dels diferents territoris.

Un punt d'especial atenció el constitueixen les urgències hospitalàries. Tots els hospitals d'aguts de la XHUP tenien servei d'urgències generals. Les urgències psiquiàtriques que no es podien resoldre a l'atenció ambulatoria especialitzada i les que requerien ingrés s'atenien als serveis d'urgències dels hospitals psiquiàtrics i als serveis d'urgències psiquiàtriques que tenien alguns hospitals d'aguts amb servei de psiquiatria.

Posteriorment es va desplegar el servei anomenat 112, responsabilitat del Departament de Governació, fet que va comportar un procés de coordinació i d'integració de serveis. El telèfon 112, establert pel Consell de les Comunitats Europees, tenia i té com a objectiu reduir el temps de resposta dels serveis operatius davant d'una situació de necessitat urgent dels ciutadans.

Malgrat que la gestió d'aquest telèfon era responsabilitat del Departament de Governació, les demandes d'atenció sanitària eren ateses pel Servei Català de la Salut a través dels centres coordinadors d'urgències de les regions sanitàries. Per atendre les demandes procedents de les regions sanitàries que no disposaven de centre coordinador propi (Lleida, Girona, Barcelonès Nord i Maresme i Centre), el Servei Català de la Salut havia cedit a SEMSA la gestió de les trucades sanitàries que provenien del 112. La resta del territori estava coberta pel Centre Coordinador d'Urgències de Costa de Ponent i pel Centre Coordinador Sanitari de Tarragona, que es va crear en el seu moment per tal de donar una resposta més acurada al territori, atesa la implantació de les centrals nuclears —amb els seus programes específics d'emergència— i l'important polígon petroquímic existent.

Un altre dels serveis que es va crear l'any 2001, pioner a tot l'Estat espanyol, va ser «Sanitat Respon»: un telèfon d'atenció i d'informació sanitària amb funcionament les vint-i-quatre hores del dia, i que pretenia orientar el malalt sobre problemes de salut i adreçar-lo cap al servei

assistencial més adient. Una altra particularitat d'aquest servei va ser el fet que va posar a disposició de tots els centres sanitaris un servei de traducció simultània de més de dotze llengües per poder donar resposta a les persones immigrades a casa nostra.

3.4 Immigració i salut

Un altre camp important on es pot veure l'acció política dels diferents governs el trobem en el fenomen de la immigració. Encara que els problemes de salut de les persones immigrades eren essencialment equiparables als de la població no immigrada, calia considerar alguns aspectes que determinaven una especificitat en la seva atenció. D'entrada, els immigrants que arribaven a Catalunya durant el període que ens ocupava, en general, joves, no eren considerats un grup de risc per a la salut. En canvi, hi havia altres factors que tenien una influència negativa quant a la seva salut, com ara la precarietat laboral, les condicions dels seus habitatges, la probabilitat d'estar infectats o d'haver passat alguna infecció abans d'arribar a Catalunya, la major incidència de malalties com la tuberculosi o la sida, l'atenció gineco-obstètrica de les dones embarassades o una pitjor salut buco-dental i digestiva.

A més, les característiques diferencials de la població que arribava (cultura, tradicions, religió, la manera d'interpretar la salut i la malaltia, les dificultats idiomàtiques, les diferències en estils de vida, etc.) podien generar una sèrie de factors interns i externs que actuaven com a barreres i dificultaven l'accés als serveis de salut. Això incidia desfavorablement en la salut, en la qualitat de l'assistència i en la utilització dels recursos sanitaris i, per tant, requeria una adaptació del sistema per afrontar la situació de la forma més adient possible.

Des de mitjan anys noranta, Catalunya va viure una acceleració dels fluxos migratoris internacionals —vegeu taula 12— de manera que, si segons les dades oficials del cens, l'any 1996 vivien a Catalunya 98.035 immigrants, la xifra gairebé es multiplicava per quatre l'any 2003, arribant als 383.802. Durant aquests anys de creixement també

van variar considerablement les característiques sociodemogràfiques, ja que van arribar persones de noves procedències i la voluntat d'assentament va transformar els perfils sociodemogràfics de la població estrangera, donant més pes al reagrupament familiar, i per tant la incidència de la immigració no va repercutir només en el mercat de treball sinó també en altres àmbits com el sistema escolar o el sanitari.

Taula 12. Evolució de la població de nacionalitat estrangera per llocs de procedència. Catalunya, 1996 i 2003

LLOCS DE PROCEDÈNCIA	1996	2003
Àfrica	35.056	147.288
Marroc		117.752
Gàmbia		9.586
Amèrica	15.692	103.265
Equador		25.114
Perú		18.083
Unió Europea	35.780	63.262
Itàlia		15.123
França		12.925
Europa (sense UE)	3.147	25.052
Àsia i Oceania	8.360	44.935
Xina		17.667
Pakistan		11.720
TOTAL	98.035	383.802

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales - Observatorio permanente de la inmigración; Idescat; Departament de Sanitat i Seguretat Social - Pla de Salut 2002-2005.

L'any 1991, el Govern va fer efectiva la universalització de la sanitat per a tothom, solidària amb els més desfavorits. Arran de l'Ordre de 12 de juny de desplaçament del Decret 178/1991 d'universalització de l'assistència sanitària es va donar la Targeta Sanitària Individual (TSI) a tots els immigrants, independentment de la situació legal en què es trobessin. En un principi, facilitar l'accés efectiu dels immigrants al sistema sanitari no va ser fàcil, pel desconeixement que tenien del sistema i per la por causada per la situació d'irregularitat. També es va haver de millorar el coneixement científic sobre l'estat de salut i la utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant, posant especial èmfasi en les activitats preventives, apropant la figura dels mediadors multiculturals, etc.

Amb la universalització de l'assistència a tots els immigrants es va assumir un important benefici en la salut per als mateixos nousvinguts i per al conjunt de la població, tot i que també va suposar un increment notable de la despesa, no reconegut mai pel Govern central.

Podem situar els inicis de la relació de la salut i els serveis sanitaris amb la immigració estrangera a casa nostra a l'entorn dels anys vuitanta. En aquells anys, els immigrants, bàsicament africans, es feien cada cop més visibles a les comarques del Maresme, als barris de Ciutat Vella de Barcelona i en alguns indrets de Girona.

La Unitat de Malalties Tropicals Drassanes i l'Hospital de Mataró van iniciar les primeres experiències per entendre's i adaptar-se a col·lectius «diferents», de cultures i necessitats diverses. Entre aquestes, una de les més innovadores va ser la introducció d'agents de salut, provinents de les mateixes comunitats immigrades per fer de «pont» amb els serveis i engegar actuacions davant de problemes realment preocupants com ara la sida o la tuberculosi.

Es va anar desenvolupant l'activitat assistencial especialitzada en malalties tropicals i importades en aquests serveis i també a l'Hospital Clínic, alhora que es realitzaven anualment els Mestratges de Medicina Tropical de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) i Universitat de Barcelona (UB) respectivament, punt de contacte de professionals de Catalunya i del tròpic, de cooperants i d'agents socials.

Es poden considerar també referents clars d'aquesta època l'Hospital d'Olot, i el Centre d'Atenció Primària de Salt. A l'entorn de Barcelona, el dispensari de Minories Ètniques de l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària de Barcelona i el Centre Municipal d'Orientació i Planificació Familiar Erasme Janer.

La Regió sanitària de Girona va produir ja aleshores un dels primers protocols d'actuació per a l'atenció a l'immigrant subsaharià. Cal ressaltar també l'Institut Municipal de la Salut (IMS) de l'Ajuntament de Barcelona (actual Agència de Salut Pública de Barcelona), que va ser un important nucli referent d'experts de salut pública que van desenvolupar els primers treballs de recerca i literatura sobre aquest tema, com pot ser «La salut dels immigrants estrangers», realitzat a principi dels anys noranta, iniciant les aportacions anuals a l'anàlisi de les estadístiques vitals a la ciutat de Barcelona i als seus informes de salut.

Un punt d'inflexió molt important en l'atenció sanitària als immigrants el trobem en el paper que va jugar l'atenció primària, amb el suport de mediadors o agents de salut coneixedors dels serveis sanitaris i de les persones i comunitats immigrants, fent-se palès que els serveis específics, com ara la Unitat de Medicina Tropical, no podien actuar sols sense la implicació de l'atenció primària. En definitiva, la normalització de l'atenció passava per la xarxa d'atenció primària, per l'accés normalitzat i la desestigmatització. La intervenció tant dels serveis de salut pública com d'atenció primària i de les diverses institucions implicades va configurar una experiència singular i allisonadora. Hi ha molts documents que testimonien aquesta activitat, que respon a la sensibilitat política envers la immigració a casa nostra, entre els quals cal destacar el Pla de la Diversitat de l'Institut Català de la Salut i les «Recomanacions per a l'atenció primària adreçada a usuaris immigrants extracomunitaris»

Per últim, cal fer esment que, l'abril de 2003, el Departament de Sanitat creà l'Oficina de Cooperació Sanitària Internacional i Salut Migracional (OCSISM), amb el coordinador de l'atenció sanitària a la població immigrant nomenat pel conseller i representant del Departament en el Pla Interdepartamental d'Immigració i el responsable del Pla de la Diversitat de l'ICS.

3.5 Atenció farmacèutica

Dins de l'àmbit d'actuació del sistema sanitari tal com està dissenyat a casa nostra, no podem obviar totes aquelles actuacions realitzades al voltant dels medicaments que van ser desenvolupades en el que anomenen l'àmbit de l'atenció farmacèutica, que es va dur a terme des del Departament de Sanitat i Seguretat Social, l'Institut Català de la Salut i posteriorment des del Cat-Salut, amb la implicació dels serveis de farmàcia dels hospitals, les oficines de farmàcia i els col·legis professionals.

L'atenció farmacèutica basada en una ordenació correcta dels establiments i serveis farmacèutics, comprèn des del conjunt d'activitats assistencials fins als àmbits de la salut pública i incorpora tant les accions relacionades amb la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i l'educació sanitària en aquest àmbit, com els dispositius que permetin el seu desenvolupament, per tal d'assolir un ús racional del medicament.

I aquest va ser un objectiu molt clar del Departament durant aquests anys, recolzat per la importància i la tradició que la indústria farmacèutica tenia a Catalunya. Totes aquestes activitats varen tenir en aquest període el seu suport legislatiu, que hem de centrar en la Llei 31/1191, de 13 de desembre d'ordenació farmacèutica de Catalunya, que regula i impulsa la provisió de l'atenció farmacèutica.

La llei va identificar on es presta l'atenció farmacèutica a través dels centres accessibles als usuaris del sistema sanitari en els diferents nivells assistencials: en l'àmbit de l'atenció primària —les oficines de farmàcia, les farmacioles o els serveis farmacèutics d'atenció primària— i en l'àmbit de l'atenció especialitzada —els serveis de farmàcia als hospitals de la XHUP.

Els diferents governs del president Pujol varen dur a terme una política de suport a les oficines de farmàcia, capgirant el paper dels farmacèutics per tal que esdevinguessin agents de salut, incorporant tasques en les oficines que anaven més enllà de la prescripció de medicaments. Així, es varen desenvolupar tot un seguit de programes

centrats en la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i l'educació sanitària, dels quals podem destacar el Programa per la dispensació de metadona a les oficines de farmàcia, establert l'any 1998.

L'atenció farmacèutica adreçada específicament als medicaments duta a terme en aquests anys es pot distribuir en tres grans apartats:

a) Gestió de la prescripció farmacèutica

Un dels àmbits on més es va treballar en aquests anys va ser la gestió de la prescripció farmacèutica, ateses les implicacions que té aquesta activitat per al conjunt del sistema. Es tractava de racionalitzar l'ús dels recursos farmacològics, tant des del punt de vista sanitari com econòmic, és a dir, incrementar la qualitat i la seguretat de la prescripció, i també l'eficiència de les intervencions, aspecte que requereix necessàriament una actuació conjunta, coordinada i coherent de tots els agents implicats, incloent-hi el mateix usuari, així com la seva coresponsabilització.

b) Elements de suport a la prescripció

Per tal de millorar aquest procés es varen posar en funcionament diversos elements de suport a la prescripció, amb l'objectiu de facilitar la presa de decisions clíniques i, per tant, de minimitzar la incertesa del procés i disminuir la variabilitat interprofessional. Aquests elements de suport aportaven informació rellevant per al clínic i la recuperació de dades que permetien avaluar l'activitat i obtenir resultats en salut.

Dins d'aquests elements cal ressaltar:

- L'ús de les tecnologies de la informació i la comunicació com va ser la introducció de la Targeta Sanitaria Individual (TSI) com a element necessari per a la dispensació dels medicaments a les oficines de farmàcia, que es va iniciar l'any 1999, amb la finalitat de

dur un millor control de la prescripció més enllà de la informació que progressivament s'anava agregant a la història clínica informatitzada que en aquells moments s'estava implantant. L'ús se la xarxa havia de garantir la seguretat de l'ús dels medicaments, davant d'interaccions farmacèutiques, duplicitats terapèutiques i altres factors que podien comportar un risc per a l'usuari i un cost innecessari per al sistema sanitari. El pas següent era anar establint la prescripció farmacèutica informatitzada amb el ritme de la implantació de la història clínica electrònica.

- La instauració de la figura del farmacèutic d'AP.
- L'establiment de guies de pràctica clínica (GPC) i guies farmacoterapèutiques, que contenen un conjunt de recomanacions per ajudar els professionals i els pacients en la presa de decisions per a una atenció sanitària apropiada en unes circumstàncies clíniques concretes.
- La incorporació d'indicadors quantitius i qualitius de la prescripció amb la finalitat de conèixer i avaluar la situació de la prescripció i emprar aquesta informació per establir mecanismes i circuits de millora.
- Les activitats d'educació sanitària amb la finalitat de reforçar el coneixement, d'incrementar l'adherència al tractament o de detectar i prevenir possibles PRM va ser un altre camp d'especial interès.
- La introducció d'elements de motivació professional per tal d'aconseguir una major corresponsabilització en l'obtenció dels objectius i els resultats que s'establien. Entre aquests elements hi trobem la formació, que esdevé una de les millors maneres de motivar els professionals, ja que, a banda de la formació individual, beneficiava també la carrera professional de cadascú i l'establiment d'incentius econòmics, que tenia com a prioritat assolir la prescripció d'especialitats més eficients, mantenint els mateixos resultats i evitant l'ús indiscriminat.

c) Polítiques de contenció de la despesa farmacèutica

Per últim, cal parlar en aquest àmbit de l'atenció farmacèutica de les polítiques de contenció de la despesa. Un dels factors, però no pas l'únic, que explica en gran mesura l'increment de la despesa pública en sanitat és el creixement de la despesa destinada al finançament dels medicaments. Amb l'objectiu de contenir aquest creixement, des del Govern central s'havien anat introduint una sèrie de mesures regulatòries adreçades principalment a l'oferta: el sistema de preus de referència, la reducció de marges comercials dels majoristes i/o dels minoristes, les reduccions unilaterals de preus, l'exclusió de medicaments o els incentius a la millora de la prescripció, per tal de controlar el creixement.

En el període temporal analitzat s'han identificat fins a catorze intervencions administratives principals dirigides a la contenció i racionalització de la despesa farmacèutica pública en receptes mèdiques oficials a Catalunya. D'aquestes catorze intervencions, tretze havien estat adoptades per l'Estat i només una correspon a la iniciativa autonòmica (sistema d'incentivació a prescriptors). De les tretze intervencions de caràcter central o estatal, una va ser la llista negativa (exclusió de medicaments de setembre de 1998), i la resta estaven orientades a la reducció normativa del preu de venda al públic a través de la modificació reiterada dels marges comercials de dispensadors i/o majoristes, de la reducció unilateral del preu de venda dels laboratoris i de la introducció, modificació i extensió del sistema de preus de referència.

3.6 La qualitat assistencial, un objectiu i un compromís; el ciutadà al centre del sistema sanitari

La política sanitària desplegada al llarg d'aquests anys per tal de donar resposta a les necessitats dels ciutadans tenia com a objectiu la prestació d'uns serveis assistencials de qualitat. Es varen anar desplegant tot un seguit d'actuacions per aconseguir-ho, com ara les diferents normatives al voltant de l'aplicació de programes d'acreditació de centres

d'atenció hospitalària de malalts aguts, com ja hem esmentat. El programa d'acreditació d'hospitals fou el primer programa d'aquestes característiques que es va desenvolupar a Europa i va constituir, com hem vist, l'element clau en la creació de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya, amb l'objectiu clar de millorar la qualitat assistencial.

L'acreditació d'un centre sanitari es defineix com el procés pel qual una organització s'incorpora a una verificació externa que avaluarà el nivell en què se situa en relació amb un conjunt d'estàndards prèviament establerts i consensuats. L'acreditació s'ha demostrat com una eina eficaç per incentivar els centres en la millora progressiva de la qualitat dels serveis que hi presten.

En el període estudiat es varen completar tres processos d'acreditació a hospitals de malalts aguts, es disposa de vuitanta-cinc hospitals acreditats: seixanta-quatre públics i vint-i-un privats. Catalunya disposa d'una experiència de vint-i-cinc anys en l'aplicació de programes d'aquest tipus, amb el desenvolupament en paral·lel de diferents sistemes de promoció de la qualitat assistencial promoguts des del Departament, amb la col·laboració d'altres institucions, entre les quals hem de destacar la Fundació Abedis Donabedian, pionera a Catalunya en l'establiment de sistemes de monitorització de la qualitat.

Dins d'aquest àmbit, si bé amb altres objectius, cal destacar la creació de l'Agència Catalana d'Avaluació de Tecnologies Sanitàries l'any 1981, la primera institució d'aquest tipus a l'Estat espanyol, amb la finalitat de donar suport a la presa de decisions perquè la introducció, l'adopció, la difusió i la utilització de les tecnologies mèdiques (TM: equips, dispositius, fàrmacs i procediments preventius, diagnòstics, terapèutics i rehabilitadors, utilitzats en l'atenció sanitària) es fessin d'acord amb criteris d'eficàcia, seguretat, efectivitat i eficiència demostrades científicament. Posteriorment, l'any 1999, l'Agència esdevindria una empresa pública (Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques), amb la finalitat de millorar el seu funcionament assolint en els seus objectius el de tenir cura de la planificació, la coordinació i l'avaluació de la recerca sanitària en l'àmbit dels centres, serveis i establiments sanitaris vinculats al Servei Català de la Salut.

La qualitat assistencial va lligada, sens dubte, a la satisfacció dels ciutadans, considerats el «centre del sistema».

El model sanitari català, àmpliament descrit en els apartats anteriors, va tenir la voluntat clara des del primer moment de situar en el centre del sistema el ciutadà, usuari, beneficiari o malalt d'un sistema universal, equitatiu i de qualitat, fent d'aquesta voluntat un dels seus objectius estratègics, com no podia ser d'altra manera, atès l'impacte que les polítiques de salut tenen en el benestar de la ciutadania. Ja hem analitzat com es va configurar el model, prenent com a base que el sistema sanitari és una peça fonamental de l'estat del benestar, avui tan qüestionat. I un sistema sanitari s'ha de configurar al voltant dels seus usuaris. En definitiva, al voltant de la ciutadania.

Perquè això fos possible, és a dir, parlar de ciutadania i no d'usuari o de beneficiari, s'havia d'anar cap a un model d'accés universal i equitatiu, que es va fer efectiu, com hem vist, amb l'aprovació de la Llei General de Sanitat. Equitat no solament en l'accés com a dret reconegut, sinó també l'equitat territorial que es fa palesa a casa nostra amb el desplegament d'una xarxa assistencial molt propera al ciutadà, ja fos en l'àmbit de l'atenció primària —que ho ha de ser per definició— com en el de l'atenció especialitzada i, en especial, en la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública, que ha estat un dels trets més diferenciadors del nostre model.

Un cop garantit l'accés, calia assolir en cada centre assistencial i en cada unitat administrativa del sistema sanitari un tracte personal més humanitzat, una atenció personalitzada més satisfactòria i posar a l'abast de l'usuari la informació adequada. En definitiva, respecte a la dignitat de la persona i a la llibertat individual, com a objectius fonamentals que calia imposar al sistema sanitari en el seu conjunt.

Dur a terme aquest repte amb les estructures burocratitzades que vàrem heretar no era fàcil, però calia anar impregnant totes les decisions governamentals d'aquest compromís amb els ciutadans de Catalunya.

És prou conegut que la proclamació més important de declaracions per al foment del respecte cap a les persones és la Declaració Universal dels Drets Humans, aprovada el 1948 per les Nacions Unides. Seguint

l'estela d'aquesta preocupació, en l'àmbit específic de la sanitat, les societats mèdiques i les associacions de pacients van entendre que era convenient disposar de marcs programàtics que incloguessin els drets dels pacients. Entre les nombroses cartes i convencions existents cal fer referència a la Declaració per a la promoció dels drets dels pacients a Europa, l'any 1994, i al Conveni sobre biomedicina i drets humans del Consell d'Europa de 1997, que incideixen de manera cabdal en el foment d'aquest respecte a la persona usuària dels serveis sanitaris, a la seva autonomia de decisió davant de les propostes d'intervenció en l'àmbit que afecta la seva salut, així com a la protecció de la seva intimitat i confidencialitat davant dels reptes que poden representar la introducció de noves possibilitats diagnòstiques i terapèutiques.

Dins d'aquesta tendència, ja trobem un compromís del Govern en l'Ordre d'acreditació del 25 d'abril de 1983 (DOGC núm. 325, de 4 de maig), ja esmentada, per la qual es va regular l'acreditació dels centres de serveis assistencials de Catalunya, on es va establir com a norma de compliment obligat per als centres i serveis que en volguessin obtenir l'acreditació el lliurament, en el moment de l'ingrés, d'un escrit en el qual figuressin els drets i deures dels pacients. Aquests drets i deures estaven recollits a la mateixa norma d'acreditació. La publicació de l'Ordre d'acreditació va donar lloc a la constitució d'un grup d'experts, que va redactar un document on es recollien els drets dels malalts usuaris dels hospitals, tot procurant facilitar-ne una interpretació correcta i objectiva.

Aquest document es va difondre l'any 1984, mitjançant l'opuscle *Drets del malalt usuari de l'hospital*, editat pel Departament de Sanitat i Seguretat Social. Des d'aleshores, va constituir un document fonamental per a la reflexió i l'estudi, tant per als usuaris com per als professionals sanitaris, els centres, les institucions i els organismes del sector sanitari.

Un pas molt important en el reforçament d'aquesta política va ser l'aprovació de la LOSC, que dedica a aquesta qüestió diverses previsions, entre les quals destaca la voluntat, entre les finalitats del Servei Català de la Salut, de la humanització dels serveis sanitaris, manté el màxim respecte a la dignitat de la persona i a la llibertat individual, d'una banda, i, de l'altra, declara que l'organització sanitària catalana

ha de permetre garantir la salut com a dret inalienable de la població i l'accés a guarir-se, per mitjà de l'estructura del servei que l'ha d'oferir, en condicions d'un escrupolós respecte a la intimitat personal i a la llibertat individual de l'usuari, tot garantint la confidencialitat de la informació relacionada amb els serveis sanitaris que es presten, sense cap mena de discriminació.

L'any 1991 es va publicar una nova Ordre d'acreditació, de 10 de juliol de 1991, que establia com a requisit per a l'acreditació l'avaluació del grau de compliment dels drets que figuraven a l'esmentat opuscle. Aquesta Ordre recollia la relació de drets en termes pràcticament idèntics als de l'opuscle. També establia que tot malalt atès en un hospital havia de tenir accés a l'opuscle referit. Des d'aquella data, un conjunt d'iniciatives sorgides de les regions sanitàries, centres i, de vegades, d'algunes companyies d'assegurances, havien completat i donat continuïtat a allò que establia l'Ordre.

L'any 2000 s'aprova la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica, que completa extensament les previsions que la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya va enunciar com a principis generals. Amb aquesta intenció fa un tractament especial del dret a l'autonomia del pacient i tracta en profunditat tot allò que fa referència a la documentació clínica generada als centres assistencials, tot subratllant especialment la consideració i la concreció dels drets dels usuaris en aquest aspecte.

Un altre dels aspectes importants de la Llei és la inclusió de la regulació sobre la possibilitat d'elaborar documents de voluntats anticipades. Incorporar aquesta regulació comporta reconèixer de manera explícita la possibilitat que les persones puguin fer el que comunament es coneix com a testaments vitals o testaments biològics, per primera vegada a l'Estat espanyol, per tal de poder determinar, abans d'una intervenció mèdica, llurs voluntats per si, en el moment de la intervenció, no es troben en situació d'expressar-les.

Finalment, el Departament de Sanitat i Seguretat Social, preocupat pel foment d'una atenció sanitària científicament i tecnològicament avançada, compatible amb la calidesa i el respecte a les persones, va

crear la Carta dels drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària, que va ser aprovada per acord del Govern de la Generalitat de Catalunya de 24 de juliol de 2001, amb caràcter de document programàtic.

Un dels elements innovadors que va establir la Carta de drets i deures de la ciutadania va ser el fet que el pacient tingués dret a accedir a l'opinió d'un segon professional, quan volgués obtenir informació complementària o alternativa sobre el diagnòstic o altres recomanacions terapèutiques. Així, es volia garantir el dret a un millor coneixement de les possibles opcions.

Els malalts cada vegada estaven més ben informats. L'accés a tot tipus d'informació mèdica comportava que els pacients fessin preguntes, que volguessin participar en la presa de decisions clíniques i que volguessin ser escoltats, nous reptes als quals també va haver de fer front el Govern català. Per tant, la realitat dels sistemes sanitaris es caracteritzava no només per la preocupació pel seu cost creixent, en tant que despesa pública, sinó també per una població que disposava cada vegada de més informació i que era més exigent quant a la qualitat dels serveis.

En aquest sentit, el Departament va elaborar nombroses publicacions, guies, opuscles o llibres de text en la línia de l'educació sanitària i la prevenció de la malaltia o sobre la informació dels serveis assistencials. Progressivament es varen anar incorporant els mitjans audiovisuals i finalment es va introduir l'ús d'Internet com un mitjà de comunicació amb les ciutadanes i els ciutadans.

Hi ha un aspecte que fa referència al malalt, però que també afecta els professionals i que volem esmentar especialment: ens estem referint a totes aquelles actuacions o situacions que tenen un component ètic que cal tenir en compte a l'hora de prendre decisions. En aquest sentit, cal assenyalar la constitució, ja l'any 1991, del Comitè de Bioètica de Catalunya, i el desenvolupament posterior d'altres comitès en les diferents institucions sanitàries, els diversos comitès d'ètica assistencial (CEA) i els comitès ètics d'investigació clínica (CEIC), arreu de Catalunya.

Cal citar també la col·laboració amb les universitats i, en especial, amb l'Institut Borja de Bioètica, fundat l'any 1984.

3.7 La incorporació de les TIC

La incorporació de les noves tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) al sistema sanitari ha estat un altre dels àmbits que mereix la nostra atenció particular en analitzar la política sanitària d'aquest període. La seva implantació, cal dir-ho, va ser en general més lenta del que s'hauria desitjat, bàsicament per dos motius: d'una banda, per l'elevat cost que aquestes tecnologies representaven en els seus inicis en un sistema que ja patia un subfinançament persistent, i, d'altra banda, per la mateixa heterogeneïtat del model sanitari a casa nostra amb molts i diversos centres i molts agents decisors.

Una de les actuacions a ressaltar va ser la Implantació de la Targeta d'Identificació Sanitària, que va començar l'any 1990. Catalunya va ser la primera comunitat autònoma a tot l'Estat espanyol que va requerir l'ús de la targeta per a la dispensació de medicaments, tal com s'ha explicat en l'apartat corresponent a l'atenció farmacèutica.

La incorporació de la informàtica a la pràctica clínica diària va afavorir el desenvolupament d'aplicacions que havien de permetre disposar d'un gran nombre de dades i facilitar-ne el tractament, per tal d'obtenir resultats en salut. La incorporació progressiva de la història clínica informatitzada va permetre incrementar, per exemple, la qualitat de la prescripció i la seguretat de l'ús dels medicaments, davant d'interaccions farmacèutiques, duplicitats terapèutiques i altres factors que poden comportar un risc per a l'usuari i un cost innecessari per al sistema sanitari, i millorar també l'eficiència del procés en la recuperació d'informació de valor clínic assistencial.

La incorporació de les TIC va significar canvis substancials en la manera de treballar dels professionals perquè, a banda de permetre reduir el temps de dedicació a tasques més burocràtiques i invertir-lo en activitats de suport i millora de la qualitat del sistema, va permetre també potenciar la dedicació dels professionals als usuaris. En definitiva, les TIC varen facilitar l'activitat diària dels professionals sanitaris i els van donar suport en la presa de decisions (*professional empowerment*).

4. UN MODEL INTEGRAL: LES ACTIVITATS DE PREVENCIÓ I PROMOCIÓ DE LA SALUT PÚBLICA

La salut pública es defineix com el conjunt organitzat d'actuacions dels poders públics i de la societat mitjançant la mobilització de recursos humans i materials per a protegir i promoure la salut de les persones, prevenir la malaltia i tenir cura de la vigilància de la salut pública.

La salut pública també s'ha d'entendre com la salut de la població, i depèn, en gran part, de factors estructurals i ambientals, com ara l'educació o la seguretat, però també de factors vinculats als estils de vida, com el consum de tabac, l'activitat física o l'alimentació. De fet, l'augment de l'esperança de vida que s'ha produït en el darrer segle a Catalunya s'atribueix en bona part a la millora de les condicions d'higiene, alimentació, habitatge i treball, tot i que els progressos en el vessant assistencial també hi han contribuït decisivament.

És sota aquests principis que es van anar definint les diferents actuacions en aquesta matèria al llarg d'aquets vint-i-tres anys, conjuntament amb l'objectiu d'aconseguir una plena integració de la salut pública en els serveis assistencials, tal com es reflecteix a la Llei 15/1990, del 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya i la creació del Servei Català de la Salut, abans esmentades.

Amb l'aprovació del Pla de Salut de Catalunya, que posa especial èmfasi en la incorporació d'activitats preventives de forma sistematitzada en l'atenció primària de salut, es reforcen les polítiques de salut pública endegades fins llavors pel Departament de Sanitat.

Per això, es va considerar fonamental integrar el conjunt dels serveis de salut pública, afegint-hi, als de protecció de la salut i als de la seguretat alimentària, els relatius a la vigilància de la salut pública, a la prevenció de la malaltia i a la promoció de la salut, per a donar respostes adequades a les necessitats de la nova societat i estar atents a les

situacions de més desigualtats. A aquests serveis cal sumar-hi la salut laboral i la salut mediambiental, dos àmbits de gran impacte poblacional i que exigien una visió de la salut pública que en garantís la plena efectivitat des del sistema sanitari.

Dins dels primers traspassos a la Generalitat en matèria de sanitat, després de l'aprovació de l'Estatut d'Autonomia de 1979, trobem tot el que correspon a salut pública. Els traspassos es van portar a terme, juntament amb altres àmbits, mitjançant el Reial Decret 2210/1979, de 7 de setembre, sobre la transferència de competències de l'Administració de l'Estat a la Generalitat de Catalunya en matèria d'agricultura, sanitat i treball, que recollia, a la seva secció tercera, tota una sèrie de competències en matèria sanitària, moltes d'elles de salut pública.

Durant el període immediatament posterior als traspassos, la Direcció General de Salut Pública va portar a terme les diferents tasques que aquesta direcció tenia encomanades en el marc de la vigilància epidemiològica i el control dels agents que a través de l'aire, l'aigua o els aliments poden ocasionar alteracions de la salut.

En relació amb la vigilància epidemiològica es va actuar sobre el sanejament ambiental i el control sanitari dels aliments. En el primer cas, es van establir diverses xarxes de vigilància sanitària per tal de dur a terme un control constant de les aigües de boca, de l'atmosfera, dels residus, de les zones de bany i de les radiacions ionitzants. En el segon cas, s'actuà en la gestió del Registre Sanitari d'Indústries i productes alimentaris, endegant moltes campanyes específiques de control sanitari d'aliments i la reestructuració dels serveis veterinaris, potenciant l'especialització funcional d'aquest col·lectiu i incrementant els inspectors adscrits a tasques de control als escorxadors.

Pel que fa a l'àmbit de la prevenció, que fins aquell moment havia tingut una escassa importància, amb l'inici dels traspassos a la Generalitat es va endegar un seguit d'actuacions i programes encaminats a la prevenció i la promoció de la salut.

Es van establir diferents accions d'educació sanitària a l'escola i als mitjans de comunicació, així com material audiovisual adreçat a l'atenció primària de salut. El Programa d'Educació per a la Salut, adreçat

als escolars de primària, i elaborat conjuntament amb el Departament d'Ensenyament, es va anar estenent progressivament al territori català.

En paral·lel, l'educació sanitària comunitària es duia a terme a través de campanyes als mitjans de comunicació sobre temes com el tabac, les drogodependències, accidents infantils, vacunacions, informació sobre la SIDA, donació de sang o alimentació, nutrició i d'altres.

A continuació, esmentarem alguns dels programes i actuacions que es van dur a terme i que varen formar part a partir de 1993 dels successius Plans de Salut. No hi són tots, en destaquem els que hem considerat més rellevants.

Una de les primeres actuacions del Govern la trobem en l'ordenació i la planificació de les activitats relacionades amb la planificació familiar, tot i que no era una prestació de les heretades de l'antiga Seguretat Social. En aquest sentit, des de l'ICS es van establir acords amb diferents ajuntaments per integrar els centres municipals existents i acreditats a la xarxa sanitària integral, que s'havien anat desenvolupant en els darrers anys.

El Programa de Protecció Materno-infantil va començar a implementar el diagnòstic prenatal i el consell reproductiu, amb un pla de cribratge metabòlic neonatal, estès a tot el territori català ja l'any 1981. En la mateixa línia, des de l'any 1980, es repartia el Carnet de Salut Infantil i els Consells de Puericultura per a l'ús de la família i del personal sanitari que tingués cura del nen. Entre els reptes que calia assolir per part de la Generalitat de Catalunya a partir de la transferència de les competències hi havia el de la prevenció de les malalties transmissibles. Un dels programes més importants en aquest sentit va ser el de vacunacions. En detectar-se un dèficit en aquells moments, es va elaborar i aprovar un calendari vacunal l'any 1980 que incloïa, per primera vegada a l'Estat, la utilització de la vacuna triple vírica (xarampió, rubèola i parotiditis), amb l'objectiu d'eliminar aquestes tres malalties a mig termini, i una cobertura adequada amb l'administració de forma continuada d'una sèrie de vacunes sistemàtiques. L'objectiu del pla a curt termini era l'eradicació de la diftèria, el tètanus i la poliomièlitis, la reducció al mínim de la tos ferina i la disminució de la incidència del

xarampió, la rubèola i la parotiditis. Cal fer esment de l'assoliment l'any 2000 de la desaparició del xarampió autòcton.

Els exàmens de salut escolar també van ser un programa prioritari del Departament de Sanitat i Seguretat Social, amb l'objectiu de detectar precoçment anomalies i problemes de salut desconeguts. Els problemes de salut que es detectaven a les etapes inicials dels exàmens eren majoritàriament càries dentals, els dèficits visuals, les anomalies de l'aparell locomotor i les anomalies genito-urinàries.

Cal esmentar també la constitució, l'any 1985, del Consell Assessor sobre Accidents en la Infància, per tal de dur a terme campanyes de sensibilització i informació, atès que es va detectar que la principal causa de mort en infants durant el primer any de vida eren els accidents infantils. Les mesures preventives són molt importants en algunes malalties, com ara les malalties de transmissió sexual. En aquesta línia, es va elaborar i publicar un Manual de Prevenció i Control de les Malalties de Transmissió Sexual, un nou sistema d'informació sanitària i de registre de casos i contactes, i es va procedir a la reorganització dels antics dispensaris de Dermatologia i Higiene Social convertits en Centres de Prevenció i Control de les MTS.

L'aparició de la sida a la dècada dels vuitanta va comportar la creació del Programa de prevenció i assistència de la malaltia i, en paral·lel, la creació del Centre d'Estudis Epidemiològics de la Sida a Catalunya (CEESCAT). El programa es va dur a terme sota els principis de:

- Integració de les activitats de prevenció i control de l'HIV amb les de les infeccions de transmissió sexual (ITS), incrementant les activitats de prevenció primària d'aquestes patologies i en especial el seu component comunitari.
- Integració i millora dels sistemes d'informació adreçats a la descripció i monitoratge de l'epidèmia d'HIV i d'ITS.
- Potenciació de les actuacions interdisciplinàries, multisectorials i interdepartamentals, incloent-hi els municipis i les ONG.
- Establiment de programes adreçats a la prevenció primària de l'HIV i d'altres ITS, mitjançant l'educació sexual i afectiva.

- Millora i potenciació de l'accessibilitat a les proves diagnòstiques de l'HIV per tal d'augmentar-ne la cobertura, a poblacions vulnerables i a la població general.

Des de l'inici de l'epidèmia, l'octubre de 1981, fins al 31 de desembre de 2003 es varen diagnosticar a Catalunya un total de 14.484 casos de sida residents a Catalunya, segons les dades recollides pel CEESCT. D'aquests, el 80,7% eren homes i el 19,3% dones.

Fins al 31 de desembre de 2003 havien mort a Catalunya 9.162 malalts de sida. Aquesta malaltia va ser la primera causa de mortalitat entre la població jove de Catalunya entre 1992 i 1996, això va comportar la creació en nombrosos hospitals de Catalunya d'àmbits específics per al tractament de la malaltia. Després de la introducció dels tractaments antiretrovirals d'alta activitat (el 1997, en tots els centres hospitalaris de Catalunya), les morts per sida es van reduir fins arribar a un nivell semblant al de l'inici de l'epidèmia.

Cal fer esment del paper que varen jugar en la lluita contra la pandèmia les associacions de malats i afectats, així com la important activitat de recerca en aquest camp, que es va desenvolupar al Centre IrsiCaixa o a l'Institut d'Investigacions Biomèdiques Pi i Sunyer (IDIBAPS) de l'Hospital Clínic de Barcelona. Aquest esforç continuat dels professionals sanitaris i de les associacions es va recollir en la celebració, l'any 2002, de la XIV Conferència Mundial de la SIDA a Barcelona sota els auspicis de l'ONU.

Una altra de les polítiques en salut pública a ressaltar en aquest període és la que fa referència a la lluita contra la tuberculosi. En aquells moments, malgrat la llarga trajectòria dels professionals de casa nostra en aquest àmbit, no s'havia aconseguit eradicar la infecció, tot i la seva tendència a la baixa. L'any 1982 es va crear el Programa de Lluita contra la Tuberculosi, que es dedicava a la formació de professionals sanitaris, l'educació sanitària de la població mitjançant material gràfic, la reorganització del sistema d'informació per posar al dia les dades, la reestructuració dels serveis de lluita antituberculosa i la recerca de malalts i d'infectats entre els grups de risc.

Al costat de totes aquestes infeccions o malalties n'existeixen d'altres, fruit dels hàbits adquirits per les societats occidentals actuals, enfront les quals també es van portar a terme, des del moment de les transferències, diverses mesures.

En el marc del Programa sobre Alimentació i Nutrició es van engegar programes informatius per tal d'assolir canvis en els hàbits alimentaris, que repercutissin en una millora de la salut col·lectiva. Durant aquells anys ja es va observar una tendència a augmentar el consum de carn, peix, sucre, llet i derivats, i a disminuir el de pa, pastisseria, cereals i patates. L'objectiu era, doncs, incrementar el consum d'aliments rics en glúcids complexos i disminuir el de glúcids simples, disminuir el consum d'aliments rics en greix, especialment d'origen animal, incrementar el consum de fruites i verdures i fomentar la varietat del consum alimentari.

Hem cregut convenient fer referència a les actuacions dutes a terme al voltant de la donació de sang Catalunya, ja que la transfusió de la sang o dels seus derivats va esdevenir imprescindible en l'assistència sanitària. L'activitat de les unitats de medicina intensiva, el tractament d'alguns càncers i l'envelliment de la població, amb l'aparició de noves malalties que aquest fet va comportar, varen ser alguns dels elements que varen provocar una demanda creixent de sang. Aquestes i altres malalties també varen fer augmentar extraordinàriament les necessitats de derivats de sang (plasma, concentrats de plaquetes, factors antihemofílics, etc.), cosa que comportava que Catalunya necessités més de tres-centes mil donacions de sang cada any.

Per aquest motiu, el Departament de Sanitat i Seguretat Social va crear, l'any 1982, per Ordre de 25 de maig, el Programa de Donació i Transfusió Sanguínia amb l'objectiu de promoure la donació de sang voluntària i altruista per tal d'arribar a l'autoproveïment en l'àmbit de Catalunya i a la coordinació de tota la xarxa hemoteràpica. Cal remarcar també la important tasca duta a terme per les associacions de donants de sang de Catalunya, que amb el seu treball desinteressat van contribuir de manera decisiva a la promoció de la donació i a l'organització dels donants voluntaris.

El 1986 es va publicar una ordre de desplegament d'aquest programa, en què es definien els diferents nivells funcionals, bancs de sang de sector, subsector i dipòsits de sang. I el 1987, mitjançant un decret, es va establir per primera vegada el preu màxim dels productes sanguinis i es van dictar normes per a la seva aplicació en totes les operacions d'intercanvi i subministrament d'aquests productes. Aquesta última norma tenia la finalitat de garantir que la donació de sang fos sempre un acte voluntari i gratuït, de tal manera que mai no comportés una retribució econòmica per al donant ni exigís al pacient receptor cap contraprestació per la sang donada.

L'any 1994 es va suprimir el Programa de Donació i Transfusió Sanguínia, un cop assolits els objectius per als quals havia estat creat, i les funcions que tenia encomanades es van atribuir a l'Àrea Sanitària del Servei Català de la Salut i a la Comissió Assessora sobre la promoció, donació i transfusió de sang. Val a dir que per a dur a terme les activitats en aquest àmbit es va establir una organització territorial que va sectoritzar el territori, establint tres nivells funcionals: bancs de sang de sector hemoteràpic, bancs de sang de subsector hemoteràpic i dipòsits de sang hospitalaris.

Més endavant, la sectorització de Catalunya es va adequar a les noves necessitats per tal d'obtenir el màxim rendiment amb els recursos existents i, per això, hi havia una tendència a reduir el nombre de sectors hemoteràpics.

Pel que fa a la promoció de la donació de sang, es varen realitzar nombroses campanyes de sensibilització, entre les quals destaquem la de «Dóna'n una mica», iniciada l'any 1990 i que es va mantenir fins a l'any 2000.

Un altre dels camps on les actuacions de la Direcció de Salut Pública varen ser més intenses i reeixides és el que fa referència a la lluita contra el tabaquisme. L'any 1980 l'Organització Mundial de la Salut (OMS) ja havia dedicat el Dia Mundial de la Salut a la lluita contra el tabaquisme, sota el lema «Tabac o salut: trieu». Segons dades de la Generalitat de Catalunya, la proporció de fumadors entre la població catalana de 15 a 64 anys d'edat havia baixat del 38% el 1982 al 35% el

1994. Aquest descens relatiu s'havia produït sobretot en els homes, que en aquells dotze anys passaren del 58% al 46%, mentre que en les dones hi havia hagut un increment del 20% al 28%. El tabaquisme s'havia concentrat en els joves: entre els 15 i els 24 anys fumaven més del 35%, gairebé igual les noies que els nois, i entre els 25 i els 34 anys era on hi havia una major proporció de fumadors, propera al 60% els homes i al 45% les dones.

S'estimava que cada any morien a Catalunya per l'efecte del tabac unes 8.500 persones, que representaven un 16% de la mortalitat total. La necessitat de lluita contra aquest hàbit era més que necessària. L'ofensiva sanitària contra el tabac es va centrar el 1999 en la II Conferència Europea i I Iberoamericana sobre Tabac i Salut, celebrada a Las Palmas de Gran Canaria. Posteriorment el 21è Congrés Europeu de Cardiologia, celebrat a Barcelona el mes d'agost, va reiterar el missatge contra el tabac, controlant-ne la publicitat i reforçant els programes educatius antitabac a les escoles. I això és el que es va anar fent amb diferents actuacions. Cal ressaltar la decisió unànime del ple del Consell Interterritorial de Sanitat, l'any 1999, amb la promoció d'un real decret que va ampliar les restriccions: prohibint fumar en tots els vols d'àmbit estatal, establint que els trens havien de tenir vagons complets separats per fumadors i no fumadors i no deixant fumar als mitjans de transport públic interurbà no compartimentats. Les iniciatives de denúncies contra les tabaqueres eren escasses, d'imports molt inferiors a les produïdes als EUA, i no havien prosperat.

En l'àmbit de les drogodependències, que era un problema molt important ja en aquella època, és destacable l'aprovació de la Llei 20/1985, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència, que, per primera vegada a tot l'Estat, considera que el drogoaddicte és un malalt que cal tractar, i que estén la seva acció a les anomenades «drogues integrades», també altament perilloses per a la salut dels consumidors habituals. En el marc d'aquesta llei es van dur a terme diferents actuacions preventives i assistencials, tenint una cura especial a les adreçades a infants i joves.

La Xarxa d'Atenció a les Drogodependències de Catalunya (XAD)

es va constituir com una xarxa específica i professionalitzada per donar una atenció integral a les persones amb trastorns relacionats amb el consum de substàncies psicoactives. El desenvolupament d'aquesta xarxa va ser una de les prioritats dels Plans de Drogodependències que s'han anat elaborant al nostre país des de 1986.

El Parlament de Catalunya, sensible a l'impacte de les drogodependències, va aprovar per ampli consens la Llei 20/1985 de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència. Aquesta Llei, una de les pioneres a Espanya, constitueix l'eix normatiu vertebrador del conjunt de mesures del Pla català de Drogodependències i entén la dependència a les drogues (tant les il·legals com les socialment integrades) com una malaltia comuna que ha de tractar-se en el sistema sanitari.

Fruit del desplegament d'aquesta Llei, parcialment modificada per la Llei 10/1991 i, atesa la necessitat de desenvolupar una acció coordinada i d'assegurar la col·laboració dels departaments del Govern de la Generalitat i les administracions locals, es va constituir la Comissió de Coordinació i de Lluita contra les Dependències de Drogues. Adscrit al mateix Departament, es crea el Consell Director i l'Òrgan Tècnic de Drogodependències (OTD), que exercirà les funcions de planificació i programació de les actuacions referides al desplegament de la llei.

El 1987 l'Òrgan Tècnic de Drogodependències rep l'encàrrec d'elaborar un pla d'actuacions que contemplava tot un conjunt de propostes d'actuació coordinades entre les diverses administracions de Catalunya per a prevenir el fenomen, donar assistència i rehabilitar les persones afectades, aprovat pel Consell Executiu i presentat en comissió al Parlament de Catalunya.

Pel que fa a l'evolució del fenomen de les drogodependències, a l'inici dels anys vuitanta, s'observava un increment de l'oferta d'heroïna que es va escampar en tots els estrats socials, preferentment en població jove, i que va crear una progressiva marginació, juntament amb una pèrdua progressiva de salut i un alt risc de mort prematura, relacionada fonamentalment amb l'aparició de la infecció pel VIH i l'elevada prevalença de consumidors d'heroïna per via parenteral.

Aquest fet va tenir un impacte per al sistema sanitari, que hi va respondre incorporant dins de la XAD nous programes substitutius de l'heroïna, millorant la coordinació amb el conjunt de dispositius sanitaris i amb una progressiva implantació dels programes de disminució de danys, com el Programa de dispensació de metadona que ja s'ha esmentat.

A principi dels anys noranta, es perceben canvis i modificacions en l'entorn dels consumidors de drogues i es posa de manifest l'increment del consum de drogues de síntesi i d'alcohol.

La XAD està integrada per centres dependents de diversos organismes (administracions locals, organitzacions no governamentals, Institut Català de la Salut) i les seves activitats estan coordinades per l'OTD, amb la col·laboració del Departament de Benestar i Família pel que fa a les comunitats terapèutiques i els programes de reinserció.

A nivell funcional, la XAD va quedar estructurada en quatre nivells assistencials:

- Primer nivell: atenció primària sanitària i social.
- Segon nivell: centres d'atenció i seguiment (CAS) a les drogodependències.
- Tercer nivell: unitats hospitalàries de desintoxicació, comunitats terapèutiques.
- Quart nivell: centres i programes de reinserció.

La hipertensió també va ser una de les matèries a les quals es va prestar especial atenció des del Govern en aquells moments. L'objectiu del Departament de Sanitat i Seguretat Social era, amb la creació del Consell Assessor de la Hipertensió, assolir el control d'aquesta malaltia a la comunitat dins el marc de la Reforma de l'Assistència Primària que s'estava portant a terme.

També en aquesta línia i en relació amb la diabetis, es va crear el Consell Assessor sobre la Diabetis a Catalunya (1983), atès que es tractava d'una de les afeccions cròniques més esteses i perilloses al nostre territori. Els objectius marcats pel consell assessor van ser diri-

gir les seves activitats a aconseguir fixar les xifres d'incidència de la diabetis tipus I i de la prevalença de la de tipus II, integrar l'educació diabetològica dins el tractament, millorar la coordinació de la xarxa d'atenció primària i hospitalària i incrementar la qualitat assistencial als dos nivells.

L'any 1981 es va endegar, com a projecte a llarg termini, el Programa de Control i Prevenció de les Malalties Cròniques (CRONICAT) que, tenint en compte l'augment d'aquestes malalties invalidants en una societat cada vegada més envellida, planteja els objectius de reduir-les i retardar-ne l'aparició, reduir la invalidesa i la dependència provocades per les que són més freqüents i avaluar l'eficàcia de les mesures proposades.

Connectat amb aquest programa, cal destacar el Programa de Monitorització de Tendències i Determinants de les Malalties Cardiovasculars, programa de l'OMS que a Catalunya seria conegut com a MONICA CATALUNYA (MONICAT). Aquest programa tenia com a objectiu mesurar les tendències en la mortalitat cardiovascular i en la morbiditat coronària i vascular cerebral, relacionades amb els factors de risc i l'assistència i els mètodes de tractament.

Finalment cal assenyalar que, durant aquell període, a Catalunya es va iniciar un canvi en l'enfocament de l'assistència sanitària, insistint en totes aquelles polítiques de salut pública que havien estat minoritàries i no tenien un suport clar de totes les administracions, i que eren i són tan necessàries per tenir cura de l'estat de salut dels ciutadans. A més de totes aquestes mesures es va fer un gran esforç per actualitzar la normativa relacionada sempre en base a les recomanacions dels experts més qualificats.

En els anys posteriors totes aquestes polítiques de salut pública van anar evolucionant i adaptant-se, per tal de donar resposta a les noves necessitats sanitàries i socials, consolidant les actuacions tant en l'àmbit de protecció de la salut com en matèria preventiva i de promoció d'hàbits saludables.

Així, es va fer especial èmfasi en el desenvolupament de les activitats preventives, amb l'elaboració, per exemple, dels llibres blancs

d'activitats preventives a l'atenció primària; a l'oficina de farmàcia, per a la gent gran, es va anar adaptant el calendari vacunal a les noves recomanacions científiques; es van desenvolupar a tots els nivells les accions de lluita contra la sida i les drogodependències; es van crear programes específics de vigilància per a patologies emergents com la malaltia de Creutzfeldt-Jacob o es van desenvolupar mecanismes de control de pràctiques com els tatuatges o els pírcings.

Fruit d'aquesta evolució i de la necessitat de reordenar les activitats i els serveis de salut pública els anys 2002 i 2003 es van aprovar, respectivament, la Llei 20/2002, de seguretat alimentària i la Llei 7/2003, de l'àmbit de la protecció de la salut, que configurava les bases per a futures regulacions en l'àmbit de la salut pública.

Cal acabar aquest capítol fent un esment als professionals que treballaven en aquest àmbit, com els farmacèutics, veterinaris, biòlegs, físics, etc., així com la feina duta a terme per la infermeria i el suport de diferents comissions o grups de treball que es varen anar desenvolupant en el decurs dels anys, amb la participació de les societats científiques sota el paraigües de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.

5. ELS PROFESSIONALS SANITARIS, LA RECERCA I LA DOCÈNCIA

Hem comentat al llarg d'aquest recull que el sistema sanitari és la suma de tot un conjunt de peces que el configuren; enmig d'aquestes peces hi trobem el malalt, l'usuari del sistema, en definitiva, el ciutadà. La resta d'elements o d'actors giren al voltant seu. Una de les peces més importants són, sens dubte, els professionals sanitaris, sense ells, sense els seus coneixements, sense la seva feina i dedicació el sistema no funcionaria.

És bo recordar que a partir dels anys setanta hi ha diversos factors que conflueixen en un canvi en el paper dels professionals sanitaris, principalment dels metges. El desenvolupament del model sanitari va anar paral·lel a una creixent interdisciplinarietat en l'àmbit sanitari, canvis en la tradicional relació metge-malalt i en l'assumpció de noves responsabilitats per part dels professionals. Fets que van fer necessari que l'administració assumís el fet de «fer política sanitària amb els professionals sanitaris», atès que són els executors de molt bona part de la política sanitària a tots els nivells. Per això es varen articular nombroses vies de relació, diàleg i col·laboració, més enllà de les laborals, ja fos amb els col·legis i associacions professionals, les societats científiques, la constitució de nombrosos consells d'assessorament per a determinades patologies o per a la prescripció de determinats fàrmacs, les associacions de malalts, els representants sindicals i d'altres.

La constant evolució de la medicina i de les organitzacions al seu voltant va comportar, a començament de la dècada dels setanta, la incorporació de nous professionals en aquest sector: estem parlant de biòlegs, nutricionistes i psicòlegs, sense deixar de banda economistes, arquitectes, enginyers, informàtics o físics, per posar-ne només uns exemples. La complexitat de l'atenció sanitària va fer que no tot girés

al voltant del metge o del personal d'infermeria, si bé van mantenir i mantenen la seva centralitat. Hi ha, doncs, una interdisciplinarietat dins el món sanitari que l'enriqueix.

Aquesta evolució va comportar, pel que fa als metges, dos fenòmens que cal ressaltar: d'una banda, la variació en la relació del professional sanitari amb el malalt, i, d'altra banda, un creixent descens dels professionals envers el desenvolupament de la seva feina. En altres paraules, manca de motivació professional, com a conseqüència d'estar immersos en organitzacions cada cop més complexes, fer front a continus avenços científics i tecnològics en un marc econòmic restrictiu on era necessari cercar la màxima eficiència i mantenir i millorar la qualitat, l'envelliment de la població, canvis epidemiològics, el fenomen de la immigració, etc.

La «relació asimètrica» existent entre metge-malalt va anar canviant ja que el ciutadà volia estar més ben informat —fet que era possible per un major nivell educatiu, i pel constant accés a noves fonts d'informació— i demanava més transparència i participació en la presa de decisions. D'aquí que fos necessari donar suport als professionals per afrontar aquests canvis fent compatibles els drets dels malalts amb el desenvolupament de l'activitat assistencial.

Les relacions del Departament de Sanitat amb els professionals sanitaris es van dur a terme, com ja hem dit, a través de diferents vies, entre les quals volem destacar:

- Els col·legis professionals
- Les societats científiques
- Les comissions mixtes
- Les organitzacions sindicals

Els col·legis professionals van tenir un paper molt actiu en el desenvolupament i el reforçament del nostre sistema, tot establint-s'hi una relació fluida ja fos a nivell institucional o amb la participació en fòrums, comissions, programes especials, etc. Es tractava que els diferents passos que s'anaven donant comptessin amb un ampli consens,

des del respecte a les funcions i al rol d'aquestes institucions en el conjunt de la societat. Un dels àmbits on aquesta col·laboració i participació va ser molt fructífera va ser en el procés d'elaboració del Pla de Salut, que va comptar amb la participació de professionals experts de l'àmbit sanitari i altres sectors, fet que va permetre incorporar la visió dels diferents àmbits assistencials, organitzacions de professionals i societats científiques. D'aquesta manera, el Pla de Salut va incorporar una visió plural, interdisciplinària i intersectorial a les propostes.

A la vegada des dels col·legis professionals es va avançar per adequar aquestes institucions als requeriments que la societat els demanava. En aquest sentit, cal ressaltar l'aprovació del Codi de Deontologia per l'Assemblea de Metges de Catalunya celebrada al Palau de la Música Catalana el 16 de juny de 1997.

Les societats científiques —a través de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears i les seves diferents seccions, però també des d'altres institucions com la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, la Reial Acadèmia de Farmàcia de Catalunya o l'Institut Mèdico-Farmacèutic de Catalunya— varen tenir una participació activa ja fos en temes molts relacionats amb l'atenció sanitària —com pot ser la participació en nombrosos consells assessors que es van anar creant en funció de determinades necessitats assistencials— o en altres àmbits més relacionats amb la planificació, l'ordenació o la gestió sanitària.

Les organitzacions sindicals van tenir també el seu protagonisme, com no podia ser d'altra manera, des de la seva participació als òrgans de govern de l'Institut Català de la Salut, i posteriorment als òrgans de participació del Servei Català de la Salut. Aquesta relació va patir tensions en nombroses ocasions, ja fos en les diferents negociacions laborals, conseqüència de les tensions financeres, o amb la discussió d'alguns aspectes del model relacionats amb la seva gestió o amb la política de recursos humans, però m'atreveixo a dir que mai no hi va haver en aquest període un enfrontament clar en el que varen ser els grans trets del model.

Hi ha, doncs, molts aspectes on trobem en l'acció de govern aquest

acompanyament dels professionals sanitaris. Si bé cal dir que és des de les actuacions de l'Institut d'Estudis de la Salut on podem trobar exemples clars i més concrets d'aquesta participació.

L'Institut va ser el responsable de totes les actuacions en l'àmbit de la formació continuada, en la definició de les competències professionals, en la planificació de les necessitats dels professionals, participant activament a nivell estatal en la programació dels MIR, entre moltes d'altres. Finalment, voldria ressaltar l'elaboració, l'any 2002, del *Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya*.

Com hem anat veient en els capítols anteriors la resposta que des de l'administració sanitària es dona a la salut de la població no pot centrar-se únicament en els aspectes assistencials o de resolució dels problemes de salut de les persones. És essencial l'èmfasi en les polítiques de protecció i promoció de la salut i de prevenció de la malaltia per tal d'evitar, en la mesura del possible, que els problemes de salut apareguin. Una bona atenció sanitària ha d'anar acompanyada d'unes polítiques de salut pública eficaces. Aquesta visió integral de la salut va guiar en tot moment l'acció dels governs del president Pujol. De la mateixa manera, un bon sistema de salut s'ha de recolzar també en dos elements fonamentals per garantir, en el present i en el futur, una bona resposta a les necessitats de salut de la població: la recerca i la docència.

A grans trets, podríem dir que la recerca en ciències de la salut assegura la incorporació de nous tractaments a la pràctica assistencial millorant així l'atenció a les persones, mentre que la docència i la formació permeten disposar de professionals excel·lents al servei de les persones.

Cal dir que durant el segle xx va produir-se un progrés científic i mèdic com mai no s'havia produït en la història de la humanitat. Tant l'esperança de vida com la qualitat de vida van experimentar avenços espectaculars. Tot i que a aquest progrés hi van contribuir notablement els factors socioeconòmics (i també el desenvolupament dels sistemes públics de salut), la recerca biomèdica hi va tenir un paper fonamental. El descobriment de nous fàrmacs, noves tècniques diagnòstiques i nous

procediments quirúrgics ha estat una causa bàsica per aquest creixement de l'esperança de vida i de la qualitat de vida.

A l'Estat espanyol, la situació de la recerca biomèdica al llarg del segle partia d'una situació molt precària. En les dècades posteriors a la Guerra Civil era pràcticament inexistent, amb pocs recursos econòmics i una organització molt fràgil. Amb els primers governs democràtics s'intenta anar redreçant la situació i, també en aquest àmbit, la Llei General de Sanitat suposa un pas endavant important, amb la creació de l'Instituto de Salud Carlos III.

A Catalunya, en l'àmbit de la recerca biomèdica, les actuacions desenvolupades entre els anys 1980 i 2003 cal emmarcar-les en el conjunt de la política de recerca desenvolupada pel Govern en aquest període i que queda explicada detalladament en el volum *Universitats i recerca* d'aquesta col·lecció.

Aquesta política de recerca va estar marcada, especialment els primers anys, pel marc competencial i per les dificultats a l'hora de poder assumir les competències en aquest àmbit. Així, el punt d'inflexió es va produir l'any 1992, amb l'aprovació del primer Pla de Recerca, corresponent als anys 1993-1996, i que va marcar el camí per als posteriors plans 1997-2000 i 2001-2004.

Cal dir que les línies directrius de la recerca biomèdica a Catalunya s'emmarcaven per les necessitats de salut detectades al Pla de Salut de Catalunya i per les prioritats de recerca identificades pel Pla de Recerca de Catalunya. Ja en aquella època es remarcava la necessitat d'incidir en els mecanismes que afavoreixen que els resultats de la recerca es tradueixin en millores de la qualitat assistencial i de la salut de la població.

El Pla de Recerca feia èmfasi igualment en la necessitat de potenciar la recerca de qualitat, mesurada per la productivitat científica, i especialment la de caràcter multidisciplinari, apropant els investigadors bàsics i clínics, i integrar-los en institucions de recerca obertes, properes a la realitat assistencial, que augmentin la massa crítica d'investigadors i permetin escurçar el temps que transcorre entre els avenços apareguts en recerca i la seva aplicació a la pràctica diària.

Igualment, les polítiques de recerca van incidir en l'aplicació de fórmules que permetessin apropar i integrar els objectius de recerca i desenvolupament que demana la indústria farmacèutica catalana amb els mitjans de què disposaven els hospitals i les universitats catalanes per dur a terme aquesta recerca. Al mateix temps, s'incidia en el fet que la indústria farmacèutica fos sensible a les necessitats de recerca percebudes pels investigadors de les institucions del país.

Cal dir que la recerca biomèdica catalana contribueix de forma molt important, tant quantitativament com qualitativament, a la producció científica catalana i espanyola i és un dels fonaments de la qualitat i el prestigi que té actualment l'atenció sanitària a Catalunya.

Durant aquest període, la majoria de la recerca biomèdica catalana (més del 70%) es duia a terme als hospitals i universitats catalanes, els departaments universitaris no clínics eren responsables de prop del 20% de la producció i altres institucions del 10% restant. La producció científica en aquest àmbit es concentrava fonamentalment en els sis grans centres hospitalaris: Hospital Clínic, Vall d'Hebron, Sant Pau, Bellvitge, IMIM-Hospital del Mar i Hospital Germans Trias i Pujol.

Per àrees temàtiques, cal destacar en aquest període la producció en les grans àrees clinicoepidemiològiques, on destaquen la producció científica de la recerca sobre l'aparell digestiu, hematologia/oncologia, infeccions/microbiologia, cardiovascular, respiratori i neurociències. Dins les àrees bàsiques, és notable la producció en bioquímica/biologia, farmacologia/toxicologia, genètica i immunologia. També cal destacar la recerca en epidemiologia i salut pública.

En la promoció i coordinació de la recerca va tenir-hi un paper molt especial, a partir de l'any 1999, l'Agència Catalana d'Avaluació de Tecnologies Sanitàries i Recerca Mèdiques, com ja hem esmentat anteriorment.

Crec que no podem deixar de fer esment a l'important paper per a la recerca biomèdica que va tenir a casa nostra, i que continua tenint, la Marató de TV3, creada per la Corporació de Ràdio i Televisió de Catalunya, que any rere any ha representat un impuls per al coneixement i la sensibilització de determinades patologies, tot impulsant projectes

d'investigació que han estat un estímul per als diferents grups de recerca establerts a Catalunya.

Pel que fa a la docència, cal tenir en compte que la política en aquest àmbit està molt condicionada pel marc competencial, segons el qual la formació especialitzada era i continua sent competència estatal.

En aquest sentit, les polítiques del Govern es van focalitzar en les possibilitats del marc competencial, fonamentalment formació continuada, amb la creació de l'Institut d'Estudis de la Salut (IES). L'IES es va crear l'any 1980, per Decret del Departament de Sanitat i Seguretat Social de data 25 de febrer, per tal de desenvolupar les competències en matèria de programes d'investigació, formació, reciclatge i perfeccionament dels professionals al servei de l'administració sanitària.

La normativa posterior (Decret 41/1982, de 22 de febrer, d'estructuració de l'IES; la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació sanitària de Catalunya —que en el seu títol setè fixa la naturalesa i funcions de l'IES—; i, finalment, el Decret 324/1990, de 21 de desembre, d'estructura, organització i règim de funcionament de l'IES) compon el marc legal que permet a l'IES desenvolupar les seves activitats i competències delegades pel Departament de Salut.

Des del seu inici, l'Institut d'Estudis de la Salut va portar a terme activitats de formació continuada adreçades als professionals de la salut. L'IES organitza la formació que, des del Departament de Salut i els seus òrgans adscrits, es considera necessària per tal que els professionals realitzin la seva tasca i se segueixen els criteris i les indicacions més adients en cada cas.

D'altra banda, des de l'IES també es va promoure la formació continuada que es desenvolupa en d'altres centres i institucions del país. Per això, es varen proposar activitats en la línia de formar formadors i introduir metodologies innovadores.



6. EL FINANÇAMENT SANITARI

6.1 El model i la seva evolució

Un dels aspectes més controvertits del model sanitari català ha estat sens dubte el seu finançament, que no podem deixar de banda del que ha estat el finançament de les comunitats autònomes. En els primers anys el sistema de finançament de les comunitats va consistir en un model per «via de la despesa», és a dir, l'Administració central transferia a les comunitats autònomes els recursos necessaris per a finançar les seves competències, amb la finalitat que poguessin prestar els serveis públics inclosos entre les seves competències. També es va incorporar al sistema de finançament la solidaritat entre les comunitats autònomes, la qual cosa va comportar la creació d'un fons de recursos amb un caràcter altament redistributiu (el fons de compensació interterritorial).

Progressivament es van anar cedint els tributs a les comunitats autònomes, donant pas així als ingressos tributaris com a font de recursos autonòmics, per passar posteriorment a un finançament que inclou aportacions de l'Estat i impostos cedits. El finançament sanitari queda contemplat dins de la Llei Orgànica 8/1980, de 22 de setembre, de Finançament de les Comunitats Autònomes, i és en aquest marc on es van anar desenvolupant les diferents reformes que es varen anar fent.

A grans trets, es coneixen quatre maneres diferents de finançar la sanitat: el pagament individual i directe del consumidor, la contractació d'una assegurança privada, la Seguretat Social a través dels salaris dels treballadors, i l'Estat per mitjà d'impostos. Cal recordar que fins a l'any 1998 els serveis sanitaris a l'Estat espanyol s'havien finançat a través de les quotes de la seguretat social (aportades per empresaris i treballadors)

i aportacions de l'Estat i altres administracions. Aquesta situació es manté fins a l'any 1998, quan el finançament és assolit totalment per l'Estat a través dels impostos que paguen els ciutadans, tal com ja preveia la Llei General de Sanitat, aprovada l'any 1986, i que transforma, com hem vist, el model sanitari en un «sistema nacional de salut», és a dir, l'accés al sistema esdevé un dret i no una prestació per als treballadors en actiu i pensionistes, o una actuació de beneficència per part de l'Estat.

Quan s'estudia el finançament de la sanitat a nivell de l'Estat espanyol cal tenir en compte la situació de descentralització d'aquest servei cap a les comunitats autònomes, que comença l'any 1980 i que finalitza l'any 2001, fet que va comportar que durant molts anys el sistema de finançament fos, per definir-ho d'alguna manera, dual o asimètric: l'Estat continuava finançant l'ens gestor dels serveis sanitaris de les comunitats que no havien assolit les transferències —l'INSALUD— i, d'altra banda, finançava les comunitats amb competències, amb un percentatge inicial que corresponia al percentatge del cost dels serveis sanitaris transferits sobre el cost del total dels serveis sanitaris de l'INSALUD a tot l'Estat. Aquest percentatge s'havia d'anar ajustant en un termini de deu anys a comptar des de l'inici del procés al percentatge de població de dret (Catalunya) o protegida (València i Andalusia), fet que va generar disfuncionalitats per la dificultat en la definició de la població i per la manca d'informació sòlida sobre assegurats i beneficiaris.

Una altra de les peculiaritats que cal tenir en compte durant aquests primers anys és que malgrat la fixació dels crèdits inicials com a limitatius, les comunitats participaven de la desviació que es produïa entre la liquidació i el pressupost inicial de l'INSALUD —ja que el Govern central, a través de l'INSALUD, transferia despesa d'un any a l'altre, produint-se la paradoxa que com més malament es gestionés a nivell central, més es beneficiaven les comunitats amb competències. Aquest fet posava en evidència la insuficiència general dels pressupostos inicials i, d'altra banda, les liquidacions per aquest concepte varen ser sempre una font de conflicte: arribaven tard, fins i tot més d'un any després, no permetien fer pressupostos reals i eren un incentiu a la ineficiència. Cal contextualitzar en aquest punt que partíem d'un finança-

ment sanitari global per sota del que podien tenir països del nostre entorn i amb nivells de renda similars. La sanitat no havia estat mai una prioritat en la dictadura i tampoc no ho va ser posteriorment, si bé aquesta situació va anar millorant progressivament. Malgrat això, podem afirmar que la sanitat va estar sempre subfinançada a l'Estat espanyol si ens atenem a diversos indicadors al respecte, i encara persistia aquesta situació en finalitzar el període que estem estudiant, com podem veure a les dades de l'Organització per a la Cooperació i Desenvolupament Econòmic (OCDE), que assignaven una mitjana del 8% del seu PIB en despesa sanitària (pública i privada), l'any 2002, mentre que Espanya destinava una quantitat equivalent al 7,7% del seu PIB. Aquest subfinançament també es fa palès si ho comparem amb les dades dels països de la Unió Europea que assignaven també una mitjana del 8%.

Taula 13. Despesa sanitària sobre el PIB en els països desenvolupats, 2002

PAÏSOS	PÚBLICA	TOTAL
Alemanya	7,8	10,4
França	7,2	9,5
Dinamarca	6,8	8,3
República Txeca	6,6	7,2
Canadà	6,5	9,1
Bèlgica	6,2	8,7
Nova Zelanda	6,2	8,0
Itàlia	5,9	8,1
Regne Unit	5,9	7,3
Portugal	5,8	8,2
Estats Units	5,8	13,0

Suècia	5,7	8,5
Mitjana països UE	5,7	8,0
Àustria	5,6	8,0
Mitjana països OCDE	5,6	8,0
Holanda	5,5	8,1
Islàndia	5,4	8,7
Espanya	5,4	7,7
República Eslovaca	5,3	5,9
Hongria	5,1	6,8
Irlanda	5,1	6,7
Finlàndia	5,0	6,6
Grècia	4,6	8,3
Mèxic	2,5	5,5
Luxemburg	2,4	6,0

Font: Eco-Santé. OCDE, 2002.

Si ens centrem en les dades de despesa pública sobre el PIB, segons informació de l'OCDE de l'any 2002, l'Estat espanyol es va situar en un 5,4%, és a dir, encara tres dècimes per sota de la mitjana europea, que va ser del 5,7%, i dues dècimes per sota de la mitjana dels països de l'OCDE, que va ser del 5,6%.

Hi ha un altre aspecte a tenir en compte a banda de la discussió sobre quin hauria de ser el nivell de despesa sanitària d'un país, i és el que fa referència al creixement de la mateixa any rere any. La despesa sanitària és influenciada per factors com l'envelliment de la població, l'increment de la prevalença de les malalties cròniques o la introducció constant de nous avenços en el camp del diagnòstic i el tractament, que

fan que el seu increment sigui més alt que altres serveis públics. Això explica que durant mots anys es reivindicés que la despesa sanitària havia de créixer sempre per damunt de l'evolució del PIB, fet que es va posar reiteradament damunt la taula en les discussions sobre el finançament de la sanitat.

En abordar, doncs, aquest tema cabdal en el funcionament del sistema sanitari cal tenir en compte dos aspectes fonamentals. D'una banda, que el finançament resultava insuficient i, de l'altra, que el model de finançament era del tot insatisfactori.

Pel que fa a la insuficiència financera, cal tenir present que es presupostava per sota de la despesa real i, a més, d'una forma persistent, atès que els creixements de la despesa estaven per sobre del creixement dels pressupostos. Aquesta insuficiència va provocar un deute que va anar aflorant, fet que va comportar diverses operacions de sanejament, la darrera l'any 1992. Tot plegat posava en perill les finances del govern autonòmic, perquè en termes generals la despesa sanitària podia representar entre el 35 i el 40% del pressupost general d'una comunitat autònoma, i generava tensions en el conjunt del sector. Un bon exemple d'aquesta situació es podia trobar en el pagament als proveïdors de material o equipament sanitari, que arrossegaven endarreriments que superaven els cinc-cents mesos en algunes comunitats autònomes, tal com venia denunciant la patronal d'aquest sector, FENIN.

Quant al model de finançament, val a dir que va evolucionar significativament durant el període que es descriu en el present estudi. Fins a l'any 1993, en què es va plantejar la necessitat d'una reforma profunda, ja hem esmentat que el sistema de finançament es va basar en el cost efectiu de la despesa vinculada a l'INSALUD, amb les conseqüents mancances que això va suposar. Aquest sistema, d'altra banda, no tenia en compte cap altre indicador més enllà del de la població protegida, i hi van quedar fora temes tan importants com els dèficits estructurals en el moment de rebre les transferències —fet molt important a casa nostra, com hem vist—, la despesa que generaven malalts d'altres comunitats atesos a Catalunya o l'estructura de la piràmide poblacional, per posar-ne uns exemples.

Aquesta insuficiència de recursos i un model inadequat va anar gene-

rant un dèficit important tant a la Generalitat com en la majoria de centres sanitaris que pertanyien a la XHUP, alleugerat per l'esforç d'aquests centres i pel conjunt del sistema sanitari. Millorar, doncs, aquesta situació va ésser sempre una de les prioritats del president Pujol, amb el suport del Grup Parlamentari al Congrés de Diputats a Madrid, i va ser un dels aspectes sempre presents en les constants i successives negociacions amb el Govern central, ja fos amb el PSOE o amb el PP. La pressió que es va dur a terme en aquest tema no va beneficiar solament Catalunya, sinó que a la llarga va representar una millora per a totes les comunitats, a banda del País Basc, atès el seu particular i avantatjós sistema de finançament.

Fruit d'aquestes negociacions, no és fins al període 1994-1997 en què es planteja un model quadriennal més estable, basat en el repartiment per càpita. Es va homogeneïtzar l'assignació dels recursos, establint un concepte únic de població protegida. Com a criteri d'evolució dels recursos es va limitar per primera vegada el creixement del pressupost sanitari de cada comunitat autònoma al creixement del PIB nominal de l'Estat.

El que, sens dubte, va ser una avenç en molts aspectes es va veure enterbolit, d'altra banda, per una forta retallada de recursos per part del govern del PSOE (150.000 milions de pessetes en el pressupost de l'any 1995) per tal de complir amb el criteri de Maastricht, previs a l'adhesió d'Espanya a la Unió Europea, que va distorsionar la millora aconseguida amb els canvis introduïts, i va produir un increment notable del deute.

Al final d'aquest període es va generalitzar l'opinió de reformar el model amb profunditat per millorar essencialment la suficiència de recursos. Amb aquest plantejament es va aprovar un nou sistema de finançament per al període 1998-2001. Així mateix, la distribució territorial es va realitzar en un 98% dels recursos segons la població protegida i per al 2% restant es va crear un fons per recollir la compensació per la pèrdua de població, la compensació per l'atenció als desplaçats d'altres comunitats autònomes i per cobrir costos de docència i recerca.

Es va veure, però, a la vista de la pressió de la demanda, que el sector públic de la sanitat tindria problemes per mantenir l'equilibri presupostari amb un escenari de creixement de la despesa sanitària pública basat en el PIB nominal.

Hi ha un altre fet rellevant, i és la inclusió del finançament de la sanitat en el finançament general de les comunitats autònomes en un nou model que s'instaura l'any 2002. Aquest nou model va comportar que la sanitat ja no es finançava per la seva participació en el pressupost de despesa de l'antic INSALUD sinó que estava relacionat amb els ingressos tributaris de la comunitat autònoma en què tenia competència i protegit per una norma de mínims. És a dir, la sanitat ja no es finançava mitjançant una subvenció condicionada sinó mitjançant les transferències de l'Estat i el rendiment que la Generalitat extragués de la recaptació de determinats tributs, concretament, del 35% de l'IVA, del 40% dels impostos especials sobre l'alcohol, el tabac i els hidrocarburs, del 100% de l'impost sobre l'energia i de la recaptació dels impostos sobre matriculació de vehicles i de les vendes minoristes d'hidrocarburs. Podem afirmar que aquest nou sistema millorava l'autonomia financera de la Generalitat —el finançament via impostos recaptats passava del 33% al 86% del pressupost— i a la vegada cercava una major coresponsabilitat autonòmica en el finançament d'un servei bàsic com era la sanitat.

A banda d'aquest sistema, es van establir uns fons de finançament suplementaris. El «fons general» fixava una xifra inicial de recursos per a la sanitat i garantia durant els tres primers anys (2002-2004) que l'evolució mínima havia de ser la del PIB nominal a preus de mercat.

La xifra base de partida per a tot el Sistema Nacional de Salut (SNS) va ser la despesa liquidada del 1999, però distribuïda entre comunitats autònomes d'acord amb els següents criteris i ponderacions: població protegida (xifra de població de 1999) un 75%, envelliment de la població (majors de 65 anys) un 24,5%, i insularitat un 0,5%.

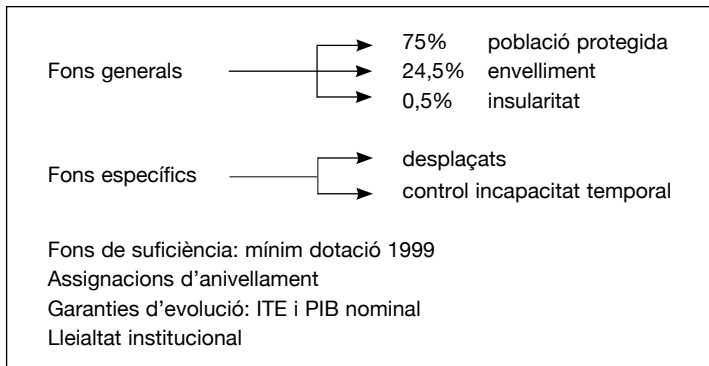
Pel que fa als «fons específics» cal fer referència a:

- Fons del programa d'estalvi en incapacitat temporal.
- Fons de cohesió sanitària, que per fi tenia en compte la despesa corresponent a malalts desplaçats d'altres comunitats autònomes, de països de la UE o de països que tenien conveni d'assistència recíproca.
- Fons de suficiència, que tenia com a finalitat cobrir la diferència

- entre les necessitats de despesa de cada comunitat autònoma i la seva capacitat fiscal en l'any base del sistema (1999).
- Assignacions d'anivellament, amb l'objectiu de garantir un nivell mínim en la prestació de serveis públics fonamentals.
 - I, per últim, el fons de «lleialtat institucional», que preveia que si l'Estat prenia algunes decisions tributàries que afectessin les comunitats autònomes amb la implicació d'un nivell de despesa no prevista en el moment d'aprovar-se l'esmentat acord, anualment el Consell de Política Fiscal i Financera hauria d'elaborar un informe sobre les conseqüències derivades de les actuacions de l'Estat, tant en matèria d'ingressos com de despeses.

Aquest nou model es pot veure reflectit en el gràfic següent.

Gràfic 3. Finançament de la sanitat en el nou acord de l'any 2002



Aquest nou model, modificat posteriorment en les «conferències de presidents de les comunitats autònomes», oferia una solució a alguns punts que havien estat molt conflictius fins aleshores i suposava un increment de l'autonomia financera, atès que donava més capacitat per mantenir l'evolució dels ingressos tributaris de l'Estat (ITE) per sobre de l'evolució del PIB nominal.

Tot plegat va fer possible la transferència de la sanitat a la resta de

comunitats, a la vegada que donava més capacitat financera per a la sanitat en mantenir l'evolució dels ingressos tributaris de l'Estat (ITE) per sobre de l'evolució del PIB nominal.

Aquesta major autonomia financera a les comunitats autònomes es feia palesa amb l'increment del nombre de tributs cedits o amb participació de les comunitats en el percentatge dels impostos, com ja s'ha assenyalat anteriorment.

El model mantenia la sanitat en l'àmbit de protecció de la Seguretat Social. És a dir, sotmesa al règim econòmic de la Seguretat Social, que és competència de l'Estat i, per tant, és aquest qui defineix les prestacions sanitàries de cobertura obligatòria mitjançant el catàleg de prestacions.

El desembre de 2001, les deu comunitats autònomes que encara no tenien competències directes en sanitat van pactar-ne el traspàs —com s'ha explicat a l'apartat de traspàs de competències— i, posteriorment, durant el 2002, totes les comunitats van acceptar el nou sistema amb totes les seves fonts de finançament, com a elements a integrar en els seus respectius pressupostos.

Aquest nou pas que es recull per primer cop en els pressupostos de l'any 2003 implicava, pel que fa a la sanitat, entre d'altres coses, que el pressupost estatal destinat a la despesa sanitària es va reduir en un 95%, ja que l'Estat només administrava directament la sanitat a Ceuta i Melilla.

6.2 Els pressupostos de sanitat de la Generalitat

En el període estudiat, el Govern va destinar a la sanitat un terç del seu pressupost. Concretament, el pressupost inicial transferit a la Generalitat de Catalunya per sufragar la despesa sanitària era d'uns 90.000 milions de pessetes (aproximadament uns 540 milions d'euros), mentre que el pressupost del 2003 va ser de 913.454 milions de pessetes (5.490 milions d'euros). Per tant, el pressupost es va multiplicar per deu en aquests vint-i-tres anys.

A la taula i el gràfic següents es pot observar l'evolució dels recursos públics destinats a la sanitat a Catalunya i es pot observar com el pressupost va anar creixent progressivament i per sobre del creixement del PIB nominal.

Taula 14. Evolució del pressupost per a la prestació dels serveis sanitaris de provisió pública a Catalunya (1981-2003)

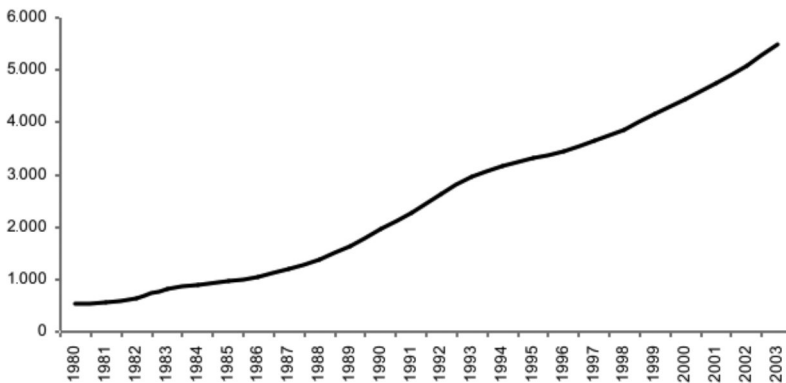
ANY	Pressupost (en milions de pessetes)	Pressupost (en milions d'euros constants)	% creixement
1980	90.000	540	-
1981	92.940	559	3,27
1982	107.080	643	15,21
1983	135.498	814	26,54
1984	148.136	890	9,33
1985	163.073	980	10,08
1986	176.047	1.058	7,96
1987	197.641	1.188	12,27
1988	231.239	1.390	16,99
1989	271.439	1.631	17,38
1990	326.888	1.965	20,43
1991	379.946	2.284	16,23
1992	437.377	2.629	15,12
1993	491.102	2.952	12,28
1994	526.677	3.165	7,24
1995	552.236	3.319	4,85

1996	571.566	3.435	3,50
1997	605.806	3.641	5,99
1998	640.207	3.847	5,68
1999	694.024	4.171	8,41
2000	738.315	4.437	6,38
2001	789.458	4.745	6,93
2002	846.738	5.089	7,26
2003	913.454	5.490	7,88

Nota: Els càlculs per passar de pessetes a euros constants estan arrodonits.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Gràfic 4. Evolució del pressupost per a la prestació dels serveis sanitaris de provisió pública a Catalunya 1981-2003 (en milions d'euros)



La despesa sanitària no va parar de créixer durant aquest període a Catalunya com en la resta de països de l'entorn. Tot i que el Govern va intentar controlar-ne el creixement i va aconseguir que creixés més a

poc a poc, era inevitable que deixés de créixer per tot el conjunt de factors que influïen significativament en l'evolució de la despesa sanitària.

Un d'aquests factors va lligat directament al desenvolupament socioeconòmic de la població, ja que sabem que genera una demanda superior al ritme de creixement de la seva renda: és prou conegut i demostrat que l'elasticitat en la renda del consum de serveis sanitaris és superior a la unitat. Aquest aspecte, clarament constatat a escala internacional, afectava i afecta d'una manera més visible les comunitats com Catalunya, amb una renda per càpita més elevada en relació amb altres comunitats autònomes, fet que significava que el diferencial assenyalat entre l'Estat espanyol i els països desenvolupats encara és més evident si el considerem en relació amb Catalunya.

Hi ha altres factors que varen influenciar significativament l'evolució de la despesa sanitària, i que encara avui són ben presents. Ens referim a l'evolució de la taxa de cobertura sanitària de la població (la universalització de l'assistència es produeix l'any 1986), l'envelliment, els avenços tecnològics, l'aparició de noves patologies i l'important increment de la població, que es va produir bàsicament pel dinamisme del procés d'immigració. A més, l'èxit del model sanitari català va suposar també el desplaçament de malalts d'altres comunitats autònomes i estrangers que també van impulsar el creixement de la despesa sanitària.

6.3 El sector salut, creador de riquesa

Per acabar aquesta secció, hem cregut convenient fer esment de la voluntat del Govern de transmetre al conjunt de la societat catalana la importància del sector sanitari per la seva magnitud i el seu pes en el teixit productiu del país. Així, es varen realitzar diverses actuacions per tal de fer pedagogia que calia contemplar la sanitat com un sector «d'arrossegament» d'altres sectors de l'economia. Per exemplificar-ho, podríem parlar de xifres que són ben significatives: l'any 1999, la sani-

tat catalana movia diàriament gairebé 16 milions d'euros, i atenia cada dia uns 95.000 pacients en els centres d'atenció primària, 18.000 pacients en les consultes externes dels hospitals i 8.000 pacients en els serveis d'urgència hospitalaris. D'altra banda, els 65 hospitals d'aguts que configuraven la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) donaven d'alta més de 1.700 pacients al dia.

Es tractava d'un sistema que donava feina a més de 64.000 persones de forma directa, realitzava el 27% de la producció científica en recerca biomèdica de l'Estat espanyol i era líder en alta tecnologia, trasplantaments i atenció socio sanitària, entre altres aspectes.

El fet de ser un model que oferia uns serveis d'alta qualitat, li conferia un alt poder d'atracció sobre ciutadans d'altres comunitats autònomes, atenent més de 16.000 pacients a l'any de fora de Catalunya.

Aquestes dades corroboren, doncs, que no es podia veure la sanitat solament com quelcom generador de despesa, sinó com un element de riquesa i de cohesió social, i sense valorar les aportacions en altres àmbits de l'economia d'un país, o els guanys en salut i qualitat de vida.



EPÍLEG

Com en la majoria de països més industrialitzats i desenvolupats del món, durant els vint-i-tres anys analitzats en el present estudi, la sanitat catalana es va haver d'enfrontar a tot un seguit de reptes. Els nous escenaris i les noves realitats socials van anar dibuixant noves necessitats en matèria de sanitat. Mantenir la universalització del sistema i la seva sostenibilitat, l'envelliment de la població, el paper de l'atenció primària, les malalties emergents, les noves tecnologies —en el camp del diagnòstic per a la imatge, la telemàtica, la robòtica, els biomaterials, etc.—, els desequilibris entre l'oferta i la demanda, la despesa en medicaments, la integració definitiva de la salut mental en el sistema, la immigració, la bioètica o el paper del ciutadà en el sistema sanitari van ser alguns dels reptes als quals el Govern va haver de donar resposta, en un escenari de recursos molt limitats.

És per aquest motiu que totes les actuacions que s'han descrit en aquest recull cal emmarcar-les en el seu context. A més, també és del tot necessari que el lector interpreti totes les polítiques dutes a terme tenint en compte l'època en què es van desenvolupar i les circumstàncies socials i òbviament polítiques que va viure Catalunya en aquest període. Cal fer un gran esforç de contextualització per distanciar-se de la realitat actual i apropar-se als anys descrits, ja que la societat, en pocs anys, ha canviat en molts aspectes, tot i que, malauradament, persisteix la situació d'espoli fiscal a què està sotmès el nostre país.

El balanç d'aquests vint-i-tres anys d'acció de Govern en sanitat és, com s'ha pogut veure, prou dens i prou destacable. El sistema sanitari català va evolucionar molt, fins arribar a esdevenir un model admirat no només a nivell de l'Estat espanyol sinó també, en alguns aspectes, a

nivell internacional. Tot i les limitacions imposades per l'abast de les competències estatutàries, la política sanitària ha estat una de les polítiques més genuïnament autònoma respecte a l'Estat, fins al punt que a mitjan anys noranta es parlava del «model sanitari català».

Aquest fet es fonamenta tant en la quantitat i la importància de les iniciatives portades a terme —equipaments, programes, campanyes, etc.— com en aquelles actuacions que van tenir com a objectiu reorganitzar les estructures i canviar la cultura dels agents del sistema.

Cal assenyalar que totes les actuacions públiques dutes a terme, i que defineixen el model sota el paraigües d'un sistema sanitari públic, no poden obviar el paper de l'oferta privada a casa nostra, extensa, prestigiosa i de gran qualitat, tant pel que fa a centres com a professionals, i coneguda arreu del món. El sistema sanitari català és un tot, i així s'ha de contemplar.

La magnitud i el pes de la sanitat és extraordinari. Sovint hem comentat que la sanitat és un sector «d'arrossegament» d'altres sectors de l'economia. Per exemplificar-ho, parlem de xifres: l'any 1999, la sanitat catalana movia diàriament gairebé 16 milions d'euros, i atenia cada dia uns 95.000 pacients en els centres d'atenció primària, 18.000 pacients en les consultes externes dels hospitals i 8.000 pacients en els serveis d'urgència hospitalaris. D'altra banda, els 65 hospitals d'aguts que configuraven la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) donaven d'alta més de 1.700 pacients al dia.

Es tracta d'un sistema que dóna feina a més de 64.000 persones de forma directa, realitza al voltant del 30% de la producció científica en recerca biomèdica de l'Estat espanyol i és líder en alta tecnologia, trasplantaments i atenció sociosanitària, entre altres aspectes.

El fet de ser un model que ofereix uns serveis d'alta qualitat li confereix un alt poder d'atracció sobre ciutadans d'altres comunitats autònomes, atenent més de 16.000 pacients a l'any de fora de Catalunya.

És per això que des del Departament de Sanitat i el Servei Català de la Salut, sempre es va voler posar èmfasi a transmetre la idea que la sanitat era i és un element de riquesa i de cohesió social. Sovint es contempla aquest sector només des de la vessant de la despesa, sense

valorar les aportacions en altres àmbits de l'economia d'un país, o els guanys en salut i qualitat de vida.

Com ja he dit a la introducció he volgut defugir dels noms propis en aquest recull, més enllà del president Pujol i dels consellers que varen estar al front del Departament en aquests vint-i-tres anys, i ho he fet per no oblidar-me de ningú, atès que són molts les i els protagonistes d'aquest llarg període de la nostra història en l'àmbit de la sanitat catalana, com moltes les institucions de tota mena que hi varen intervenir. Creiem, així, que tothom es pot sentir protagonista, començant pels professionals sanitaris i posant al centre les ciutadanes i ciutadans de Catalunya.

Per ells vàrem treballar. Ells són el revulsiu que va fer possible tantes complicitats i compromisos, en la construcció gens fàcil d'un model sanitari modern, equitatiu i solidari.

Als malalts, als seus familiars, al conjunt de la societat els devem l'honor d'haver pogut treballar per a la millora de la salut a casa nostra. Des de molts indrets, des de diferents àmbits, des de múltiples responsabilitats, tots n'hem estat protagonistes.



BIBLIOGRAFIA

- ALONSO MAYO, E. «Gestión de la diversidad cultural en atención primaria». *Cuadernos de Gestión*, 02, 2002; 08: 49-53.
- ALONSO MAYO, E.; ARMENGOU IGLESIAS, J. M.; FERRÉ DE DIEGO, S. *Experiencia de gestión y coordinación sanitaria interinstitucional en una situación excepcional. El encierro en iglesias de Barcelona*. Cuadernos de Gestión, 02, 2001; 07: 92-99.
- ARGENTE, Miquel. «El finançament dels serveis sanitaris transferits de la Seguretat Social. Algunes reflexions entorn el finançament de la sanitat. Les reformes del sistema de finançament de la sanitat. Un moment clau per a la sanitat». *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*, núm. 3, 10, 23 i 29.
- ARGENTE, Miquel; ÁLVAREZ, María José. «El nou acord de finançament autonòmic de la sanitat». *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*, núm. 31
- ARGENTE, Miquel. FERNÁNDEZ, Roser. BATESTENZA, Jorge R. *El Pla d'inversions sanitàries de la Generalitat de Catalunya*. «Nota d'economia 73». Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 2002.
- BERRA, S.; ELORZA RICART, J. M.; BARTOMEU, N.; HAUSMANN, S.; SERRA-SUTTON, V.; RAJMIL, L. (2004). *Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
- BOHIGAS, Lluís. «El cost de la salut». Article publicat a la *Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*.
- BOHIGAS, Lluís. «La política hospitalària entre els anys 1981 i 1990».

- Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*. Monografies. Número 2. Any 1991. Àrea de Recursos Econòmics. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
- CAYLÀ, J. A.; JANSÀ, J. M.; IGLESIAS, B. (1992). *Sida en extranjeros, análisis de 99 casos*. VI reunión anual de la Sociedad Catalana de Salud Pública. Migración y Salud, la Cuenca Mediterránea hacia el año 2000. Barcelona, 16-17.
- CAYLÀ, J. A.; JANSÀ, J. M.; IGLESIAS, B. (1993). *AIDS and tuberculosis of migrating populations in Barcelona*. Regional European Meeting of the International Epidemiological Association. Jerusalem, 14-19.
- DIVERSOS AUTORS (2007). *Modernització tecnològica, canvi organitzatiu i servei als usuaris en el sistema de salut de Catalunya*. Capítol 2 «El sistema de salut a Catalunya: estructura i dinàmica». Universitat Oberta de Catalunya. Generalitat de Catalunya.
- DIVERSOS AUTORS. (2003). «La reforma de l'atenció primària a Catalunya». [article en línia]. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*, núm. 37. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- DIVERSOS AUTORS. (2010). *Arquitectura per a la salut*. Servei Català de la Salut, Departament de Salut. Col·legi d'Arquitectes Catalunya.
- GARCÍA DE OLALLA, P.; LAI, A.; JANSÀ, J. M.; BADA, J. L.; CAYLÀ, J. A. *Características diferenciales del SIDA en inmigrantes extranjeros*. Gac Sanit 2000.; 14(3):189-194.
- GARCÍA DE OLALLA, P.; CAYLÀ, J. A.; MILA, C.; JANSÀ, J. M.; BADOSA, I.; FERRER, A.; ROS, M.; PRAT, J.; ARMENGOU, M.; ALONSO, E.; ALCAIDE, J. *Tuberculosis screening among immigrants holding a hunger strike in churches*. Int J Tuberc. Lung Dis. 7 (12 Supl. 3): S412-S416, 2003.
- GARCÍA VIDAL, J.; JANSÀ, J. M.; GARCÍA DE OLALLA, P.; BARNÉS, I.; CAYLÀ, J. A. «I Infectious diseases and Characteristics of the foreign migrants at the Mail Prison Facility in Barcelona». *Revista Española Salud Pública* 1998, 72:197-208.
- IGLESIAS, B.; CAYLÀ, J. A.; JANSÀ, J. M.; PLASÈNCIA, A. *La tuber-*

- culosis en extranjeros, características diferenciales de los extranjeros tuberculosos que viven en Ciutat Vella*. VI Reunión anual de la Sociedad Catalana de Salud Pública. Migración y Salud, la Cuenca Mediterránea hacia el año 2000. Barcelona, 16-17 d'octubre de 1992.
- INSTITUT D'ESTUDIS DE LA SALUT. Programa d'activitats, 2004-2005.
- JANSÀ, J. M.; CAYLÀ, J. A.; GALDÓS-TANGÜIS, H.; GARCÍA DE OLLA, P.; PLASÈNCIA, A. *Tuberculosis in migrating populations in Barcelona*. 28th World Conference of IUATLD/UICTMR. Mainz (Alemanya), 14-17 de juny de 1994.
- LAPORTE, Josep. *La sanitat i els serveis socials a Catalunya: 1980-1988*. «Vuit anys de política sanitària a Catalunya». Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Pròleg de Jordi Pujol.
- LO CASCIO, Paola. *Nacionalisme i autogovern. Catalunya, 1980-2003*. Editorial Afers. Barcelona, 2008. pàg. 166.
- LO CASCIO, Paola. *El modelo catalán: ¿Una metáfora para Europa? Nacionalismo y nueva governance a finales del siglo xx*. Tesis Doctoral UB 2005, pàg. 470.
- MARTÍN, A.; LEDESMA, A.; SANS, A. *El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas*. Atención Primaria 2000; 25 (01): 45-58.
- PONSÀ, Joan Antoni; CUITLLAS, Sílvia; ELÍAS, Àngels; FUSTÉ, Josep; LACASA, Carme; OLIVET, Miquel; VIOLAN, Concepció. «La reforma de l'atenció primària de Salut». *Fulls econòmics del sistema sanitari*, número 37 (setembre 2003). Divisió d'Atenció Primària. Àrea Sanitària. Servei Català de la Salut.
- PUJOL, Jordi. *Paraules del president*. «Presentació del *Diccionari Enciclopèdic de Medicina*». Palau de la Generalitat. Barcelona, 8 de novembre de 1990. Volum XXI. Gener - desembre 1990, pàg. 292.
- PUJOL, Jordi. *Què és autonomia?* Article publicat al butlletí 134 del Centre d'Estudis Jordi Pujol, el 14 d'octubre de 2008.
- RIS, H.; PANÉ, O. «La reforma de l'atenció primària de salut després d'una dècada». *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*, 1997; 30:7-11.

- RIUS, Eduard. *Els reptes de la sanitat catalana en el segle XXI*. Parlaments: 11. Text de la conferència pronunciada a la Tribuna de Barcelona, el 31 de maig de 1999.
- RODÉS, Joan, [dir.]. *Reports de la recerca a Catalunya*. Medicina. Institut d'Estudis Catalans. Barcelona, 1997.
- VALLRIBERA, Pere. «La planificació de l'atenció hospitalària pública a Catalunya: una visió històrica des de les transferències». *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*. Monografies. Número 5. Any 1994. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
- Avaluació dels objectius per a l'any 2000 del Pla de Salut de Catalunya*. Departament de Salut. Barcelona, 2003.
- Informe Lalonde*. Conferència d'Alma Ata, 30a i 34a, sessions del Comitè Regional per a Europa de l'OMS, Carta d'Ottawa, Conferència d'Adelaida, entre d'altres.
- Jornades Catalanes Salut i Migració*. Barcelona 1998. Organitzades per la Unitat de Malalties Tropicals de la DAP Ciutat Vella de l'Institut Català de la Salut, el Departament de Cultura i la Secretaria General de Joventut.
- Pla Director Sociosanitari*. Col·lecció: Planificació i avaluació sanitàries. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- Quaderns de la bona praxi*, 16: «La immigració, els immigrants i la seva salut». Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. 2003.







