

El sistema de salut a Catalunya: estructura i dinàmica

2.2.	Introducció	25
2.3.	Un recorregut per les principals fites de l'actual sistema sanitari català	26
2.4.	Estructura i funcionament del sistema sanitari català	33
2.5.	El mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública	36

2.1. Introducció

Segons l'Organització Mundial de la Salut els sistemes sanitaris comprenen totes les persones i accions, el propòsit primari de les quals és la millora de la salut (Murray i Evans, 2003). Per a aconseguir aquest propòsit, els sistemes sanitaris adopten diferents formes d'organització d'acord amb els valors i motivacions de la societat en què es desenvolupen (Sevilla i Enríquez, 2006). Aquestes diferents formes estan relacionades amb: els agents que interactuen –ciutadans, professionals, usuaris...–; les organitzacions que presten els serveis sanitaris i, per últim, el marc del sistema sanitari. El corresponent marc està condicionat pel model d'estat, la situació socioeconòmica i els valors i motivacions dels diferents agents involucrats en el sector sanitari. Per tant, els sistemes sanitaris com a sistemes socials s'enfronten a nombrosos reptes (M. Rosenmöller i M. McKee, 2005; Repullo, 2006) relacionats amb els canvis socials, econòmics, tecnològics i culturals que s'han produït en les últimes dècades.

La finalitat d'aquest capítol és descriure el funcionament de l'actual sistema sanitari català. Per a això, en primer lloc, realitzarem un recorregut pels fets més rellevants que han impulsat la configuració de l'actual sistema de salut. En segon lloc, abordarem l'estructura i el funcionament del sistema sanitari per a destacar la distribució de funcions entre els diferents agents que configuren el sistema. Per últim, assenyalarem l'articulació del sistema sanitari al territori segons el nou avantprojecte de mapa sanitari de Catalunya (2006).

2.2. Un recorregut per les principals fites de l'actual sistema sanitari català

El sistema de salut de Catalunya ha anat adquirint una idiosincràsia pròpia donada pel procés històric de creació i desenvolupament. Els antecedents remots del model sanitari català poden situar-se en l'evolució de l'organització dels serveis sanitaris a partir de la industrialització i la "Renaixença" de mitjan segle XIX (Sarria, 2000). Més recentment, la Constitució espanyola de desembre de 1978 i l'Estatut d'autonomia de Catalunya de 1979 són els referents que emmarquen l'evolució del sistema sanitari fins als nostres dies. Aquests referents situen el sistema sanitari com un dels pilars de l'estat de benestar (Navarro, 2003) i configuren un model d'estat descentralitzat on les competències sobre sanitat són transferides majoritàriament a les comunitats autònomes.

La Constitució del 1978, en l'article 43, reconeix el dret a la protecció de la salut i encomana als poders públics organitzar i tutelar els temes de salut pública a través de mesures preventives i de prestació dels serveis sanitaris. Això implicava la necessitat de realitzar una reforma sanitària que fes front a la situació heretada del franquisme, caracteritzada per un model molt desintegrat.

Taula 1. Estructura del sistema sanitari a l'inici de la transició

Grup poblacional	Finançament	Assegurament	Provisió
Treballadors per compte d'alta familiar	Cotitzacions "Iguals"	Instituto Nacional de Previsión (INP), creat el 1944	Hospitals de la Seguretat Social SOE-INP i concertats. Atenció no hospitalària: metges de contingent de medicina general i especialistes. Àrees rurals: metges titulars i APD
Funcionaris i familiars "règims especials"		MUFACE	
Treballadors per compte propi assegurats	Primes	Mútues	Hospitals propis
Persones amb capacitat adquisitiva	Propi	Autoassegurament	Hospitals privats Consultes privades d'especialistes
Indigents	Pressupostos de l'Estat Beneficència	Ministeri de Sanitat Diputacions	Hospitals provincials Hospitals de l'Església Hospitals de la Creu Roja

Font: Sarria, 2000, pàg. 107

Tal com mostra la taula anterior, al principi de la transició, la cobertura del sistema sanitari no era universal, és a dir, existien uns nivells d'atenció sanitària determinats depenent del grup poblacional. El finançament del sistema també presentava una gran diversitat que anava des de les contribucions socials associades a l'activitat laboral, les contribucions

privades associades al pagament pels serveis sanitaris rebuts o els pressupostos de l'Estat, i la beneficència per a les persones no assegurades i sense capacitat de pagament. Aquests diferents nivells de finançament estaven associats a diferents tipus d'assegurances sanitàries que podien ser públics o privats. Per últim, existia una gran varietat d'organitzacions proveïdores de serveis sanitaris amb diverses titularitats i ofertes de serveis.

Després de l'aprovació de l'Estatut d'autonomia³ el 1979, la Generalitat començà a rebre algunes de les competències en matèria de sanitat i va haver de fer front a aquesta situació. A més, Catalunya tenia la peculiaritat de l'escassetat de llits hospitalaris per a aguts de titularitat pública: el sector públic no representava més del 34% del total,⁴ quan a la resta de comunitats de l'Estat espanyol el percentatge era superior (70%). Durant molts anys, aquesta falta d'inversions públiques per part de l'Estat central s'havia anat superant gràcies al desenvolupament de centres i serveis sanitaris per iniciativa de diverses entitats benèfiques, de les corporacions locals, de les mutualitats, de l'Església i de societats cooperatives.

Davant d'aquesta situació, la dècada dels 80 es caracteritza per ser una etapa d'ordenació territorial i de planificació dels recursos i serveis assistencials (Séculi *et al.*, 2003). Segons la història del model sanitari català presentada per CatSalut,⁵ l'inici de la planificació sanitària (1981-1983) va estar marcat per tres accions rellevants: el desplegament del mapa sanitari de Catalunya, l'inici de l'acreditació dels centres sanitaris i la promulgació de la primera ordre de concerts amb les entitats proveïdores de serveis sanitaris.

Per a dur a terme aquestes accions, l'abans anomenat Departament de Sanitat i Seguretat Social creà la Direcció General d'Assistència Sanitària (DGAS) les funcions inicials de la qual van ser la planificació, el finançament, la compra i la provisió de serveis sanitaris –gestió directa dels dispositius assistencials heretats de l'INSALUD: hospitals i atenció no hospitalària.

Per a dur a terme la funció de planificació, el 1981 es començà l'elaboració del mapa sanitari, que, finalment, va ser aprovat l'any 1984. Aquest mapa estava format per dades i informacions dels diferents dispositius assistencials existents d'acord amb criteris tècnics de planificació nor-

3. L'article 9 reconeix les competències exclusives de la Generalitat en l'àmbit de la sanitat, la higiene i l'ordenació farmacèutica. També seran competències exclusives els col·legis professionals, l'exercici dels professionals col·legiats i les fundacions benèficoassistencials, que afecten directament l'organització de la provisió dels serveis sanitaris. La Generalitat, com es reconeix en l'article 17 de l'Estatut, té la capacitat del desenvolupament legislatiu i l'execució de la legislació estatal en matèria de sanitat al seu territori i de productes farmacèutics. Per a això podrà organitzar i administrar tots els serveis i tutelar les institucions, entitats i fundacions que estiguin relacionades amb la sanitat i la seguretat social amb criteris de participació democràtica.

4. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. (1999). *Legislació sobre ordenació sanitària de Catalunya. Llei d'ordenació sanitària de Catalunya*. (Quaderns de Legislació; 23). [Data de consulta: 05/01/06].

5. Coneix el CatSalut > El model sanitari català > Història del model. http://www10.gencat.net/catsalut/esp/coneix_model_his.htm

mativa i criteris polítics, lligats al reequilibri territorial i a la potenciació de l'estructura comarcal, de llarga tradició a Catalunya (Sarria, 2000). Aquests documents plantejaven la necessitat de definir un sistema sanitari que aprofités totes les infraestructures existents mitjançant contractes i concerts amb entitats públiques i privades, amb l'objectiu de complementar els recursos sanitaris i assistencials públics i poder garantir un determinat nivell de prestacions.

L'Ordre de regulació de l'acció concertada de 1981 (20/11/1981) i l'Ordre d'acreditació de 1981 (21/11/1981) estan relacionades amb l'acreditació dels centres i la seva concertació. La primera de les ordres permeté a la Direcció General d'Assistència Sanitària assumir, de forma efectiva, les seves competències quant a la contractació dels proveïdors necessaris per a prestar assistència sanitària a la població coberta per la Seguretat Social que, fins llavors, havien estat contractats des d'organismes de l'Estat central. Paral·lelament, l'Ordre d'acreditació establia els requisits estructurals, de funcionament i qualitat que haurien de complir els esmentats centres.

A més d'aquestes accions, el desembre de 1983 (Llei 12/1983) es va crear l'Institut Català de la Salut –ICS– com a entitat gestora dels serveis i prestacions sanitàries pròpies de la Generalitat i de les transferides per la Seguretat Social. Això comportava la gestió directa dels hospitals i dels centres d'atenció primària de titularitat del Departament de Sanitat i Seguretat Social, i la compra de serveis a altres centres de titularitat diversa a través dels mecanismes de concertació establerts.

En el període de 1983 a 1989, CatSalut assenyala com a fets més rellevants l'esmentada creació de l'Institut Català de la Salut –ICS–; la creació de la xarxa hospitalària d'utilització pública –XHUP–; l'inici de la reforma de l'atenció primària –RAP–, i el Pla de reordenació hospitalària.

En aquest període començà la descentralització de funcions dins el sistema sanitari amb la creació, el 1985, de la Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanitària (DGOPS), la finalitat de la qual era encarregar-se de la planificació sanitària. La resta de funcions, és a dir, el finançament, la gestió dels centres heretats de l'etapa anterior i la compra de serveis sanitaris a altres centres concertats eren potestat de l'Institut Català de la Salut.

Altres fets destacables iniciats el 1985 van ser, d'una banda, la creació de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública⁶ –XHUP–, prevista en el mapa sanitari com una xarxa hospitalària que, amb

6. A. Ponsà [et al.] (1988). La Xarxa Sanitària d'Utilització Pública. [article en línia]. *Salut Catalunya*. Vol. 11. Servei Català de Salut. [Data de consulta: 05/01/06]. http://www.iesalut.org/salutcatalunya/vol_11/vol11_xarxa.htm

independència de la titularitat jurídica dels hospitals, integrés aquells centres concertats reconeguts d'utilitat pública amb la finalitat de prestar assistència als beneficiaris de la Seguretat Social. I d'altra banda, el Pla de reordenació hospitalària. Aquest pla preveia l'adopció de mesures de gestió per a augmentar l'eficiència dels hospitals, fent èmfasi en la productivitat, la flexibilització de la política laboral i la reorganització i modernització dels recursos hospitalaris.⁷

A més d'aquestes accions, el 1986 es va iniciar la reforma de l'atenció primària⁸ –RAP. Aquesta reforma⁹ va suposar l'inici del canvi organitzatiu que avui, dues dècades després, afronta la integració dels especialistes que anteriorment estaven inclosos en aquest nivell assistencial. Els canvis es basaven en l'aplicació de la Llei general de sanitat¹⁰ en l'àmbit de l'atenció primària. Conceptualment suposava la integració de les funcions de prevenció i promoció de la salut, l'atenció psicosocial i la rehabilitació de les clàssiques funcions curatives. Organitzativament, aquesta reforma implicava la modificació tant del sistema i les condicions de treball dels professionals com dels seus centres –construcció de nous centres i adaptació arquitectònica dels existents. Es passa d'un sistema de treball individual amb escassa o nul·la coordinació entre els professionals i nivells assistencials, amb una dedicació mitjana de dues hores diàries i una retribució basada en el nombre de cartilles assignades al professional assistencial facultatiu, a un nou sistema de treball en equip –EAP, d'equip d'atenció primària–, amb una jornada de treball de 6 hores i amb una retribució salarial no basada en el nombre de cartilles assignades. Durant aquest procés de canvi es pretén reconèixer la legitimitat de les condicions laborals prèvies. Per tant, el canvi de sistema es basava en la voluntarietat de les persones. Aquest va ser un dels motius de la lentitud en l'aplicació de la reforma, que avui encara no ha finalitzat.

Un altre fet destacable va ser la creació, el 1989, de la Direcció General de Recursos Econòmics de la Seguretat Social (DGRES). Això suposà una nova separació de funcions dins el sistema sanitari català. La Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanitària es responsabilitzava de la planificació sanitària. L'Institut Català de la Salut –ICS– perdia la funció de compra de serveis sanitaris als centres concertats, que passava a ser responsabilitat de la recent creada Direcció General de Recursos Econòmics de la Seguretat Social. Per tant, l'ICS es quedava només com a proveïdor de serveis sanitaris. No obstant això, la idiosincràsia i el caràcter legal d'aquesta entitat fan que sigui un proveïdor de serveis sanitaris pe-

7. Segons Sarria, aquest pla no es va posar realment en marxa ja que la crisi econòmica de 1986, que havia impulsat la necessitat d'aquest pla, va ser progressivament superada.

8. 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. [Data de consulta: 05/01/06]. http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/publ_periodiques/fulls_37.pdf

9. Decret 84/1985, de 21 de març (DOGC núm. 527, de 10-4-1985).

10. Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat.

culiar. En aquest sentit, durant els dos últims anys s'està duent a terme una reforma legal que implica la constitució d'aquesta entitat com a empresa pública, fet que facilitarà que l'ICS sigui un proveïdor de serveis sanitaris equiparable a la resta.

L'aprovació el 1990 de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya –LOSC–,¹¹ seguint la Llei general de sanitat de 1986, formalitza el model sanitari català. Segons la història recollida en el mateix web de CatSalut,¹² aquesta llei es regeix pels següents principis: (1) la sanitat és un servei públic, finançat públicament; (2) l'assistència sanitària és universal; (3) un sistema sanitari integral: èmfasi en la promoció de la salut i la prevenció de les malalties; (4) l'equitat i superació de les desigualtats territorials i socials en la prestació dels serveis sanitaris; i (5) la racionalització, eficàcia, simplificació i eficiència.

Aquesta mateixa font assenyala que la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya configura el model sanitari català¹³ tenint en compte: la separació de la funció de finançament i compra de la provisió de serveis; la diversificació de proveïdors; un mercat mixt de competència planificada i regulada; la diversitat de fórmules de gestió; la descentralització dels serveis; la desconcentració de l'organització: regions sanitàries i sectors sanitaris; i, per últim, la participació comunitària: els consells de direcció, els consells de salut, la participació en els òrgans de govern de les institucions sanitàries.

Per tant, al començament de la dècada dels 90 Catalunya estava dotada d'una llei que facilitava l'aprofundiment en la separació de funcions del sistema sanitari i oferia els instruments per a una millor planificació i gestió dels recursos. Els dos fets més rellevants foren la creació del Servei Català de la Salut i el Pla de salut.

El 1991 neix el Servei Català de la Salut com a ens adscrit al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, amb la missió de "garantir una atenció sanitària de cobertura pública de qualitat a tots els ciutadans i ciutadanes de Catalunya". La vocació d'aquest ens serà la de convertir-se en una asseguradora pública responsable de la contractació dels serveis sanitaris als diferents centres concertats, controlant tant la qualitat dels serveis com la satisfacció dels usuaris.

11. Llei d'ordenació sanitària de Catalunya. [Data de consulta: 05/01/06].

http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/ql23_LOSC.pdf

12. http://www10.gencat.net/catsalut/cat/coneix_models_his.htm

13. Història del model. CATSALUT. [Data de consulta: 05/01/06].

http://www10.gencat.net/catsalut/cat/text/coneix_models_his.htm

Aquest mateix any, el Departament de Salut i Seguretat Social va elaborar un document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya.¹⁴ El Pla de salut es desenvolupa en diverses etapes configurant un procés cíclic i dinàmic que es renova periòdicament. Aquest pla s'inicia amb l'anàlisi de la situació de la salut dels ciutadans, els seus condicionants i els serveis sanitaris disponibles. Continua amb la identificació dels problemes prioritaris i la definició tant d'objectius com de les intervencions que s'han de realitzar. Finalment, s'apliquen les intervencions proposades i s'avaluen els resultats en funció dels objectius marcats. Aquesta última etapa enllaça amb l'elaboració del pla del període següent. Això significa que la funció de planificació passa d'estar centrada en l'organització i la productivitat dels serveis, per a prestar atenció a la salut dels ciutadans i estendre la responsabilitat tant a àmbits no estrictament sanitaris com als propis ciutadans (Séculi *et al.*, 2003).

La dècada dels 90, amb successives reformes de la LOSC¹⁵ i el desenvolupament dels plans de salut, desemboca en el canvi de denominació del Servei Català de la Salut, que passa a conèixer-se com a CatSalut el 2001. Aquesta nova denominació recull la vocació inicial del Servei de convertir-se en asseguradora pública compradora de serveis sanitaris i situa la funció de finançament del sistema en l'autoritat política, és a dir, el Departament de Salut i el Parlament a través de l'aprovació dels pressupostos de la Generalitat.

A partir de la seva creació, CatSalut ha anat generant tant plans de serveis i inversions com un catàleg de prestacions. A més, s'ha dotat d'una sèrie d'instruments relacionats amb el catàleg de recursos, la cartera de serveis, els processos de contractació i els sistemes d'avaluació. Tots aquests instruments faciliten la compra i el control dels recursos sanitaris als diferents proveïdors acreditats pel Departament.

L'any 2004 és assenyalat en la història del model català de salut com el punt d'inici per a la definició d'un nou sistema català de salut. Aquest model té una orientació explícita cap a una visió integral de la salut. En aquest sentit s'inicia un procés de descentralització en el marc de la nova organització territorial de Catalunya en vegueries, que culmina amb el Decret de creació dels governs territorials de salut¹⁶ el 2005. Paral·lelament, s'ha anat impulsant una reforma dels temes relacionats amb la salut pública a Catalunya.¹⁷ Fruit d'aquesta reflexió, el març del 2006 es

14. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1991.

15. Llei d'ordenació sanitària de Catalunya. [Data de consulta: 05/01/06].

http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/ql23_LOSC.pdf

16. Decret 105/2005. [Data de consulta: 05/01/06]. http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/decret_105_2005.pdf

17. La reforma de la salut pública a Catalunya. [Data de consulta: 05/01/06].

<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/lilibreprovi.pdf>

presentà l'Avantprojecte de salut pública¹⁸ a Catalunya, que proposà la creació d'una Agència Catalana de Salut Pública¹⁹ amb un model organitzatiu propi.

Per últim, cap a finals del 2006, es va presentar l'Avantprojecte del mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública.²⁰ Aquest avantprojecte recull, entre d'altres qüestions, els estudis de les visions dels ciutadans, els professionals sanitaris i els gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya²¹ i les projeccions de població al territori català.²² L'objectiu d'aquest avantprojecte és definir la planificació dels serveis sanitaris fins a l'any 2015.

18. Presentació de l'Avantprojecte de llei de salut pública a Catalunya. [Data de consulta: 05/01/06].

<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/jornada2121.pdf>

19. L'Agència Catalana de Salut Pública. Document de bases per a crear-la. [Data de consulta: 05/01/06].

<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/docbase2007.pdf>

20. Vegeu el nou mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública de Catalunya. En l'avantprojecte es recullen les principals dades de salut a Catalunya <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir488/index.html>. [Data de consulta: 05/01/06].

21. Estudi de les visions dels ciutadans, els professionals sanitaris i els gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya. [Data de consulta: 05/01/06]. <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/mapasan.pdf>

22. Departament de Salut. [Data de consulta: 05/01/06].

<http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/mapapro2006.pdf>

2.3. Estructura i funcionament del sistema sanitari català

Com hem descrit anteriorment, els principals actors del sistema sanitari català són: el Departament de Salut, CatSalut, els centres proveïdors de serveis sanitaris –atenció primària i especialitzada– i els ciutadans i ciutadanes de Catalunya. No obstant això, dins el sistema sanitari català també tenen una importància destacada els col·legis i els sindicats dels professionals sanitaris, les entitats relacionades amb els pacients i, per últim, les entitats que agrupen als centres proveïdors de serveis sanitaris –Unió Catalana d'Hospitals i el Consorci hospitalari de Catalunya.

El Departament de Salut²³ té la responsabilitat d'elaborar les polítiques de salut, assegurar la sostenibilitat del sistema i vetllar per la seva qualitat. Per a això assumeix diferents funcions. En primer lloc, la funció de planificació, que està basada en els plans de salut. En segon lloc, la funció de finançament d'acord amb el Parlament de la Generalitat de Catalunya, que és qui té la capacitat d'aprovació del pressupost.²⁴ Finalment, el Departament garanteix els nivells de qualitat que han de tenir els centres concertats a través dels processos d'acreditació.

CatSalut es presenta al seu lloc web²⁵ com l'instrument principal de la política sanitària del govern de la Generalitat de Catalunya i assenyala que la seva principal finalitat és situar els ciutadans al centre de la gestió sanitària, garantint una atenció de qualitat. Aquesta entitat, com a asseguradora pública de Catalunya, d'acord amb les polítiques de salut del Departament, hauria d'assumir les responsabilitats de: (1) establir polítiques de serveis d'acord amb les polítiques de salut del Departament; (2) concretar el sistema de prestacions, de provisions i de compra; (3) avaluar els resultats;²⁶ i (4) garantir l'atenció de salut als seus assegurats.

23. Web del Departament de Sanitat i Seguretat Social. [Data de consulta: 05/01/06].

<http://www.gencat.net/salut>

24. Web del Departament d'Economia. Pressupostos. [Data de consulta: 05/01/06].

<http://www.gencat.cat/economia/ambits/finances/pressupost/index.html>

El Pressupost de salut. Anàlisi del pressupost destinat a la provisió pública dels serveis sanitaris de la Generalitat de Catalunya per a l'exercici 2005. CatSalut. [Data de consulta: 05/01/06].

http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/econo_sanitaria/recursos_2005.pdf

Web CatSalut. Dades econòmiques. [Data de consulta: 05/01/06].

http://www10.gencat.net/catsalut/cat/enllacos_dades.htm

25. Web CatSalut. [Data de consulta: 05/01/06]. <http://www10.gencat.net/catsalut/cat/coneix.htm>

26. Enquesta de satisfacció. Primera fase 2002-2003. CatSalut. [Data de consulta: 05/01/06].

http://www10.gencat.net/catsalut/cat/experiencies_enquesta.htm

Inici de l'enquesta de salut de Catalunya 2005-2006. Departament de Sanitat. [Data de consulta: 05/01/06].

<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/premsa/doc9991.html>

Els proveïdors són les organitzacions de salut a qui CatSalut 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. L'atenció primària²⁷ (Martín, 2003) és el primer nivell d'accés i es presta principalment als centres d'atenció primària²⁸ –CAP–. L'atenció especialitzada²⁹ és el segon nivell d'accés a la sanitat pública i comprèn:

- L'atenció hospitalària.
- Atenció sociosanitària.
- Atenció psiquiàtrica i salut mental.
- Atenció a drogodependències.
- Altres recursos d'atenció especialitzada.
- Atenció farmacèutica.

La majoria d'aquests recursos s'organitzen funcionalment en xarxes, com la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública –XHUP– (Huget i Belenes, 2003), la Xarxa Sociosanitària, la Xarxa de Salut Mental i la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències, que formen part de la Xarxa Sanitària d'Utilització Pública.

Les diferents xarxes que presten serveis específics, a través dels quals es duu a terme l'assistència sanitària, es combinen i es complementen. Addicionalment, el CatSalut ofereix serveis de prestacions complementàries com el transport sanitari o les ortoprotèsiques, que complementen les necessitats de salut. Els trasplantaments, els asseguraments de la resolució de les llistes d'espera, Sanitat Respon³⁰ i la línia telefònica d'urgències –061– i els serveis d'urgències mèdiques són altres serveis punts d'interès del sistema sanitari.

27. Llista d'entitats proveïdores d'atenció primària. Web CatSalut. [Data de consulta: 05/01/06].

http://www10.gencat.net/catsalut/cat/coneix_proveidors_pri.htm

28. El principal proveïdor d'atenció primària és l'Institut Català de la Salut –ICS–, que gestiona més del 77,9% dels equips d'atenció primària –EAP–, amb 8 hospitals, més de 450 unitats de serveis d'atenció primària i més de 32.000 professionals. Web CatSalut. [Data de consulta: 05/01/06]. La resta de centres d'atenció primària –84– són gestionats per altres entitats. Vegeu la llista: http://www10.gencat.net/catsalut/cat/coneix_proveidors_pri_ics.htm

29. Llistat d'entitats proveïdores d'atenció especialitzada. [Data de consulta: 05/01/06].

http://www10.gencat.net/catsalut/cat/coneix_proveidors_esp.htm

30. **Sanitat Respon** ofereix: informació general sobre la salut; guia de serveis i recursos; guia de centres sanitaris; farmàcies; procediments administratius per als assegurats del CatSalut; accés i utilització de la targeta sanitària individual; vacunacions; salut pública; consell mèdic sobre problemes de salut, consultes sobre medicaments i qüestions sanitàries relacionades amb viatges a països on és necessària mesures de prevenció addicional (vacunes, malalties, mesures de precaució...); informació sobre llistes d'espera.

Per a dur a terme les seves responsabilitats, els diferents agents del sistema s'organitzen de la següent forma: el Departament de Sanitat elabora el Pla de salut,³¹ s'encarrega del pressupost i de les acreditacions dels proveïdors. CatSalut compra els serveis de salut als seus proveïdors mitjançant contractes, en els quals es recullen els objectius de salut i els serveis que es contracten.

Els proveïdors segueixen els seus plans estratègics i operatius per donar resposta als compromisos amb CatSalut i amb el Departament de Salut, així com oferir uns serveis de qualitat als seus clients.

Els ciutadans disposen de sistemes de participació habilitats per a fer realitat la condició pública del sistema, i també disposen d'una carta de drets i deures.³²

31. Document marc per a l'elaboració del Pla de salut. Departament de Sanitat. [Data de consulta: 05/01/06].

<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/marc1991.htm>

Plans de Salut de Catalunya. Departament de Sanitat. [Data de consulta: 05/01/06].

<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/index.html>

32. Drets i deures. Departament de Sanitat. [Data de consulta: 05/01/06].

<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/drets/index.html>

2.4. El mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública

Segons el Decret 105/2005,³³ el territori català es divideix en **7 regions sanitàries**, delimitades a partir de factors geogràfics, socioeconòmics i demogràfics. En aquest desplegament s'ha tingut en consideració l'ordenació comarcal del territori. Les regions sanitàries resultants d'aquesta divisió territorial haurien de desplegar la seva activitat en els àmbits de planificació, de la compra de serveis, dels sistemes de gestió i d'atenció al client.

Cada regió s'ordena, al seu torn, en sectors sanitaris. Els sectors sanitaris són l'àmbit on es desenvolupen i coordinen les activitats de promoció de la salut, prevenció de la malaltia, salut pública i assistència sociosanitària en el nivell d'atenció primària i de les especialitats mèdiques.

Els sectors sanitaris estan constituïts per l'Agrupació d'Àrees Bàsiques de Salut –ABS. El conjunt de professionals sanitaris i no sanitaris que dirigeixen i desenvolupen les seves activitats d'atenció al conjunt de la població d'una àrea bàsica de salut es denomina *equip d'atenció primària* –EAP. Cada àrea bàsica de salut té assignada, com a mínim, un equip d'atenció primària que presta atenció als centres d'atenció primària –CAP–, i es desplaça pels consultoris locals corresponents en el cas que existeixin en aquesta àrea.

Recentment s'ha impulsat l'avantprojecte conegut com a mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública: “Els serveis per a la salut: mirant cap al futur”.³⁴ Aquest document pretén constituir-se com un instrument dinàmic de referència per a la planificació dels serveis sanitaris del sistema públic de salut a Catalunya amb una visió territorial i prospectiva, l'horitzó del qual se situa l'any 2015. Com a instrument de planificació, aquest avantprojecte recull les principals dades relacionades tant amb l'oferta com amb la demanda de serveis sanitaris. Pel costat de la demanda, s'ha realitzat un estudi sobre les principals característiques demogràfiques de la població catalana i la seva visió del sistema sanitari. Pel costat de l'oferta, a més de l'estudi de la visió que tenen els professionals sanitaris i els gestors sobre el propi sistema, s'ha realitzat una anàlisi de la situació actual dels serveis sanitaris disponibles al territori que ha facilitat establir unes línies estratègiques, uns criteris de planificació i una organització territorial –governos territorials de salut– tenint en compte els possibles escenaris futurs.

33. Decret 105/2005. [Data de consulta: 05/01/06].

http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/decret_105_2005.pdf

34. Avantprojecte del mapa sanitari. Departament de Salut. [Data de consulta: 05/01/06].

<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir488/doc11348.html>

L'avantprojecte del mapa sociosanitari i de salut pública és una de les últimes iniciatives que pretén abordar l'organització del sistema sanitari català tenint en compte els agents que interactuen, les organitzacions que presten els serveis sanitaris i la idiosincràsia històrica del model català. La planificació i la implantació de les mesures proposades en aquest document posen en relleu que el sistema sanitari, com a sistema social, es configura a través de la interacció entre factors socials, organitzatius, econòmics, tecnològics i culturals.

Com veurem al llarg d'aquest informe, les tecnologies de la informació i la comunicació, especialment Internet, es constitueixen com una nova variable d'aquest sistema social. Ateses les característiques i potencialitats d'aquestes noves tecnologies podríem pensar que la seva introducció i ús facilitaran el propòsit primari de tot sistema sanitari: la millora de la salut. No obstant això, com hem plantejat al començament d'aquest informe en les nostres hipòtesis d'investigació, els efectes resultants de les tecnologies depenen de factors relacionats amb aspectes socials, organitzatius, econòmics i culturals del sistema sanitari. Per tant, serà l'anàlisi de les interaccions entre les tecnologies i els diferents factors esmentats anteriorment el que ens permetrà identificar els principals canvis, millores, tensions i fractures que s'estan produint en el sistema sanitari català en relació amb les tecnologies de la informació i la comunicació.

