

Organització dels sistemes sanitaris

Joan Guix Oliver

Organització dels sistemes sanitaris

Edita:
Publicacions URV

1a edició: Octubre de 2012
ISBN: 978-84-695-6295-6
Dipòsit legal: T-1219-2012

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili:
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona
Tel. 977 558 474 - Fax: 977 558 393
www.publicacionsurv.cat
publicacions@urv.cat

Aquesta edició està subjecta a una llicència Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported de Creative Commons.
Per veure'n una còpia, visiteu <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> o envieu una carta a Creative Commons, 171 Second Street,
Suite 300, San Francisco, California 94105, USA.

☐ Aquesta editorial és membre de la Xarxa Vives i de l'UNE,
fet que garanteix la difusió i comercialització de les seves publicacions a escala estatal i internacional.

Organització dels sistemes sanitaris

Joan Guix Oliver



Tarragona, 2012

Índex de continguts

PRESENTACIÓ	9
I. DE QUÈ PARLEM?	11
Bibliografia capítol 1	25
2. ECONOMIA	27
2.1 Introducció	27
2.2 Recursos o béns	28
2.3 La utilització dels recursos	29
2.4 La distribució dels recursos	31
2.4.1 Mercat	31
2.4.2 Economia planificada	34
2.4.3 Economies mixtes	34
2.5 Utilitat marginal	35
2.6 La riquesa de les nacions	36
2.7 El sistema sanitari i l'economia	36
2.8 La despesa sanitària	37
2.9 El sector sanitari com a font de riquesa	40
2.10 L'avaluació econòmica	40
Bibliografia capítol 2	43
3. PRINCIPIS GENERALS DELS SISTEMES SANITARIS	45
3.1 Els actors dels sistemes sanitaris	45
3.1.1 Els professionals sanitaris	46
3.1.1.1 <i>La professió mèdica</i>	46
3.1.1.2 <i>La relació metge-pacient</i>	47
3.1.1.3 <i>Els principis bioètics</i>	48
3.1.1.4 <i>La professió mèdica com a institució de control social.</i>	
<i>Medicalització i iatrogènia</i>	48
3.1.1.5 <i>Altres professions sanitàries</i>	52
3.1.2 La comunitat	54
3.1.3 L'Administració	58

Bibliografia capítol 3	60
4. SALUT, GOVERN, GOVERNANÇA I PARTICIPACIÓ	63
4.1 La salut com a responsabilitat de govern	63
4.2 Govern, governabilitat i governança	64
4.3 Participació	66
Bibliografia del capítol 4	69
5. MODELS DE SISTEMES SANITARIS	71
5.1 Les funcions del sistema sanitari	71
5.2 Principals models de sistemes sanitaris	72
5.2.1 Mercat	73
5.2.2 Seguretat Social	76
5.2.3 Model Shemasko	78
5.2.4 Servei Nacional de Salut	78
5.3 Comparació entre els diversos models	80
Bibliografia del capítol 5	82
6. LA PLANIFICACIÓ SANITÀRIA	83
6.1 Conceptes generals. Fases	83
6.2 Anàlisi de la situació	85
6.2.1 Enfocament per indicadors	86
6.2.1.1 <i>Elaboració d'indicadors</i>	86
6.2.1.2 <i>Models de monitorització</i>	88
Bibliografia del capítol 6	89
7. ORGANISMES SANITARIS D'ÀMBIT MUNDIAL I EUROPEU	91
7.1. Situació sanitària internacional	91
7.2. L'Organització Mundial de la Salut (OMS)	92
7.2.1 Les estratègies de l'OMS	94
7.2.2 El Reglament Sanitari Internacional	98
7.2.3 Classificació Internacional de Malalties (CIM)	98
7.3 Unió Europea	99
7.3.1 La sanitat a la Unió Europea	100
7.4 Les Organitzacions No Governamentals (ONG)	102
Bibliografia del capítol 7	105

8. ESPANYA	109
8.1 Situació social, econòmica i sanitària d'Espanya	109
8.2 Evolució del sistema sanitari espanyol	110
8.3 El Sistema Nacional de Salut	112
Bibliografia del capítol 9	119
9. EL SISTEMA SANITARI CATALÀ	121
9.1 Situació social, econòmica i sanitària de Catalunya	121
9.2 Evolució del sistema sanitari català	122
9.3 La Generalitat restaurada. L'Estatut de 1979	123
9.4 La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC). Les característiques del model sanitari català	125
9.4.1 El Servei Català de la Salut (CATSALUT)	126
9.4.2 Ordenació territorial	129
9.4.3 Governança del CATSALUT	131
9.4.4 El Pla de Salut de Catalunya	132
Bibliografia del capítol 9	132
10. L'ORGANITZACIÓ SANITÀRIA DELS ENS LOCALS A L'ESTAT ESPANYOL I A CATALUNYA	135
10.1 Marc legislatiu i competencial	135
10.2 Marc competencial dels ens locals en matèria sanitària a Catalunya	136
Bibliografia del capítol 10	138

Presentació

En la present proposta oferim un conjunt de conceptes procedents de múltiples camps (economia, sociologia, planificació, gestió, política...) plantejats amb un llenguatge senzill i assolible, lluny de tecnicismes innecessaris.

És important, per al desenvolupament dels futurs professionals sanitaris, el coneixement de les bases organitzatives essencials del context organitzatiu, és a dir, dels sistemes sanitaris, en els quals treballaran en el futur i, molt especialment, dels sistemes sanitaris espanyol i català. Malauradament, el desconeixement existent, fins i tot, entre els professionals que ja estan en exercici és considerable.

No hi ha una bibliografia disponible ni en català ni en espanyol que tracti conjuntament tots aquests temes i, per tal d'assabentar-se dels seus continguts, cal recórrer a múltiples fonts, no sempre fàcilment assequibles.

Ens proposem proporcionar als alumnes i interessats una eina per tal de poder ampliar els conceptes introduïts a les classes de l'assignatura, i que els puguin ser útils com apunts i fonts bibliogràfiques.

El llibre es compon de deu capítols, que es podrien repartir en dues grans seccions.

La primera part és de caràcter conceptual. S'hi inclou l'explicació d'un conjunt de conceptes bàsics com són els de *salut, malaltia, determinants i paper de la medicina*, plantejats des d'un punt de vista essencialment sociològic. També s'introdueixen conceptes de macroeconomia, imprescindibles per tal d'entendre el funcionament dels diversos models de sistemes sanitaris. Parlem de les funcions dels diversos models de sistemes sanitaris, donem una ajuda per tal de poder-los identificar amb una certa facilitat i els descrivim partint de la seva causalitat i justificació històrica. Un cop establert el marc organitzatiu, exposem conceptes i eines de planificació sanitària, que possibilitaran el fet de comprendre la lògica de la prioritat i l'operativa de la gestió dels sistemes. Parlem també de dos conceptes transcendents en l'escenari dels sistemes sanitaris: la seva

governança i la participació comunitària, des dels plantejaments teòrics (Alma Ata, Ottawa, Yakarta...), fins a la seva pràctica.

Una segona part pretén ser d'aplicació a la realitat del nostre entorn.

Revisem les principals organitzacions sanitàries internacionals, descrivint els trets generals de la situació sanitària mundial i l'organització i funcions d'organismes com l'OMS o la Unió Europea. Passem ja a un terreny més immediat, descrivint els models sanitaris de l'Estat espanyol, de Catalunya i de les estructures municipals a partir dels coneixements de les seves principals característiques demogràfiques, socials i econòmiques, analitzant la seva evolució històrica, revisant els continguts legislatius més transcendents i exposant la seva organització i funcionament.

Els capítols s'acompanyen d'una bibliografia a la qual s'incorporen adreces d'Internet que en faciliten la consulta i l'aprofundiment dels diversos temes.

Creiem, per tant, que es tracta d'un llibre que pot ser útil tant per a estudiants, com per a professionals i per a membres de la comunitat en general, interessats en aquests temes.

JOAN GUIX I OLIVER
Reus, gener de 2012

1. De què parlem?

Parlem de salut, del que significa i del que la societat fa per tal de mantenir-la, protegir-la i, si és possible, incrementar-la.

L'OMS (*Organització Mundial de la Salut*) la va definir l'any 1946 com “l'estat de complet benestar físic, mental i social, i no sols l'absència de malalties o afeccions” [1]. Aquesta definició, revolucionària en el seu moment, té una sèrie de febleses que podríem resumir en els següents punts: 1) Considera la salut com quelcom subjectiu i, per tant, difícilment assolible; 2) Considera la salut com quelcom estàtic i no dinàmic; i 3) Equipara benestar i salut.

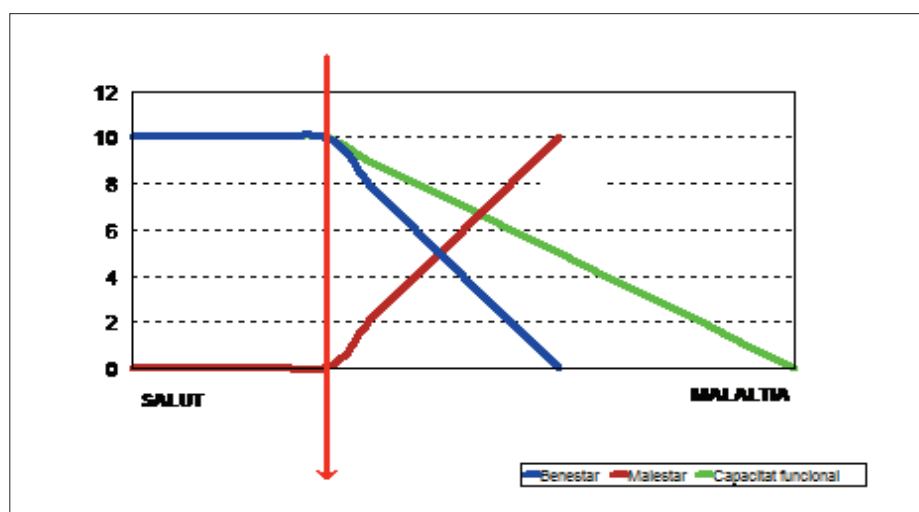
Posteriorment, han sorgit noves definicions de *salut*. Així, el X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana formulà una definició que, més endavant, el Congrés de Cultura Catalana va fer seva: “Salut és una forma de vida autònoma, solidària i joiosa” [2]. També s'ha dit que salut és “l'assoliment del més alt nivell de benestar físic, mental i social, i de la capacitat de funcionament que permetin els factors socials en els quals viu immers l'individu i la col·lectivitat” [3], i l'epidemiòleg nord-americà Milton Terris, a partir de la definició clàssica de l'OMS va escriure que la salut era “un estat de benestar físic, mental i social, amb capacitat de funcionament, i no tan sols l'absència de malalties” [4]. I, per últim, entre moltes altres definicions, René Dubos va considerar que salut és “un estat d'adaptació al medi i la capacitat de funcionar en les millors condicions en aquest medi” [5].

Per contraposició, el concepte de *malaltia* està molt més clarament lligat a la biologia. El *Diccionario de la Lengua Española* defineix malaltia com una “alteración más o menos grave de la salud” [6]. El diccionari català de Pompeu Fabra no ens proporciona gaire més informació: “Alteració en l'estat del cos o d'algun òrgan que interromp o pertorba les funcions vitals” [7]. El *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas* de Salvat defineix *malaltia* com: “Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, conjunto de fenómenos que se producen en un organismo que sufre la acción de una causa morbosa, y reacciona contra ello” [8]. També s'ha definit la

malaltia com la “desviació d’uns valors estàndards, que impliquen la presència d’un mecanisme patogen en el cos, que pot ser conegut de forma objectiva”, o bé, “una malaltia és un estat biològic o mental anormal amb una causa, uns símptomes característics i un mètode de tractament”.

Excepte en unes poques malalties, la transició entre salut i malaltia no és abrupta. Hi ha una continuïtat. En paraules de Milton Terris, un “continuum” (*figura 1.1*). Passem de sans a malalts progressivament, en un procés en el qual anem perdent la sensació de benestar i anem incrementant la sensació de malestar, mentre que la nostra capacitat funcional va decreixent, però amb un ritme més lent. Som capaços de mantenir la nostra capacitat funcional durant més temps mitjançant un procés d’adaptació a les limitacions que la malaltia comporta.

Figura 1.1. Contínuum Salut- Malaltia. Adaptat de Milton Terris



Hi ha, però, un moment, un conjunt de paràmetres, arribats als quals hom defineix que hem deixat d'estar sans i hem passat a estar malalts. Aquest punt, d'acord amb el qual som catalogats com a “sans” o “malalts”, és definit pels metges basant-se en criteris essencialment estadístics. La “norma” és allò que compleix la majoria de la gent, la majoria de la societat. Normal és aquell que compleix la norma. Aquell que està fora de la norma és un no normal. O dit d'una altra manera, un anormal, una persona que es desvia de la norma. La major part de la gent està suposadament sana. Normalitat és salut. Anormalitat és la desviació de la norma, la malaltia. I aquesta diferència és establerta pels metges. Els metges són els que defineixen el que és “normal” i el que no ho és. I aquesta referència de “normalitat” varia en el temps i en l'espai. Vegem-ne alguns exemples il·lustratius.

En determinades cultures de l'Àfrica subsahariana occidental, l'emissió de sang per l'orina en els nois adolescents té un significat equiparable a la menarquia entre les

nenes. Deixen de ser infants per passar a ser homes i dones. L'hematúria és l'emissió de sang en l'orina. Per a la medicina occidental, és un signe clarament patològic. Els infants solen jugar en llacunes infestades de determinades espècies de cargols infestats d'un paràsit, *Schistosoma haematobium*. Aquest paràsit colonitza les parets de la bufeta urinària dels infants, provocant-los l'hematúria. Per a nosaltres, és malaltia. Per a ells, és "normalitat" i, justament, el fet de no presentar-ho podria ser un signe d'"anormalitat" [9].

Un segon exemple. Si revisem bibliografia dels anys 1950 i 1960 i anteriors trobarem articles i llibres de text que consideren l'homosexualitat com una malaltia i, certament, fins i tot, ara, entre alguns professionals i sectors socials, hi ha qui encara la considera així i la vol tractar mèdicament. L'homosexualitat era catalogada formalment com una malaltia no fa pas gaire temps. Però l'any 1973 l'Associació Americana de Psiquiatria (APA) va decidir eliminar l'homosexualitat del *Manual de Diagnòstic dels trastorns mentals* (DSM). I no va ser fins al 17 de maig de 1990 que l'OMS eliminà l'homosexualitat i la transsexualitat de la llista de malalties mentals. L'homosexualitat va deixar de ser una malaltia. Des d'aleshores, aquest és el *Dia Internacional contra l'Homofòbia i la Transfòbia*.

Tot i que, com hem vist, les definicions de malaltia són extremadament biològiques, cal recordar la frase de Freidson: "Quan un veterinari diagnostica una malaltia a una vaca, aquesta no modifica la seva conducta. Quan un metge ho fa a una persona, aquesta sí que modifica la seva conducta" [10]. Salut i malaltia són molt més que tan sols biologia.

El nostre idioma és limitat quant a significacions entorn del concepte de malaltia. L'idioma anglès és capaç de diferenciar *disease*, la malaltia física o biològica pròpiament dita, *sickness*, 'estar malalt', és a dir, la vivència social de la malaltia, i *illness* o la pròpia percepció de sentir-se malalt [11, 12].

Així, per tant, podem considerar la idea de salut com quelcom subjectiu i, a més, com ja hem dit, variable en el temps i en l'espai.

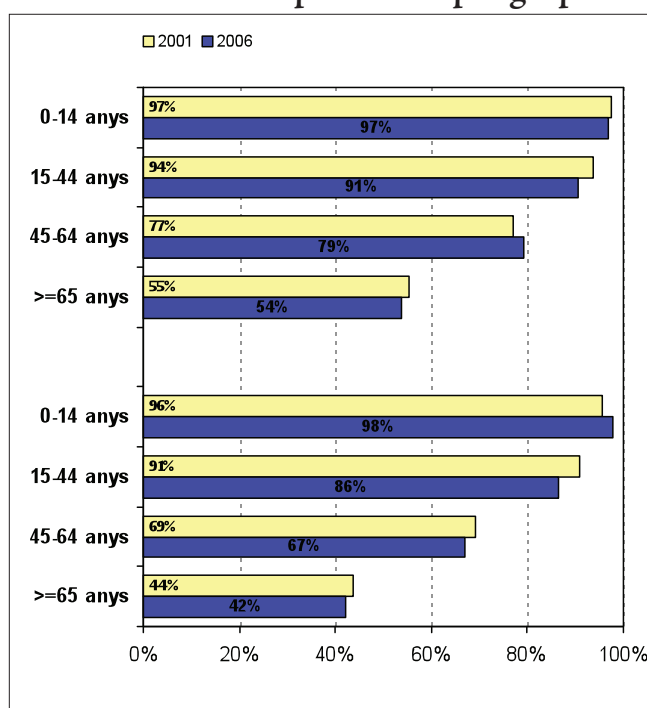
Però hi ha més elements que matisen la percepció de salut i malaltia. El gènere és un factor important respecte a això. Basant-nos en l'*Enquesta de Salut de Barcelona* (ESBA)[13] de l'any 2006, hom pot observar que la percepció de la pròpia salut com a regular o dolenta és més alta entre les dones (27,6%) que entre els homes (17%), i aquesta percepció és equiparable a la del conjunt de Catalunya (ESCA) [14]. Si ho discriminem per grups d'edat, passa el mateix. Per un mateix grup d'edat, les dones tenen una pitjor percepció del seu estat de salut que no pas els homes. En el mateix sentit, la percepció de l'estat de salut també varia segons el grup d'edat (*figura 1.2*).

Si analitzem d'acord amb el país de naixement, també trobem diferències quant a la percepció de la malaltia/salut en població de més de 15 anys. A més de persistir el diferencial de gènere, hom pot veure que la població nascuda en països en desenvol-

lupament presenta una pitjor percepció de la seva pròpia salut que no pas els nascuts a Catalunya (38% de les dones i 27% dels homes immigrants, respecte del 27% de les dones i 20% dels homes autòctons), i també es constaten diferències en les percepcions segons la classe social. Com més baixa és la classe social, pitjor percepció del propi estat de salut (*figures 1.3 i 1.4*)[13].

En el mateix sentit, cal destacar les diferències en la percepció de l'estat de salut dependent de la religió professada. Hi ha estudis que reflecteixen una pitjor percepció de la salut entre les poblacions jueves i d'origen italià i catòliques, respecte de les poblacions anglosaxones i protestants [15].

Figura 1.2. Evolució de la bona salut percebuda per grups d'edat. ESBA, ASPB



Així, doncs, cal remarcar que els conceptes de *salut* i *malaltia*, com ja hem dit, són essencialment subjectius i distints, dependent de diverses variables, a més d'estar poc o mal definits. Concretament, les crítiques principals a la definició clàssica de salut de l'OMS se centren en: 1) Considerar la salut com quelcom subjectiu i, per tant, difícilment assolible; 2) Considerar la salut com quelcom estàtic i no dinàmic; i 3) Equiparar benestar i salut.

Cal considerar, també, el fet que la salut i l'assistència sanitària són reconeguts en la *Declaració Universal dels Drets Humans* i, concretament, en el seu article 25, que diu:

1. Tota persona té dret a un nivell de vida que assegurï la seva salut, el seu benestar i els de la seva família, especialment, quant a alimentació, a vestit, a habitatge, a atenció mèdica i als necessaris serveis socials; tota persona té dret a la seguretat en cas de desocupació, malaltia, invalidesa, viduitat, vellesa o en

altres casos de pèrdua dels mitjans de subsistència a causa de circumstàncies independents de la seva voluntat.

2. La maternitat i la infantesa tenen dret a una ajuda i a una assistència especials. Tot infant nascut en el matrimoni o fora d'ell, frueix d'igual protecció social [16].

Figura 1.3. Mala salut percebuda segons el país de naixement

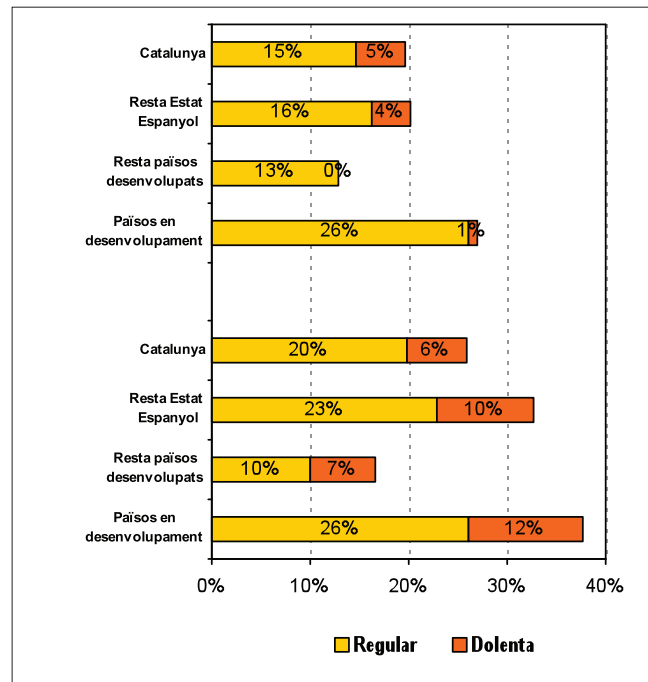
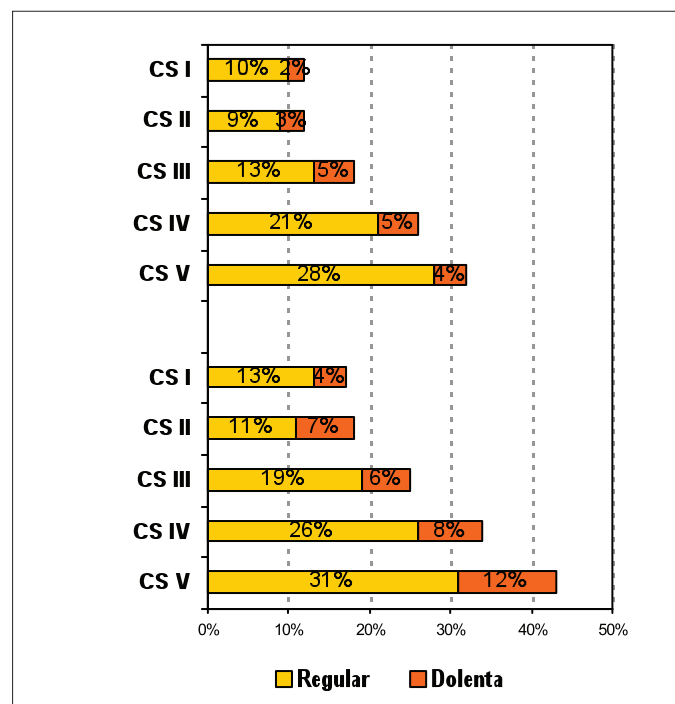


Figura 1.4. Mala salut percebuda segons la classe social



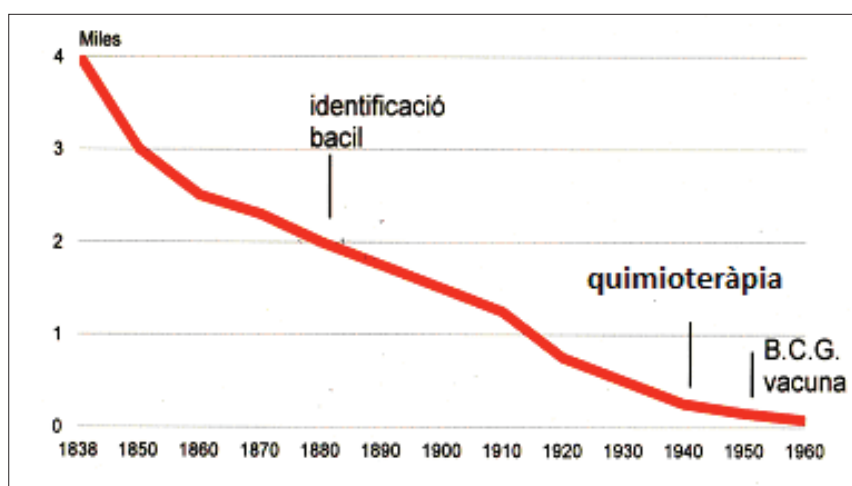
A més, la conferència de l'OMS de Yakarta l'any 1997 va constatar l'existència de tota una sèrie de prerequisits per a l'existència de la salut. La salut, entesa en un aspecte ampli i integral, no és factible si no són presents: "La pau, l'habitatge, l'educació, la seguretat social, les relacions socials, el menjar, els ingressos, l'accés al poder de les dones, un ecosistema estable, l'ús sostenible dels recursos, la justícia social, el respecte dels drets humans i l'equitat. I, per damunt de tot, la misèria és la major amenaça per a la salut" [17].

Assolir la salut tal com és definida pel conjunt d'una població determinada és, per tant, una tasca difícil.

A aquests elements cal afegir el fet que la salut i la malaltia no es distribueixen entre la població d'una forma equitativa ni tan sols aleatòria. De què depenen les nostres probabilitats d'estar malalt o sa?

Al segle XIX i les primeries del segle XX, la tuberculosi va ser una de les principals causes de mortalitat. A Anglaterra hi ha dades recollides (*figura 5*) respecte a això des del 1838, any que la mortalitat per tuberculosi era, aproximadament, de 4.000 per cada 100.000 habitants. Aquesta mortalitat va anar decreixent fins a la meitat (2.000 per 100.000) fins al 1880, any que va ser identificat el bacil de Koch com a causant de la malaltia. I la mortalitat va continuar baixant dramàticament de forma progressiva fins a l'any 1940, quan va ser descoberta l'estreptomicina, primer tractament veritablement efectiu contra la tuberculosi. La mortalitat va caure progressivament sense que existís cap tipus de tractament curatiu real respecte de la malaltia [18]. Què havia succeït?

Figura 1.5. Evolució de la mortalitat per tuberculosi a Anglaterra i Gal·les. Mortalitat per 100.000.



Cal remuntar-se a l'era victoriana a Anglaterra per comprendre el fenomen. La segona revolució industrial va propiciar una immigració gegantina de població rural cap a les ciutats. Ciutats que, d'altra banda, no tenien condicions per rebre aquesta massi-

ficació i van quedar ràpidament desbordades. Tan sols cal apropar-nos a les obres de Dickens (*Oliver Twist*) per tal de conèixer les condicions de vida de la població proletària en aquestes ciutats. Londres va passar dels 958.000 habitants el 1801 als 1.948.000 l'any 1841, i Liverpool dels 53.000 als 123.000 en els mateixos anys. La mortalitat a Liverpool va passar de 21 per 1.000 el 1831 al 34,88 el 1844. Birmingham va passar de 14,6 al 27,2 i Bristol del 16,9 al 31 en els mateixos anys [19]. Les males condicions dels habitatges, les dures condicions de treball, la mala nutrició, l'amuntegament o les pèssimes condicions higièniques de les ciutats van propiciar aquest augment dramàtic de la mortalitat. La legislació social, impulsada entre altres per Chadwick [20], i la millora econòmica progressiva van comportar canvis que es van traduir en una disminució de la mortalitat i de la malaltia. McKweon [18] ens ho explica: "Les majors contribucions a la millora de la salut a Anglaterra i País de Gales van ser la limitació del nucli familiar, l'augment en l'aportament d'aliments, l'ambient físic més sa i les mesures preventives i terapèutiques específiques". Els canvis de l'entorn, socials i econòmics, van ser més efectius en la millora de la salut de les persones, que no pas l'assistència sanitària curativa.

Més fets. L'any 1980 va ser publicat al Regne Unit el denominat *Black Report* [21] (figura 1.6). En resum, aquest informe demostrava l'existència d'importantes diferències en la mortalitat depenent de la classe social i del gènere dins d'una mateixa classe social, i el gradient diferencial entre la classe social V (la més desfavorida) i la I (la més afavorida) era de 2,5. És a dir, un 150% més de mortalitat entre els més pobres respecte dels més rics.

Figura 1.6. Diferències per classe social i gènere a Anglaterra i País de Gales. The Black Report, 1980.

CLASSE SOCIAL	HOMES	DONES	RÀTIO D/H
Classe I Professionals	3,98	2,15	1,85
Classe II Intermèdia	5,4	2,85	1,94
Classe III Qualificada	6,08	3,41	1,78
Classe IV Semiqualficada	7,96	4,27	1,87
Classe V No Qualificada	9,88	5,31	1,86
Ràtio V/I	2,5	2,5	1

Comparables resultats van ser obtinguts en un estudi fet a Barcelona l'any 1996 [22] (figura 1.7).

Figura 1.7. Diferències socioeconòmiques en la mortalitat.
Risc Relatiu. Barcelona, Regidor et alii. Med. Clin. 106.6. 1996.

<i>Causa mort</i>	<i>Professionals i directius</i>	<i>Treballadors manuals</i>	<i>Agricultors</i>
Càncer	1	1,39	1,22
Circulatori	1	1,43	1,39
Digestiu	1	2,09	1,72
Cirrosi	1	2,32	1,83
Acc. I violènc.	1	2,25	1,88
Suïcidi	1	3,74	5,25
Totes les causes	1	1,72	1,56

La classe social a la qual un/una pertany pot tenir a veure amb la mortalitat. Si establim una correlació entre l'*Esperança de Vida en Néixer* (EVN) i el *Producte Interior Brut* (PIB) dels diversos estats europeus, hi trobem una r de 0,793, és a dir, altament significativa de l'existència d'una relació entre la perspectiva de vida i la riquesa d'un país. Si creuem l'*Esperança de Vida* als 65 anys i el PIB, la r és encara més alta: 0,829.

Més dades empíriques. L'*Informe de la Salut a Barcelona*, de l'*Institut Municipal de la Salut* (IMS) de l'Ajuntament de Barcelona dels anys 1990/91 [23] ens demostrava que la mortalitat infantil al districte barceloní de Ciutat Vella era de 1.546,8, mentre que al districte de Sarrià-Sant Gervasi era de 446,4. En el mateix informe, veiem que la incidència de SIDA al districte de Les Corts era de 63,15, mentre que a Ciutat Vella era de 258,92. La incidència de tuberculosi a Ciutat Vella era de 203, mentre que a Sarrià-Sant Gervasi era de 23,4. Els *Anys Potencials de Vida Perduts* (APVP) tripliquen Ciutat Vella respecte de Sarrià-Sant Gervasi o Les Corts. Pràcticament, quatre vegades més mortalitat infantil o SIDA, i quasi deu vegades respecte de la tuberculosi en un districte respecte de l'altre. L'any 2006 la incidència per SIDA per 100.000 habitants era a Ciutat Vella de 12,6, mentre que a Sarrià-Sant Gervasi era de 6,5 i a Horta-Guinardó, de 4,9 i la de tuberculosi era de 50,4 a Ciutat Vella i de 12 a Sarrià-Sant Gervasi. Els APVP, el 2006, eren per als homes de Ciutat Vella de 10.235, mentre que per als homes de Sarrià-Sant Gervasi eren de 3.897. L'*Esperança de Vida en Néixer* (EVN) l'any 2005 a Ciutat Vella era de 77,6. La mitjana de la ciutat de Barcelona era de 80,6. Sarrià-Sant Gervasi era de 82 i Les Corts de 82,6. Han canviat les xifres amb els anys. Certament, han millorat. Però la diferència persisteix. A menys de 10 minuts en metro, d'un districte a l'altre de la mateixa ciutat sembla que canviem de país. Sarrià-Sant Gervasi té uns ingressos per càpita de 29.599 € anuals. Ciutat Vella d'11.919 € [24]. Els ingressos, la riquesa tenen a veure amb el fenomen salut-malaltia (*taula 1.1*). Els nivells estadístics de correlació entre ambdues variables són altament significatius (Spearman 0,936 $p < 0,000$, i r de Pearson 0,704 $p = 0,023$).

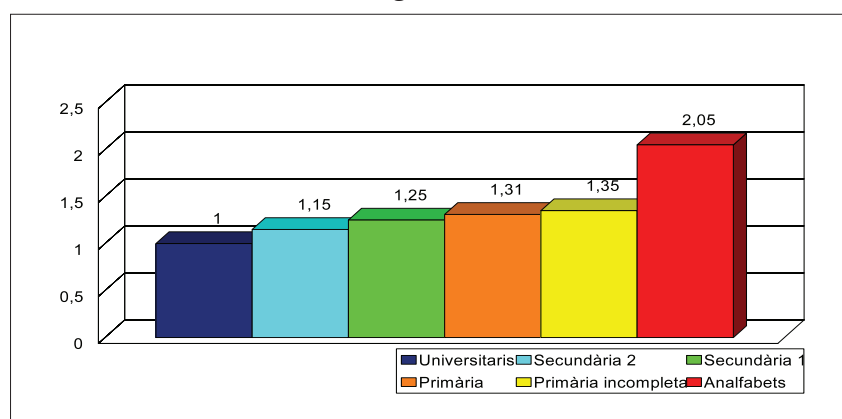
Taula 1.1. Ingressos anuals per càpita i Esperança de Vida en Néixer. Barcelona per districtes

<i>Districte</i>	<i>Rf/C € Any</i>	<i>Ev_n</i>
Ciutat Vella	11919	77,6
Eixample	19260	81,6
Sants	13356	80,7
Les Corts	23075	82,6
Sarria-S.Gervasi	29599	82
Gràcia	17306	81
Horta	14154	80,8
Nou Barris	11337	80,3
St. Andreu	13645	80,5
St. Martí	14182	80,7
Barcelona	16555	80,6

Però no tan sols això. En un altre estudi [25], també a la ciutat de Barcelona l'any 1996, es demostraven diferències en la mortalitat depenent del nivell d'estudis, de tal manera que, prenent com a base la mortalitat de les persones amb estudis universitaris, els analfabets la doblaven (*figura 1.8*).

El gènere no tan sols implica diferències en la percepció de la pròpia malaltia, sinó que hom pot constatar diferències reals en el maneig de determinats diagnòstics en raó de gènere, de tal manera que, per exemple, la letalitat femenina per infart de miocardi és superior a la masculina, tot i que la incidència és superior entre els homes [26]. La diferència, com hem dit, està en l'abordatge clínic. Les dones, estandarditzant la resta de variables, són menys ingressades a UCI, reben menys trombòlisi i se'ls practiquen menys angioplàsties i cateterismes que no pas als homes. Es tracta del que s'ha denominat la *Síndrome de Yentl* [27], pel qual la dona s'ha de comportar clínicament com un home, presentar la mateixa clínica que un home, per tal de ser atesa amb la mateixa intensitat que un home, sense tenir en compte que la mateixa biologia de la dona fa que la clínica pugui ser diferent.

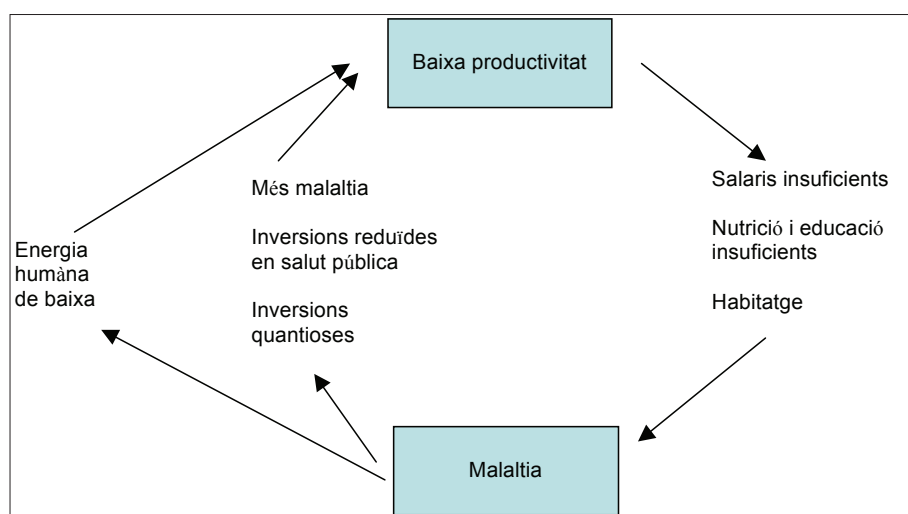
Figura 1.8. Raó de mortalitat segons nivell d'estudis. Barcelona, 1996



Riquesa, lloc de residència, nivell d'estudis, gènere... fan que existeixin diferències significatives en el fenomen salut-malaltia. No tots tenim els mateixos números per al sorteig de la salut i la malaltia. I és que les desigualtats en salut i malaltia pel que fa a classe social, per exemple, es manifesten en: 1) diferents coneixements i actituds enfront de la salut; 2) diferent risc d'emmalaltir (general i específic); 3) diferent grau d'accés a serveis sanitaris; 4) diferent tractament en cas d'emmalaltir; 5) diferents possibilitats de curació; 6) diferents probabilitats de rehabilitació i plena reinserció; i 7) diferents possibilitats de mort.

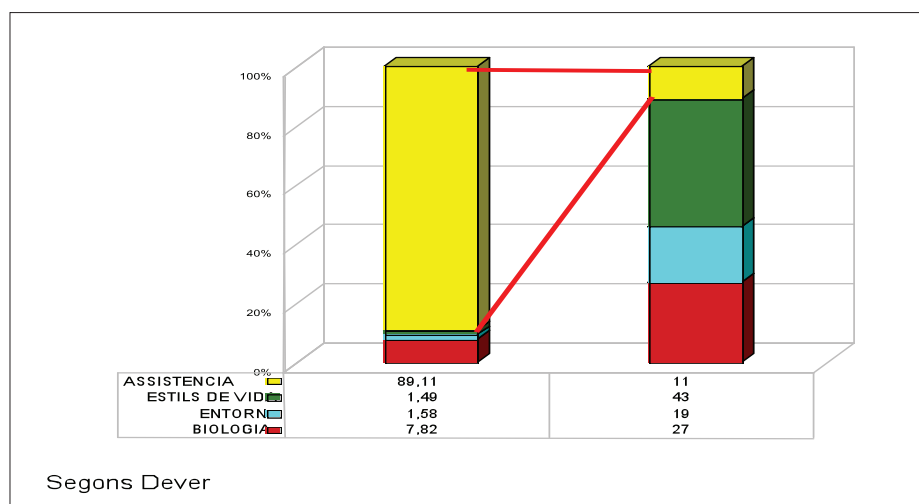
I és que, examinant dades procedents de l'ESCA 2006 [28] i l'ESBA 2006 [13], veiem que la classe V presenta un predomini femení (aproximadament, el 60% dels integrants de la classe V són dones); un major nivell de majors de 75 anys, especialment, dones; menors ingressos; inferior nivell d'estudis, pitjor equipament domèstic a les llars; pitjors condicions físiques de treball, amb unes condicions laborals més monòtones. També són característiques de la classe V i, molt especialment, dels seus integrants femenins, una menor activitat física en temps de lleure, més trastorns crònics, major restriccions com a conseqüència de problemes de salut; majors nivells de discapacitat; major índex de massa corporal i majors nivells d'obesitat i sobrepès; o menys hores de son (el 40%, aproximadament, de les dones de classe 5 presenten 6 o menys hores de son diàries). També, específicament entre els homes de classe V, un major nivell de tabaquisme i un més alt nivell de bevedors de risc, en aquesta situació específica, superats pels homes de classe I, però no per la resta. En resum: la pobresa és el principal factor de risc que propicia la malaltia, i s'estableix el que Horwitz [28] va definir com el *Cicle Econòmic de la Malaltia* (figura 1.9).

Figura 1.9. Cicle Econòmic de la Malaltia. Horwitz



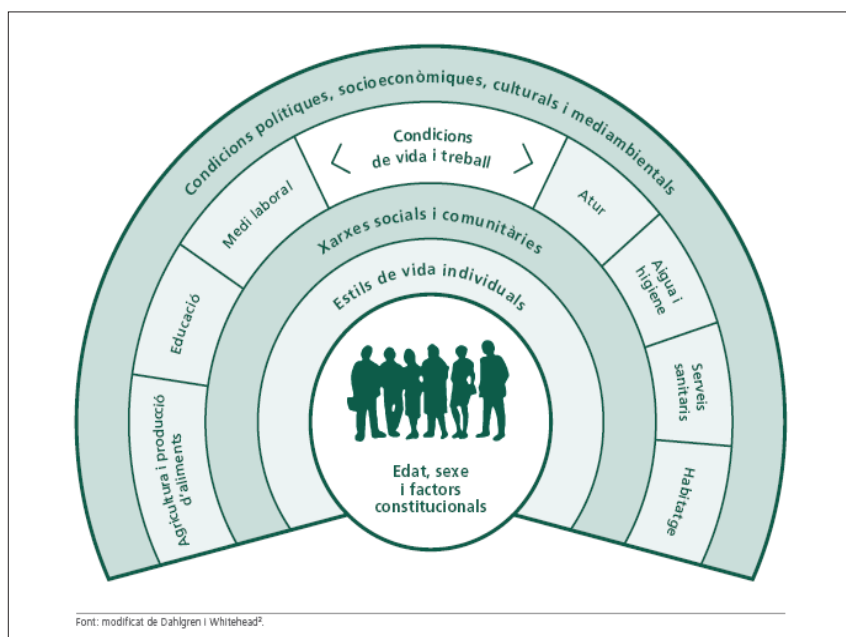
L'any 1976 el ministre de Sanitat canadenc Lalonde [29] va encarregar una sèrie de treballs per tal de conèixer millor les bases de la malaltia i la salut i així poder millorar el seu sistema sanitari. Entre aquests encàrrecs, l'epidemiòleg nord-americà Dever [30] va arribar a un conjunt de conclusions aclaridores. Va establir dues columnes. La primera representava el nivell de despesa d'un sistema sanitari d'un país desenvolupat en quatre apartats concrets: sistema assistencial, estils de vida, entorn i condicionats biològics. La segona columna corresponia al nivell potencial de disminució de la mortalitat, en un país desenvolupat, de cada un dels anterior quatre apartats, en el supòsit que funcionessin perfectament (*figura 1.10*). La sorpresa va ser que, mentre que es gastava aproximadament el 90% de la despesa sanitària en assistència sanitària, la seva potencialitat de disminuir la mortalitat era tan sols de l'11% en un país desenvolupat. En canvi, la despesa en actuacions sobre l'entorn i els estils de vida superava escassament el 3%, mentre que la seva potencialitat en la disminució de la mortalitat era del 62%. Moltes discussions s'han establert sobre si els percentatges estaven correctament calculats. El que és cert és que, en un país desenvolupat, la major part de la mortalitat i de la morbiditat està condicionada per processos crònics i degeneratius no curables, encara que controlables, però sí, majoritàriament, prevenibles actuant sobre el medi ambient i els estils de vida. Alguna cosa estem fent en els sistemes sanitaris dels països desenvolupats que gastem molt més en aquells apartats que menors resultats en termes de salut ens poden donar.

Figura 1.10. Determinants de la salut. Dever



Estem parlant d'aquelles condicions que estan en la veritable arrel de la salut i de la malaltia. Parlem de *determinants de salut*, entenent-ho com aquells factors de tipus social, econòmic, cultural o polític que estan en la causalitat de la salut i la malaltia. Dalhgren i Whitehead [31] han popularitzat un esquema explicatiu d'aquests determinants de salut (*figura 1.11*).

Figura 1.11. Determinants de salut. Dahlgren i Whitehead



Existeix un nucli central sobre el qual hom no pot actuar per tal de modificar-lo. És el que és. Tenim l'edat, el gènere i els factors constitucionals que tenim. No hi podem fer res. Però hi ha tota una sèrie de factors que poden influir sobre la nostra salut. Estem parlant dels estils de vida individuals, que, al seu temps, són influïts per la configuració de les xarxes socials i comunitàries, i aquestes depenen de factors com educació, medi laboral, habitatge, entorn... Per últim, aquests factors dependran de les condicions dominants sociopolítiques, econòmiques, culturals i mediambientals.

Tot plegat, farà que existeixi en la població una determinada percepció de malaltia, la qual es manifestarà en demanda de serveis a la qual el sistema sanitari corresponent caldrà que respongui. Però la realitat de la situació de salut i malaltia serà sensiblement diferent a la demanda. La realitat s'assemblarà més a un iceberg. D'una població de 100 individus, de mitjana el 63% presentarà algun problema de salut, tal com abans l'hem definit. Sols el 39% manifestarà alguna conducta associada al seu problema. El 17% presentarà una restricció temporal de la seva activitat i l'altre 17% una restricció permanent. Seixanta-un dels cent individus demandaran i utilitzaran els serveis sanitaris (no necessàriament els que més ho necessitin) i el 84% consumirà medicaments.

Es defineix un sistema sanitari com el conjunt de recursos humans i d'altres tipus, i de relacions entre institucions, grups socials i individus, orientats cap al manteniment i la millora del nivell sanitari d'una població humana determinada.

Per tal de donar resposta a aquesta demanda, en tot sistema sanitari s'hi reconeixen una sèrie de funcions essencials (figura 1.12): finançament (qui posa els diners); planificació (qui decideix què fer); compra de serveis (qui encarrega la feina); i provisió

(qui fa la feina). A aquestes funcions cal afegir la d'autoritat sanitària, mitjançant la qual hom fa que es compleixi la reglamentació i legislació vigents en matèria de salut. Dependent de les característiques específiques que prengui cada una d'aquestes funcions, es podran plantejar diversos models de sistema sanitari.

L'informe de *La Salud en el Mundo* de l'OMS de l'any 2003 [32] manifesta que “els sistemes sanitaris han d'integrar la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia d'una banda i, de l'altra, el tractament de les malalties agudes i l'atenció de les malalties cròniques. Això cal fer-ho en tots els àmbits per tal de prestar equitativament i eficientment serveis de qualitat al conjunt de la població”.

Figura 1.12. Funcions essencials del sistema sanitari



Com ja s'ha dit, l'objectiu de tot sistema sanitari consisteix a intentar el manteniment i la millora de la salut de la ciutadania. Aquest manteniment i millora implica l'execució de diversos nivells de prevenció, és a dir, d'actuacions que impedeixen l'aparició de la malaltia i/o de les seves conseqüències o la seva minimització, fins on sigui possible.

Distingim, clàssicament, tres nivells de prevenció: primària, secundària, terciària i, en els darrers temps, s'ha afegit un quart nivell de prevenció (figura 1.13).

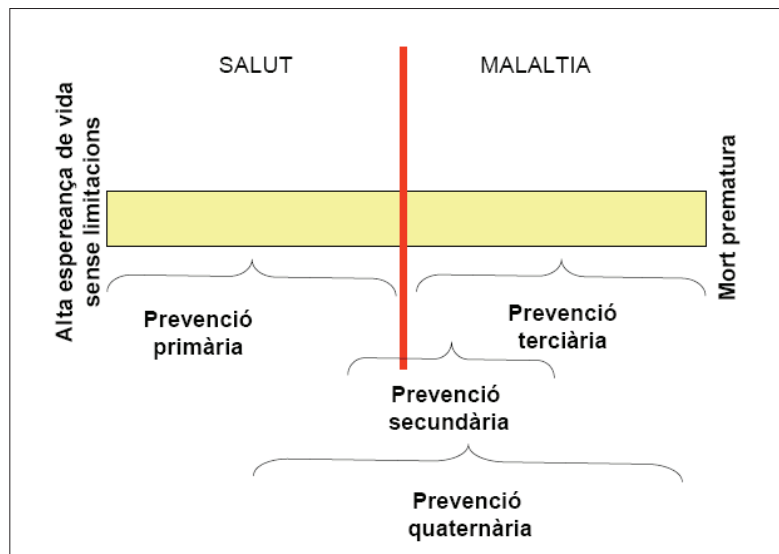
Per *prevenció primària* entenem l'acció del sistema sobre persones *sanas* per tal d'intentar evitar l'aparició de determinades malalties. La vacunació contra el xarampió o la poliomielitis, entre d'altres, en són exemples.

La *prevenció secundària* implica l'actuació sobre persones *suposadament* sanes per tal d'identificar malalties en fase precoç o preclínica i així millorar-ne el pronòstic i minimitzar-ne les conseqüències i l'agressivitat clínica necessària. El cribratge del càncer de mama mitjançant mamografies realitzades a la població femenina general de més de 50 anys n'és un exemple.

Per *prevenció terciària* entenem l'actuació del sistema, generalment en el seu vessant assistencial, per tractar les persones *malaltes* en fase clínica evitant així les seves complicacions. La intervenció d'una apendicitis per tal d'evitar una peritonitis o la rehabilitació posterior a una intervenció per fractura de fèmur en serien exemples.

Per últim, la *prevenció quaternària* és la intervenció del sistema per tal d'evitar lesions conseqüents a l'acció terapèutica del mateix sistema, és a dir, per tal d'evitar iatrogènies.

Figura 1.13. Nivells de prevenció



Els sistemes sanitaris s'estructuren en diversos nivells tècnics:

- ✦ Salut pública
 - Prevenció de la malaltia
 - Promoció de la salut
 - Protecció de la salut
 - Vigilància epidemiològica
- ✦ Atenció primària
- ✦ Atenció especialitzada
 - Hospitalària
 - Ambulatoria
- ✦ Atenció sociosanitària i pal·liativa.

Bibliografia capítol 1

1. Organización Mundial de la Salud. *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos*. 43 edición. Ginebra: OMS; 2001.
2. Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana Perpinyà 1976. Disponible a: <http://www.academia.cat/Portal/academia/metges_biolegs_llengua_catalana/_CuXd7XicwV4-o249MIrX_A>. Consultat el 3.01.2012.
3. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. *Pla de Salut de Catalunya 1993-95*. Barcelona: Departament de Salut; 1993.
4. TERRIS, M. *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI ed., 1980.
5. DUBOS, R. i MAYA, P. *Salud y enfermedad*. México: Colección Científica de Time Life, 1967.
6. *Diccionario de la lengua española*. 22.^a edición. Madrid: Real Academia Española, 2001.
7. FABRA, P. *Diccionari Manual*. Barcelona: Edhasa, 1983.
8. *Diccionario terminológico de Ciencias Médicas*. Salvat Editores. Barcelona, 1981.
9. SÁNCHEZ-MARTÍN, F. M.; CAÑÍS SÁNCHEZ, D.; MARTÍ MESTRE, J.; HOSTALOT ABÁS, A. M. i CORBELLÀ ALONSO, J. *Sangre, Hemorragia, Hematuria, Urología*. *Actas Urol Esp* 2005; 29 (9): 815-825.
10. FREIDSON, E. *La profesión médica*. Barcelona: Ediciones Península, 1977.
11. YOUNG, A. "The anthropologies of illness and sickness", en *Annual Review of Anthropology*, 1982.
12. GUIX, J. "Drogodependencia y rol del enfermo", en *Salud 2000*. 2009, 122: 9-12.
13. ASPB. *Enquesta de Salut de Barcelona 2006*. Disponible a: <http://www.aspb.es/quefem/documents_enquestes.htm>. Consultat el 3.01.2012.
14. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. *Enquesta de Salut de Catalunya 2006*. Disponible a: <<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1946/doc11893.html>>. Consultat el 3.01.2012.
15. ZBOROWSKI, M. "Cultural components in response to pain", en *Journal of Social Issues*, 8, 1952.
16. Organització de les Nacions Unides. *Declaració Universal dels Drets Humans*. Resolució 217 A-III. Assemblea General de les Nacions Unides. 1948. Disponible a: <<http://www.unav.es/cdb/inderechos.html>>. Consultat 24.08.2011.
17. Organización Mundial de la Salud. *Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI*. Yakarta. 1997. Disponible a: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf>. Consultat 24.08.2011.
18. McKEOWN, T. i RECORD, R. G. *Reasons for the decline of mortality in England and Wales during the nineteenth century*. *Popul Stud*. 1962, 16: 94–122.

19. CANALES, E. *La Inglaterra victoriana*. Madrid, Akal, 1999. Disponible a: <<http://hipatia.uab.cat/paseos/2-sociedad/2d-1.htm>>. Consultat el 24.08.2011.
20. BRUNDAGE, A. *The English Poor Laws 1700-1930 (Social History in Perspective)*. Londres: Macmillan, 2001.
21. BLACK, D.; MORRIS, J. N.; SMITH, C. [et alii]. *Inequalities and health. Report of a research working group (Black report)*. London: Department of Health and Social Security, 1980.
22. REGIDOR, E.; DE MATEO, S.; GUTIÉRREZ-FISAC, J. L. i RODRÍGUEZ, C. "Diferencias socioeconómicas en mortalidad en ocho provincias españolas", en *Med Clin (Barc)*, 1996, 106: 285-289.
23. AJUNTAMENT DE BARCELONA. *Informe de la salut a la ciutat. 1990-91*. Barcelona: Institut Municipal de la Salut, 1992.
24. DEPARTAMENT D'ESTADÍSTICA DE L'AJUNTAMENT DE BARCELONA. *Anuari estadístic de la ciutat de Barcelona 2010*. Barcelona: L'Ajuntament, 2010.
25. AJUNTAMENT DE BARCELONA. *Informe de la salut a la ciutat. 1996*. Barcelona: Institut Municipal de la Salut, 1997.
26. ROHLFS, I. et al. Género y cardiopatía isquémica. *Gac Sanit.* 2004, vol.18, supl. 2, p. 55-64.
27. HEALY, B. "The Yentl syndrome", en *N Engl J Med*, 1991, Jul. 25; 325(4): 274-6.
28. HORWITZ, A. "Relaciones entre salud y desarrollo económico", en *Bol OPS Año 38, año XLVII*, agosto 1959, n.º 2.
29. LALONDE, M. *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Ontario, Canada: Information Canada, 1974.
30. DEVER, A. G. E. *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud*. Rockville Maryland: Aspen Publishers, 1991.
31. DAHLGREN, G. i WHITEHEAD, M. *Policies And Strategies To Promote Social Equity In Health*. Stockholm: Institute Of Futures Studies, 1991.
32. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe la salud en el mundo 2003 Forjemos el futuro*. Disponible a: <http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf>. Consultat el 2.01.2012.

2. Economia

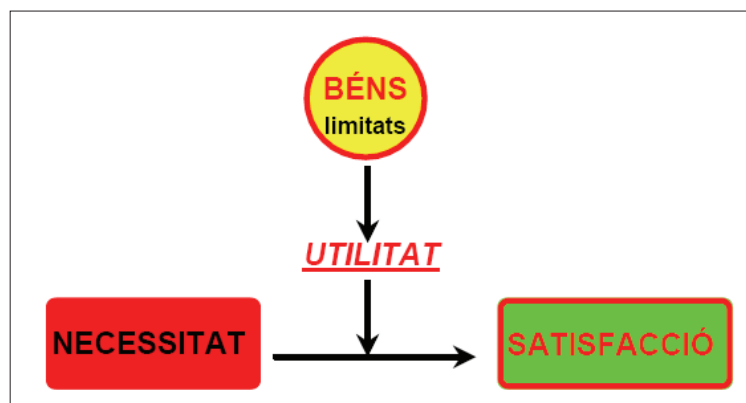
2.1 Introducció

En l'anterior capítol hem pogut veure que els factors econòmics, la riquesa, tenien un gran impacte com a factor determinant de salut de les persones. És per això que cal dedicar un apartat a aquest tema en concret. Comencem.

Tot ésser viu, des de les plantes fins als éssers humans, tenim *necessitats*, enteses com “allò de què hom no pot passar-ne, no pot prescindir-ne” [1].

Per tal de donar respostes a aquestes necessitats, hom fa servir *recursos*, béns que, per definició, tot i el nombrosos que puguin ser, no són infinits. Si aquests recursos són adequats a les necessitats, és a dir, són capaços de respondre a la necessitat concreta, diem que són *útils* i, per tant, són capaços de *satisfer* la necessitat. Qualsevol recurs no és capaç de satisfer qualsevol necessitat. Cal que el recurs concret sigui adequat a la necessitat concreta per tal de satisfer-la (*figura 2.1*).

Figura 2.1. Esquema del principi de l'economia



2.2 Recursos o béns

Quan parlem de béns o recursos, cal distingir entre *productes* i *serveis*.

Producte és qualsevol objecte que pot ser ofert en un mercat i que pugui satisfer un desig o una necessitat. Un producte, per tant, és quelcom *tangible*, *material*. Podem tocar un producte. Un cotxe, una llonganissa són productes.

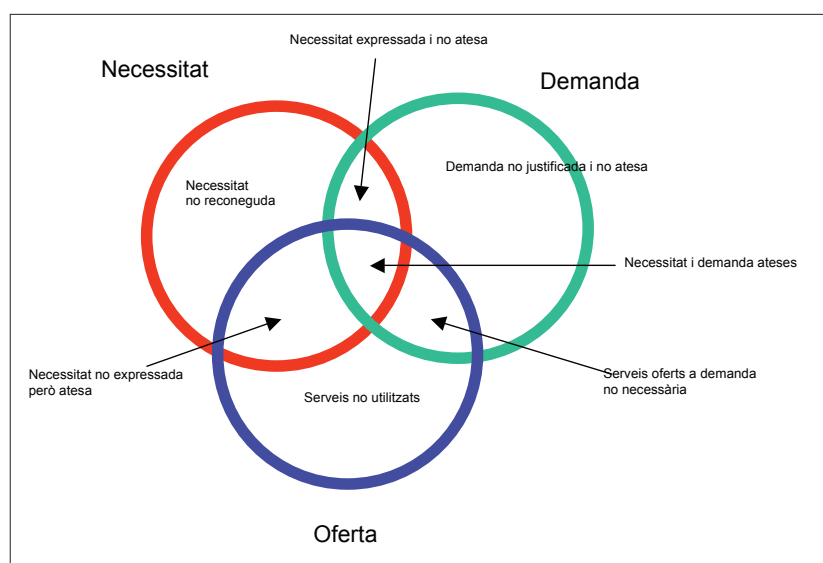
Servei és una activitat que produeix un valor econòmic, capaç de satisfer una necessitat o desig, sense produir, però, béns materials. Un servei no es pot tocar. No és material. *No és tangible*. No es pot emmagatzemar. Una visita mèdica és un servei.

Allò que entenem com a *economia* consisteix en l'estudi dels mecanismes d'assignació dels recursos, de com es reparteixen aquests recursos limitats, tenint en compte que, tot sovint, un mateix recurs pot satisfer de forma alternativa diverses necessitats. Quan aquests recursos són de caràcter, parlem de *finances*. Per tant, quan parlem d'economia no tan sols parlem de diners, sinó de qualsevol tipus de recursos. L'activitat econòmica consisteix en aquella que té per objecte la satisfacció de les necessitats humanes, per mitjà de béns escassos susceptibles d'usos alternatiu. El conjunt de recursos disponibles per al seu consum l'anomenem *oferta*.

Quan una necessitat s'explicita, hom parla de *demanda*. No sempre hi ha oferta disponible, és a dir, no sempre hi ha recursos disponibles per satisfer aquella demanda concreta en unes condicions determinades. No sempre tota l'oferta plantejada és utilitzada. No sempre una necessitat s'explicita o és coneguda. No sempre la demanda és justificada, és a dir, la demanda pot no ser útil i adequada, malgrat ser explicitada. Hi ha, per tant, diverses formes de relació entre necessitat, demanda i oferta (*figura 2.2*).

No tots els béns o recursos són, des d'un punt de vista econòmic, iguals. Distingim, de forma resumida, béns privats, béns públics i béns preferents o tutelars [2].

Figura 2.2. Relacions necessitat-oferta-demanda



Els *béns privats* han estat definits com aquells la utilitat dels quals és percebuda per un sol individu. Són aquells béns els beneficis dels quals poden ser negats sense cap penalitat per a l'amo o el proveïdor, i generen beneficis excludents. Són rivals i exclusius, i no generen externalitats.

Els *béns públics*, per contra, han estat definits per la premi Nobel Elinor Ostrom [3] com aquells tipus de béns disponibles per a tots i l'ús dels quals per part d'una persona no sotreu del seu ús per a uns altres, és a dir, el cost marginal de compartir el bé és "0". Els béns públics es caracteritzen per la seva no-rivalitat, la seva no-exclusió i per poder presentar externalitats.

Finalment, existeix un conjunt de béns, les característiques de rivalitat i exclusivitat dels quals els configuren com a privats, que, no obstant això, en opinió de les autoritats resulten d'importància vital per al conjunt de la societat, ja que el fet que tots puguin gaudir-ne comporta un major grau de benestar general per al conjunt de la població i, per tant, el seu accés i consum ha de ser protegit, i una manera d'aconseguir això és fer que això no depengui exclusivament de la capacitat adquisitiva individual. Són els anomenats *béns tutelars, meritoris o preferents* ('merit goods').

És important aquesta diferenciació de tipus de béns, ja que determinats tipus de béns no funcionaran correctament en un entorn de mercat, com més endavant veurem.

2.3 La utilització dels recursos

Ja hem comentat anteriorment que els recursos són sempre, per definició, limitats. Hi ha un pastís determinat. No el podem fer créixer infinitament. Pot ser més o menys gran, però és el que és. Si d'aquest pastís en volem treure més racions que les inicialment plantejades, aquestes hauran de ser forçosament més petites. D'aquí la importància de donar-ne un bon ús al recurs disponible, per tal de no desaprofitar-lo. És important conèixer fins a quin punt un recurs és útil per tal de satisfer la necessitat, i la seva relació amb la utilització de quantitat i qualitat de recursos. Parlem d'eficàcia, efectivitat i eficiència.

Utilitzem algun exemple per tal d'apropar-nos més senzillament als conceptes esmentats.

Suposem que som farmacòlegs i que hem dissenyat un nou antimicrobià. Comprovem l'efecte d'aquest nou producte posant un disc de filtre, d'unes característiques i unes dimensions determinades, impregnat amb una quantitat determinada del nostre nou antimicrobià, i el col·loquem en una posició determinada damunt d'un cultiu del microorganisme al qual volem combatre. Aquest cultiu està fet en una placa de Petrie d'unes dimensions determinades, amb un mitjà de cultiu determinat. Tot plegat ho incubem en una incubadora determinada, durant un temps determinat, a una tempera-

tura determinada, i amb una humitat determinada. Tot ho tenim controlat, a excepció del resultat del nou antimicrobià sobre el microorganisme diana. El resultat serà allò que denominem *eficàcia*. Tot està sota control. Tot està descrit i és reproduïble. Si es reproduïx exactament, amb les mateixes condicions, el resultat serà el mateix es faci on es faci l'experiment. L'*eficàcia* és l'impacte potencial d'un producte o servei *sota condicions ideals* d'actuació i, per tant, la seva validesa serà *universal*.

Aquest producte serà comercialitzat i consumit per part de pacients diversos que presentin una infecció pel microorganisme que volem combatre. Alguns d'aquests pacients tindran problemes d'absorció. Altres presentaran intolerància. En alguns casos, les condicions de magatzematge o l'ambient extern alteraran algunes de les qualitats del producte. En altres casos, la prescripció o l'administració del producte no seran adients. Els resultats del producte seran diferents dels que vam obtenir al laboratori, quan teníem totes les condicions perfectament controlades. Parlem ara de l'*efectivitat* del producte, és a dir, del seu comportament, del seu impacte, en *condicions reals d'utilització*. Els resultats, sota aquestes condicions, seran variables i, per tant, *no seran de caràcter universal*.

Una tercera dimensió és aquella que relaciona els resultats reals, és a dir, l'*efectivitat*, amb els recursos emprats. Seguint el mateix exemple, ens podem trobar que, per tal de tractar la infecció pel microorganisme que estem combatent, el nostre nou medicament tingui un preu de 238 €, mentre que un altre producte ja existent en el mercat, capaç també de tractar la mateixa infecció en el mateix temps, tingui un preu de 350 €. Per tenir un mateix o millor resultat, el nostre nou producte és més barat. És, per tant, més *eficient*. Definim l'*eficiència* com la producció al menor cost social dels béns i serveis que més valora la societat.

Si parlem dels recursos utilitzats en la producció d'un bé o un servei, cal distingir els conceptes de *cost* i *preu*.

Cost és el valor dels recursos emprats en la producció o la distribució d'un bé o servei. El cost de producció d'una truita és el sumatori d'allò que hem hagut de pagar per cada un dels seus ingredients (ou, oli, sal, gas, desgast de la paella...).

Preu és la relació de canvi entre dos béns econòmics. Equival al nombre d'unitats d'un bé X que cal lliurar per obtenir una unitat d'un altre bé Y. És a dir, si jo he fet una truita, que m'ha suposat un cost determinat, per quants diners estic disposat a vendre-la? El preu suposa el sumatori dels costos de producció del producte o servei, més els beneficis que jo n'espero obtenir de la seva venda. Seguint l'anterior exemple, si fer una truita m'ha costat 1 € i vull obtenir-ne un benefici de 50 cèntims, el preu serà d'1,5 €.

Ara bé. Com ja hem dit, un mateix recurs pot ser adequat per satisfer diverses necessitats o desigs alternatius. És a dir, amb un mateix recurs, per exemple, 1 € puc

comprar una baguet de pa o una ampolla petita d'aigua mineral o una pinça pel cabell. Però no les tres coses. Tan sols una.

Recordem el conte de *La rateta que escombrava l'escala* (en castellà, 'La ratita presumida'). La nostra rateta estava escombrant l'escala de casa seva quan, de sobte, es va trobar una moneda. Li havia caigut del cel. En podia fer el que volgués. Va anar a la botiga i, com que era molt presumida, va decidir comprar-se un llaç per embellir encara més la seva cua. Primer va veure una cinta blava. Li va agradar molt, però després va veure'n una de verda. Encara li va agradar més. Per fi, en va veure una de vermella. Aquesta li va agradar encara molt més. Les tres cintes li agradaven. Però tan sols tenia una moneda. Tan sols en podia comprar una. La que més li agradava de totes era la vermella. Però la seva compra no tan sols significava endur-se-la, sinó que significava renunciar a la segona que més li agradava, la verda. Escollir no tan sols significa posseir. També significa renunciar a la segona millor opció a què podria haver optat i al seu valor. En escollir, simultàniament, renunciem. Aquest és el concepte d'allò que en diem *cost d'oportunitat*, que formalment es defineix com el valor de la millor alternativa sacrificada de totes les descartades com a conseqüència d'una decisió determinada.

2.4 La distribució dels recursos

Els recursos poden distribuir-se seguint dos models bàsics: l'economia de mercat i l'economia planificada. A més, hi ha múltiples possibilitats de models mixtes.

2.4.1 Mercat

Un dia de cada dia, a la plaça d'una població qualsevol. Hi ha una munió de gent que vol vendre coses diverses, i una gentada de gent que hi va a comprar. La plaça és la del Mercat, i es diu així perquè s'hi celebra el mercat. Gent que vol vendre i gent que vol comprar béns. Això és *el mercat*. Aquest *mercat* pot ser un espai físic, però també pot ser virtual. Els béns s'assignen, se'ls emporten aquells que compren. És la forma d'assignació de béns basada en la venda i la compra de mercaderies (béns). El nivell d'acord al qual venedors i compradors arribin configurarà la quantitat de béns que canviaran de mans i el seu preu. Si no puc comprar, no obtindré la mercaderia.

Si jo, venedor, puc obtenir un preu alt per cada unitat de la meva mercaderia, estaré disposat a posar al mercat, a *oferir* (*oferta*) tanta mercaderia com em sigui possible. Si el preu és molt baix, tindrè poc interès a portar al mercat quantitats importants de la mercaderia, perquè, possiblement, l'esforç no em compensarà el cost.

Si a mi, com a comprador, m'ofereixen cada unitat de la mercaderia a un preu molt baix, estaré disposat a comprar-ne molta. Si el preu és molt alt, compraré la que em sigui imprescindible. Com a comprador, jo represento la *demanda*.

Un exemple. Si em venen CD de música a 3 € la unitat, possiblement en compraré bastants. Si em posen el preu a 30 €, si més imprescindible, en compraré un o cap.

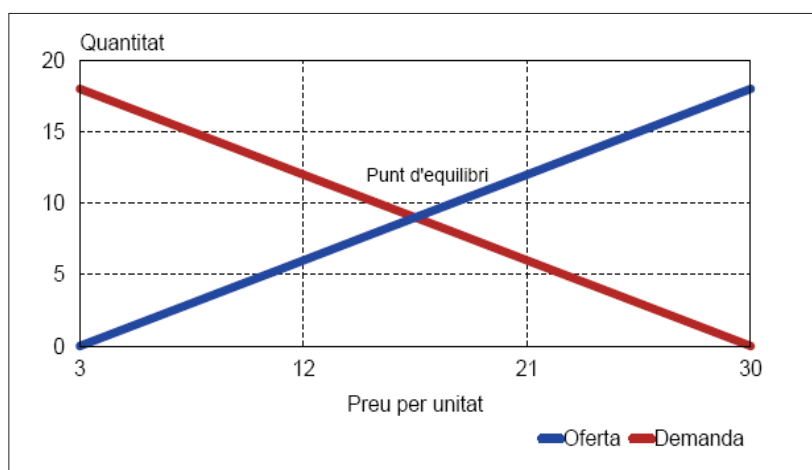
D'altra banda, jo, com a venedor, si el cost de producció d'un CD és de 3 €, no tindrè interès a produir-los i vendre'ls. No hi guanyo res. Si els puc vendre a 30 €, hi guanyaré molt i em surt a compte vendre'n tants com pugui.

Ara bé, si jo tan sols vull comprar CD a 3 € i el venedor tan sols els vol vendre a 30 €, no hi haurà transacció. El mercat no funcionarà. Cal arribar a un punt mig d'acord entre oferta i demanda, en el qual, a mi, em surti a compte comprar una quantitat determinada a un preu determinat i, al venedor, li surti a compte vendre aquella quantitat a aquell preu determinats. Posem, per exemple, un CD a 18 €. Aquest és el que denominem *punt d'equilibri*.

Aquest és el joc de l'oferta i la demanda, característic del sistema de mercat.

Si ho volem representar gràficament, obtindrem una imatge com la següent (figura 2.3).

Figura 2.3. Oferta i demanda

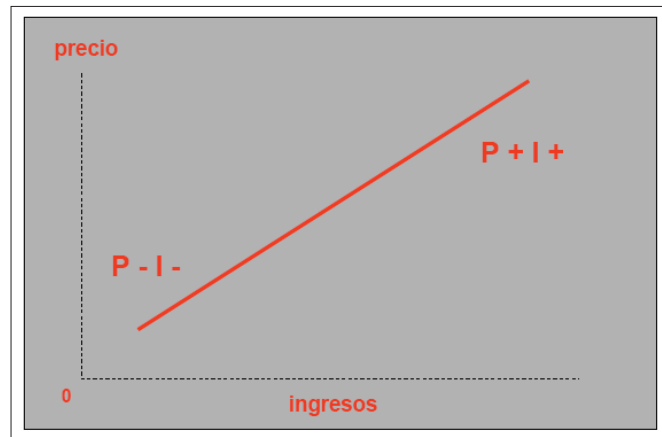


Però no tot és tan simple. El *punt d'equilibri* no té perquè ser estable. Les variacions en el preu modificaran la demanda. És el que coneixem com *elasticitat de la demanda*. Si el preu puja per qualsevol causa (per exemple, escassetat) i el bé no és absolutament necessari, la demanda possiblement variarà a la baixa. Si el preu baixa, possiblement la seva demanda augmentarà.

Enfront d'aquests canvis de preu, la demanda d'aquells béns concrets es pot comportar de diverses maneres. Si el recurs és absolutament necessari i insubstituïble per un altre recurs d'utilitat equivalent, parlarem que es tracta d'un bé *inelàstic* o de *necessitat*. En aquesta situació, la demanda tindrà poca mobilitat. Tot i que pugi el preu, la demanda tendirà a mantenir-se. Tot i que baixi el preu, la demanda no s'incrementarà en excés, perquè es tracta d'un bé del qual necessitem una quantitat determinada, i te-

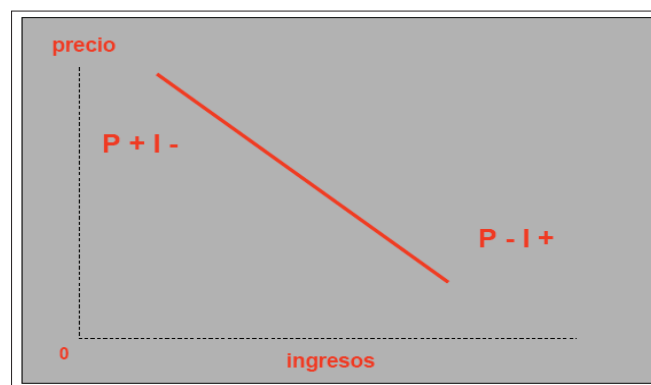
nir-ne més no incrementa la nostra satisfacció. El preu del pa en podria ser un exemple. Encara que baixi molt el preu, no tindrà sentit comprar-ne gaire més del que necessitem. Des del punt de vista de l'oferta, quan un bé inelàstic baixa de preu, els guanys baixen i, quan puja de preu, pugen (figura 2.4).

Figura 2.4. Demanda inelàstica



A l'inrevés. Hi ha béns que no són absolutament necessaris, o bé que tenen substitutius amb equivalent utilitat. Es tracta dels *béns elàstics* o *de luxe*. Si baixa el preu, tendiré a comprar-ne més. Si puja, me n'abstindré. Des del punt de vista de l'oferta, un increment de preus pot suposar una disminució d'ingressos (per disminució de la demanda) i una baixada de preus pot suposar un increment d'ingressos (figura 2.5).

Figura 2.5. Demanda elàstica



En tot cas, per tal que un mercat pur funcioni correctament, calen unes condicions, que són conegudes com *Condicions per a un Mercat Perfecte*. Aquestes condicions són, fonamentalment:

1. Informació perfecta.
2. Tots els individus pretenen maximitzar la seva utilitat.

3. Tots els productes són maximitzadors de beneficis.

4. Hi ha competència perfecta tant entre compradors, com entre venedors.

En un mercat l'existència de competència és essencial. Si no es dona, no hi ha mercat real. Ens podem trobar en una situació en què no existeix competència en la venda (oferta). Tan sols hi ha un venedor d'aquell recurs. Es tracta d'un *monopoli*. Si succeeix el fenomen contrari, és a dir, que tan sols hi ha un comprador possible per a aquell bé, ens trobem en una situació de *monopsoni*. En ambdós casos, en no haver-hi competència, és factible la manipulació a voluntat dels preus per part d'aquell que en té l'exclusivitat, ja a l'oferta, ja a la demanda.

Altres situacions de *Falla de Mercat*, és a dir, situacions en les quals un mercat no funcionarà correctament, estan en aquells béns considerats com a *béns públics* i/o *béns tutelars* (apartat 2.2).

2.4.2 Economia planificada

A diferència de l'economia de mercat, el funcionament de la qual és condicionat per la dinàmica de l'oferta i la demanda, basant-se en l'elecció i la satisfacció individual, en l'economia planificada existeix un ens central que interpreta les necessitats dels consumidors, encara que no té necessàriament en compte les seves preferències. La planificació de l'economia, el fet de decidir on s'inverteix i com, per tal de produir uns béns determinats i no uns altres, es fa tenint en compte l'interès col·lectiu i no l'individual.

L'economia planificada ha estat acusada de provocar ineficiències en la distribució dels recursos i cal admetre que, en tot cas, és escassament sensible a les preferències individuals i és poc flexible als canvis d'escenaris econòmics. D'altra banda, en estar fortament centralitzada la seva planificació, la iniciativa individual i la innovació estan fortament coartades.

Aquest tipus d'economia va ser típica dels països socialistes i, en el moment actual, la seva presència al món és poc important.

2.4.3 Economies mixtes

És un fet real que l'economia deixada a la "mà invisible" [4] del mercat comporta riscos importantíssims i no necessàriament beneficia el conjunt de la societat. Enfront d'aquest fet sorgeix una tendència que pren diversitat de formats, de models mixtos econòmics.

La necessitat de temperar la duresa del capitalisme liberal clàssic, amb els riscos socials i polítics que comportava, va conduir a la intervenció, en major o menor mesura, de l'Estat i el sector públic en el terreny econòmic.

El plantejament essencial diu que, mitjançant el creixement econòmic, es generaran recursos que podran ser utilitzats per tal de millorar les condicions de vida de les classes més desfavorides, sense optar necessàriament per la beneficència, sinó plantejant-ho com un dret. Aquests recursos generats seran el fonament de l'Estat del benestar.

Sense conculcar el mercat, s'utilitza el sector públic com a regulador per tal de protegir l'interès públic, però també com a dinamitzador, injectant fons financers per tal de potenciar inversions o de dinamitzar l'ocupació, tot activant l'economia. El keynesianisme [5] i el neokeynesianisme en són bons exemples.

Actualment, són quasi bé anecdòtics els models purs i la majoria de models econòmics vigents estan en el terreny dels models mixtos.

2.5 Utilitat marginal

Al principi d'aquest capítol, hem vist que els recursos són útils en tant que són capaços de satisfer necessitats.

Ara bé. Les necessitats no són infinites. En la mesura que anem utilitzant quantitat d'un recurs determinat per tal de satisfer una necessitat determinada, aquesta es va satisfent fins a un punt que, si continuem utilitzant aquell recurs per satisfer aquella necessitat, aquesta quedarà saciada i, si es continuen aportant més recursos en la mateixa línia, els resultats podran arribar a ser, fins i tot, negatius. Cada unitat de recurs afegida per satisfer una necessitat és cada cop menys útil que l'anterior. El valor o nivell de satisfacció que comporta afegir una unitat més de recurs per tal de satisfer una necessitat o un desig és la *utilitat marginal*. Més recursos, incrementats infinitament, no comportaran una satisfacció infinita. Hi ha un límit als recursos afegits per tal de satisfer la necessitat.

Posem l'exemple del bevedor de cervesa.

Estic travessant el desert del Sàhara. Fa una calor horrible. Tinc set, molta set. De cop i volta, arribo a un oasi i em trobo amb un venedor de cervesa. Em ve molt i molt de gust una cervesa. Estic disposat a pagar el que em demanin per una cervesa.

El venedor em demana 300 dirhams (prop de 27 €). És cara, però em ve molt de gust. Endavant. Va la primera "birra". Encara en beuria més, però per 300 dirhams em sembla cara. Tinc menys set, però encara em ve de gust. "Per 300, no, però si em millores el preu...?". Fet. 200. Vinga, una altra "birra". Me la bec. Està molt fresca i bona. "Quina calor que fa. Me'n beuria una altra, però no estic disposat a pagar tan car. Millorem el preu!". Hi ha ganes de fer caixa. 100 dirhams. Som-hi. Anem per la tercera. Anem regatejant. Fa calor. La cervesa entra bé. Però cada cop estic més saciat. Si me la dones de franc, me la bec, però si he de pagar, ni parlar-ne. Estic fins dalt de cervesa. No puc més. Si me'n vols donar una altra, et pagaré perquè no ho facis. La utilitat ha anat

baixant, fins a tornar-se negativa. Més i més cervesa, més i més recursos, no milloren la satisfacció. No són útils en progressió matemàtica.

2.6 La riquesa de les nacions

Com mesurem la riquesa de les nacions? Dos conceptes més:

Producte Nacional Brut (PNB): Valor a preus de mercat dels béns i serveis finals produïts pels factors nacionals, dins i fora de l'estat, durant un període determinat, sense deduir-ne les amortitzacions.

Producte Interior Brut (PIB): Valor a preus de mercat dels béns i serveis finals produïts en un estat, tant pels factors nacionals com pels estrangers que operin dins del territori, sense deduir-ne les amortitzacions.

2.7 El sistema sanitari i l'economia

En el primer capítol, hem vist com la salut està fortament influïda per l'economia. Hem vist com la riquesa d'un país, expressada en el seu PIB, està correlacionada amb l'esperança de vida en néixer, etc.

Però l'economia també té una decisiva influència sobre les característiques i el funcionament dels sistemes sanitaris.

En qualsevol sistema sanitari, hi ha un conjunt de recursos, entre aquests els recursos humans, és a dir, els professionals sanitaris, que, d'alguna manera, en termes de mercat, vénen a representar l'oferta. Els professionals sanitaris tenim coneixements i habilitats imprescindibles per al manteniment o la recuperació de la salut de les persones de la comunitat. A més, hi ha tota una sèrie de recursos materials immobles (hospitals, laboratoris, centres d'atenció primària...) i mobles (instrumentals, aparells, reactius...) que cal pagar. La demanda, la comunitat, és la que, d'una manera o altra, ha de posar els diners necessaris per pagar-ho.

Els recursos necessaris per al finançament de la sanitat formen part del conjunt total de recursos de què la societat disposa per tal de satisfer les seves necessitats i les seves preferències. Aquests recursos, com tots els recursos, són, per definició, limitats. Hi ha un pastís total i aquest pastís és com és. Si som més a menjar-ne o algú en vol una porció més grossa, caldrà disminuir la mida de la resta de porcions.

2.8 La despesa sanitària

Com de gran és la porció del pastís corresponent a la sanitat?

Important i tendint al creixement constant i geomètric, especialment, als països desenvolupats.

Algunes dades. Els països de l'OCDE es gasten, de mitjana, el 9% del seu PIB en sanitat (2007) [6]. Els dos extrems són, per una banda, els Estats Units d'Amèrica, que gasten el 16% del seu PIB, i Turquia, amb el 5,7%. L'Estat espanyol té una despesa del 8,45% del PIB i està situat entre Austràlia, amb el 8,7%, i el Regne Unit, amb el 8,4%.

Cal fer, però, dues acotacions. La primera: Tot i que el percentatge del PIB pugui ser similar, cal entendre clarament que no és el mateix el 10% de 100 € (10 €), que el 10% de 10.000 € (1.000 €). Tot és el 10%, però les quanties, la seva capacitat adquisitiva, no tenen res a veure. Aquest és el cas de l'Estat espanyol, que té un PIB de 1.109 milers de milions de \$ (2007), del qual n'esmerça el 8,5% en sanitat, i el Regne Unit, amb un esforç en sanitat del 8,4% i, per tant, una mica inferior a l'espanyol, però amb un PIB de 1.930 milers de milions \$ [7]. És a dir, quasi bé el 75% més.

La segona és la proporció de la part de finançament públic i de finançament privat de la despesa sanitària total. Així, tot i que per als Estats Units la despesa sanitària total és del 15,3% del seu PIB (2007), la part pública és tan sols del 45,75%, mentre que per al Regne Unit la despesa total és del 8,4% del PIB, però la part pública és del 86,90%.⁶

Per aclarir-ho encara més. La despesa total per càpita anual, és a dir, allò que un estat inverteix anualment per cada persona en sanitat és als Estats Units de 7.290 \$ per persona i any, al Regne Unit és de 2.992 \$ i a França de 3.601 \$. A l'Estat espanyol ens gastem 2.671 \$ anuals per cada ciutadà en sanitat (*taula 2.1*).

Taula 2.1. Despesa sanitària comparativa

<i>País</i>	<i>Despesa total % PIB</i>	<i>Despesa pública % PIB</i>	<i>Despesa/càpita 2007. \$.</i>
EUA	15,3	7 (45,75%)	7.290
Portugal	10,2	7,2 (70,59%)	2.150
Suècia	9,2	7,5 (81,52%)	3.323
Regne unit	8,4	7,3 (86,90%)	2.992
França	11	8,8 (80%)	3.601
Espanya	8,4	6 (71,43%)	2.671
Catalunya	7,2	4,7 (65,28%)	2.259 (2006)
UE-15	9,2	7,1 (77,17%)	3.089 (2006)
OCDE	9	6,6 (73,33%)	2.984

A més, aquesta despesa sanitària va en augment de forma geomètrica i aquest fenomen es dona a la pràctica totalitat dels països. Per al conjunt de l'OCDE, entre 1995

i 2007 ha crescut el 16,94%. Als Estats Units ha augmentat, en el mateix període de temps, el 17,65%. Però a Espanya ha augmentat el 14,86% i al Regne Unit el 23,53%. A França tan sols s'ha fet el 5,77% (figura 2.6).

Si aquest creixement l'apliquem a la despesa anual per càpita, els augments són encara més demostratius. Entre 1980 i 2007 els EUA d'Amèrica han incrementat el 568% la despesa sanitària, mentre que la mitjana de l'OCDE ha estat en el 372% i la de l'Estat espanyol, en el 636% (figura 2.7).

Cal dir que aquest increment no ha anat paral·lel a un augment del PIB, sinó que sempre ha estat molt superior. El tros de pastís corresponent a la sanitat es va fent cada cop més gran.

Però, quines són les causes d'aquest increment?

Essencialment, podem parlar d'universalització, riquesa, envelliment, morbiditat i tecnologia.

Figura 2.6. Evolució de la despesa sanitària, 1995-2007

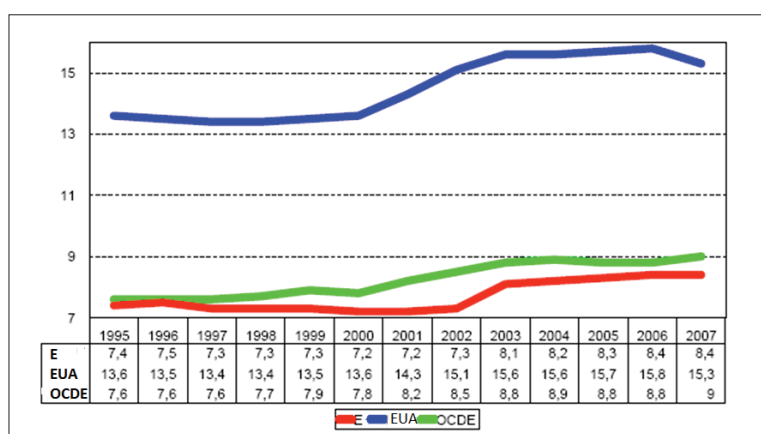
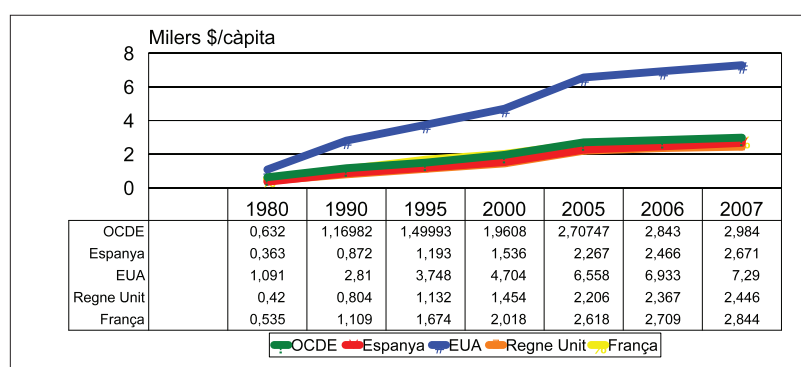


Figura 2.7. Evolució de la despesa sanitària per càpita, 1980-2007



El primer dels elements és la universalització dels sistemes sanitaris. Cada cop els nostres sistemes sanitaris cobreixen més persones. Com més gent quedi emparada per

la cobertura del sistema, més costós serà. El cas de l'Estat espanyol és paradigmàtic. L'any 1945 el moment de la posta en marxa del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), aquest cobria el 22% de la població espanyola. Actualment, cobreix més del 100%, ja que, a més dels ciutadans, tots els residents legals a l'Estat resten coberts pel nostre sistema sanitari.

El segon element és la riquesa del país. Com més ric és un país, major és la seva despesa sanitària. Hi ha una gran correlació entre PIB per càpita i despesa sanitària per càpita ($R^2 = 0.7901$) en l'àmbit d'OCDE [8].

Tercer element. L'envelliment. Hi ha qui considera que aquest fenomen és directament responsable del 15% del creixement de la despesa sanitària. Com més vells, més gastem en sanitat. L'any 1900 el 5,2% de la població espanyola tenia 65 o més anys. L'any 2007 n'és el 16,66%. Però no és tan sols una proporció. És que l'any 1900 no arribaven a un milió, i ara passen dels 7 milions. Paral·lelament, ha crescut la nostra esperança de vida i ha baixat la mortalitat. I, a més, cada vegada som més vells. Els nostres índexs de sobreenvelliment (percentatge de persones de 85 o més anys [9] sobre el total de persones de 65 i més anys) no paren de créixer. A Catalunya, l'índex de sobreenvelliment l'any 1986 era de 7 i l'any 2008 era de 13. Quasi bé el doble. Si agafem com a base de la despesa sanitària el grup d'edat entre els 35 i 44 anys, el grup entre 65 i 74 anys té una despesa de 4 vegades més, i el grup de 75 i més anys, de 6 vegades més.

Tot això lliga amb el quart element causal. La morbiditat. A les societats desenvolupades, en les quals la població està més envellida, predominen les patologies cròniques i degeneratives. No som capaços de curar-les. Les controlem. Els pacients tenen una despesa sanitària, essencialment farmacològica, cada cop més elevada i de per vida. A l'Estat espanyol la despesa sanitària d'atenció als malalts crònics suposa el 70% de la despesa sanitària total [10]. L'espectre de morbiditat dels països desenvolupats és més car que el de la resta.

El cinquè element és considerat responsable del 50% o més de l'increment de la despesa sanitària: la tecnologia. I, dins d'aquest apartat, cal incloure la despesa farmacèutica, a més de la derivada de la utilització de la instrumentació, tant diagnòstica com terapèutica. I això té explicació. En els sectors industrials, la introducció d'una nova tecnologia implica la substitució de la nova per l'antiga, la disminució del personal necessari per fer-la funcionar, una major productivitat i, com a conseqüència, una eficiència més alta. En el sector sanitari, els fets es produeixen de forma contrària. Nova tecnologia implica afegir-la a l'antiga, la qual cosa suposa més personal, generalment, més qualificat. D'altra banda, no implica més productivitat, sinó major concentració tecnològica. Fem més coses sobre un mateix pacient. I, com a conseqüència de tot l'anterior, en disminuïm l'eficiència. I això no tan sols passa a casa nostra, sinó que és també un fenomen generalitzat als països desenvolupats. I aquesta disminució de la productivitat i de l'eficiència és constant i progressiva en els darrers temps [11].

2.9 El sector sanitari com a font de riquesa

El sector sanitari, però, no tan sols genera despesa. El sector sanitari constitueix una font de riquesa molt important per als països, tant directament com indirectament.

El sector sanitari actua directament com un gran consumidor de productes i serveis. Genera la producció de productes farmacèutics, tecnologia diversa, construcció, tasques de manteniment, subministraments alimentaris i d'altres tipus, consum d'energia... És un gran consumidor, la qual cosa genera també riquesa en altres sectors.

També és un gran ocupador de mà d'obra. Prop del 60% o més de la despesa sanitària és directament atribuïble a salaris dels treballadors del sector. Aquests salaris es tradueixen en consums i generen riquesa.

Al mateix temps, la millora de l'estat de la salut de la població, en la mesura que pot ser atribuïble parcialment al sector sanitari, genera una mà d'obra potencialment més productiva, que es manifestarà en la generació de riquesa en altres sectors. Al mateix temps, una bona salubritat repercutirà, especialment, en països en desenvolupament, a més de mà d'obra amb més capacitat energètica, com ja hem esmentat, en unes millors condicions per al desenvolupament turístic i econòmic en general.

En un estudi publicat l'any 2009 sobre la productivitat del sistema sanitari català [12], es demostra que, pel que fa al *Valor Afegit Brut* (VAB), el seu impacte es podia quantificar, per l'any 2006, en 8.196 milions d'euros, la qual cosa representa el 17% del VAB espanyol i el 5% del VAB català. El sector sanitari ocupa, des d'aquest punt de vista, el sisè lloc entre els sectors més productius de Catalunya, després d'immobiliàries i serveis empresarials, comerç i reparació, construcció, hostaleria, i transports i comunicacions. Des del punt de vista de la mà d'obra del sector sanitari català, per l'any 2008 implicava 232.421 assalariats inscrits a la Seguretat Social, i el sector sanitari representava el 17,8% de l'Estat espanyol i el 7,3% de Catalunya. I amb un creixement constant, tant des del punt de vista del VAB, com de la massa assalariada.

En un àmbit més micro, el Grup Sagessa, organització pública que opera en les comarques del sud de Catalunya, genera una riquesa equivalent al 3,8% del PIB de la demarcació de Tarragona [13].

2.10 L'avaluació econòmica

Els recursos són, per definició, escassos. Així, doncs, quan en fem ús cal tenir clar que, si utilitzo aquest recurs per fer això, possiblement, no podré fer allò. Recordem el concepte de *cost d'oportunitat*. Cal plantejar-se, per tant, una sèrie de qüestions.

Primera qüestió: "Els resultats que n'obtindrè justifiquen objectivament els costos en què incorreré?"

Segona qüestió: "Val la pena començar a fer això, si ja estic fent allò?"

Aquest és el sentit de l'avaluació econòmica sanitària [14]. El fet de poder saber com puc utilitzar eficientment o si he utilitzat correctament els recursos per tal d'obtenir uns resultats determinats. Això vol dir que podem utilitzar aquestes tècniques en forma prospectiva, és a dir, abans de fer-ho, per tal de decidir quina és la meua millor opció (*ex ante*), o per avaluar quins han estat els resultats de la meua decisió (*ex post*). Un aspecte essencial d'aquest tipus d'avaluació és que no són directament aplicables a cada cas individual i, per tant, no poden substituir l'opinió del metge enfront de les circumstàncies específiques de cada malalt. Són útils com a norma general i a efectes de planificació, però, cal insistir, mai directament aplicables a un cas concret.

Abans d'entrar en les metodologies concretes, alguns conceptes previs.

Cal recordar el concepte de *Cost*: És el valor dels recursos emprats en la producció o la distribució d'un bé o servei. En les metodologies que, a continuació, descriurem, el cost es mesura en termes monetaris. Dins l'anàlisi dels costos, caldrà diferenciar [13]: 1) Costos d'organització i funcionament del sistema sanitari; 2) Costos en què incorre el pacient i el seu entorn, i aquí caldrà considerar costos de tractament, atenció i cura assumits pel pacient i el seu entorn; costos derivats de la pèrdua d'hores de treball, tant del pacient com del seu entorn; costos de transport del pacient i els seus familiars en relació amb el procés del pacients; i altres tipus de costos que es puguin derivar pel pacient i el seu entorn, com a conseqüència del procés; i 3) Costos que puguin repercutir en altres àmbits, per exemple, les potencials disminucions de la productivitat d'una indústria, com a conseqüència de la posada en marxa de mesures contra la contaminació atmosfèrica.

L'altre paràmetre que es considera en l'avaluació econòmica dels processos sanitaris són els efectes. I, en aquest sentit, cal considerar, quan parlem de resultats, els concepte de *output* i *outcome*.

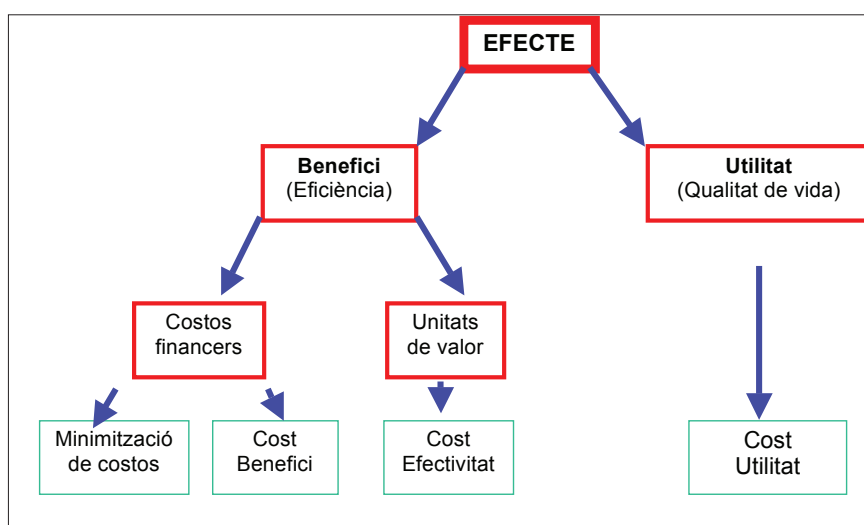
L'*output* és el resultat immediat d'un procés o d'una acció. L'*outcome* implica impacte i/o conseqüències d'un procés o una acció. És a dir, implica una visió més a mitjà o llarg termini, i no tan immediata com l'*output*. L'*output* d'una fàbrica de cotxes és un cotxe. El seu *outcome* és la capacitat de transport.

En l'avaluació econòmica de processos sanitaris, podem considerar *outputs* o *outcomes*. Els efectes d'una actuació els podem analitzar des del punt de vista dels seus beneficis (*outputs*) i, en aquest sentit, diferenciarem els estudis de costos financers de les intervencions dels estudis que, en el seu vessant d'efectes, consideren unitats de valor homogènies (per exemple, anys de vida guanyats). També els podem analitzar com a *outcomes*, entesos com la utilitat d'una intervenció determinada, entenent com a *utilitat* el valor atribuït per l'individu per a un nivell específic de salut (figura 2.8).

Els estudis de *Minimització de costos* comporten el fet de discriminar quin és el més eficient de dos o més procediments que tenen els mateixos objectius i resultats. Per fer-ho, s'analitzen els costos en què s'incorre en cada un dels

diferents procediments, entenent que els resultats són idèntics. Un exemple consistiria a comparar un programa de cirurgia de cataractes amb ingrés i sense ingrés. Els objectius i resultats són idèntics. El que canvia és el procés i els costos d'aquest procés. Mesurem, per tant, els costos de cada un dels diferents processos en termes monetaris.

Figura 2.8. Estudis d'avaluació econòmica de processos sanitaris



En els estudis de *Cost-Efectivitat* s'avalua el cost respecte del resultat del procediment, mesurant aquest en unitats de benefici assolides. Aquesta unitat de benefici ha de ser comuna als diversos procediments comparats, per exemple, anys de vida guanyats o dies d'ingrés evitats. És una metodologia útil quan tenim uns recursos molt limitats i volem obtenir el màxim benefici en termes de salut. Per realitzar aquests tipus d'estudis, cal que sigui possible definir de forma consistent els objectius del projecte a avaluar; que sigui possible la determinació quantitativa dels respectius productes i en les mateixes unitats; i que sigui possible determinar el cost de les respectives alternatives. Els costos en què incorrem, els mesurem en termes monetaris i l'efectivitat, en unitats de valor.

Els estudis de *Cost-Benefici* parteixen del fet que tan sols s'han de proporcionar serveis o implementar programes quan els seus beneficis són superiors als seus costos socials. Mesuren i comparen costos i resultats en termes monetaris, per tal d'analitzar-ne el nivell d'eficiència. En homogeneïtzar en les mateixes unitats monetàries costos i beneficis, permet conèixer la desitjabilitat social de realitzar un programa. Permeten decidir entre opcions diverses, referides a objectius diversos i amb resultats diversos. Per realitzar aquests estudis, cal que es puguin demarcar precisament els projectes a avaluar: que sigui possible l'elecció entre els projectes a avaluar, és a dir, que siguin

econòmicament alternatius; que sigui possible determinar quantitativament les dimensions dels seus respectius productes; que es puguin valorar els resultats en termes monetaris; i que sigui possible el càlcul dels costos en termes monetaris. Costos i resultats els valorem en termes monetaris.

Els estudis de *Cost-Utilitat* permeten comparar programes amb efectes diferents, valorant la utilitat obtinguda en relació amb uns costos.

La utilitat és el valor atribuït per cada persona a un nivell específic de salut.

Els estudis de *Cost-Utilitat*, en realitat, són una forma especial d'anàlisi *Cost-Efectivitat* en la qual l'efectivitat es mesura en unitats de component subjectiu denominats AVACS (*Anys de Vida Ajustats per la Qualitat*). El plantejament teòric és relativament simple. Si el resultat, per exemple, d'una intervenció quirúrgica determinada ha de ser la pèrdua del moviment de pinça entre els dits primer i segon de la mà dreta, tot i que el resultat sigui el mateix, la valoració que tingui la seqüela no serà la mateixa per un cirurgià dretà, que per un treballador de la construcció. Els costos els mesurem en termes monetaris i els resultats, en termes d'utilitat (AVACS).

Bibliografia capítol 2

1. FABRA, P. *Diccionari Manual*. Barcelona: Edhasa, 1983.
2. GUIX, J. *Salud pública y mercado*. Gac Sanit, vol. 25, nº. 5. Barcelona set.-oct. 2011.
3. ÖSTROM, E. *Governing the commons: the evolution of institutions for collective action*. New York: Cambridge University Press, 1990.
4. SMITH, A. *La riqueza de las naciones*. Madrid: Oikos-Tau, 1988.
5. KEYNES, J. M. *Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero*. Barcelona: Planeta-Agostini, 1993.
6. *Health at a Glance 2009–OECD Indicators*. Disponible a: <http://www.oecd.org/document/11/0,3746,en_2649_37407_16502667_1_1_1_37407,00.html>. Consultat el 25.08.2011.
7. *Indexmundi*. Disponible a <http://www.indexmundi.com/>. Consultat el 25.08.11.
8. RUIZ-HUERTA CARBONELL, J. i VILLORIA MENDIETA, M. *Gobernanza Democrática y Fiscalidad*. Madrid: TECNOS, 2010.
9. IDESCAT. *Estructura per edats, envelliment i dependència*. Disponible a: <<http://www.idescat.cat/territ/BasicTerr?TC=5&V0=3&V1=3&V3=914&V4=915&ALLINFO=TRUE&PARENT=1&CTX=B>>. Consultat: 25.08.2011.
10. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 61ª. *Asamblea Mundial de la Salud*. 2008. *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial*. Disponible a: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf>. Consultat el 25.08.2011.

11. GISBERT, R. i BROSSA, M . *Anàlisi de la productivitat del sistema sanitari de Catalunya: relació entre inputs i outputs*. Barcelona: Estudis d'economia de la salut. (Planificació i avaluació, 9, 33), 2008. Disponible a: <www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/ecsalsprod.pdf>. Consultat el 3.01.2012.
12. GABINET D'ESTUDIS ECONÒMICS. *El sector de la salut a Catalunya*. Barcelona: Cambra de Comerç de Barcelona, 2009.
13. LLOP LLOP, M.; CARLES LAVILA, M. i SARDÀ PONS, J. *El grup SAGESSA: activitat i impacte econòmic*. Reus: Grup SAGESSA, 2010.
14. DRUMMOND, M. F.; STODDART, G. L. i TORRANCE, G. W. *Métodos para la evaluación económica de los programas de atención de la salud*. Madrid: Díaz de Santos, 1991.

3. Principis generals dels sistemes sanitaris

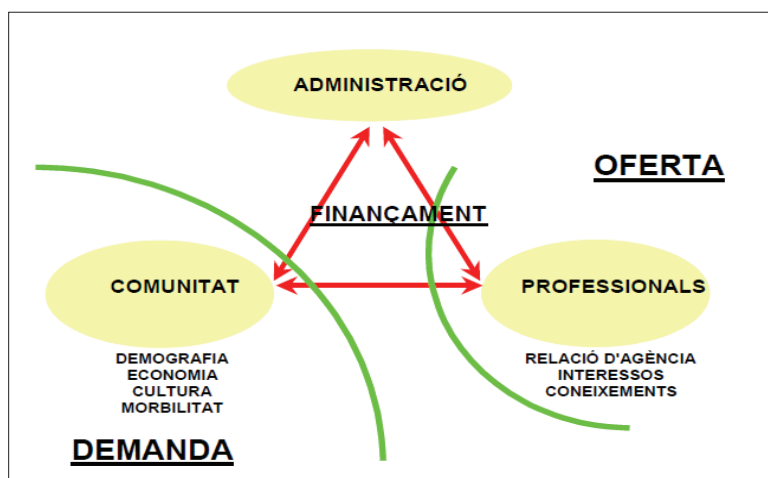
3.1 Els actors dels sistemes sanitaris

Per tal de descriure'l i de comprendre'l, en tot sistema sanitari cal identificar els diversos actors del mateix sistema i quin paper hi juguen.

En qualsevol model de sistema sanitari podem reconèixer fins a tres actors principals que, com en tota obra de teatre, poden arribar a representar papers diferents, però són sempre els mateixos actors: la comunitat, els professionals de la sanitat i l'Administració. Cada un té diferents característiques i es comporta de manera diferent i, consegüentment, estableix relacions amb la resta d'actors de forma diferent. Aquestes relacions vindran essencialment condicionades pels fluxos financers que s'estableixin entre ells.

En aquest capítol pretenem descriure aquestes característiques i relacions entre els actors del sistema sanitari.

Figura 3.1. Actors dels sistemes sanitaris



3.1.1 Els professionals sanitaris

Weber contraposava dos conceptes: el primer, el *Herrschaft*, correspon al terme llatí *Potestas*, i pot interpretar-se com domini, reconeixement del poder legalment establert i amb capacitat legal per obligar a fer-se obeir. El segon, *Macht*, equiparable al concepte llatí de *Auctoritas*, suposa una visió més àmplia del concepte de poder, que descriu com aquella legitimació social, no necessàriament legal, fonamentada, generalment, en un coneixement o saber [1].

Aquesta és la base d'allò que coneixem com a professió.

3.1.1.1 LA PROFESSIÓ MÈDICA

El terme *professió* es distingeix del terme *ofici*. En ambdós conceptes, s'entén l'exercici d'una ocupació o treball pel qual es rep una remuneració econòmica. Un mitjà de vida. Però la professió implica un coneixement especialitzat basat en una formació universitària o equivalent. Cleaver manté que una professió és una ocupació que requereix un coneixement especialitzat, una capacitat educativa d'alt nivell, control sobre el contingut del treball, organització pròpia, autoregulació, altruisme, esperit de servei a la comunitat i elevades normes ètiques [2].

Una professió es caracteritza per ser reconeguda pel poder polític i gaudeix, d'acord amb aquest reconeixement, d'una notable autonomia respecte de l'Estat. Implica el reconeixement d'una autoritat, tant dins del seu col·lectiu, com davant del conjunt de la societat, que li reconeix l'expertesa en el seu àmbit d'actuació. En el mateix sentit, se li reconeix un estatus específic per part de l'Estat, un monopoli absolut en l'exercici d'aquella professió. Ningú que no hagi estat acceptat per la professió no podrà exercir-la. Té l'absolut monopoli de mercat respecte de la seva àrea de coneixement. Això implica una personalitat col·lectiva pròpia i uns òrgans legalment representatius. Professió implica la capacitat exclusiva d'establir normes i fer crítiques a aquells que la practiquen. La crítica no és vàlida des de fora de la professió, ja que no s'admet l'existència del coneixement reconegut per legitimar-la. La dipositària del coneixement és també l'únic estament capaç de reproduir i, per tant, d'educar i organitzar tant els seus membres, en el nostre cas, els metges, com els seus col·laboradors i ajudants [3].

Conrad afirma que "la professió mèdica... té el virtual monopoli sobre tot allò que és definit com a malaltia o necessitat de tractament mèdic" [4].

Des d'un punt de vista organitzatiu, Minzberg qualifica, entre altres, la professió mèdica com una *burocràcia professional* i la defineix amb uns atributs com el fet de tractar-se d'un col·lectiu, universalment, homogeni; socialment, poderós i influent; d'alt nivell social, amb una alta consciència de grup, un escàs sentiment de pertinença empresarial; poc favorable a la supervisió i amb uns principis ètics i professionals propis i de caràcter universal (Jurament Hipocràtic, principis de bioètica...) [5].

Les característiques dels professionals de la medicina, a principi del segle XXI [6], són les següents: mitjana d'edat de 46 anys. El 40% són dones i, si ens centrem en els menors de 30 anys, el percentatge de dones puja fins al 71%, la qual cosa indica una feminització progressiva, que alguns autors associen a una pèrdua de prestigi de la professió. El 32% té pares, avis o germans metges i, en el 20%, la seva parella també és metge, indicatiu d'una certa tradició professional. Més del 50% són fills de persones de posició social alta. La posició social assolida per ells és percebuda com a més baixa que la que esperaven obtenir en iniciar la seva professió. El 41% tenien més d'una feina i el 25,5% treballaven en la sanitat pública i en la privada. La mitjana setmanal d'hores treballades era de 46. El 63% aprovaven la compatibilitat entre sistema públic i privat, mentre que el 26% preferirien un model més privatitzat. Majoritàriament (55%), disposaven de plaça fixa laboral estatutària/funcionarial i se sentien més ben valorats pels seus pacients que no pas per les seves organitzacions o per la societat. En resum, un perfil de professionals amb un relativament estatus alt, però amb unes perspectives de reconeixement social relativament frustrades. És a dir, amb un cert nivell de descontentament.

3.1.1.2 LA RELACIÓ METGE-PACIENT

L'aspecte clau de l'exercici professional de la medicina consisteix en la relació entre el metge i el pacient.

Aquesta relació s'estableix des d'una posició de poder del metge cap al pacient basada en una *asimetria d'informació* entre ambdós. Com dèiem anteriorment, es tracta, en terminologia weberiana, de l'exercici del *Match* o de l'*Auctoritas*, que tenen el seu origen en el monopoli del coneixement [7]. El metge, pels seus estudis, té tota la informació sobre el que li passa al malalt: quin n'és el diagnòstic, quines poden ser-ne les conseqüències, quines en seran les seqüeles; quines alternatives hi ha des d'un punt de vista terapèutic i quins poden ser els riscos corresponents, quins en seran els costos, etc. El malalt no disposa de tota aquesta informació, ni tan sols en els actuals temps d'Internet. Al malalt no li queda altre remei que dipositar la seva confiança en el metge i delegar en ell la seva capacitat de decisió, atès que és el metge qui, com hem dit, té tot el coneixement. S'estableix una *relació d'agència* i aquesta relació serà més o menys perfecta o imperfecta depenent de si el metge, en prendre les decisions respecte del seu pacient, tan sols té en compte els interessos d'aquest (*relació d'agència perfecta*), o bé intervenen altres tipus d'interessos aliens a les necessitats o preferències del pacient [8]. Ens trobem enfront d'una situació èticament complexa. En un context de mercat (*capítol 2*), la situació és tal que l'oferta, és a dir, qui ofereix els serveis (el professional mèdic), decideix quins i quants d'aquests serveis necessita el pacient, és a dir, la demanda. És com si anéssim en uns grans magatzems a la secció d'electrodomèstics i li

diguéssim al venedor “tinc calor”, i ell decidís que el que ens convé són tres aparells d’aire condicionat d’alta gamma, més dos ventiladors de sostre, més un conjunt de ventalls de disseny. I nosaltres, que no sabem com combatre la calor, ens limitéssim a acceptar i pagar el compte. És fàcil que es puguin barrejar altres interessos diferents dels estrictes del pacient. Parlem, en aquest cas, d’una *relació d’agència imperfecta*. L’abast de les possibles relacions imperfectes pot ser extremadament ampli, des del metge que, per tal de realitzar la seva tesi doctoral, extreu al pacient 10 c/c de sang per determinar els valors de l’enzim que vol estudiar en la seva tesi, fins a aquell cirurgià que realitza una histerectomia innecessària a una pacient per tal d’incrementar els seus honoraris, si parlem d’un context de medicina de mercat i d’exercici liberal de la professió. La intencionalitat i la “gravetat” de la decisió no seran, evidentment, iguals, però en cap dels dos casos el pacient necessitava l’actuació mèdica. Hi han intervingut interessos aliens al pacient. Es tracta de relacions d’agència imperfectes.

3.1.1.3 ELS PRINCIPIS BIOÈTICS

Per tal que aquestes situacions no es donin o siguin mínimes, el professional sanitari es compromet a actuar sota unes normes ètiques, que, en el nostre context, se simbolitzen en el Jurament Hipocràtic i similars. Estem parlant dels principis de *no-maleficència*, *beneficència* i *equitat* [9]. A aquests principis clàssics, se n’hi ha afegit un quart, el d’*autonomia*, justament orientat a corregir aquestes possibles desviacions, i que comporta la capacitat que ha de tenir el pacient per tal de poder escollir lliurement entre les diverses opcions de tractament, després d’haver-ne estat informat adequadament i de forma comprensible pel seu metge. Es tracta del procés de *consentiment informat* [8].

3.1.1.4 LA PROFESSIÓ MÈDICA COM A INSTITUCIÓ DE CONTROL SOCIAL. MEDICALITZACIÓ I IATROGÈNIA

Althusser [10] i altres autors van remarcar que una de les funcions bàsiques, sinó la més essencial, de tota societat, de tot sistema de producció que la sustenti, és la reproducció de les condicions de producció i, dins d’aquestes condicions de producció, la reproducció de la força de producció, els treballadors, sota unes condicions determinades. En aquest sentit, el sistema sanitari, qualsevol model de sistema sanitari occidental, incorpora tres tipus diferents de funcions: 1) la més evident, que és la funció curativa i preventiva; 2) l’econòmic-ocupacional; i 3) la de control, normalització i legitimació [11 i 12].

La burgesia dels segles XVII i XVIII basava el seu model de producció, el capitalisme, en la indústria. Aquesta indústria, que es concentrava en els entorns urbans, requeria mà d’obra com a força de producció, però també com a consumidors. La industrialització implicava metodologia, processos i aptituds. Perquè les indústries funcionessin,

era necessari que els treballadors adquirissin un mínim de coneixements i habilitats que calia mantenir.

Per als dirigents de l'època, era clar que la riquesa de l'estat estava condicionada per la demografia, la qual condicionava, al seu torn, la mà d'obra i la producció. La grandària i la qualitat de la població eren essencials per al bon funcionament de l'economia. I el poble havia d'estar sa per poder complir. Des d'aquesta visió, la malaltia era nociva per a la nació, fins al punt de plantejar que els malalts eren pitjor que els morts, ja que es convertien en una pesada càrrega pública i/o privada. I no tan sols era fonamental el fet que l'obrer pogués produir, sinó també que pogués consumir.

D'aquí que la importància que va adquirir la medicina estigui basada en raons bàsicament econòmiques [13]. Es tracta de mantenir en bones condicions la força de treball i potenciar l'increment demogràfic. La reserva de mà d'obra ha d'estar en bones condicions. Neix la tecnologia de la població: demografia, estadística i també la higiene i allò que es va denominar *policia sanitària*, i que avui coneixem com a *protecció de la salut*. Tot, orientat a l'objectiu d'una mà d'obra sana, productiva i amb capacitat de consum [14, 15 i 16].

Però no tan sols això. També cal que els treballadors acceptin el vigent ordre de les coses. Aquesta és una altra de les funcions del sistema sanitari, a més de la de curació—prevenció i la de generació econòmica: la de control social.

Conrad [4] va identificar tres tipus d'institucions de control social, és a dir, que fossin capaces d'amortir els principals problemes i conflictes socials que l'actual sistema social pogués generar: l'Església, la Justícia i la Medicina. L'Església estableix normes de conducta social. La Justícia penalitza les desviacions i arbitra els conflictes d'interessos. La Medicina, com ja hem esmentat anteriorment, estableix el que és normal i el que és anormal, i, per a allò que defineix com a *anormal*, hi busca i hi troba unes bases biològiques (*capítol 1*). Si un conflicte és atribuïble a la biologia, no hi ha lloc per a la imputació social del conflicte. No hi ha conflicte social. Hi ha *malaltia*. I la malaltia suposa un enfocament individual i no social i, per tant, una pacificació social, un control del problema.

Una de les conseqüències de l'actual model mèdic hegemònic, complementàriament al que fins ara hem esmentat, és la medicalització.

La medicalització ha estat definida com el procés mitjançant el qual temes àmpliament considerats fins al moment com a socials són redefinits com a problemes mèdics, la qual cosa implica una ampliació del camp jurisdiccional de la medicina. En el mateix sentit, la medicalització ha estat descrita com el procés pel qual problemes i condicions humans són definits i tractats com a condicions i problemes mèdics i, consegüentment, recauen sota l'autoritat dels metges i altres professionals sanitaris per estudiar-los, prevenir-los o tractar-los. Un dels autors més crítics respecte de la medicalització, Irving

Zola, parla de medicalització com “el procés mitjançant el qual més i més aspectes de la vida diària recauen sota el domini mèdic, la seva influència i la seva supervisió” [17]. Un altre dels grans crítics, Conrad, es va referir a la medicalització com el fet de “definir conductes com a problemes mèdics o malalties, encarregant a la professió mèdica o autoritzant-la per proveir algun tipus de tractament sobre aquest tema” [18].

Però, ¿a què obeeix aquest sentiment d’expansió de domini que suposa la medicalització?

Dos tipus de motivacions: unes político-econòmico-socials i unes altres de caràcter corporatiu.

Com ja hem esmentat anteriorment, el sistema sanitari pot ser considerat com una institució de control social.

Els mecanismes de manteniment de l’hegemonia ideològica han aconseguit atribuir a la biomedicina l’autoria dels avanços en matèria de salut i lluita contra la malaltia, de tal forma que són els mateixos treballadors els que reclamen més medicina i no plantegen reivindicacions socials. Aquesta és una de les funcions del sistema sanitari basat en el model mèdic hegemònic: el fet de ser interpretat com un sistema corrector dels dèficits, riscos i desigualtats inherents al sistema capitalista i actuar com a internalitzador de les situacions potencialment conflictives de caràcter econòmic i social, és a dir, el fet de desenvolupar un rol de pacificació social [19]. La medicalització és un recurs efectiu i eficient per al manteniment de l’hegemonia de classe en un context definit com a *revolució passiva* [20], entesa com l’acció de les classes dominants mitjançant la qual aquesta modifica lentament les relacions de força per neutralitzar els seus adversaris, incorporant bona part de les seves reivindicacions, en el nostre cas, més salut, que podrien esdevenir revolucionàries, neutralitzant-les i transformant-les en actius propis. Un exemple d’aquesta “revolució passiva” ha pres cos en els nostres temps sota la imatge del denominat Estat del benestar.

Per tant, al sistema capitalista li convé una expansió del model mèdic hegemònic. Tot allò que pugui ser gestionat com una patologia, com un fenomen biològic, no pot ser atribuït a una injustícia o una desigualtat de base econòmica i social.

El segon paquet de motivacions de la medicalització són de caràcter corporatiu.

El sistema sanitari, i més concretament, l’estament mèdic, té la capacitat, a més d’autoregular-se, de produir-se i reproduir-se [21].

Per tal de mantenir el seu estatus, el model mèdic hegemònic busca no ser qüestionat en les seves decisions i accions i, per això, s’escuda en el baluard de la ciència. El model mèdic hegemònic és científic. Es pretén, cada vegada més, basar-se en l’evidència. D’acord amb el seu científisme, es considera neutral. Mitjançant l’exercici de les seves prerrogatives derivades del paradigma professional en el qual es mou, té el control de la presa de les decisions en el terreny de la salut i la malaltia, o, el que és el mateix, en el camp de la definició de la *normalitat* i de la *anormalitat*.

El seu progrés i el del seu estatus està en la constant ampliació del seu camp d'influència, la qual cosa sintonitza perfectament amb els anteriorment esmentats interessos político-socials i econòmics. Al sistema capitalista li convé aquesta expansió, ja que, a més del seu efecte dinamitzador econòmic, incrementa les seves potencialitats com a mecanisme de control social.

En el mateix sentit corporatiu, el funcionament del sistema sanitari sobre la base del model mèdic hegemònic comporta una notable càrrega d'interessos econòmics tant directes per a la corporació mèdica, com indirectes.

La medicalització, amb la seva expansió constant, implica més i majors possibilitats d'ingressos i de capacitat d'influència per als metges. Es tracta de la pròpia sustentació dels metges i del conjunt dels professionals sanitaris. D'altra banda, i també com a conseqüència del procés de medicalització, l'expansió de la indústria farmacèutica i paramèdica comporta enormes interessos financers. Un altre enfocament sanitari diferent de l'actual model amb seguretat no originaria tants ingressos per a aquestes indústries. És per això que un dels principals suports del model mèdic hegemònic és la indústria farmacèutica i paramèdica.

Aquesta medicalització progressiva de la societat comporta efectes que no sempre són positius ni per a la salut de les persones ni per a la salut de la societat.

El sociòleg Ivan Illich, en la seva obra *Nemesis Medica* [22], afirma: "La medicina institucionalitzada ha arribat a ser una greu amenaça per a la salut. L'impacte del control professional sobre la medicina, que inhabilita la gent, ha aconseguit les proporcions d'una epidèmia. Iatrogènia, el nom d'aquesta nova plaga..."

Des d'un estil més periodístic que científic, Illich ens posa en alerta sobre els efectes de l'excessiva medicalització de la nostra societat. Defineix el concepte de *iatrogènia* com el conjunt d'efectes indesitjables produïts sobre els individus i la societat per les actuacions mèdiques i sanitàries, que, d'una altra forma, no arribarien a produir-se si el sistema sanitari no actués com ho fa actualment. Ens parla de tres tipus de iatrogènia: la iatrogènia clínica (la més coneguda), la social i la cultural.

La *iatrogènia clínica* és un concepte amplament acceptat. És més, aquesta mateixa iatrogènia clínica ha donat lloc a una nova àrea de medicalització: la de la denominada *prevenció quaternària*, és a dir, aquella que actua per intentar prevenir els efectes nocius de la pràctica mèdica convencional. La iatrogènia clínica és la referida als efectes adversos de caràcter biològic produïts per les accions sanitàries i, especialment, mèdiques sobre els individus.

Algunes dades sobre aquest tema: anualment es produeixen als EUA d'Amèrica entre 44.000 i 90.000 morts atribuïbles directament a efectes adversos de les actuacions sanitàries, és a dir, a iatrogènia clínica. En el nostre país en concret, es calcula que entre el 4% i el 17% de les altes hospitalàries presenten durant la seva estada clínica

*algun tipus de iatrogènia. El 25% d'aquestes *serien de caràcter greu i el 50% evitables. El 70% són conseqüència de fallades tècniques, decisions errònies o actuacions inadequades. De mitjana, el 3,6% de les altes hospitalàries ginecològiques han presentat algun tipus d'efecte advers. Igualment en presenten el 5,2% de les altes mèdiques i entre l'11,7% i el 21,5% de les altes quirúrgiques. Entre el 10% i el 15% de la cirurgia que es practica habitualment seria evitable en segona opinió. El 8% dels pacients ingressats en un hospital s'infecten i, d'aquests, el 2% morirà per causa de la infecció adquirida, que no té res a veure amb les causes que van portar el pacient al seu ingrés. El 12,5% del total d'ingressos poden considerar-se inadequats, és a dir, no necessaris i el 38% de les estades hospitalàries, és a dir, de dies d'ingrés hospitalari són innecessàries [23].

Un altre tipus d'efectes adversos de la medicalització són els de la *Iatrogènia Social*. Aquest terme designa aquelles situacions en què “la medicina soccava la salut no només per agressió directa contra els individus, sinó també per l'impacte de la seva organització social sobre l'ambient total” [22]. Podem parlar de iatrogènia social quan el sistema sanitari genera dependència inhabilitant per a l'individu; crea noves necessitats; disminueix la tolerància al malestar o al dolor; converteix el sistema sanitari en un article de consum més; quan medicalitza i hospitalitza àmbits de la nostra vida convertint-los en “malaltia”; incrementa el consum farmacèutic de forma inadequada; converteix el risc i la seva prevenció en àmbits de la medicina... En resum, quan la medicina suposa la pèrdua de control de l'individu sobre la seva salut, fent imprescindible la intervenció del professional mèdic, convertint-lo en consumidor i, fins i tot, dictant polítiques i estratègies (impacte de la medicalització sobre els pressupostos públics).

El tercer tipus de iatrogènia és la *Iatrogènia Cultural*. Es tracta de l'efecte que el sistema sanitari provoca en la societat en minar “la capacitat dels individus per enfrontar-se a la seva realitat, per expressar els seus propis valors i per acceptar coses inevitables i sovint irremeiables com el dolor i la invalidesa, l'envelliment i la mort” [22]. Considerem inacceptable el dolor i el sofriment. Amaguem, no admetem com un fet natural, la mort. I, per això, utilitzem la medicina i el sistema sanitari per intentar negar-la com a tal.

3.1.1.5 ALTRES PROFESSIONS SANITÀRIES

L'eix dels sistemes sanitaris basats en el model mèdic hegemònic és el metge. La resta de personal sanitari, en major o menor grau, es mouen en el seu entorn i d'acord amb les seves decisions.

L'OMS defineix com a *personal sanitari* tota persona que realitza tasques que tenen com a principal finalitat promoure la salut [24 i 25]. Dins d'aquesta molt àmplia “massa” definició, també hi cabrien, per exemple, els familiars que atenen malalts, etc. Aquesta és una definició gens operativa.

La legislació espanyola [26] respecte a això és molt més concreta i, en parlar de *personal sanitari*, es concreta en *personal sanitari titulat*: “Son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable”. Parlem, doncs, de farmacèutics, veterinaris i odontòlegs, entre els llicenciats universitaris, de diplomats en Infermeria, en Fisioteràpia, en Teràpia Ocupacional, en Podologia, en Òptica i Optometria, en Logopèdia i en Nutrició Humana i Dietètica.

Seguint el text de la mateixa legislació [26], els *farmacèutics* tenen definides les seves funcions com “les activitats dirigides a la producció, conservació i dispensació dels medicaments, així com la col·laboració en els processos analítics, farmacoterapèutics i de vigilància de la salut pública”. Per tant, la seva actuació depèn del diagnòstic i la prescripció farmacològica realitzada per un metge.

El paper dels *veterinaris* queda més enquadrat en el terreny de la protecció de la salut i de la salut pública en general, en encarregar-los les tasques relacionades amb “el control de la higiene i de la tecnologia en la producció i elaboració d'aliments d'origen animal, així com la prevenció i lluita contra les malalties animals, particularment les zoonosis, i el desenvolupament de les tècniques necessàries per evitar els riscos que en l'home poden produir la vida animal i les seves malalties”.

Menció especial mereix la *infermeria*. Segons l'esmentada llei de professions sanitàries [26], “correspon als diplomats universitaris en Infermeria la direcció, avaluació i prestació de les cures d'infermeria orientades a la promoció, manteniment i recuperació de la salut, així com a la prevenció de malalties i discapacitats”.

La infermeria com a disciplina té un origen relativament recent. Cal parlar de la impulsió de Florence Nightingale, missionera seglar britànica, que va posar les bases de la infermeria actual en reivindicar-la com una professió pròpia, clarament diferenciada de les tasques domèstiques, amb base científica i formació acadèmica. El 1859 va definir la infermeria com “la infermeria té la responsabilitat de tenir cura de la salut de les persones... i ha de procurar que les persones es recuperin de la millor forma possible, perquè la natura pugui actuar sobre elles”. Nightingale va representar una veritable ruptura amb tot el que anteriorment era conegut com a infermeria. Ara bé, tot i reivindicar un perfil professional propi, no el va deslligar de la figura central del metge i el va concebre en un paradigma femení limitat a les visions del segle XIX, establint paral·lismes entre el rol més clàssic de la dona com a mare, esposa i servidora domèstica, referint-se a la figura de la infermera (sempre dona) com a “esposa del metge en la seva funció d'ajudant, mare dels pacients en la seva cura i de servidora domèstica de les institucions de salut”.

Un segle després, a meitat del segle xx, una infermera nord-americana, Virgínia Henderson, reformula el paper de la infermeria centrant la seva activitat en l'assistència als pacients en les activitats essencials per a la mort en pau i, en aquesta línia, defineix i diferencia una sèrie de funcions *pròpies*, és a dir, exclusives de la infermeria, relacionades amb la cura del malalt, i un conjunt de funcions *delegades*, és a dir, realitzades sota la indicació del metge. Per tant, tot i establir un perfil propi i considerar-se en una posició de mitjancera entre el metge i el pacient, la figura de la infermera no es deslliga totalment de la subordinació al metge.

L'actual perfil de la infermeria catalana [27] difereix notablement del perfil mèdic anteriorment descrit: és un col·lectiu altament feminitzat (87%), amb una edat mitjana de 37-38 anys. No sol existir una tradició familiar lligada a la infermeria i, quant als seus ingressos (2004), el 60% estava entre els 1.200 € i els 1.800 €, i el 28% per sota dels 1.200 €. La seva extracció social pertany a classes mitjanes i baixes: el 42% refereixen uns ingressos més alts que els seus pares i el 38%, similars. El 64% considera que les seves expectatives econòmiques en iniciar la professió han estat assolides o superades en el 64%.

El resum, per tant, és que la resta de les professions sanitàries estan, de fet, directament o indirectament, subordinades al metge i al model mèdic hegemònic.

3.1.2 La comunitat

Segons la Declaració d'Alma Ata, la comunitat es defineix com "l'agregat d'individus que tenen interessos i aspiracions comuns, incloent-hi la salut, i que conviuen en un mateix territori" [28]. En tot cas, es parla de col·lectiu d'individus que tenen coses, interessos en comú i en són conscients, i que comparteixen un mateix territori.

Des del punt de vista dels actors del sistema sanitari, com ja hem esmentat, la comunitat representa la *demanda*. És aquell conjunt de persones que, al no tenir els coneixements necessaris, es veuen obligats a recórrer als professionals sanitaris per tal que aquests, a canvi de recursos financers que els arribaran per una o altra via, els ofereixin els coneixements i habilitats per poder resoldre els seus problemes presumptament relacionats amb la salut i/o la malaltia, sota una forma de relació d'agència, anteriorment ja descrita.

Mentre que, com hem vist, els professionals sanitaris i, molt especialment, els metges, són un col·lectiu força homogeni i poderós (poder derivat essencialment dels seus coneixements), la comunitat és diversa, amb interessos subjectivament diferents, poc cohesionada i, consegüentment, relativament feble enfront dels altres actors. Territori, demografia, morbiditat i mortalitat, nivell d'ingressos, nivell educatiu, factors culturals (llengua, religió, factors derivats d'elements ètnics...), etc., faran que els seus interessos subjectius presentin entre ells diferències prou importants. D'altra banda, cal recordar

que és justament damunt la comunitat que s'exerceixen els mecanismes d'alienació derivats del que s'ha denominat *revolució passiva* [29], que fan que els interessos objectius de la comunitat i, molt especialment, els de les seves classes populars quedin emboirats per la ideologia de classe dominant [30].

No tan sols hi ha diferències en els interessos dels diversos grups i capes de la comunitat, sinó que, fins i tot, dins d'una mateixa comunitat i d'un mateix col·lectiu, les percepcions i els interessos varien entre els individus teòricament sans i els etiquetats com a malalts i, entre aquests, entre els ambulatoris i els hospitalitzats [3].

Anteriorment, ja hem comentat el caràcter social, i no tan sols biològic, de la malaltia. Recordem els enfocaments de Parsons, entre uns altres, en considerar la malaltia com una desviació social i, fins i tot, com un perill per al funcionament o de la societat [32]. També hem esmentat la pràctica mèdica com l'instrument dirigit a controlar aquestes desviacions.

En aquesta línia, cal observar la distinció que fa l'idioma anglès entre els conceptes de *disease*, la malaltia física o biològica pròpiament dita, *sickness*, com veu la societat el malalt i la seva malaltia, i *illness*, o la pròpia percepció de la malaltia [33 i 34]. Aquestes visions o valoracions del propi individu i de la societat pel que fa a la malaltia són essencials per comprendre el paper del sistema sanitari com a sistema de poder. Cal recordar, un cop més, la frase de Freison: "Quan un veterinari diagnostica una malaltia a una vaca, aquesta no modifica la seva conducta. Quan un metge ho fa a una persona, aquesta sí que modifica la seva conducta" [3]. Etiquetar una persona de "malalt" implica tota una sèrie de canvis que van molt més enllà que els canvis biològics que la malaltia pugui objectivitzar.

Com a conseqüència de la seva desviació, la societat espera que el malalt l'accepti i posi tots els mitjans per corregir-la. És per això que s'espera que el malalt adopti una conducta, un rol determinat, descrit per Parsons, encara que discutit per altres autors.

Parsons [32] defensa que, una vegada etiquetat l'individu com a malalt i, per tant, com a desviat:

1. No manté responsabilitats pel que fa al seu rol social normal anterior.
2. Es considera que el malalt no és responsable de la seva condició actual.
3. Malalt i societat accepten que el rol de malalt no és desitjable i, per tant, el malalt té l'obligació de fer tot el possible per guarir-se tan aviat com sigui possible. Ha d'abandonar la seva condició de desviat, pel seu bé i pel de la societat.
4. Conseqüentment, té l'obligació de buscar ajuda competent, professional, per solucionar el seu problema.
5. Té dret a ajuda mèdica.

La asimetria d'informació i coneixement entre el professional i el pacient facilita la manipulació de la incertesa i del temor per part del primer. Aquesta incertesa, generada

pel desconeixement respecte de la malaltia, unit, generalment, a la manca d'informació facilitada al pacient i, especialment, al mitjà hospitalari, a la disciplina i control propis d'aquest entorn, origina una sèrie de conseqüències sobre el pacient.

Aquest viurà l'experiència de la novetat de la situació del seu internament. Els esdeveniments són impredecibles, la qual cosa comporta incertesa. L'ambigüitat és un altre dels elements constants. Mai no hi ha respostes clares i taxatives a preguntes que, d'altra banda, el pacient no s'atreveix a formular o no formula amb suficient claredat. Els factors temporals es modifiquen totalment en l'hospitalització; la visita mèdica, juntament amb l'hora de la condícia, l'hora de les visites, i els menjars que, d'altra banda, se solen repartir en horaris totalment diferents dels habituals, són els fets que marquen la jornada del malalt hospitalitzat. La programació dels esdeveniments és estressant amb relació al cicle vital [35].

Les conseqüències d'aquest context es tradueixen en un estranyament per la inserció en un mitjà desconegut amb pautes culturals habituals diferents de les del seu rol habitual. En nom de la necessària disciplina, s'exigeix l'adaptació al nou context. El pacient perd la intimitat i, amb relativa freqüència, se sent humiliat per aquesta situació. També perd el control sobre les activitats quotidianes, que són programades tenint en compte les necessitats dels professionals. Es perd la independència. S'interromp bruscament el desenvolupament dels rols habituals. El malalt hospitalitzat és separat del seu marc social habitual i, especialment en hospitalitzacions perllongades, es produeix una pèrdua de suport social, generalment, parcial. En conjunt, es devalua la persona per alteració de les relacions interpersonals. Es despersonalitza l'individu. Se'l converteix en "pacient" [35].

L'hospitalització és, com a conseqüència de tot l'esmentat anteriorment, un fenomen estressant. En una experiència realitzada per nosaltres sobre estudiants de medicina voluntaris, als quals es va sotmetre a un ingrés hospitalari de 24 hores, els tests psicotècnics van objectivar un notable malestar psicològic i un relativament alt nivell d'ansietat. Els voluntaris no presentaven cap malaltia diagnosticada, per la qual cosa el seu temor pel que fa a la seva salut no hauria d'haver estat un factor a considerar. Podem atribuir les seves vivències al sol fet del seu etiquetatge com a malalts i al fet de l'impacte de les seves vivències de 24 hores com a malalts simulats. Tots van referir, en entrevistes semiestructurades posteriors a l'ingrés, les seves sensacions de submissió, pèrdua d'autonomia i limitació de moviments, una notable sensació de dependència. Van destacar com especialment negativa la limitació de la privadesa que suposava l'ingrés en habitació compartida i la incertesa de les intromissions no previstes dels diversos professionals (netejadors, presa de constants, visita mèdica...). Van percebre una important sensació de menyspreu i de fredor en el tracte, així com una sensació de ser observats constantment. La malaltia no és l'únic ni, potser, el principal condicionant

de la despersonalització i la manipulació a què se sent sotmès el malalt hospitalitzat, sinó que aquesta deriva del seu rol de pacient [36]. Les percepcions i les actituds dels membres de la comunitat estan, doncs, fortament matisades pel fet de si estan sans o han estat catalogats com a malalts i quin és el tipus d'atenció que reben.

Si, a més d'aquests factors, l'individu és un immigrant procedent d'altres cultures, el problema encara es complica més. Factors com el tipus de treballs que es veuen obligats a acceptar o la carència d'aquest treball; el fet de no disposar de documentació necessària que possibiliti la seva residència legal o l'accés al treball legal; la por de la deportació; l'habitatge; el desconeixement de l'idioma i els costums locals; les diferències culturals i religioses, que es poden traduir en diferents relacions de gènere, de jerarquia i d'autoritat; i tota una sèrie de factors culturals com la comprensió de l'organització del sistema sanitari; els circuits; els horaris; les llistes i temps d'espera; el concepte de prevenció i de malaltia... junt amb l'existència, menys freqüent del que es creu, de malalties exòtiques o importades, i de malalties reemergents, comporten dificultats afegides, tant des del punt de vista de la prestació de serveis sanitaris, com des de la garantia de prestació dels drets sanitaris de les persones. Per tant, en considerar l'actor com a *comunitat*, cal fer una consideració especial al factor *immigració*, que pot afectar enormement el bon funcionament del sistema.

També és important el coneixement dels mecanismes i fases de la pròpia percepció de la malaltia per part dels individus de la comunitat, l'*illness* que abans esmentàvem.

La persona, en experimentar quelcom, un malestar o una disfunció, que pot interpretar com un símptoma o un signe, tendirà, generalment, a buscar algun remei en l'automedicació o, en segons quines cultures, en la medicina popular. Si les seves percepcions es resolen, s'ha posat fi, almenys en primera instància, al problema. Si no és així, es pot donar o bé una situació d'acceptació de la possible existència d'una malaltia, o bé la negació d'aquesta malaltia. Si és així, si l'individu accepta la possibilitat d'estar malalt, passarà a una *segona fase* en la qual assumirà la pròpia malaltia, abandonarà els seus rols socials habituals per assumir el rol de malalt i començarà a buscar legitimacions del seu nou rol de malalt en l'entorn no professional, especialment, en la família, i continuarà amb l'automedicació o la medicina popular. En ser conscient de la no-resolució de la seva problemàtica, malgrat l'assumpció del nou rol i dels recursos de fora del sistema, contactarà amb l'assistència mèdica i, per tant, *ingressarà en el sistema sanitari*. Aquesta és la *tercera fase*. El sistema, a través del metge, iniciarà una sèrie de procediments diagnòstics que confirmaran o no el seu etiquetatge com a *malalt*, i el proveiran d'un diagnòstic i una indicació de tractament, així com un pronòstic. Depenent d'aquest darrer i de les característiques personals i socials de l'individu, el "ara ja formalment" *pacient* acceptarà o no la seva situació i les indicacions realitzades des del sistema. Si accepta plenament la seva malaltia, el tractament proposat i el pronòstic, continuarà les indica-

cions del sistema. Aquesta és la fase *quarta*. Pot ser que l'acceptació sigui incompleta, és a dir, que reconegui que efectivament està malalt, però que no estigui totalment o parcialment d'acord amb la resta de factors (diagnòstic, pronòstic o tractament). En aquest cas, el pacient buscarà noves opinions dins el mateix sistema, anirà "de compres" fins a trobar respostes, correctes o incorrectes, que el satisfacin més. També pot passar que entri en una situació de no-acceptació, de negació de la seva situació, amb la qual cosa és possible que abandoni el sistema i busqui alternatives fora d'aquest (curanderisme, religió, supersticions...).

La *darrera* fase correspon a la resolució del problema. Aquesta resolució pot ser total, amb la qual cosa s'obté l'alta del sistema, s'acaba el rol de malalt i es recuperen, si és el cas, els rols socials anteriors. La mort, com a conseqüència de la malaltia, és una forma de resolució total. Però la resolució pot ser incompleta: entrem en la *cronicitat*, que sol desenvolupar-se en el si del sistema sanitari, amb excursions ocasionals fora del model mèdic hegemònic del sistema (medicines alternatives, etc.) [37].

3.1.3 L'Administració¹

Quan les necessitats de la comunitat arriben a assolir un cert nivell de complexitat que, fins i tot, pot requerir una especialització, cal que algú es faci càrrec específicament d'aquestes tasques. Neix la necessitat de l'estat. Aquestes necessitats s'evidencien a partir del neolític, quan les comunitats humanes esdevenen sedentàries i comencen a practicar l'agricultura i la ramaderia. Fins aquell moment, els grups humans requereixen un cert lideratge, però hom no pot parlar d'estat o de govern en tant que no hi ha una estructura especialitzada respecte a això. En el neolític hi ha possessió d'un espai, d'uns terrenys i d'unes propietats. I també hi ha la generació de béns i de valor afegit, és a dir, de guanys derivats de la transformació d'unes matèries primeres en objectes o béns d'ús que, com a conseqüència de la transformació realitzada per l'individu productor, té un valor d'ús superior al de les matèries primeres utilitzades per elaborar-los. Hi ha generació de riquesa. I hi ha altra gent, del mateix grup o d'un altre, que volen apropiarse d'aquesta riquesa o d'aquests territoris. Cal establir un mecanisme per tal d'evitar o resoldre aquests conflictes reals o potencials, que estigui per damunt dels individus i que, per tant, exerceixi un poder sobre ells, encara que sigui pel bé comú. Sorgeix el govern.

Bertrand Russell ens diu: "Els governs, des que van començar a existir, van exercir dues funcions, una negativa i una altra positiva. La funció negativa ha consistit a evitar la violència exercida per particulars, protegir la vida i la propietat, establir les lleis penals i posar-les en vigor. Però, a més d'això, han tingut un fi positiu, el de facilitar la realització de les aspiracions que s'estimen comunes a la gran majoria dels ciutadans".

¹ En aquest apartat, en parlar de l'Administració, ens estem referint tant a l'Estat, com al Govern, les comunitats autònomes o els ens locals, tret que ho explicitem específicament.

En aquest mateix sentit, les finalitats primordials dels governs són tres: la seguretat, la justícia i la conservació [38]. Així, doncs, es tracta d'una funció tècnica i administrativa.

Ara bé. La interpretació de la naturalesa de l'estat té una funció complementària des d'una lectura marxista. Quan la societat està composta de classes socials diverses, amb interessos no tan sols no coincidents, sinó contraposats, com és el cas de la societat capitalista, la funció de l'estat, a més de la tècnica i administrativa, és també la de garantir la reproducció del mateix sistema de producció, és a dir, que el poder no canviï de mans des d'un punt de vista social ni econòmic. En aquest sentit, Karl Marx qualifica l'estat com "el consell d'administració dels negocis dels burgesos", i Gramsci el descriu com "un conjunt d'organismes que disciplina, unifica i concentra la potència de classe" [39].

En tot cas, l'estat es configura, en un sistema democràtic, sota la forma de tres poders: el Legislatiu, el Judicial, i l'Executiu.

El Poder Legislatiu és l'encarregat de fer lleis, és a dir, normes d'obligat compliment pel conjunt de la població. En el nostre cas, el Poder Legislatiu rau en el Parlament i /o les Corts.

El Poder Judicial té la funció de decidir, enfront de determinats quefers, si s'han realitzat d'acord o en contra de les lleis establertes pel poder legislatiu i, en conseqüència, dictaminar innocències o culpabilitats i sancions, si és el cas. El Poder Judicial rau en els tribunals.

Per últim, el Poder Executiu rau en el Govern, el qual fa complir les decisions dels tribunals i exerceix la gestió de les necessitats de la comunitat, d'acord amb les normes emanades del Poder Legislatiu.

En els estats democràtics, els òrgans del Poder Legislatiu i del Poder Executiu són escollits per la comunitat i la representen i prenen decisions en el seu nom (democràcies representatives). El Poder Judicial és independent de la resta de poders per tal de garantir la seva neutralitat en les seves decisions, ja que part de la seva funció està en la resolució de conflictes entre el Poder Executiu (el Govern) i els particulars, o entre els mateixos particulars.

L'Administració, l'Estat, és el tercer actor principal del sistema sanitari. Mentre que, en termes de mercat, la comunitat representa la demanda i els professionals, l'oferenta, l'Administració representa l'arbitratge, la intermediació entre els dos anteriors per tal d'evitar conflictivitat i/o respondre a necessitats determinades.

Dels tres actors principals del sistema sanitari, en realitat, ¿qui té el poder? Qui mana de veritat en el sistema sanitari?

No és aquest el lloc per discutir-ho, però sí que, a tall de resum, volem presentar els resultats d'una enquesta plantejada ja fa alguns anys, però que "creiem" continua tenint una plena vigència [40] (*figura 3.2*). Els resultats s'expressen amb creus: una creu significa un poder escàs, tres creus signifiquen un poder molt alt. Per últim, està

presentada una aproximació quantitativa al valor de cada un dels ítems plantejats. En resum, i basant-nos en aquesta enquesta, són els metges els que ostenten el màxim de poder en els sistemes sanitaris, per damunt dels gestors, els polítics i molt per damunt dels ciutadans i els usuaris del sistema.

Figura 3.2. Agents i fonts de poder en el sistema sanitari. Basat en Elola, 1994

	Polítics	Gestors	Metges	Ind.Farma.	Ciutadans	Usuaris
Recursos	++	++	++	+	+	+
Tècniques	+	+/++	+++	++	+	+
Coneixement	+	+/++	+++	++	+	+
Prerrogatives	++	++	++	+	+	+
Influència	++	++/+++	+++	++	++	++
PODER	9,5	9,5	13	8	6	6

Bibliografia capítol 3

1. WEBER, M. *Conceptos sociológicos fundamentales*. Madrid: Alianza Editorial, 2006.
2. CLEAVES, P. S. *Las profesiones y el Estado: El caso de México*. México: El Colegio de México, 1985.
3. FREIDSON, E. *La profesión médica*. Barcelona: Ediciones Península, 1977.
4. CONRAD, P. i SCHNEIDER, J. W. *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness* (2nd ed.). Philadelphia: Temple University Press, 1992.
5. MINZBERG, H. *El poder en la organización*. Barcelona: Ariel Economía, 1992.
6. RODRÍGUEZ, J. A. i BOSCH, J. L. *Els metges de Barcelona a l'inici del nou mil·lenni*. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 2004.
7. WEBER, M. *Sociología del poder. Los tipos de dominación*. Madrid: Alianza Editorial, Sociología, 2007.
8. GUIX, J.; BALANÀ, L.; CARBONELL, J. M.; SIMÓN, R.; SURROCA, R. i NUALART, L. "Cumplimiento y percepción del consentimiento informado en un sector sanitario de Catalunya", dins *Rev. Esp. Salud Pública*, 1999, 73, 6: 669-675.
9. BEAUCHAMP, T. i CHILDRESS, J. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson, 1999.
10. ALTHUSER, L. *On Ideology*. London: Verso, 2008. També disponible a: <http://www.infoamerica.org/documentos_pdf/althusser1.pdf>. Visualitzat l'1.02.2009>.
11. MENÉNDEZ, E. "El modelo médico y la salud de los trabajadores" dins *Salud Colectiva*, 1 (1), 9-32, 2005.

12. MENÉNDEZ, E. L. "Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria". Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988, 30 de abril al 7 de mayo, Buenos Aires, 1988, pàg. 451-464. Disponible a: <<http://hvn21.netfirms.com/indice/servicios/biblio/Salud%20Publica/Salud%20P%20FAblica%20II/Men%E9ndez%20-%20Modelo%20M%E9dico%20Hegem%20F3nico%20y%20APS.pdf>>. Consultat el 25.07.2011.
13. FOUCAULT, M. *Saber y Verdad*, Colección "Genealogía del poder". Madrid: Ediciones La Piqueta, 1979.
14. FOUCAULT, M. *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Madrid: Ediciones La Piqueta, Endymon, 1990.
15. ROSEN, G. *De la policía médica a la medicina social*. México: Siglo XXI, 1985.
16. ROSEN, G. "La política económica y social en el desarrollo de la salud pública. Intento de interpretación (1953)", dins *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Selección de Erna Lesky. Colección textos clásicos españoles de la salud pública. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.
17. ZOLA, I. K. *Socio-Medical Inquiries*. Philadelphia: Temple Univ. Press, 1983.
18. CONRAD, P. "Medicalization and social control", dins *Annu. Rev. Sociol.* 1992, 18: 209-32.
19. KOUMJIAN, K. "The use of Valium as a form of social control", dins *Social Science & Medicine. Part E: Medical Psychology*. Volume 15, Issue 3. August 1981, pages 245-249.
20. GRAMSCI, A. *Cuadernos de la cárcel*. México: Era, 2000.
21. LUHMANN, N. *Sistemas sociales*. Barcelona: Anthropos, 1998.
22. ILLICH, I. *Némesis Médica*. México: Editorial Joaquín Mortiz, S.A., 1978.
23. ARANAZ, J. M.; AIBAR, C.; GALÁN, A.; LIMÓN, R.; REQUENA, J.; ÁLVAREZ, E. i GEA, M. T. "La asistencia sanitaria como factor de riesgo. Los efectos adversos ligados a la práctica clínica". Informe SESPAS 2006. *Gaceta Sanitaria* 2006, 20 (supl. 1): 41-47.
24. World Health Organization. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes – WHO's framework for action*. Geneva: WHO; 2007. Disponible a: <http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf>. Consultat el 19.07.2011.
25. DAL POZ, M. R.; GUPTA, N.; QUAIN, E. i SOUCAT, A. *Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos*. Ginebra: OMS, 2009.
26. LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Sábado 22 noviembre 2003, BOE, núm. 2.

27. RODRÍGUEZ, J. A. i BOSCH, J. L. *Infermeres avui: Com som i com voldríem ser. Conclusions de l'estudi sociològic 2004*. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, 2005.
28. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Declaración de Alma Ata*. 1978. Disponible a: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm>. Consultat el 23.08.2011.
29. GRAMSCI, A. *La conquista de l'Estat*. *L'Ordine Nuovo*, 12/VII/1919.
30. ENGELS, F. *Ludwig Feuerbach y el fin de la filosofía clásica alemana*. Madrid: Ricardo Aguilera Editores, 1969.
31. BENACH, J. i ALONSO, J. "El plan de salud de Oregón para el acceso a los servicios sanitarios: contexto, elaboración y características". *Gac. Sanit.* 1995, 9: 117-25.
32. PARSONS, T. *Essays in Sociological Theory*. Glencoe. *The Free Press*. 1978.
33. YOUNG, A. "The anthropologies of illness and sickness" dins *Annual Review of Anthropology*, 1982.
34. GUIX, J. "Drogodependencia y rol del enfermo". *Salud 2000*. 2009, 122: 9-12.
35. RODRÍGUEZ MARÍN, J. i ZURRIAGA LLORENS, R. *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Serie Monografías, 1997.
36. PRATS, E.; ROMERA, J.; PRATS, G.; SURROCA, R.; SIMÓN, R.; CAVALLÉ, C. i GUIX, J. "Efectos de la hospitalización, en situación simulada, en estudiantes de medicina", dins *Educación Médica*, 1999, 2, 3: 138-139.
37. COCKERHAM, W. *Sociología de la Medicina*. Madrid: Pearson Educación, 2002.
38. RUSSELL, B. *Autoridad e individuo*. México: Breviarios del Fondo de Cultura Económica, 2005.
39. MARX, K. i ENGELS, F. *El Manifiesto Comunista*. Madrid: Editorial Ayuso, 1976.
40. ELOLA, J. *Sistema Nacional de Salud: Evaluación de su eficiencia y sus alternativas de reforma*. Barcelona: SG Editores, 1994.

4. Salut, govern, governança i participació

Una de les principals qüestions a plantejar és “de qui és responsabilitat la salut?”. Hi ha corrents que han apostat pel caràcter individual d’aquesta responsabilitat, defensant que cadascú acaba tenint el nivell de salut que s’ha creat, basant-se en aspectes com el caràcter prevenible de moltes malalties, depenent dels bons o mals hàbits individuals.

D’altra banda, amb l’eclosió dels corrents basats en la rellevància dels determinants socials de la salut, altres visions pensen que la responsabilitat de la salut i la malaltia no pot ser considerada com a individual, sinó com a social i que, per tant, l’estat i el govern, en tant que representants i administradors de la societat, hi tenen un gran paper a jugar.

En aquesta secció, pretenem revisar el caràcter social o privat de les responsabilitats en el camp de la salut de la població, i sota quins principis es configuren aquestes responsabilitats.

4.1 La salut com a responsabilitat de govern

“Tota persona té dret a un nivell de vida adequat que li asseguri, així com a la seva família, la salut i el benestar i, en especial, l’alimentació, el vestit, l’habitatge, l’assistència mèdica i els serveis socials necessaris”. Aquest és el primer paràgraf de l’article 25 de la *Declaració dels Drets Humans* [1].

El dret a la salut no és una responsabilitat privada, sinó un dels *drets bàsics* de l’ésser humà garantits per la comunitat de les nacions.

Aquest dret ha estat reconegut, confirmat i reforçat per una munió de convenis i declaracions internacionals; l’*Acta Constitucional* de l’OMS diu que “el gaudi del grau màxim de salut que es pugui aconseguir és un dels drets fonamentals de tot ésser humà sense distinció de raça, religió, ideologia política o condició econòmica o social” [2]. La mateixa OMS considera que el dret a la salut obliga els estats a generar i garantir la disponibilitat de serveis sanitaris, condicions de treball saludables i segures, habitatge

adequat i aliments nutritius [3]. També el *Pacte Internacional de Drets Econòmics, Socials i Culturals* del 1966; o la *Carta Social Europea* del 1961 i, posteriorment, múltiples declaracions han insistit en la responsabilitat dels estats i, per tant, dels seus governs, en la salut de la seva població, com la *Declaració d'Alma Ata* [4], la d'Ottawa [5] o la de Yakarta [6] totes de l'OMS.

La interpretació operativa d'aquestes garanties, segons el Comitè de Drets Econòmics, Socials i Culturals de les Nacions Unides, considera que el dret a la salut no comporta tan sols l'assistència sanitària, sinó el manteniment dels principals determinants de salut, com l'accés a l'aigua potable; el subministrament suficient d'aliments sans; una nutrició adequada; l'habitatge; condicions sanes en el treball; un medi ambient i un entorn saludables; i l'accés a l'educació i la informació suficient i entenable sobre pràctiques sexuals i reproductives [3], i que el dret a la salut abasta quatre elements essencials: disponibilitat, accessibilitat, acceptabilitat i qualitat.

Cal *disposar* d'un nombre suficient d'equipaments i serveis sanitaris. Aquests serveis han de ser *accessibles* a tota la població, sense limitacions de cap mena, ni física, ni econòmica, ni discriminativa, ni d'informació. Els serveis i les corresponents condicions d'accés i prestació han d'estar d'acord amb els principis ètics, morals i culturals de la població, és a dir, han de ser *acceptables*. Per últim, els serveis prestats han de ser de *qualitat* i, per tant, apropiats.

És clar que, com a dret humà que es tracta, el dret a la salut obliga els estats a *respectar, protegir i complir* i fer complir el necessari per tal que el dret a la salut sigui efectiu [3].

4.2 Govern, governabilitat i governança

Basant-nos en el que diuen les definicions de diccionari, podem trobar des que “un **govern** és un cos que té l'autoritat per a fer i el poder per a executar les lleis dintre d'un grup o organització civil, corporativa, religiosa o acadèmica” [7], fins que és “l'organisme en el qual resideix el poder executiu de l'Estat, format per ministres i dirigit per un president o un primer ministre” [8]. Recordem, però, (vegeu secció 3.1.3) que Karl Marx qualifica l'estat com “el consell d'administració dels negocis dels burgesos” [9], i Gramsci el descriu com “un conjunt d'organismes que disciplina, unifica i concentra la potència de classe” [10], i que ambdós consideren el govern com l'organisme executor de les polítiques d'aquest estat. En tot cas, és clar que el govern és l'eina executiva de l'estat i, per tant, té responsabilitats directes en el què i el com s'executen les polítiques.

Per a Russell [11], les *funcions essencials del govern* són: la seguretat, la justícia i la conservació. Amb altres paraules, una funció legal o normativa per regular l'activitat de la societat civil, però també política; una funció proveïdora i gestora (directa o in-

directa) de serveis a la comunitat; i una funció relacional, que inclou totes les activitats referides a la participació ciutadana en els acords i a la cooperació amb la societat civil i també amb altres administracions [12].

Seguint Pascual [12], hom pot distingir tres models de govern en democràcia: burocràtic, gerencial i de governança o relacional.

El model de *govern burocràtic* té per objectiu garantir el compliment de la llei i la igualtat legal d'oportunitats dels ciutadans amb la finalitat de contribuir a la regulació de les condicions per a l'estabilitat econòmica i social, el desenvolupament del lliure estat de dret i el mercat lliure. Els valors del govern burocràtic són respecte i subjecció a la llei, igualtat de tots els ciutadans davant la llei, autonomia de la societat civil per identificar l'interès general i racionalitat (adequació dels mitjans a les finalitats).

El *model gerencial de provisió i gestió de recursos públics* té com a objectius l'economia, l'eficàcia i l'eficiència en la provisió i gestió de serveis. La seva preocupació principal és la productivitat en la producció dels serveis i, en general, de l'administració. Per últim, el *govern de la governança democràtica* o model relacional és una manera de governar que neix com a conseqüència dels anteriors models, relacionada amb la crisi de l'Estat del benestar. La seva finalitat és la col·laboració entre el govern i la societat civil respecte a la regulació dels assumptes col·lectius amb criteris d'interès públic.

El bon govern, fos quin fos el seu model, s'hauria de caracteritzar per la participació, la legalitat, la transparència, la responsabilitat, el consens, l'equitat, l'eficàcia, l'eficiència i la sensibilitat [13].

La *governabilitat* és un altre concepte. Entenem com a governabilitat l'acceptació i el compliment de les normatives, processos institucionals i de resolució de conflictes, així com de polítiques del sector públic per part de la societat civil i els seus principals actes. Parlem de governabilitat quan la funció de govern és possible i rep suport, i implica estabilitat institucional i política, efectivitat en la presa de decisions, continuïtat en l'entorn legal i respecte d'aquest entorn, la seguretat jurídica i la lluita contra la corrupció [14]. L'Estat del benestar s'ha caracteritzat per una desactivació de la societat civil i, especialment, dels seus sectors més combatius, donat el fet que l'Administració va assumir la major part de les responsabilitats i la provisió de les prestacions que podien esdevenir matèria reivindicativa. Aquesta situació, de forma progressiva, s'ha transformat en un nou escenari en el qual múltiples associacions i empreses han esdevingut prestadores de serveis, sota la responsabilitat i el finançament de l'Administració, amb la qual cosa s'ha pretès incrementar l'efectivitat i eficiència dels serveis, i legitimar les seves decisions, reduint la pressió social sobre l'Estat del benestar [15].

D'aquí sorgeix el concepte de *governança*, que ha estat definit com "els processos de presa de decisions estratègiques en els quals conflueixen les relacions de poder i els interessos (públics i particulars) d'actors socials i organitzacions" [16]. OMS-Europa

ho defineix més senzillament: “Com els governs i altres organitzacions socials interactuen, com es relacionen amb els ciutadans i com prenen les decisions” [17]. Es tracta, doncs, d’una forma de govern amb participació directa, especialment en la prestació de serveis, de la *societat civil*, entenent com a tal el conjunt d’interlocutors socials i tot tipus d’organitzacions no integrades al govern, incloses les esglésies i comunitats religioses.¹⁸

Una bona governança comporta: 1) legitimació i veu, la qual cosa implica participació i consens; 2) direcció, és a dir, visió estratègica; 3) rendiment (*performance*), que es tradueix en capacitat de resposta, efectivitat i eficiència; 4) responsabilitat, que també comporta transparència; i 5) justícia, que vol dir equitat i globalitat, i legalitat [17]. L’ètica és un element més a incorporar al concepte de governança.

Quan parlem de *governança per a la salut*, ens referim, sempre, en paraules de l’OMS, a “intents dels governs i altres per tal de conduir les comunitats, països o grups de països en l’assoliment de la salut i el benestar com a objectius col·lectius” [17]. La governança per a la salut vol dir governar mitjançant la col·laboració; governar mitjançant el compromís ciutadà; governar mitjançant la barreja equilibrada de regulació i persuasió; governar mitjançant agències i organismes experts; i governar mitjançant polítiques adaptatives i estructures flexibles i previsores [17].

Especialment, en moments de crisi de model i de crisis financeres, la incorporació del concepte de governança al terreny dels sistemes sanitaris comporta el fet de poder garantir la seva sostenibilitat en facilitar una millor efectivitat i eficiència, però també implica, partint del paradigma dels determinants socials de la salut, incorporar-hi elements participatius i transversals absolutament essencials per a l’assoliment d’un millor estat de salut i benestar.

4.3 Participació

La forma essencial en què la societat civil s’integra en les tasques de governança és mitjançant la participació.

Com ja hem comentat anteriorment, l’OMS aconsella vivament la participació comunitària mitjançant les seves conferències internacionals. A *Alma Ata* [4], el 1978, veritable punt d’inici de la concepció de la governança en els sistemes sanitaris, es diu: “Les persones tenen el dret i el deure de participar individualment i col·lectivament en la planificació i implementació de la seva atenció sanitària”, i també “requereix i promou un autodesenvolupament comunitari i individual al màxim possible, amb participació en la planificació, organització, desenvolupament i control de l’atenció primària sanitària, fent un ús més complet dels recursos locals i nacionals i d’altres recursos disponibles; i, per finalitzar, desenvolupa, a través d’una formació apropiada, l’habilitat de les comunitats per participar”. Aquesta necessitat de la participació comunitària es

remarca en la conferència d'Ottawa (1986) [5], a l'afirmar que "la promoció de la salut radica en la participació efectiva i concreta de la comunitat en la fixació de prioritats, la presa de decisions i l'elaboració i engegada d'estratègies de planificació per aconseguir un millor nivell de salut. La força motriu d'aquest procés prové del poder real de les comunitats, de la possessió i del control que tinguin sobre les seves pròpies obstinacions i destinacions. El desenvolupament de la comunitat es basa en els recursos humans i materials amb què explica la comunitat mateixa per estimular la independència i el suport social, així com per desenvolupar sistemes flexibles que reforcin la participació pública i el control de les qüestions sanitàries. Això requereix un total i constant accés a la informació i a la instrucció sanitària, així com a l'ajuda financera".

També a la conferència de Yakarta (1997) [6], es diu que "la participació és indispensable per fer sostenible l'esforç desplegat. Per aconseguir l'efecte desitjat, la població ha d'estar en el centre de l'activitat de promoció de la salut i els processos d'adopció de decisions. L'aprenentatge sobre la salut fomenta la participació. L'accés a l'educació i la informació és essencial per aconseguir una participació efectiva i la mobilització de la gent i les comunitats".

Per no incórrer en errors, cal definir correctament els conceptes.

Comunitat és definit com "agregat d'individus que tenen interessos i aspiracions comuns, incloent-hi la salut, i que conviuen en un mateix territori" [4]. Persones i territori i interessos comuns són els conceptes clau que defineixen el que és una comunitat.

S'entén per *participació* el fet de prendre part, estar o arribar a estar activament involucrat o compartir, i també com el "procés mitjançant el qual es permet a la comunitat arribar a estar activament i genuïnament implicada a definir els temes que l'afectin, prenent decisions sobre factors que afectin les seves vides, formulant i implementant polítiques, planificant, desenvolupant, produint serveis i realitzant accions per aconseguir el canvi". Concretament, la participació comunitària ha estat definida com el "procés social en virtut de com grups específics que comparteixen alguna necessitat, problema o centre d'interès, i viuen en una mateixa comunitat, tracten activament d'identificar-les, prendre decisions i establir mecanismes per atendre-les" [19].

Per tal que es doni un procés de participació comunitària, cal que la comunitat existeixi i que aquesta tingui una certa tradició d'autoorganització. Cal tenir clar que no es tracta mai d'un procés lineal, sinó que sol ser irregular, amb moments de gran puixança i moments de letargia. La implicació de tota la comunitat en un procés de participació és un mite. Sol involucrar alguns específics i no el conjunt i, per tal que sorgeixi, els participants han de percebre l'existència de beneficis, generalment individuals, suficients. Ha de quedar clar el que s'hi pot guanyar i com afecta les persones. Els interessos involucrats solen ser compostos i de gran complexitat social. L'objectiu de la mobilització és un, però els objectius individuals dels participants solen ser múltiples

i diversos. A més, per tal que es produeixi la participació comunitària cal una presa de consciència i algun tema detonant comú i compartit pel conjunt de la comunitat.

Concretament, la participació comunitària en salut es pot interpretar com una finalitat en si mateixa o com un mitjà.

La participació comunitària en salut és útil per millorar l'estat de salut de la comunitat, mitjançant la implicació en accions concretes; per incrementar la democràcia i per combatre l'exclusió de determinats col·lectius en risc; i també per tal de mobilitzar recursos i energies, reforçant els tècnics en l'acció, especialment, en el terreny de la prevenció i la promoció de la salut; i per assolir millors decisions i serveis més efectius i eficients.

Un objectiu essencial de la participació comunitària en salut és l'apoderament ('*empowerment*') dels ciutadans respecte de les seves decisions en el terreny sanitari. El concepte d'*apoderament* és definit per l'OMS com "procés continuat mitjançant el qual els individus i/o les comunitats adquireixen la confiança, autoestima, coneixement i poder necessaris per articular les seves inquietuds, assegurar que les seves accions estan adequadament orientades i, més àmpliament, obtenir control sobre les seves vides" [5].

Hi ha diversos nivells del que hom pot anomenar *participació*, que van des d'una menor implicació, com són l'oferta o la invitació a donar l'opinió en una enquesta; la consulta sobre un tema concret determinat; la delegació; la capacitat d'influència o de recomanació; fins a la cogestió o l'autogestió, que són els nivells més alts de participació.

En tot procés de participació, cal distingir tres tipus d'actors: els polítics, que tenen la darrera capacitat decisòria, els tècnics i la comunitat.

Depenent de com intervinguin i quines funcions exerceixin cada un d'aquests actors en un procés de planificació–decisió sanitària, s'han descrit diversos models participatius [20].

Un primer model pot ser el de *Lichfield*, en el qual la major part del procés està en mans dels tècnics (enquesta, anàlisi, formulació de metes, jerarquització, formulació i implementació del projecte, avaluació i revisió), mentre que la comunitat intervé en l'enquesta, en l'anàlisi i en la revisió del procés. Són, més aviat, procediments d'opinió i consulta, però poc decisoris. El nivell real d'influència comunitària és baix.

El model de *Travis* implica la incorporació de la comunitat en allò que se'n diu, en aquest model, el "cervell", tenint un paper de control continuat sobre el procés preparatori, la planificació i la implementació.

En el model de *Kozlowski*, la comunitat està implicada directament en tots i cadascun dels passos del procés de planificació. Hi ha un màxim d'implicació i capacitat decisòria comunitària, junt amb els altres actors del procés.

En el model de *Roberts*, hi ha un clar repartiment de rols. Les tasques d'anàlisi, decisió sobre estàndards, preparació d'alternatives i monitorització estan totalment en

mans dels tècnics. La selecció de preferències i la revisió de metes són exclusivament comunitàries. La definició de les tasques i objectius i l'avaluació són terrenys compartits entre la comunitat i els tècnics.

Per a *Mc Connell*, també hi ha una divisió clara de tasques entre els actors. L'anàlisi de la situació, la formulació d'hipòtesis i alternatives, la preparació del pla i l'avaluació són tasques tècniques. La comunitat intervé en la definició de metes, la consulta o intermediació i l'avaluació política. El paper comunitari és més decisor, però pot ser fàcilment manipulat per la part tècnica.

Per últim, el model *Mc Donald* estableix espais específics per als polítics com a representants de la comunitat, la comunitat pròpiament dita i els tècnics. La darrera paraula correspondrà als polítics. La comunitat es limitarà a la informació i l'opinió, amb la possibilitat de suggeriment d'alternatives. Cal dir que, en general, s'admet un paper d'enriquiment del procés de planificació, però mai un paper substitutori dels tècnics ni dels polítics.

Així, doncs, tot i admetre l'importantíssim paper de la participació comunitària en la planificació i la gestió del sistema sanitari, cal admetre que els tècnics i els polítics no li donen, habitualment, el paper decisor que les recomanacions internacionals prediquen.

Bibliografia del capítol 4

1. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. 1948. Disponible a: <<http://www.un.org/es/documents/udhr/>>. Visualitzat el 30.11.2011.
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Constitución de la OMS*. 1946. Disponible a <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>. Visualitzat el 30.10.2011.
3. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *El derecho a la salud*. Nota descriptiva N.º 323. Agosto de 2007. Disponible a: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>>. Visualitzat el 30.10.2011.
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Declaración de Alma Ata*. 1978. Disponible a: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm>. Visualitzat el 30.10.2011.
5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Declaración de Ottawa*. 1986. Disponible a: <<http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>>. Visualitzat el 30.10.2011.
6. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Declaración de Yakarta*. 1997. Disponible a: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf>. Visualitzat el 30.10.2011.

7. VIQUIPÈDIA. Disponible a: <<http://ca.wikipedia.org/wiki/Govern>>. Visualitzat el 31.10.2011.
8. INSTITUT D'ESTUDIS CATALANS. *Diccionari de la llengua catalana*. 2a edició. Disponible a: <<http://dlc.iec.cat/results.asp?txtEntrada=govern&operEntrada=0>>. Visualitzat el 31.10.2011.
9. MARX, K. i ENGELS, F. *El Manifiesto Comunista*. Madrid: Editorial Ayuso, 1976.
10. GRAMSCI, A. *La conquista de l'Estat*. *L'Ordine Nuovo*, 12/VII/1919.
11. RUSSELL, B. *Autoridad e individuo*. México: Breviarios del Fondo de Cultura Económica, 2005.
12. PASCUAL I ESTEVE, J. M. *Govern relacional i cohesió social. Nou lideratge polític local per a la governança de ciutats inclusives*. Diputació de Barcelona. Disponible a: <<http://www1.diba.cat/llibreria/pdf/43129.pdf>>. Visualitzat el 31.10.2011.
13. CASA ÀSIA. *Boletín Governansia*. Disponible a: <<http://www.casaasia.es/governansia/boletin2/3.pdf>>. Visualitzat el 31.10.2011.
14. CONSORCI DE PROMOCIÓ COMERCIAL DE CATALUNYA (COPCA). *Primer informe anual de l'Observatori de Mercats Exteriors del COPCA*. Cap. 3: "Noves realitats econòmiques i empresarials. La governabilitat del món global: redistribució del poder econòmic i les seves implicacions". Disponible a: <http://www.copca.com/img/ome/web/pdf/3/IAOME06_Cap3_05.pdf>. Visualitzat el 31.10.2011.
15. BRUGUÉ, Q.; FONT, J. i GOMA, R. "Participación y democracia. Asociaciones y poder local", dins FUNES, M. J. (ed.). *Movimientos sociales: cambio social y participación*. Madrid: UNED, 2003.
16. HUFTY, M.; BÁSCOLO, E. i BAZZANI, R. "Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación", dins *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 Sup.: S35-S45, 2006. Disponible a: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22s0/03.pdf>>. Visualitzat el 31.10.2011.
17. WORLD HEALTH ORGANISATION. *Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe*. Baku, 2011. Disponible a: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148951/RC61_InfDoc6.pdf>. Visualitzat el 31.10.2011.
18. UNIÓN EUROPEA. *La gobernanza europea. Un libro blanco*. Bruselas, 2001. Disponible a: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2001/com2001_0428es01.pdf>. Visualitzat el 31.10.2011.
19. AGUILAR IDÁÑEZ, M. J. *La participación comunitaria en salud: ¿Mito o realidad?*. Madrid: Díaz de Santos, 2001.
20. TURABIAN, J. L. *Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud*. Madrid: Díaz de Santos, 1992.

5. Models de sistemes sanitaris

5.1 Les funcions del sistema sanitari

Podem definir un sistema sanitari com un “conjunt de recursos humans i materials, i de relacions entre institucions, grups socials i individus, orientats cap al manteniment i millora del nivell sanitari d’una població humana determinada”. L’OMS defineix el concepte de sistema sanitari com “totes les organitzacions, persones i accions la principal finalitat de les quals és promoure, restaurar o mantenir la salut” [1]. Consegüentment, un sistema sanitari haurà de tenir la capacitat d’adaptar-se a les necessitats de la seva població de referència, que són canviants en el temps i depenent de la seva estructura demogràfica, social i econòmica, i també del context polític en el qual es desenvolupa.

En qualsevol model de sistema sanitari, caldrà, per tal que funcioni, disposar d’uns recursos que hauran de ser finançats. Algú haurà de posar els diners per tal que el sistema pugui funcionar. Parlem de la funció de *finançament*.

Disposant dels diners, caldrà avaluar les necessitats i decidir quins i quants recursos cal destinar a cobrir cada una de les necessitats detectades: funció de *planificació*.

Basant-nos en aquesta planificació, serà necessari que es faci la negociació i l’encàrrec concret a aquells que hagin de realitzar els serveis corresponents i pagar-los. És la funció de *compra*.

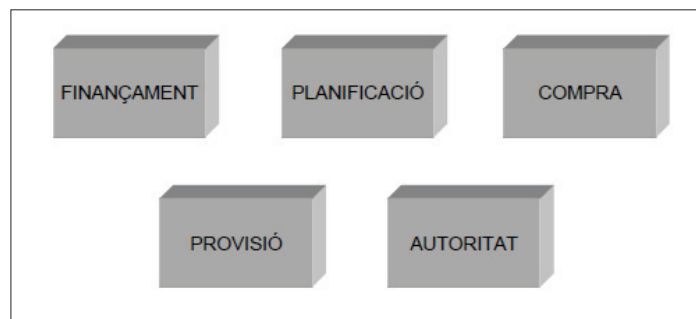
Aquell actor que rebi l’encàrrec i els fons econòmics corresponents per tal de fer efectiva una prestació, haurà d’oferir-la i realitzar-la als demandants, és a dir, a la comunitat (demanda). És la funció de *provisió*.

Per últim, haurà d’existir un/uns ens que, enfront de situacions d’incompliments o actuacions nocives o potencialment nocives per a la salut de la població, puguin actuar executivament d’acord amb la legislació vigent. Es tracta d’una funció executiva, de govern, i parlem de la funció d’*autoritat*, que, en aquest cas, és l’autoritat sanitària.

En resum: per tal que un sistema sanitari funcioni, de qualsevol model, algú ha de posar els diners, algú ha de decidir què fa amb aquests diners, algú ho ha de fer i algú

ha de vetllar pel seu compliment i perquè no s'actui contra la salut de les persones. Són les funcions dels sistemes sanitaris (*figura 5.1*).

Figura 5.1. Les funcions dels sistemes sanitaris



5.2 Principals models de sistemes sanitaris

Per tal de poder identificar un model determinat de sistema sanitari cal fixar-nos en les funcions de compra i de provisió del sistema. Així, podem fer una taula de 2x2 que ens doni una primera indicació (*figura 5.2*).

Establim com a coordenades el tipus de finançament (públic o privat) i el tipus de provisió de serveis (públic i privat). L'encreuament de les opcions ens dona quatre possibilitats teòriques:

1. Finançament privat i provisió privada: Model de Mercat.
2. Finançament públic i provisió privada: Seguretat Social.
3. Finançament públic i provisió pública: Servei Nacional de Salut.

La quarta opció (finançament privat i provisió pública) no es dona en cap dels models bàsics de sistemes sanitaris, tot i que pot produir-se com a fet concret, com pot ser el cas d'un turista d'un estat extracomunitari i, per tant, sense dret a cobertura assistencial pública al nostre país, però que sigui atès en un centre públic. En aquest cas, el pacient haurà de pagar com a privat, malgrat ser atès en un centre públic.

Figura 5.2. Models de sistemes sanitaris I

		FINANÇAMENT	
		Públic	Privat
PROVISIÓ	Públic	SNS	
	Privat	Seguretat Social	Mercat

Aquest primer abordatge ens dóna una orientació un tant grollera, que podem millorar si introduïm alguns nous elements a la taula (figura 5.3). Establim el finançament igualment com a privat o públic, però, en aquest darrer cas, diferenciem el finançament públic realitzat a partir d'impostos generals (Pressupostos de l'Estat, etc.), del finançament públic generat a través de cotitzacions obligatòries als treballadors i empresaris. Igualment, dins la provisió considerem la provisió pública de la privada o de les formes de provisió mixtes públiques i privades. En aquest cas, veiem que el finançament públic a través d'impostos i amb provisió pública és típic del model de *Servei Nacional de Salut* (SNS); el finançament públic basat en cotitzacions i una provisió privada o mixta caracteritza el model de Seguretat Social; i el model de Mercat funciona amb finançament privat i provisió privada. Òbviament, parlem d'esquemes bàsics i, difícilment, podem trobar models purs.

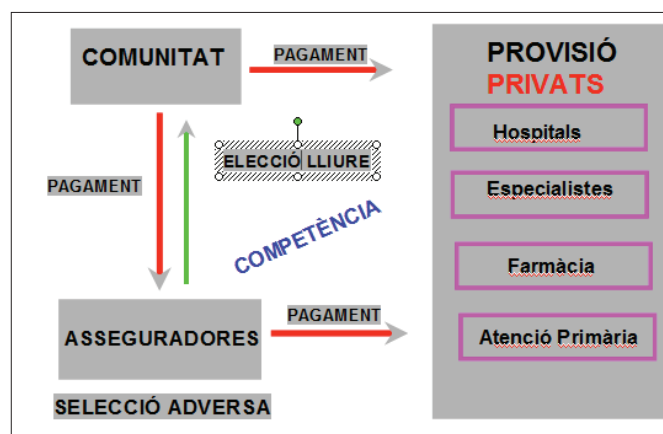
Figura 5.3. Models de sistemes sanitaris II

PROVISIÓ	FINANÇAMENT		
	PÚBLIC		PRIVADA
	COTIZACIONS	IMPOSTOS	
PÚBLICA		Servei Nacional de Salut	
PRIVADA MIXTA	Seguretat Social		
PRIVADA			Mercat

A partir d'aquesta classificació inicial, anem a repassar quines són les principals característiques de cada un d'aquests models.

5.2.1 Mercat

Figura 5.4. Model de Mercat



El model de mercat és el més antic. Consisteix en el fet que el pacient paga al professional per ser atès. Aquest pagament es pot fer directament, mitjançant la liquidació d'honoraris, o bé a través d'intermediari comercial, com són les companyies asseguradores.

En el primer cas, l'usuari escull directament i lliurement el professional i, per tant, accedeix al nivell assistencial que ell mateix pugui escollir i pagar. La limitació estarà en la capacitat de pagament. El funcionament, en situació pura, és segons el model de mercat exposat en el *capítol 2*, és a dir, basat en l'*oferta i la demanda*. Per tal que aquest mecanisme de mercat pugui ser real, ha d'existir *competència* entre els diversos professionals, de tal manera que el que millor condicions de preu i qualitat ofereixi serà el que es quedi amb el client.²

El client també pot efectuar el pagament indirectament a través d'un intermediari comercial, l'*assegurança privada*, la qual li cobreix les despeses derivades del risc d'emmalaltir. Mitjançant un contracte d'assegurança, l'asseguradora garanteix al client el pagament d'una contraprestació econòmica en el cas concret que aquest incorri en despeses sanitàries derivades de danys a la seva salut. El client paga periòdicament a l'asseguradora un conjunt de quotes segons el risc en què incorri respecte de la seva salut (edat, malalties prèvies, factors de risc...) i, d'aquesta manera, quan emmalalteix, no li cal fer una alta despesa en una sola vegada. Aquesta despesa en la qual incorre el client o bé li serà feta efectiva a aquest per tal que ell mateix pagui directament la despesa sanitària derivada dels serveis que se li han prestat, o bé serà la companyia asseguradora la que pagarà directament als proveïdors sanitaris.

Aquestes companyies d'assegurances, com les d'assegurances d'automòbil, per exemple, són empreses amb afany de benefici. És a dir, el seu objectiu és fer negoci amb les quotes i que, per tant, el volum total dels ingressos de la companyia per les quotes dels seus clients sigui superior a les despeses que l'atenció sanitària d'aquests li pugui pressuposar: que guanyin més que el que hagin de pagar. Per tal d'assolir aquest objectiu d'obtenir beneficis, l'asseguradora establirà, com hem dit abans, quotes en relació amb el risc d'emmalaltir del client: com més risc d'emmalaltir i, per tant, més probabilitats d'incórrer en despesa sanitària, la quota serà més alta; com menys risc, més baixa, fins al punt que l'asseguradora pot negar l'assegurança al client si estima que la despesa potencial pot ser superior als ingressos devinguts de les quotes. És el que es denomina *selecció adversa*.

² Aquí parlem de "client" amb propietat. El concepte de *client* comporta, en rigor, capacitat d'elecció i pagament directe al proveïdor. En gestió sanitària, s'utilitza freqüentment el concepte de *client*, però sense aquesta connotació, sinó per destacar l'objectiu de satisfacció i la seva centralitat.

Figura 5.5. Notícia apareguda en la premsa. Selecció adversa



En resum, el model sanitari de mercat *no és de cobertura universal*, sinó que tan sols cobreix aquells que paguen individualment per rebre atenció sanitària per part de proveïdors privats. Comporta, de part del client, una ampla *llibertat d'elecció*, tant entre els diversos proveïdors existents en el mercat, que *competiran* entre ells per tal de poder aconseguir clients, com del nivell, producte o servei al qual vulguin accedir. La responsabilitat financera és individual, és a dir, cada un paga per un mateix o pels seus, i no per la resta de la comunitat. L'ajustament de preus es fa sota la dinàmica de l'oferta i la demanda. L'assignació òptima es realitza segons visió individual. Això vol dir que cada un decideix per si mateix quan, sota quins conceptes i com vol gastar en la seva assistència sanitària. L'assistència sanitària és tractada com un *bé de consum* i la seva disponibilitat depèn de la capacitat de pagament: si no puc pagar, no rebré assistència, la qual cosa fa que, des d'un punt de vista ètic, el model de mercat no sigui en absolut equitatiu ni just. *L'Administració no intervé*, excepte en cas de violació de la legalitat vigent, ja que en el model de mercat es considera que l'atenció sanitària és un negoci entre particulars lliures.

Generalment, les societats que tenen com a model sanitari base el model de mercat i, en general, totes aquelles societats que no tenen un model de cobertura universal, disposen d'un sistema complementari de beneficència per tal de donar cobertura limitada als sectors més necessitats de la societat. Els Estats Units d'Amèrica en poden ser un exemple: com a complement del seu model de mercat, que deixa sense cobertura sanitària garantida més de 40 milions de ciutadans, disposen del sistema MEDICAID per tal d'atendre la població econòmicament més pobre, i el sistema MEDICARE per atendre la població anciana sense suficients possibilitats econòmiques com per utilitzar el sistema privat de mercat.

5.2.2 Seguretat Social

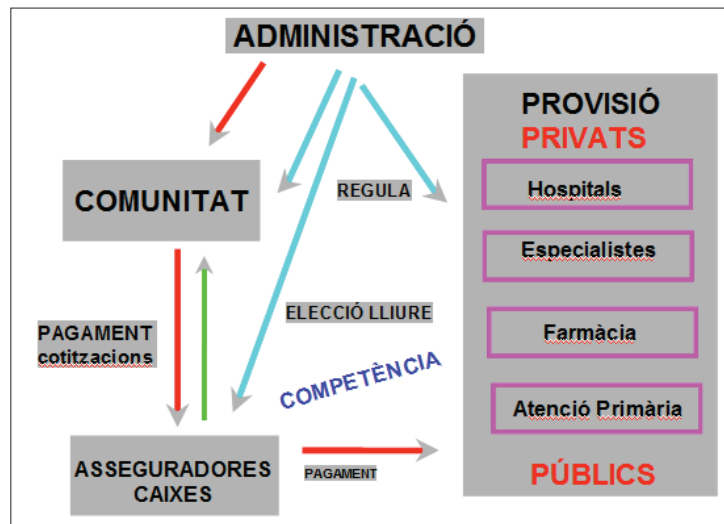
La segona meitat del segle XIX és considerada com el període d'inici de la Segona Revolució Industrial i el proletariat, nascut amb la Primera Revolució Industrial, arribava a uns nous nivells de conscienciació i d'incipient organització, que es traduïen en mobilitzacions i altres accions més violentes dirigides contra les molt dolentes condicions de treball i les seves paupèrrimes condicions de vida. L'any 1848 va conèixer un esclat revolucionari internacional farcit de nacionalismes i reivindicacions socials arreu del món més desenvolupat, fins al punt de ser conegut com "La Primavera dels Pobles" o "L'Any de les Revolucions". L'any 1848 Marx i Engels, afiliats a la Lliga dels Comunistes, publiquen el *Manifest Comunista*, que acaba amb aquest paràgraf: "Els comunistes no tenen perquè guardar encobertes les seves idees i intencions. Obertament, declaren que els seus objectius només poden aconseguir-se enderrocant per la violència tot l'ordre social existent. Tremolin, si volen, les classes governants davant la perspectiva d'una revolució comunista. Amb ella, els proletaris no tenen res a perdre, sinó les seves cadenes. Per contra, tenen tot un món sencer a guanyar. Proletaris de tots els països, uniu-vos!" [2]. A Prússia el mes de març del 1848 apareixen les barricades, entre els defensors de les quals hi trobem, entre altres, Virchow. El 1871 esclata la Comuna de París [3 i 4], considerada per Marx com la primera insurrecció revolucionària proletària autònoma. L'any 1875 es crea a Alemanya el Partit Socialdemòcrata, que sorgeix com una gran força organitzada contra el sistema capitalista i esdevé una gran preocupació per a la burgesia alemanya i europea. Europa bull de tensions socials. L'única eina eficaç dels treballadors en la seva lluita contra la burgesia capitalista és la vaga. Però fer vaga implica no ingressar el sou. Als capitalistes tan sols els cal esperar que als treballadors se'ls acabïn els recursos i hagin de tornar a la feina en pitjors condicions que abans. Cal reunir recursos cotitzant abans del conflicte per tal d'afrontar-lo. Els proletaris, com a eina de lluita, creen *caixes de resistència*. D'aquestes caixes de resistència, en trauran diners per tal d'aguantar la vaga. I, si algun dels companys emmalalteix, hi haurà diners per pagar la despesa sanitària. D'altra banda, els capitalistes reconeixen la necessitat de comptar amb el proletariat no tan sols com a mà d'obra per a la producció, sinó també com a consumidors. Atendre la salut dels treballadors també vol dir tenir cura del negoci.

Cal buscar una solució per donar resposta a les dues necessitats: controlar la capacitat de resistència del proletariat i assolir un bon nivell de salut que els permeti continuar sent productius i consumir.

A Prússia, un dels països més avançats industrialment i on es fan més palsees les lluites de classe, és sota el govern de Bismarck que es troba la solució: fer l'equivalent a les caixes de resistència proletàries, però controlades per l'Estat. Obrers i empresaris caldrà que facin aportacions obligatòries, sota la forma de cotitzacions, i l'Administració, a partir d'aquestes caixes de seguretat social, possibilitarà assistència sanitària i

d'altres tipus enfront de la necessitat. L'Estat, mitjançant tres lleis successives, la llei de l'assegurança contra la malaltia de 1883, la d'assegurança contra els accidents de treball de 1884 i la d'assegurança contra la invalidesa i la vellesa de 1889, controla la capacitat de resistència obrera i es converteix en tutor de la salut dels proletaris. Ha nascut la *Seguretat Social*, també conegut com a *Model Bismarck*.

Figura 5.6. Model de Seguretat Social



Sota aquest model, els treballadors assegurats i les empreses contractistes ingres-sen *cotitzacions* obligatòries, periòdiques i controlades per l'Administració, generalment sota la forma de descomptes de la nòmina pels treballadors, que són ingressades a ens autònoms, denominats de diferents formes segons els països (*caixes, mútues, assegura-dores...*), que, a diferència de les asseguradores del Model de Mercat, no tenen capacitat de practicar la *selecció adversa*, ja que són de filiació obligatòria i sota control de l'Admi-nistració.

A través d'aquestes caixes, es contracta la provisió, que sol ser privada, però també pot ser mixta, és a dir, en part privada (generalment, metges de capçalera, especialis-tes, etc.) i en part pública (hospitals especialitzats, etc.). L'assegurat sol tenir una certa capacitat d'elecció entre els proveïdors, que no és completa, i entre els proveïdors hi ha un cert nivell de competència, sota la regulació de l'Administració. La *cobertura no és universal*, sinó que tan sols implica els assegurats i els seus beneficiaris, és a dir, els que prèviament han cotitzat.

5.2.3 Model Shemasko

Nikolai Alexandrovich Semashko va ser el primer comissari de Salut Pública després de la Revolució d'Octubre russa de 1917, i va ser qui va configurar el sistema sanitari característic de la URSS i de la resta de països socialistes fins a la seva extinció.

El Model Semashko era un sistema amb cobertura *universal, d'accés lliure i gratuït* per a tota la població, *finançat públicament* amb els pressupostos de l'Estat, amb provisió totalment pública: els treballadors són assalariats de l'Administració i totes les instal·lacions sanitàries són propietat de l'Estat. La planificació i la gestió estan totalment centralitzades.

En el moment actual, el Model Semashko és residual.

5.2.4 Servei Nacional de Salut

Tot i existir antecedents de sistemes similars a Suècia i Nova Zelanda en la dècada dels 30, es considera que el model de *Servei Nacional de Salut* (SNS) tal com el coneixem actualment es basa en l'informe de *William Beveridge* de 1942 al Parlament Britànic [5], encarregat per *Ernest Bevin*, ministre de Treball del govern de concentració britànic presidit per *Churchill* durant la II Guerra Mundial. En aquest primer informe, *Beveridge* reclama una transformació de la seguretat social britànica en considerar que no tenia cobertura universal i, per tant, amplis sectors de la població en quedaven exclosos, i que les prestacions, especialment les sanitàries, eren insuficients, i proposa un sistema de cobertura universal de malaltia, jubilació, atur i altres, de tipus integrat, gestionat de forma unificada, que sigui considerat com un dret i no com un acte de caritat, i finançat a partir d'aportacions (taxes setmanals) que tot ciutadà en edat laboral ha de pagar a l'Administració, de tal manera que es garanteixin uns nivells mínims de subsistència que permetran mantenir o incrementar la productivitat dels treballadors.

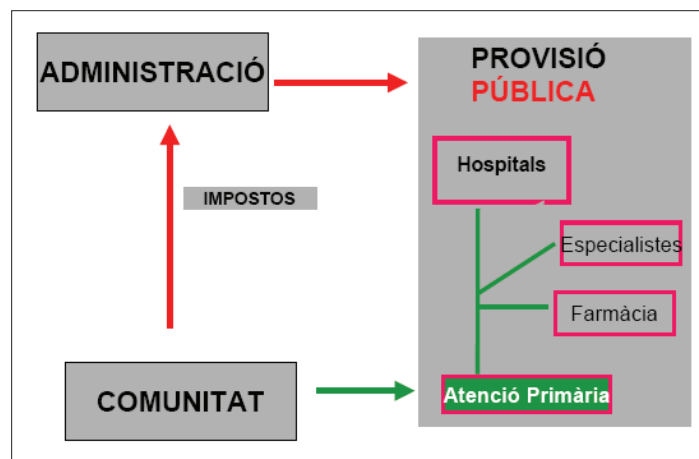
Cal situar-se en el moment històric. S'estava lliurant una guerra contra el feixisme i la població esperava un nou món com a conseqüència de les penalitats de la guerra. En acabar el conflicte, la situació internacional havia canviat radicalment. Les tropes de la URSS, vencedores amb els aliats, ocupaven mig Europa i ràpidament s'inicià la denominada Guerra Freda entre el bloc Occidental, capitalista, i el bloc Oriental, comunista. Als països del bloc Occidental, especialment, a França i Itàlia, els partits comunistes eren potents i actius, i la socialdemocràcia era present en molts dels governs sorgits de l'alliberament. Els sindicats estaven en ple creixement. Al mateix Regne Unit, el *Partit Laborista* va guanyar les eleccions del 1945. Calia una resposta que evidenciés la sensibilitat social dels estats vencedors i, d'alguna manera, ajudés a frenar l'impuls de les esquerres i, especialment, del comunisme. L'any 1944 *Beveridge* elabora el seu segon

informe al Parlament, en el qual remarca el defensat a l'informe anterior i, en una línia de plena sintonia amb l'economia keynessiana, aposta per l'Estat del benestar.

El 1948 neix el *National Health Service* britànic (NHS), que ha esdevingut el referent del Model de Servei Nacional de Salut, conegut també com a *Model Beveridge*.

Aquest model implica cobertura *universal* (junt amb el model Semashko és l'únic de cobertura universal), *finançament públic a partir dels impostos* i els pressupostos de l'Estat i *provisió essencialment pública*. L'SNS comporta la *tutela* de l'Administració sobre el sistema, en ser considerat com un dret l'accés al sistema sanitari. La *responsabilitat financera és col·lectiva*. És a dir, tots els ciutadans, mitjançant els impostos, paguen per l'atenció de tots el ciutadans. *L'assignació òptima de recursos és també col·lectiva*, és a dir, entre tots els ciutadans, a través dels nostres representants democràticament escollits, decidim quines són les prestacions cobertes pel sistema i en quines condicions es proveiran (figura 5.7).

Figura 5.7. Model de Servei Nacional de Salut



En el Model de SNS, no hi ha un accés lliure als diversos nivells de serveis ni als diferents professionals, que són, directament o indirectament, assalariats de l'Administració, sinó que l'accés al sistema, a excepció de situacions d'urgència, es fa a través de l'atenció primària de salut, que actua com a barrera i distribuïdora de l'accés al sistema (*gatekeeper*), definint el nivell al qual cal accedir per aquella situació determinada. No existeix competència entre els proveïdors.

El Model de SNS és considerat com el model sanitari típic de l'Estat del benestar de tipus nòrdic, característic dels països escandinaus, illes britàniques i països mediterranis (Espanya, Itàlia, Grècia...).

5.3 Comparació entre els diversos models

Tot i no ser directament comparables els diversos models de sistema sanitari com a tals, sí que és possible, comparant determinats indicadors, fer una aproximació a les seves principals diferències.

En la següent taula (*taula 5.1*), comparem tres estats amb Servei Nacional de Salut (Espanya, Suècia i Regne Unit), tres amb model de Seguretat Social (França, Països Baixos i Alemanya) i un de model de Mercat, els Estats Units d'Amèrica. Comparacions més amplies i detallades es poden fer a partir de les bases de dades existents i disponibles a Internet [6]. Hem posat una columna final per comparar alguns dels indicadors amb la mitjana disponible de l'OCDE [6].

En aquesta taula comparem indicadors com Esperança de Vida en Néixer Total (EVN tot), en homes (EVN H) i en dones (EVN D); mortalitat infantil (Mort. Inf.); mortalitat materna (Mort matern); Anys potencials de vida perduts en homes i dones (APVP H, APVP D); despesa sanitària total per càpita en \$ (Desp. tot/cap); percentatge de despesa sanitària total sobre PIB de l'estat (% Desp. san/PIB); percentatge de despesa sanitària pública sobre total de despesa sanitària (% Desp. pub/total); percentatge de cobertura poblacional pública (% Pobl. Cobert. Pub.); metges per 1000 habitants (metges/1000); i [6] infermers per 1000 habitants (Inf/1000).

Taula 5.1. Comparació entre estats amb diversos models sanitaris. Dades basades en OCDE Health a glance (Rosa: SNS; Groc: SS; Blau: Mercat).

	EE	SWE	UK	F	NL	D	USA	OCDE
EVN tot	81	81	79,5	81	80,2	78,1	78,1	79,1
EVN H	77,8	78,9	77,3	77,5	78	75,4	75,4	76,3
EVN D	84,3	83	81,7	84,4	82,3	82,7	80,7	81,9
Mort inf	3,3	2,5	4,6	3,9	3,8	3,5	6,5	
Mort matern	3,4	5,4	8	7,6	4,9	5,3	12,7	
APVP H	4029	3081	4220	4679	3259	4044	6133	
APVP D	1872	1916	2564	2247	2235	2212	3555	
Desp tot/cap	2671	3323	2992	3601	3837	3588	7290	2984
% Desp San/PIB	8,5	9,1	8,4	11	9,8	10,4	16	8,9
% Desp publ/tot	71,8	81,7	81,7	79	74,8	76,9	45,4	73
% Pobl cobert pub	99,5	100	100	99,9	98,6	89,4	27,4	
metges/1000	3,7	3,6	2,5	3,4	3,9	3,5	2,4	3,1
Inf/1000	7,5	10,8	10	7,7	8,7	9,9	10,6	9,6

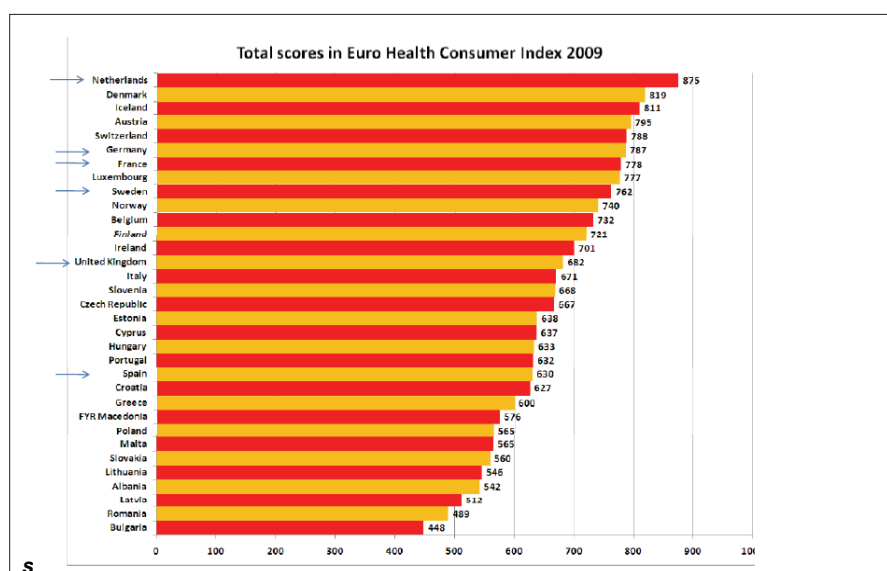
Ja hem vist en els capítols anteriors que hi ha una gran quantitat i diversitat de determinants no estrictament sanitaris o assistencials, que influeixen essencialment sobre la salut de les persones. En aquest sentit, cal ser prudents en les comparacions i tenir en compte l'anteriorment esmentat.

Tot i així, podem veure de les dades d'aquesta taula que els indicadors de resultats en salut (mortalitat infantil, APVP, EVN, etc.) són força similars entre els països dotats

amb Servei Nacional de Salut i els de Seguretat Social, i existeix una clara diferència respecte als dels EUA (USA), dotat amb model de Mercat, que presenta pitjors indicadors que tots els altres, fins i tot, per sota de la mitjana de l'OCDE. En canvi, podem observar que als EUA la despesa és notablement més elevada que als estats dotats amb els altres dos models de sistema sanitari, amb un esforç financer públic americà baix en comparació amb els altres, i uns nivells de cobertura poblacional pública molt inferiors. Cal observar que els països amb Seguretat Social i els de Servei Nacional de Salut tenen, a la pràctica, un nivell de cobertura poblacional equiparable, tot i que, en teoria, el model de Seguretat Social no és de cobertura universal. Per tant, el model de Mercat, en el nostre exemple, és més car, amb menor cobertura poblacional i pitjors resultats en termes de salut. Podem veure també que el model de Servei Nacional de Salut, amb resultats en salut comparables amb el model de Seguretat Social, és menys car que aquest.

Un altre component a tenir en compte en fer comparacions és el nivell de satisfacció del usuari amb el seu sistema sanitari. Aquí la comparació és encara més complexa, en intervenir-hi elements subjectius com les expectatives, per exemple. L'*Euro Health Consumer* [7] fa periòdicament una avaluació de diversos components del nivell de satisfacció dels usuaris dels països europeus, que hem recollit en el gràfic següent (gràfic 5.8).

Gràfic 5.8. Nivells de satisfacció respecte del seu sistema sanitari



El que hom pot observar és que, en general, els països amb sistema de Seguretat Social tenen un nivell de satisfacció superior als de model de Servei Nacional de Salut, influenciat, possiblement, pel fet que en els sistemes de Seguretat Social hi ha un cert nivell de capacitat d'elecció per part dels usuaris i, per tant, un cert nivell de competència entre els proveïdors. No tenim dades objectives del model de Mercat, donades les seves característiques organitzatives (proveïdors privats).

D'altra banda, l'OMS va proposar en el seu informe de l'any 2000 [8] una certa classificació del nivell d'acompliment dels diversos estats membres, i va resultar, per exemple, que Espanya estava situada en el setè lloc del rànquing dels millors serveis sanitaris del món, liderat per França, i on els EUA ocupaven el número 37 quant a valoració de l'acompliment global (taula 5.2).

Taula 5.2. Nivell d'acompliment dels sistemes sanitaris. Dades OMS 2000

ACOMPLIMENT DEL SISTEMA SANITARI		
	En relació amb nivell de salut	Global
Espanya	6	7
Regne Unit	24	18
Suècia	21	23
França	4	1
Països Baixos	19	17
Alemanya	41	25
EE.UU.	72	37

Els valors indiquen la posició d'ordre en la classificació mundial

Bibliografia del capítol 5

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes – WHO's framework for action*. Geneva: World Health Organization, 2007 . Disponible a: <http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf>. Consultat el 2.01.2012.
2. MARX, K. i ENGELS, F. *El Manifiesto Comunista*. Madrid: Editorial Ayuso, 1976.
3. MARX, K. *La guerra civil en Francia*. Madrid: R. Aguilera Ed, 1970.
4. CASTELLOTE, J. i PÉREZ TURRADO, M. *La Comuna y el proletariado*. Madrid: Zero S.A., 1971.
5. BEVERIDGE, W. *Social insurance and allied services. Repport to the Parliament*. 1942. Disponible a: <http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf>. Consultat el 7.09.2011.
6. OECD. *Health Data 2011*. Disponible a: <http://www.oecd.org/document/30/0,3746,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407,00.html>. Consultat el 7.09.2011.
7. BJÖRNBERG, A., CEBOLLA, B. i LINDBLAD, S. *Euro Health Consumer Index 2009. Health Consumer Powerhouse*. Disponible a: <<http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2009-090929-final-with-cover.pdf>>. Consultat el 7.09.2011.
8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Disponible a: <<http://www.who.int/whr/2000/es/index.html>>. Consultat el 7.09.2011.

6. La planificació sanitària

Per tal que els objectius en salut siguin realitat, cal una actuació voluntària determinada per part dels agents responsables d'assolir aquests objectius en el si d'un sistema sanitari determinat. Aquesta actuació voluntària predeterminada és la planificació sanitària. La inexistència de planificació implica o la manca de direcció dels processos, deixant-los a la seva espontaneïtat, o la improvisació. Cap d'aquestes dues visions pot ser considerada com a positiva, si el que es vol és la millora de la salut de la població.

6.1 Conceptes generals. Fases

La planificació sanitària ha estat definida com: “La planificació és el procés d'anàlisi i coneixement d'un sistema que formula les seves metes i objectius, i assigna les seves capacitats, designant cursos alternatius d'acció o plans amb el propòsit d'executar aquestes metes i objectius, avaluar l'efectivitat dels plans i triar el preferit, mitjançant l'inici de les accions necessàries per al seu desenvolupament, amb un continu seguiment del sistema amb la finalitat d'aconseguir una òptima relació entre el pla i el sistema” [1]. Pineault, un clàssic de la planificació sanitària, defineix aquest procés com: “Un procés continuat de previsió de recursos i serveis necessaris per a assolir uns objectius determinats segons un ordre de prioritat establert, permetent escollir la solució o les solucions òptimes entre moltes altres alternatives. Aquesta elecció pren en consideració el context de dificultats internes i externes, conegudes actualment, o previsibles en el futur” [2]. Es tracta, en tot cas, d'intentar assolir objectius definits a partir d'una anàlisi de la situació actual mitjançant alternatives diverses, que caldrà executar.

Depenent de la jerarquia d'objectius que es vulgui assolir, es distingeixen diversos *tipus o nivells de planificació*, depenent del seu abast i del nivell jeràrquic des del qual es formulen:

La *planificació normativa o política* pretén indicar la direcció cap a la qual es voldria, idealment, tendir; tracta, per tant, de grans principis orientatius i està fortament marcada per valors socials i ideologies polítiques. La seva ubicació sol estar a nivell dels governs o al nivell de les responsabilitats més altes d'una organització, i es mou en el llarg termini.

Un segon nivell de planificació és la *planificació estratègica* i pretén establir plans concrets per a objectius concrets d'àmbit ample, tenint en compte les realitats concretes existents, és a dir, les limitacions i les possibilitats. La seva ubicació correspon als organismes de gestió sanitaris (ministeris, organismes planificadors i/o compradors de serveis, direccions d'organitzacions assistencials...). Es mou en l'horitzó dels 5-10 anys.

La *planificació tàctica* treballa en el nivell més concret de la fixació d'objectius concrets, la determinació d'activitats i la fixació de recursos específics per a l'assoliment dels objectius concrets.

Per últim, la *planificació operativa* estableix la realització concreta de les tasques i el seu seguiment.

Tot procés de planificació sanitària es compon de sis fases: 1) anàlisi de la *situació inicial*; 2) establiment d'*alternatives*; 3) determinació de *prioritats*; 4) establiment de *plans*; 5) *execució* d'aquests plans; i 6) *avaluació* dels resultats i correcció, si és necessari (figura 6.1).

Figura 6.1. Fases de la planificació sanitària

1. Anàlisi de la situació real
2. Establiment d'alternatives
3. Determinació de prioritats
4. Establiment de plans
5. Execució del pla
6. Avaluació i correcció

Com a característiques principals de la planificació, cal tenir en compte que la planificació es refereix al futur, és quelcom que volem fer; vol dir, per tant, acció. No es tracta d'un exercici de despatx, sinó d'un canvi a realitzar. És un procés continuat i dinàmic. Implica relació de causalitat entre l'acció feta i els resultats. Tot resultat ha d'estar relacionat i ser dependent d'una acció feta. L'atzar o les tendències no generades pels planificadors no formen part del procés. La planificació sanitària ha de ser multidisciplinària, integral i integrada. La planificació sanitària no és tan sols responsabilitat dels professionals sanitaris, sinó que implica múltiples disciplines i utilitza tècniques diverses procedents de diferents camps del coneixement (sociologia, estadística, enginyeria,

urbanisme...). Per últim, cal considerar que la planificació ha de portar a activitats i resultats factibles, la qual cosa implica que ha d'estar d'acord amb el context social, polític i econòmic en el qual es realitza, sense que això impliqui que hagi de ser continuista o no puguin plantejar-se objectius d'innovació i, fins i tot, rupturistes.

6.2 Anàlisi de la situació

La planificació sanitària es basa en la detecció de necessitats. Definim *necessitat* com "allò que cal per al benestar físic, i que, si a hom li manca, pot produir desequilibris interns, i també allò que cal per a l'adquisició de valors socioculturals necessaris en el comportament humà" [3]. Una necessitat neix quan es constata una diferència entre una situació considerada com a òptima i la situació observada a l'actualitat, diferència que es vol reduir.

La necessitat pot ser normativa, sentida, expressada o comparativa [2].

La *necessitat normativa* consisteix en la constatació d'una diferència entre la norma, allò que està legislat o és considerat com a normatiu, i la realitat, entre allò que ens correspondria i el que hi ha.

La *necessitat sentida* consisteix en la percepció que es té sobre el propi estat de salut en comparació amb el desitjat o la que hom podria esperar.

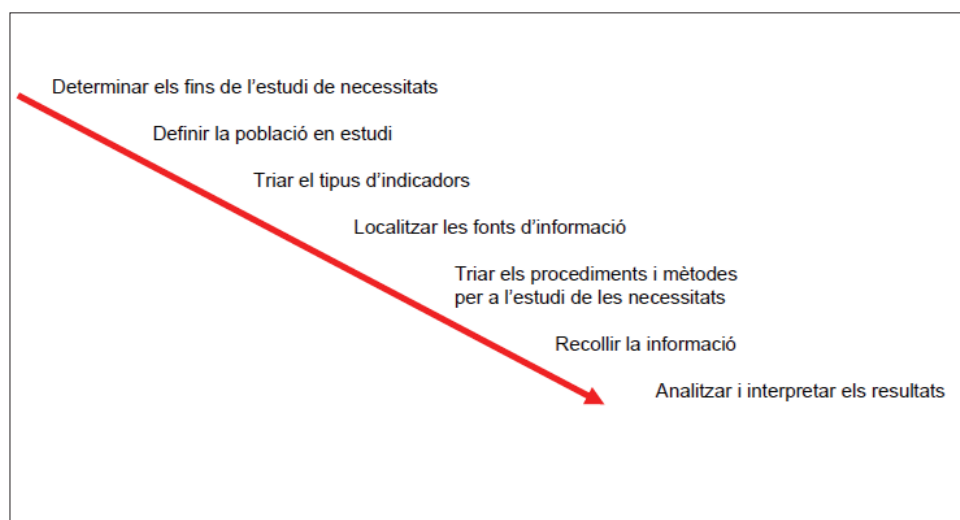
La *necessitat expressada* és la demanda realitzada objectivament mitjançant qual-sevol mitjà.

La *necessitat comparativa* és aquella sorgida de la reivindicació d'uns recursos o resultats existents en una altra comunitat equiparable, i que creiem que serien necessaris per a la nostra, pel fet que aquella altra comunitat els té.

L'anàlisi de la situació comporta un seguit de fases (*figura 6.2*).

L'enfocament metodològic pot ser de tres menes: enfocament per indicadors, enfocament per enquesta i enfocament qualitatiu. Parlem d'enfocament per indicadors quan disposem d'informació quantitativa referida a la situació i l'escenari que volem analitzar. Per enfocament per enquesta, ens referim a aquella situació en la qual no disposem de la informació quantitativa que necessitem, elaborem i implementem un qüestionari a la població a la qual ens volem referir, per tal d'obtenir dades quantitatives sobre aspectes dels nostre interès en el procés de planificació. Per enfocament qualitatiu, ens referim a la utilització d'eines qualitatives per tal d'obtenir informació (no dades) respecte a una situació i/o un escenari determinat.

Figura 6.2. Fases de l'anàlisi de necessitats



6.2.1 Enfocament per indicadors

Un indicador és un *paràmetre mesurable*, quantificable, que permet identificar determinades activitats, recursos o resultats, de manera que puguin ser utilitzats per a la planificació, l'avaluació i l'acció correctora. Aquests paràmetres mesurables no solen ser dades expressament obtingudes per a la realització del nostre treball de planificació, sinó que procedeixen d'estudis sistemàtics ja existents. Es tracta, per tant, de dades secundàries ja disponibles.

Un sistema d'indicadors ha de caracteritzar-se per estar compost d'un número reduït d'indicadors (un excés d'indicadors és inassumible) i aquests indicadors han de ser pertinents, comprensius, objectius, sensibles, específics, verificables i viables.

6.2.1.1 ELABORACIÓ D'INDICADORS

Aquests mateixos indicadors han de tenir una redacció concreta, amb una expressa definició dels seus components (numerador i denominador); una fórmula explícita; la definició de la metodologia amb la qual l'hem obtingut; l'estàndard al qual el volem comparar; la cronologia en la qual cal obtenir-lo; i les responsabilitats de la seva obtenció.

És convenient l'elaboració d'una fitxa per a cada indicador que reculli tots els aspectes anteriorment esmentats. Aquesta fitxa podria tenir un aspecte similar al recollit en la *figura 6.3*. Caldrà identificar cada indicador amb un nom concret, sempre que sigui possible d'acceptació universal. Caldrà explicitar a quina àrea o dimensió ens referim quan utilitzem aquell indicador, és a dir, què ens està mesurant, i quina és la seva justificació, per què utilitzem aquest indicador per mesurar aquesta dimensió i no un altre.

Hem d'establir la fórmula matemàtica concreta: què hi posem al numerador; què al denominador; per quina constant ho multipliquem (percentatge, per cent mil...); i, si és el cas, a quin període de temps ens estem referint (per any, per dia...).

Hem de fer referència a quina població ens referim, com la definim i com l'obtenim. Molts cops aquesta població serà el denominador.

Cal plantejar de quin tipus d'indicador es tracta: d'estructura, de procés o de resultat, i quina és la font de dades d'on hem obtingut l'indicador, i amb quina metodologia s'ha obtingut (mostra, tipus de mostreig...).

Per últim, cal recordar que, quan utilitzem indicadors en planificació, ho fem per tal de quantificar mesures, i que la quantificació, si no es compara amb un valor de referència, l'estàndard, no sol servir per a res. L'estàndard és aquell valor de referència que, en planificació sanitària, ens quantifica el que considerem normal, desitjable o reglamentari.

Figura 6.3. Fitxa d'un indicador

NOM	IDENTIFICACIÓ DE L'INDICADOR
Àrea o dimensió	Aspecte rellevant que es valora A què ens referim?
Justificació	Utilitat i validesa
Fórmula	Fórmula matemàtica
Explicitació de termes	Definició clara dels termes de la fórmula
Població	Unitat d'estudi
Tipus d'indicador	Estructura, procés o resultat
Font de dades	Metodologia de l'obtenció de les dades
Estàndard	Valor de referència
Comentaris	

Quan utilitzem indicadors, aquests poden ser de diversos tipus:

- *Indicadors de freqüència absoluta:* Expressen el número de vegades que es repeteix una característica o les categories d'una variable.
- *Proporció:* És un quocient el numerador del qual està inclòs en el denominador i no incorpora el factor temps. Número de persones en les quals es presenta un fet concret en relació amb la població total susceptible. El quocient resultant el multipliquem per una constant (per cent...) determinada, per dimensionar fàcilment l'impacte. Prevalença i incidència són formes de proporcions. Exemple: percentatge de persones afectades per una malaltia.
- *Taxa:* És una forma especial de proporció a la qual s'incorpora el factor temporal. Representa una relació entre el número d'individus que tenen un caràcter

específic i la població general en un temps determinat. Exemple: percentatge de persones d'una comunitat determinada, afectades per una malaltia, en un any.

- ✦ *Raó*: Relació entre dues variables de característiques diferents. El numerador no està inclòs en el denominador. Exemple: llits per habitant. Aquest quocient pot multiplicar-se també per una constant determinada (per cent...).
- ✦ *Índex*: Són indicadors complexos que sorgeixen de la comparació de dues taxes o raons.

6.2.1.2 MODELS DE MONITORITZACIÓ

En planificació sanitària, generalment, utilitzem indicadors sociodemogràfics, sanitaris, de recursos sanitaris i d'utilització de recursos sanitaris.

Amb els *indicadors sociodemogràfics* pretenem reflectir les principals característiques d'una població determinada, des del punt de vista de la seva quantitat, estructura, característiques socials diverses, situació econòmica, etc. La utilització d'aquest tipus d'indicadors ens permet identificar grups de població més vulnerables o caracteritzar les necessitats reals o potencials derivades de la seva situació. Podem veure si una població és envellida o jove, rica o pobre, si està alfabetitzada o no, en quin tipus d'habitatge viu, en quin sector laboral treballa o quina és la seva taxa d'atur, per exemple. Tots aquests factors tenen una enorme repercussió sobre la salut de les persones, bastint allò que en capítols anteriors hem definit com els *determinants socials de la malaltia*.

Els *indicadors sanitaris* ens refereixen la situació de la salut i la malaltia en la col·lectivitat que estem estudiant. Indicadors clàssics d'aquest tipus són els d'esperança de vida en néixer, incidència i prevalença de determinades malalties, letalitat d'una malaltia determinada o els anys potencials de vida perduts, entre d'altres.

Els *indicadors de recursos sanitaris* són aquells que ens informen sobre les infraestructures i recursos de què disposem en una comunitat determinada per tal de donar resposta al fenomen de la malaltia. Exemples d'aquest tipus d'indicadors serien els de metges i/o infermers per 1000 habitants, llits hospitalaris d'aguts per 1000 habitants o número d'ambulàncies per 10000 habitants.

Els *indicadors d'utilització de serveis sanitaris* ens exposen com són utilitzats aquests serveis sanitaris. Exemples en serien el temps d'espera mitjà per a una intervenció de pròtesi de genoll en una ciutat determinada o en un hospital determinat, o la taxa d'ocupació de llits d'un hospital.

Per a les finalitats de planificació sanitària, utilitzem tot aquest conjunt de models de monitorització de forma conjunta i combinada amb els enfocaments per enquesta i per metodologies qualitatives.

Bibliografia del capítol 6

1. ALFONSO SÁNCHEZ, J. L. *Servicios de Salud. Técnicas avanzadas de marketing y planificación sanitaria*. Barcelona: Ediciones Doyma, 1991.
2. PINEAULT, R. i DAVELUY, C. *La planificación sanitaria. Conceptos. Métodos. Estrategias*. Barcelona: Masson, 1989.
3. FABRA, P. *Diccionari Manual*. Barcelona: Edhasa, 1983
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Healthy Cities*. Disponible a: <<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities>>. Consultat l'1.10.2011.
5. EUROPEAN COMUNITY HEALTH INDICATORS MONITORING. *ECHI. Shortlist*. Disponible a: <www.healthindicators.eu>. Consultat l'1.10.2011.
6. AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA. *Informe de Salud de Barcelona*. Disponible a: <http://www.aspb.cat/quefem/documents_informes_salut_barcelona.htm>. Consultat l'1.10.2011.
7. GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT. *Enquesta de Salut de Catalunya*. Disponible a: <<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/plasalut/doc32868.html>>. Consultat l'1.10.2011.
8. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). Disponible a: <www.ine.es>. Consultat l'1.10.2011.
9. INSTITUT D'ESTADÍSTICA DE CATALUNYA (IDESCAT). Disponible a: <www.idescat.cat>. Consultat l'1.10.2011.
10. EUROPEAN COMMISSION. *Eurostat*. Disponible a: <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>>. Consultat l'1.10.2011.
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponible a: <<http://www.who.int/research/en/>>. Consultat l'1.10.2011.
12. MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. *Sistema de Información Sanitaria. Portal Estadístico*. Disponible a: <<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>>. Consultat l'1.10.2011.
13. GARCÍA FERRANDO, M. "La encuesta", dins GARCÍA FERRANDO, M; IBÁÑEZ, J. i ALVIRA, F. (editores). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Universidad Textos, 1996.
14. GUIX, J. "Dimensionando los hechos: La encuesta (I)", dins *Rev. Calidad Asistencial* 2004; 19 (6): 402-6.
15. GUIX, J. "Dimensionando los hechos: La encuesta (II)", dins *Rev. Calidad Asistencial* 2005; 20 (3): 154-60.
16. GUIX, J. "P<0,05 si, pero...: La aplicación de la metodología cualitativa en la investigación sanitaria", dins *Rev. Calidad Asistencial* 2003; 18: 55-8.

17. GUIX, J. “Analizando los ‘por qué’: Los grupos focales”, dins *Rev. Calidad Asistencial* 2003: 18 (7): 598-602.
18. ALFONSO SÁNCHEZ, J. L. *Técnicas avanzadas de marketing y planificación sanitaria*. Barcelona: Doyma, 1991.

7. Organismes sanitaris d'àmbit mundial i europeu

Per poder comprendre el *perquè* d'unes formes organitzatives en l'àmbit mundial, cal partir del coneixement de la seva situació econòmica i social.

7.1. Situació sanitària internacional

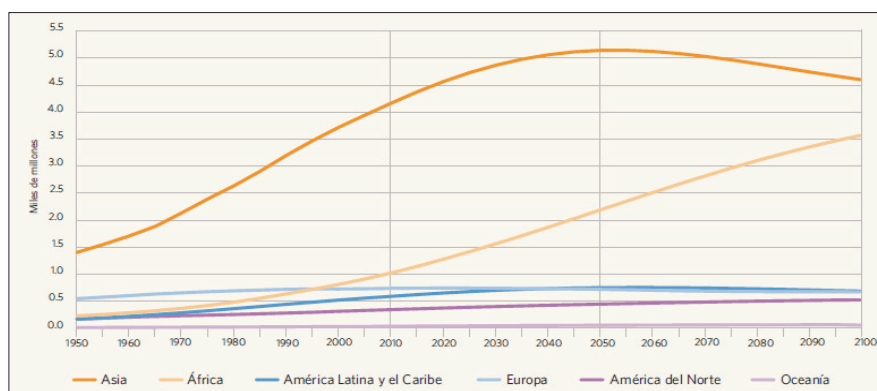
El 31 d'octubre del 2011 es va arribar, oficialment, als 7.000 milions d'habitants a la Terra. Els primers 1.000 milions de persones van ser assolides l'any 1804. Els 2.000 milions l'any 1927. L'any 1999 érem uns 6.000 milions de persones. Mentre que, per passar del primer al segon miler de milions, es van trigar 123 anys, per passar dels 6.000 als 7.000 tan sols han fet falta 12 anys. El ritme de creixement s'ha accelerat de forma exponencial en els darrers anys, especialment, per la disminució de la mortalitat i una lleu disminució de la fecunditat en els darrers anys no ha estat suficient per anivellar-ho [1]. L'*esperança de vida en néixer* (EVN) s'ha anat incrementat arreu del món i, mentre que l'EVN dels països desenvolupats, que continua sent la més alta, i la dels països en desenvolupament de baixa mortalitat es van apropant, la dels països en desenvolupament d'alta mortalitat, tot i anar creixent, encara està força lluny de la resta.

La mortalitat infantil i perinatal així com la mortalitat materna són elevades a l'Àfrica i al sud-est asiàtic, i la càrrega de morbililitat en l'àmbit mundial és, aproximadament, el 30% en la població fins a 4 anys i el 40% quan ens centrem en els països en desenvolupament d'alta mortalitat.

D'aquests 7.000 milions, 893 milions són majors de 60 anys i es calcula que, cap al 2050, els majors de 60 anys seran 2.400 milions. Els menors de 25 anys són el 43% de la població mundial. Una de cada dues persones viu en ciutats i la tendència és que en 35 anys ho faran dues de cada tres [1].

L'evolució d'aquest creixement poblacional es pot veure en la *figura 7.1*.

Figura 7.1. Estimació i projecció de la població per zones principals. UNFPA [1]



Per resumir, cal remarcar les grans diferències existents quant a indicadors de desenvolupament, mortalitat, EVN, mortalitat infantil, perinatal i materna, morbiditat, etc., entre les diferents regions del món, que assoleixen els pitjors indicadors a l'Àfrica Sub-sahariana i el sud-est asiàtic, i els millors als països desenvolupats d'Europa i al nord d'Amèrica [2].

7.2. L'Organització Mundial de la Salut (OMS)

L'Organització de les Nacions Unides va néixer el 24 d'octubre de 1945, un cop acabada la II Guerra Mundial, i va ser constituïda, inicialment, per 51 estats, bàsicament, per aquells que havien format part, durant el període bèl·lic, dels aliats i d'estats neutrals. Actualment, compta amb 193 estats membres (2011). La seva seu central és a la ciutat de Nova York i els seus objectius principals són mantenir la pau i la seguretat internacionals; fomentar les relacions d'amistat entre les nacions; ajudar les nacions a treballar unides per tal de millorar la vida dels pobres, vèncer la fam, les malalties i l'analfabetisme, i fomentar el respecte dels drets i llibertats dels altres; i servir com a centre que harmonitzi els esforços de les nacions per tal d'assolir aquests objectius comuns [3].

La *Declaració Universal dels Drets Humans*, nascuda com a complement de la *Carta de les Nacions Unides*, va ser aprovada el 10 de desembre del 1948 per l'Assemblea General de les Nacions Unides, i ha esdevingut font dels principis fonamentals de l'ONU. Als nostres efectes cal destacar l'article 25, que diu: "Tota persona té dret a un nivell de vida que asseguri la seva salut, el seu benestar i els de la seva família, especialment quant a alimentació, a vestit, a habitatge, a atenció mèdica i als necessaris serveis socials; tota persona té dret a la seguretat en cas de desocupació, malaltia, invalidesa, viduïtat, vellesa o en d'altres casos de pèrdua dels mitjans de subsistència a causa de circumstàncies independents de la seva voluntat. [...] La maternitat i la infantesa tenen dret a una ajuda i a una assistència especials. Tot infant nascut dins o fora del matrimoni frueix d'igual protecció social" [4].

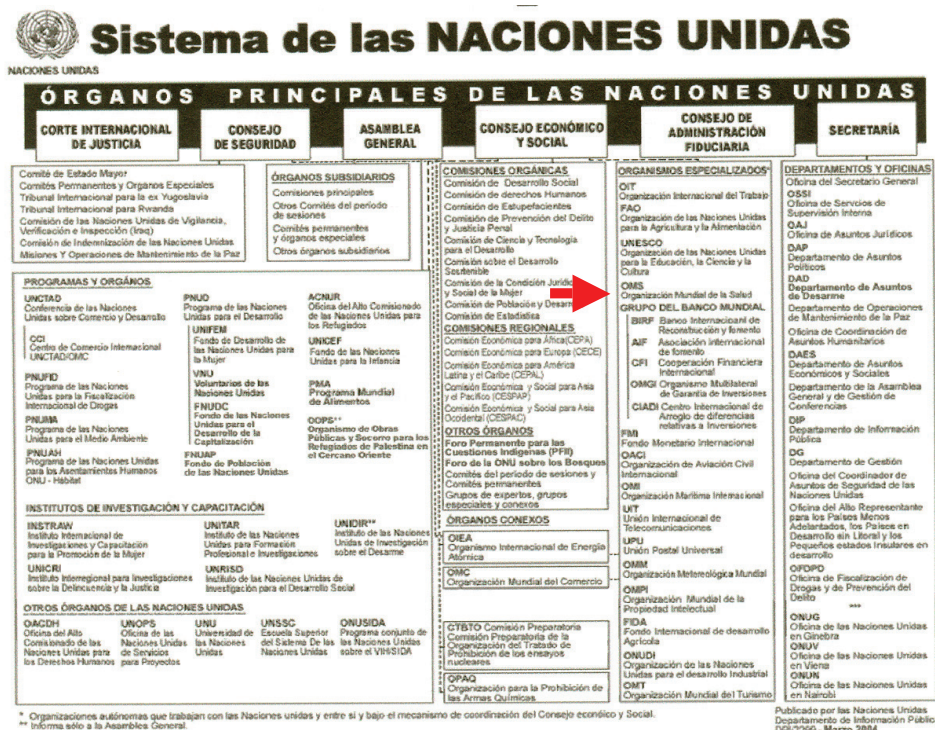
L'ONU s'organitza en àrees especialitzades en diverses matèries (figura 7.2), entre les quals ens cal remarcar l'Organització Mundial de la Salut (OMS), encarregada dels temes relacionats amb la salut.

L'OMS té la seva seu central a Ginebra i va ser fundada el 7 d'abril del 1948, amb l'objectiu fonamental de promoure la millora de la salut arreu del món. Actualment, compta amb 192 estats membres i dos d'associats, a més d'alguns països observadors.

L'OMS realitza, fonamentalment, 1) activitats normatives, com establir la *Clasificación Internacional de les Malalties* (ICD) o el Reglament Sanitari Internacional; 2) la direcció i coordinació d'activitats sanitàries; 3) la cooperació tècnica amb els estats membres; i 4) el recull i normalització d'informació estadística sanitària.

Les funcions essencials de l'OMS són oferir lideratge en temes crucials per a la salut i participar en aliances quan es requereixin actuacions conjuntes; determinar les línies d'investigació i estimular la producció, difusió i aplicació de coneixements valuosos; establir normes i promoure i seguir de prop la seva aplicació en la pràctica; formular opcions de política que reuneixen principis ètics i de fonament científic; donar suport tècnic, catalitzar el canvi i crear capacitat institucional duradora; seguir de prop la situació en matèria de salut i determinar les tendències sanitàries [5 i 6].

Figura 7.2. Esquema del sistema de les Nacions Unides. OMS

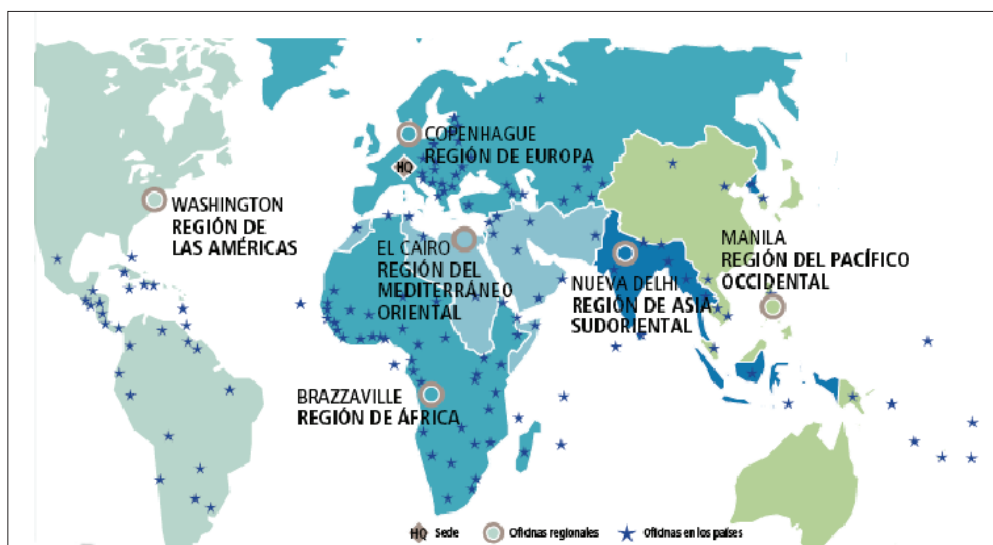


L'òrgan decisor i màxim de l'OMS és l'Assemblea Mundial de la Salut, composta pels ministres de Sanitat o equivalents de tots els estats membres, que es reuneix anualment en una seu rotatòria.

L'Assemblea Mundial nomena el *director/a general* de l'OMS, que és la màxima figura executiva de l'Organització. També l'Assemblea nomena, a proposta dels estats membres, el *Consell Executiu*. El *Secretariat* de l'OMS és el nom que rep el conjunt administratiu de l'Organització.

Pel fet de ser d'abast mundial i per a una millor efectivitat, l'OMS s'estructura en sis regions (*figura 7.3*). En cada una de les regions hi ha un comitè regional, compost pels responsables sanitaris dels estats membres de la regió corresponent, i un director/a regional.

Figura 7.3. Regions de l'OMS. Font: OMS



És important destacar que l'OMS no té capacitat legislativa directa. Les seves recomanacions formals haurien de ser adoptades formalment pels estats membres en un termini de 18 mesos des de la seva aprovació, però aquests poden rebutjar-ne l'aplicació.

7.2.1 Les estratègies de l'OMS

L'any 1978, en la Conferència Mundial de l'OMS celebrada a *Alma Ata* (URSS) [7], es va començar a plantejar la necessitat d'una estratègia comuna, la qual es podria resumir en els següents punts:

- ✦ Es constata l'existència de desigualtats en l'estat de salut de les poblacions, entre els estats i dins dels mateixos estats.
- ✦ Es reconeix el fet que el desenvolupament econòmic i social són bàsics per a la salut.

- ✦ Es planteja el dret a la participació comunitària en tots els temes relacionats amb la salut de les persones.
- ✦ S'evidencia la responsabilitat dels governs respecte de l'estat de salut dels seus ciutadans.
- ✦ Es planteja com a objectiu per l'any 2000 que tots els habitants del món han de tenir un nivell de salut que els permeti portar una vida productiva socialment i econòmicament.
- ✦ Es formula el paper fonamental de l'atenció primària en les polítiques i l'estructuració dels sistemes de salut.

Posteriorment, l'any 1981 i com a conseqüència i concreció d'Alma Ata, es formula la política comuna de *Salut per a Tots per l'any 2000* [8] (SPT 2000), que té com a objectiu fonamental l'assegurar la igualtat davant la salut, reduint les diferències entre països i entre classes socials. Per assolir-ho, planteja tres grans línies estratègiques: 1) afegir anys a la vida, és a dir, disminuir la mortalitat i, molt especialment, la mortalitat infantil; 2) afegir salut a la vida: disminuir la morbiditat; i 3) afegir vida als anys, és a dir, augmentar la qualitat de vida i l'esperança de vida sense limitacions per malaltia. Cada una d'aquestes línies es concretava en diversos objectius específics.

Posteriorment, aquesta estratègia es va anar concretant en conferències posteriors com la d'Ottawa [9], Yakarta [10] o Bangkok [11], entre d'altres.

En arribar a les portes de l'any 2000, va ser evident que, del conjunt d'objectius formulats per l'SPT 2000, un terç serien assolits l'any 2000, un altre terç es podria assolir entorn del 2010 i, per últim, el darrer terç es va considerar com a no assumible en els termes formulats.

Així, l'any 1998 es va formular una nova estratègia, continuació de l'SPT 2000, que es va dir "Salut per a tots pel segle XXI" [12]. L'objectiu continua centrat en l'assoliment ple del seu potencial de salut en totes les persones. S'estableixen dues fites principals, que són el fet de promoure i protegir la salut de les persones durant tota la seva vida, i reduir la incidència de les principals malalties i lesions, així com el patiment que originen. Per tal d'assolir-ho, es formulen quatre estratègies principals: 1) estratègies multisectorials per fer front als determinants de la salut, tenint en compte les perspectives culturals, socials, econòmiques, físiques i de gènere, i garantint la utilització de l'avaluació de l'impacte sanitari; 2) programes i inversions dirigits als resultats sanitaris i encaminats al desenvolupament de la salut i de l'atenció sanitària; 3) atenció primària de salut orientada a la comunitat i a la família amb un caràcter integrat, amb l'assistència d'un sistema hospitalari flexible i amb capacitat de resposta; i 4) un procés de desenvolupament sanitari de caràcter participatiu, que impliqui els agents rellevants en matèria de salut a la llar, en els centres educatius, en el treball, així com en l'àmbit comunitari i nacional, i que promogui la presa de decisions, l'aplicació i la responsabilitat conjunta.

L'any 2000 l'Assemblea General de l'ONU va aprovar solemnement la *Declaració del Mil·lenni* [13] amb la pretensió de millorar la situació social, econòmica i sanitària del món. Aquesta declaració es concreta en vuit objectius:

- ✦ *Objectiu 1: Eradicar la pobresa extrema i la gana.*
 - a) Reduir a la meitat, entre 1990 i 2015, la proporció de persones que sofreixen gana.
 - b) Reduir a la meitat, entre 1990 i 2015, la proporció de persones els ingressos de les quals són inferiors a un dòlar diari.
 - c) Aconseguir plena ocupació productiva i treball digne per a tots, incloent-hi dones i joves.
- ✦ *Objectiu 2: Aconseguir l'ensenyament primari universal.*
 - a) Assegurar que en 2015, la infància de qualsevol part, nens i nenes per igual, sigui capaç de completar un cicle complet d'ensenyament primari.
- ✦ *Objectiu 3: Promoure la igualtat entre els gèneres i l'autonomia de la dona.*
 - a) Eliminar les desigualtats entre els gèneres en l'ensenyament primari i secundari, preferiblement per a l'any 2005, i en tots els nivells de l'ensenyament abans de finals del 2015.
- ✦ *Objectiu 4: Reduir la mortalitat infantil.*
 - a) Reduir en dues tercers parts, entre 1990 i 2015, la mortalitat de nens menors de cinc anys.
- ✦ *Objectiu 5: Millorar la salut materna.*
 - a) Reduir en tres quartes parts, entre 1990 i 2015, la mortalitat materna.
 - b) Aconseguir l'accés universal a la salut reproductiva.
- ✦ *Objectiu 6: Combatre el VIH/SIDA, el paludisme i altres malalties.*
 - a) Haver detingut i començat a reduir la propagació del VIH/SIDA en 2015.
 - b) Aconseguir, per 2010, l'accés universal al tractament del VIH/SIDA de totes les persones que ho necessitin.
 - c) Haver detingut i començat a reduir, en 2015, la incidència de la malària i altres malalties greus.
- ✦ *Objectiu 7: Garantir el manteniment del medi ambient.*
 - a) Incorporar els principis del desenvolupament sostenible en les polítiques i els programes nacionals i reduir la pèrdua de recursos del medi ambient.
 - b) Haver reduït i haver alentit considerablement la pèrdua de diversitat biològica en 2010.

- c) Reduir a la meitat, per 2015, la proporció de persones sense accés sostenible a l'aigua potable i a serveis bàsics de sanejament.
- d) Haver millorat considerablement, en 2020, la vida d'almenys 100 milions d'habitants de barris marginals.
- ✦ *Objectiu 8: Fomentar una associació mundial per al desenvolupament.*
 - a) Desenvolupar encara més un sistema comercial i financer obert, basat en normes, previsible i no discriminatori.
 - b) Atendre les necessitats especials dels països menys avançats.
 - c) Atendre les necessitats especials dels països en desenvolupament sense litoral i els petits Estats insulars en desenvolupament (mitjançant el Programa d'Acció per al desenvolupament sostenible dels petits Estats insulars en desenvolupament i els resultats del vintè segon període extraordinari de sessions de l'Assemblea General).
 - d) Encarar de manera integral els problemes del deute dels països en desenvolupament amb mesures nacionals i internacionals perquè el deute sigui sostenible a llarg termini.
 - e) En cooperació amb les empreses farmacèutiques, proporcionar accés als medicaments essencials als països en desenvolupament a preus assequibles.
 - f) En cooperació amb el sector privat, donar accés als beneficis de les noves tecnologies, especialment, les de la informació i les comunicacions.

Per tal d'adaptar-se a aquest marc universal, l'OMS l'any 2006 posa en marxa el *Programa General de Treball 2006-2015* [14], que pretén dibuixar un marc i unes orientacions estratègiques per a la feina a desenvolupar per l'OMS i per la comunitat internacional en el terreny de la salut: s'examinen els problemes sanitaris que planteja el nostre món actual globalitzat.

El Pla destaca set esferes de treball prioritàries:

1. Invertir en la salut per reduir la pobresa.
2. Crear seguretat sanitària individual i mundial.
3. Promoure una cobertura universal, la igualtat entre homes i dones i els drets humans relacionats amb la salut.
4. Afrontar els factors determinants de la salut.
5. Reforçar els sistemes de salut i promoure l'accés equitatiu a l'assistència sanitària.
6. Aprofitar els coneixements, la ciència i la tecnologia.
7. Enfortir la governança, el lideratge i la rendició de comptes.

Com hom pot apreciar, el conjunt de les principals declaracions estratègiques de l'OMS sorgeixen d'Alma Ata, i el que fan és anar puntualitzant i actualitzant els seus grans principis.

7.2.2 El Reglament Sanitari Internacional

Per tal de contenir les possibilitats d'expansió de determinades infeccions especialment greus per a la salut pública, l'any 1951 l'OMS va dictar el *Reglament Sanitari Internacional* (RSI), que va ser modificat els anys 1969, 1973 i 1981, passant de sis malalties quarentenables a sols tres (febre groga, pesta i còlera), com a conseqüència de l'eradicació mundial de la verola per part de l'OMS assolida l'any 1980.

L'any 2005, amb l'experiència de l'epidèmia de la *Síndrome Respiratòria Aguda Severa* (SARS) i enfront de l'alt grau de globalització i de viatges intercontinentals, l'RSI va ser modificat per última vegada; actualment, és vigent [15].

L'RSI té com a finalitat “prevenir la propagació internacional de malalties, protegir contra aquesta propagació, controlar-la i donar-li una resposta de salut pública proporcionada i restringida als riscos per a la salut pública, evitant, al mateix temps, les interferències innecessàries amb el tràfic i el comerç internacional” [15]. El seu abast ja no es limita a un número determinat de malalties, sinó que s'estén a tota malaltia, sigui quin sigui el seu origen o procedència, que pugui representar un dany important per a l'ésser humà.

Els elements bàsics de l'RSI són els següents: Vigilància; Control de punts d'entrada; Notificació; Verificació; Determinació de l'existència d'una potencial emergència de salut pública d'importància internacional; Resposta de salut pública; i Coordinació i cooperació.

7.2.3 Classificació Internacional de Malalties (CIM)

La CIM és una eina creada per l'OMS l'any 1948 per tal de classificar els diagnòstics, causes de mort i procediments utilitzats en sanitat per tal de facilitar la comparabilitat de dades sanitàries en l'àmbit internacional.

Aquesta classificació és d'una gran utilitat i serveix per nodrir les bases de dades sanitàries, tant del conjunt d'estats membres, com de la mateixa OMS.

7.3 Unió Europea

La *Unió Europea* (UE) es defineix com una comunitat política de dret que pretén la col·laboració, en tots els àmbits, entre els 27 estats membres i, d'alguna manera, es podria entendre com un embrió d'una futura unitat política dels seus components.

Els seus orígens cal buscar-los a la fi de la II Guerra Mundial, concretament l'any 1948, quan Bèlgica, els Països Baixos (*Neederland*) i Luxemburg constitueixen formalment la *Unió Duanera del BENELUX*, mitjançant la qual s'aboleixen els drets duaners entre els tres estats, i s'estableixen taxes comunes per a les mercaderies procedents de l'exterior d'aquesta Unió.

Posteriorment, l'any 1951 Alemanya Occidental, Bèlgica, França, Itàlia, Luxemburg i els Països Baixos decideixen suprimir barreres i mesures discriminatòries per tal d'assegurar la lliure competència en el sector del carbó i de l'acer, i així millorar l'eficiència, tot garantint-ne el proveïment. Es crea la *Comunitat Europea del Carbó i de l'Acer* (CECA).

Un pas endavant més es fa l'any 1957 entre els mateixos sis estats, signant el Tractat de Roma, mitjançant el qual es constitueix la *Comunitat Econòmica Europea* (CEE), que estableix dues polítiques fonamentals: la creació d'un *Mercat Comú*, que permeti el lliure tràfic de mercaderies i capitals entre els sis estats membres, i la *Política Agrària Comuna* (PAC), que, a més de la lliure circulació de productes agrícoles, estableix mesures proteccionistes enfront de la competència d'altres estats en aquest terreny. L'any 1985 l'Estat espanyol s'integra a la CEE.

L'any 1992 se signa el Tractat de Maastricht, mitjançant el qual es crea la *Unió Europea* (UE) com a superació de l'antiga CEE. Als antics principis de lliure circulació de mercaderies i de capitals, s'afegeix la lliure circulació i residència dels ciutadans dels estats membres, i que ha rebut la darrera modificació l'any 2007 amb la forma del Tractat de Lisboa.

Actualment, la Unió Europea està constituïda per 27 estats, que comporten 502 milions d'habitants, amb un *Producte Interior Brut* (PIB) per càpita de 2.300 € (2010), i una Esperança de Vida en Néixer per a homes de 76,4 anys, i per a dones de 82,4 anys. Des de l'any 2001, 15 dels 27 estats membres de la UE tenen una moneda comuna, l'euro (€).

Les principals institucions de la Unió Europea són:

- *El Parlament Europeu*, que és l'organisme legislatiu de la UE, compost per eurodiputats escollits directament pels ciutadans dels estats membres cada cinc anys, organitzat per grups parlamentaris d'acord amb la seva ideologia política, i no segons la representació estatal. El Parlament té tres seus: Brussel·les, Luxemburg i Estrasburg.

- ✦ *El Consell de la Unió Europea*, que constitueix la principal instància decisòria de la UE, integrat per representants dels estats membres per tal de legislar, conjuntament amb el Parlament, i coordinar accions.
- ✦ *La Comissió Europea*, podria comparar-se amb una mena de govern de la Unió. Està composta pels comissaris europeus, amb àmbits d'acció definits.
- ✦ *El Consell Europeu*, compost pels primers ministres i caps d'Estat dels estats membres, que es reuneix quatre cops l'any en seus rotatòries i que té com a funcions principals fixar les prioritats i estratègies de la UE i tractar tota mena de qüestions complexes. No té competència per aprovar legislació.

A més, hi ha tota una sèrie d'altres institucions amb diverses finalitats: Tribunal de Justícia, Tribunal de Comptes, Comitè Econòmic i Social, Comitè de les Regions, Banc Europeu i Defensor del Poble Europeu.

Mentre que l'OMS no té capacitat legislativa, la UE sí que la té i l'exerceix mitjançant fórmules diverses que impliquen un major o menor grau d'obligatorietat.

- ✦ *Reglament Comunitari*. És d'abast general i obligatori per a tots els estats membres i d'aplicació directa, i substitueix la legislació estatal en les matèries tractades.
- ✦ *Decisió*. També de caràcter obligatori per als destinataris concrets, i no té perquè ser d'àmbit general.
- ✦ *Directiva*. Obliga l'estat o estats membres afectats quant als resultats, deixant que cada un dels estats afectats decideixi la forma jurídica que cal aplicar. No és directament aplicable, sinó que cal adoptar-lo per cada estat afectat en un termini determinat.
- ✦ *Recomanació*. De caràcter no obligatori. Marca una orientació.
- ✦ *Dictamen*. No obligatori. Expressa una opinió.

7.3.1 La sanitat a la Unió Europea

Si bé la UE no té competències en el terreny de l'assistència sanitària basant-se en el principi de subsidiarietat, sí que realitza importants tasques d'impulsió i cooperació en el terreny de la salut pública, i té àmplies capacitats legislatives en el terreny de la protecció de la salut, fonamentalment, en matèria de seguretat alimentària i de contaminació del medi; òrgans, teixits, sang i derivats de la sang humana; qualitat i seguretat dels medicaments; i en la vigilància i lluita contra les pandèmies i amenaces per a la salut que puguin tenir una dimensió transfronterera.

L'apartat XIV, article 168 del Tractat de la UE [19] diu: “L'acció de la Unió, que complementarà les polítiques nacionals, s'encaminarà a millorar la salut pública, prevenir les malalties humanes i evitar les fonts de perill per a la salut física i psíquica. Aquesta acció abastarà la lluita contra les malalties més greus i àmpliament difoses, donant suport a la investigació de la seva etiologia, de la seva transmissió i de la seva prevenció, així com la informació i l'educació sanitàries, i la vigilància de les amenaces transfrontereres greus per a la salut, l'alerta en cas de tals amenaces i la lluita contra aquestes”. La UE, en el terreny de la salut humana, té, com a finalitats polítiques bàsiques, la prevenció de la malaltia, la promoció d'estils de vida saludables i la protecció enfront d'amenaces per a la salut.

Aquests principis s'executen a través de la *Direcció General de Salut i Consumidors* (SANCO) i d'un conjunt d'agències especialitzades: *Agència Executiva de Sanitat i Consum* (EAHC); *Fundació Europea per a la Millora de les Condicions de Vida i de Treball* (Eurofund); *Agència Europea de Medicaments* (EMA); *Centre Europeu per a la Prevenció i el Control de les Malalties* (ECDC); *Agència Europea per a la Seguretat i la Salut en el Treball* (OSHA); i *Autoritat Europea de Seguretat Alimentària* (EFSA) [20].

S'ha plantejat una estratègia de salut comunitària amb el lema “Junts per a la Salut; un plantejament estratègic per a la UE (2008-2013)” [21]. Aquesta estratègia es basa en quatre principis:

1. Una estratègia basada en valors sanitaris compartits: universalitat, l'accés a una atenció sanitària de qualitat, l'equitat i la solidaritat; la potenciació del paper dels mateixos ciutadans; i la reducció de les desigualtats sanitàries.
2. La salut és el tresor més preuat. A més del valor que la nostra societat dona a la salut, cal considerar que una població sana és un requisit indispensable per a la productivitat i per a la prosperitat econòmica. No s'ha de percebre la despesa sanitària únicament en termes de cost, sinó d'inversió de futur.
3. La salut en totes les polítiques. La salut de la població no és només un assumpte de política sanitària, sinó que implica una acció transversal de totes les altres polítiques en aquest sentit.
4. Reforçar la veu de la UE en l'àmbit de la salut mundial.

Operativament, l'estratègia comunitària es planteja tres objectius estratègics concrets:

- Promoure la bona salut en una Europa que envelleix.
- Protegir els ciutadans enfront de les amenaces per a la salut.
- Fomentar sistemes sanitaris dinàmics i noves tecnologies.

Un altre dels aspectes que cal destacar de la política sanitària de la UE és el de la *seguretat alimentària*, en bona part, centralitzada en la figura de l'*Autoritat Europea de*

Seguretat Alimentària (EFSA), que es concreta en l'estratègia denominada "De la granja a la taula", que es basa en normes sobre seguretat d'aliments i pinsos; assessorament científic independent i accessible al públic; mesures per fer complir la normativa i controlar els processos; i el reconeixement del dret del consumidor a escollir basant-se en una informació completa i fidedigna. Ja des dels anys 90 i com a conseqüència d'importantes crisis alimentàries, com la de les contaminacions amb dioxines o clembuterol o la crisi de les "vaques boges", per exemple, es va introduir el concepte de *traçabilitat*, segons el qual les empreses alimentàries i de pinsos han de garantir el fet de poder seguir la pista de qualsevol producte alimentari des de la granja fins a la taula del consumidor, identificant i registrant proveïdors i empreses a les quals se subministri, és a dir, tots els elements de la cadena alimentària. Igualment, està establert un *Sistema d'Alerta Ràpida* pel qual, enfront de qualsevol tipus d'alarma que pugui suposar un risc per a la salut pública, tots els països puguin ser alertats immediatament per les autoritats de l'estat en el qual s'hagi detectat el problema, per tal d'evitar conseqüències.

Un últim element a considerar és la llibertat de trànsit i de residència i treball dels professionals sanitaris en qualsevol estat membre de la UE, amb els mateixos drets i deures que els naturals del propi estat.

7.4 Les Organitzacions No Governamentals (ONG)

Es coneix com a *Organitzacions No Governamentals (ONG)* el conjunt d'entitats privades, independents dels organismes dels estats i dels governs, sense afany de lucre, i basades en bona part en el voluntariat que actuen en camps tan diversos com el desenvolupament, la sanitat, l'educació, l'ajuda humanitària o amb finalitats socials diverses, sempre d'ajuda als menys afavorits socialment i econòmicament i que se solen classificar dins l'anomenat Tercer Sector.

L'ONU, l'any 1946, va reconèixer la importància del treball de les ONG associades amb l'ONU a través del Departament d'Informació Pública, i l'any 1968 el Consell Econòmic i Social de l'ONU va impulsar, encara més, el reconeixement i el suport de l'ONU a les ONG. La mateixa ONU ha definit les ONG: "Una *Organització No Governamental (ONG)* és una agrupació de ciutadans voluntaris, sense ànim de lucre, que s'organitzen en àmbit local, nacional o internacional per abordar qüestions de benestar públic. Les ONG, amb una labor concreta i formades de gent que comparteix un mateix interès, exerceixen una sèrie de serveis i funcions humanitàries, apropen les preocupacions dels ciutadans als governs, vigilen les polítiques i que els programes es posin en pràctica i animen al fet que els interessats de la societat civil participin en l'àmbit comunitari. Ofereixen anàlisi i competència, serveixen com a mecanismes d'alerta primerenca i ajuden a vigilar i posar en pràctica acords internacionals. Algunes se centren

en un tema en concret, com els drets humans, el medi ambient o la salut. La seva relació amb les oficines i agències de les Nacions Unides varia segons la seva situació i el seu mandat” [23].

Allò que actualment coneixem com a ONG, té un cert origen en les institucions caritatives o filantròpiques, generalment associades a institucions religioses o a fundacions filantròpiques privades. El sorgiment l'any 1863 de Creu Roja representa una fita essencial en la visió més moderna de les ONG.

Des d'un punt de vista jurídic, les ONG solen prendre la forma d'associacions o de fundacions, tot i que hi ha altres tipologies que, per les seves característiques particulars, s'agrupen d'una manera diferent, com és el cas d'algunes congregacions religioses que es regeixen per sistemes jurídics diferents.

Les *associacions* són agrupacions de persones constituïdes per realitzar una activitat col·lectiva d'una forma estable, organitzades democràticament, sense ànim de lucre i independents de l'Estat, els partits polítics i les empreses. Quan, en lloc de persones, són organitzacions les que constitueixen una associació, aquesta es reconeix com a Federació, Confederació o Unió.

Les *fundacions* són organitzacions constituïdes per voluntat dels seus creadors, els qui aporten el seu patrimoni per a la realització de finalitats d'interès general, no posseeixen ànim de lucre i, a diferència de les associacions, no estan formades per socis, sinó per un patronat compost directament pels seus fundadors. Els seus membres poden ser persones o empreses.

Les *fonts de finançament* poden ser pròpies o alienes. Les fonts pròpies poden basar-se en quotes socials, quotes d'usuaris, serveis a socis i col·laboradors, recaptacions a petita escala i activitats econòmiques. Les fonts de finançament alienes poden ser d'origen públic, subvencions, convenis, prestacions de serveis, privades, donacions, patrocinis i les derivades d'organització d'accions.

Les estratègies de les ONG poden ser del tipus de l'ajuda directa, la defensa dels drets humans (*Advocacy*), la denúncia de determinats fets o situacions, la presència d'actors imparcials a l'escenari (*Témoignage*), la sensibilització, la pressió política (*Lobby*) o l'acompanyament.

L'activitat de les ONG, que tant pot ser interpretada com a complementària de l'acció dels governs, com interpretada com a acció dirigida a allò que no volen fer els governs, planteja una sèrie de controvèrsies. Es qüestiona, en alguns casos, la independència real d'algunes ONG en ser, a la pràctica, dependents de les subvencions governamentals, l'acció polititzada d'alguns dels seus components, la manipulació de què poden ser subjectes i, per tant, si pot estar qüestionada la seva neutralitat o imparcialitat, tenint en compte que, en alguns casos, l'ONG es manifesta obertament a favor d'alguna de les parts enfront de situacions de conflicte. També es remarca que, algunes, actuen, a

la pràctica com a veritables *lobbies*. Un altre dels problemes està en la potencial acció negativa de la seva actuació, bé pel que fa a actuacions inadequades, descoordinades amb altres ONG o amb els governs locals, o a la competència entre diverses ONG pel que fa a les fonts de finançament. La influència dels donants pot fer-se evident i, fins i tot, fer negativa l'acció, no tan sols pel que respecta a la neutralitat, sinó també a la mateixa naturalesa dels programes, que poden haver estat dissenyats o inspirats unilateralment pels donants o ser plantejades per escenaris concrets decidits pels donants, i no pels espais o pel tipus d'actuacions més adequats i necessaris i que poden respondre a raons polítiques, religioses o ideològiques, i no a raons estrictament humanitàries. Una darrera qüestió està en el fet de si en tots els casos estem parlant de solidaritat o de caritat, i de l'existència de formes de guanyar-se la vida o empresarials encobertes.

Per tal de donar resposta a aquestes qüestions, es va elaborar l'any 1994 el *Codi de Conducta en l'Ajuda en Desastres* [24] per part de l'*Steering Committee for Humanitarian Response* (SCHR), que agrupa nombroses ONG i que té com a objectiu definir unes normes de conducta i garantir la independència, l'eficàcia i la repercussió de les operacions d'ajuda humanitària. Aquest Codi comporta que:

- L'imperatiu humanitari és el primer; l'ajuda és lliure amb independència de la raça, credo o nacionalitat dels receptors i sense distinció de cap tipus.
- Les prioritats de l'ajuda s'avaluen únicament en funció de la necessitat; no s'utilitzarà l'ajuda per promoure un punt de vista polític o religiós determinat.
- Les ONG intentaran per tots els mitjans no actuar com a instruments de la política exterior dels governs.
- Les ONG respectaran la cultura i els costums locals.
- Les ONG intentaran basar la seva resposta a la catàstrofe sobre les capacitats locals.
- Es buscaran mitjans per implicar els beneficiaris dels programes en la gestió de l'ajuda humanitària.
- L'ajuda humanitària haurà de fer el possible per reduir la vulnerabilitat futura davant les catàstrofes, així com satisfer necessitats bàsiques.
- Les ONG rendiran comptes tant davant els beneficiaris com davant els donants; en les activitats d'informació, reconeixem les víctimes com a éssers humans dignes i no com a objectes desesperançats que inspiren compassió.

D'altra banda, els donants es comprometen, mitjançant la *Declaració de Roma sobre l'harmonització* [25], a:

- Vetllar perquè l'ajuda al desenvolupament sigui donada conforme a les prioritats dels països receptors, dins de les seves estratègies de disminució de la pobresa.

- ✦ Reduir les seves missions, exàmens i informes. Simplificar i harmonitzar les documentacions.
- ✦ Reforçar els seus esforços en matèria de cooperació delegada a escala nacional i augmentar el marge de maniobra del personal en el lloc, per gestionar amb major eficàcia els programes.
- ✦ Defensar el treball d'anàlisi en els països amb vista a incrementar la capacitat d'adreça dels governs i afavorir la seva identificació amb els resultats obtinguts.
- ✦ Proveir ajuda financera coordinada.

Bibliografia del capítol 7

1. UNFPA. *Estado de la población mundial 2011*. Disponible a: <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/SWP_2011/SP-SWOP2011.pdf>. Visualitzat el 13.11.2011.
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estadísticas sanitarias mundiales 2011*. Disponible a: <<http://www.who.int/whosis/whostat/2011/es/index.html>>. Visualitzat el 13.11.2011.
3. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Portal de las Naciones Unidas*. Disponible a: <<http://www.un.org/es/>>. Visualitzat el 13.11.2011.
4. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Disponible a: <<http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml>>. Visualitzat el 13.11.2011.
5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. 1946. Disponible a: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>. Visualitzada el 14.11.2011.
6. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Acerca de la OMS*. Disponible a: <<http://www.who.int/about/es/>>. Visualitzat el 13.11.2011.
7. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Declaración de Alma Ata*. 1978. Disponible a: <<http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>>. Visualitzat el 13.11.2011.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Strategy for Health for by the Year 2000*. 1981. Disponible a: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>>. Visualitzat el 13.11.2011.
9. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. 1986. Disponible a: <<http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>>. Visualitzat el 13.11.2011.

10. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud*. 1997. Disponible a: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf>. Visualitzat el 13.11.2011.
11. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. 2005. Disponible a: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf>. Visualitzat el 13.11.2011.
12. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Salud para todos para el siglo XXI*. Disponible a: <http://www.famp.es/racs/intranet/otras_secciones/documentos/SALUD%2021.pdf>. Visualitzat el 14.11.2011.
13. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Declaración del milenio*. 2000. Disponible a: <<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>>. Visualitzat el 13.11.2011.
14. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015*. Disponible a: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_25-sp.pdf>. Visualitzat el 14.11.2011.
15. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Reglamento Sanitario Internacional*. 2005. Disponible a: <http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf>. Visualitzat el 14.11.2011.
16. IDESCAT. *Classificació Internacional de Malalties, CIM 10*. Disponible a: <<http://www.idescat.cat/cat/idescat/classif/cim10.html>>. Visualitzat el 22.11.2011.
17. UNIÓN EUROPEA. *Europa. Portal de la Unión Europea*. Disponible a: <http://europa.eu/index_es.htm>. Visualitzat el 22.11.2011.
18. UNIÓN EUROPEA. *Eurostat*. Disponible a: <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>>. Visualitzat el 22.11.2011.
19. UNIÓN EUROPEA. *Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea. Tratado de la Unión Europea y del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea*. Disponible a: <http://europa.eu/pol/pdf/qc3209190esc_002.pdf#nameddest=article168>. Visualitzat el 27.11.2011.
20. UNIÓN EUROPEA. *Dirección General de Salud y Consumidores (DGSANCO)* Disponible a: <http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/index_es.htm>. Visualitzada el 27.11.2011.
21. UNIÓN EUROPEA. *Libro Blanco. Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)*. Disponible a: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2007/com2007_0630es01.pdf>. Visualitzat el 27.11.2011.
22. UNIÓN EUROPEA. *De la granja a la mesa. Por una alimentación sana para los consumidores europeos*. Disponible a: <<http://ec.europa.eu/publications/booklets/move/46/es.pdf>>. Visualitzat el 27.11.2011.

23. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *La ONU y la sociedad civil*. Disponible a: <<http://www.un.org/es/civilsociety/>>. Visualitzat el 27.11.2011.
24. FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE SOCIEDADES DE LA CRUZ ROJA Y DE LA MEDIA LUNA ROJA. *Código de conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales (ONG)*. Disponible a: <<http://www.ifrc.org/Global/Publications/disasters/code-of-conduct/code-spanish.pdf>>. Visualitzat el 27.11.2011.
25. OCDE-CAD. *Declaración de Roma sobre la armonización*. 2009. Disponible a: <<http://www.ayudaeficaz.es/Biblioteca/Busqueda-avanzada/Documentos.aspx?Action=1&NewsId=38&PID=471>>. Visualitzat el 27.11.2011.

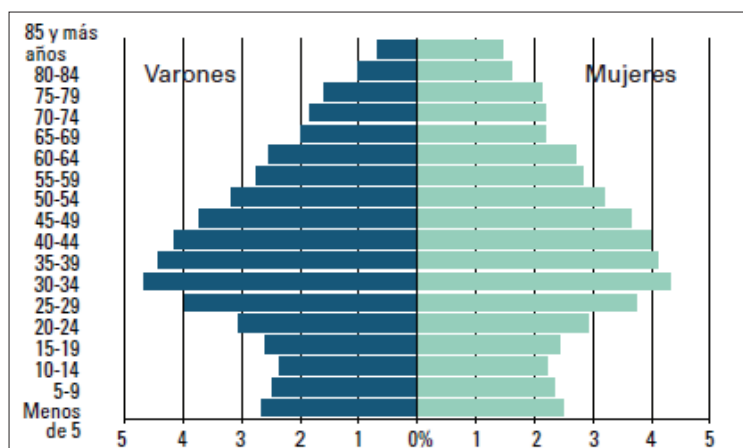
8. Espanya

Després d'haver examinat conceptes generals i les principals formes organitzatives sanitàries mundials i de la Unió Europea, aterrem en àmbits més immediats per tal d'examinar més de prop el nostre entorn immediat.

8.1 Situació social, econòmica i sanitària d'Espanya

La població total espanyola (1 de gener del 2011) és de 46.152.925 habitants, amb una densitat de 92,2 habitants per Km², més alta a les zones costaneres orientals que a l'interior. El 16,7% de la població tenen 65 o més anys; 2,2 milions tenen més de 80 anys (figura 8.1). La població estrangera resident està entorn del 12% (2009) [1].

Figura 8.1. Piràmide d'edats. Espanya, 2009, INE



La mortalitat bruta total és de 8,8 per mil i la natalitat de 10,66. La mortalitat infantil és de 3,39 per mil naixements [2]. L'esperança de vida en néixer és de 85 anys per a les dones i 79 per als homes, amb una mitjana de 79 anys [3]. L'esperança de vida sana al

néixer és de 71,5 anys per als homes i de 73,8 per a les dones, amb una mitjana de 72,6 anys [4].

El PIB brut total de l'Estat espanyol era d'1.407.405 milions de dòlars i el PIB brut per càpita de 30.542 \$/càpita (2010) [2].

El *coeficient de Ginni*, que ens dóna una idea de la igualtat social, és a l'Estat espanyol del 0,319 [5]. Cal recordar que un Ginni de "0" implica la màxima igualtat, i d'"1", la màxima desigualtat.

La *despesa en salut* és del 9,7% del PIB. La despesa sanitària per càpita és de 3,075 \$ per càpita. La despesa pública en salut és del 72,1% de la despesa total en salut (2010).²

Així, doncs, estem enfront d'un estat ric, amb una alta esperança de vida, una natalitat i una mortalitat baixes i, per tant, força envellit, amb una important pressió d'immigració, especialment, en els darrers anys, distribuïda de forma no uniforme pel territori, i amb uns nivells de desigualtat baixos.

La mortalitat, per grans capítols, s'ha distribuït, essencialment, entre les malalties del sistema circulatori (31,19%); tumors (27,31%); malalties del sistema respiratori (11,24%); malalties digestives (5,08%); sistema nerviós i sentits (4,88%), causes externes (3,77%); i trastorns mentals i del comportament (3,76%) [6].

El panorama de la morbiditat a Espanya és el següent [7]: el 73,8% dels espanyols manifesten trobar-se bé o molt bé de salut, mentre que el 7,5% diu trobar-se malament o molt malament. Els diagnòstics d'alta hospitalària més freqüents són els corresponents a malalties cardíocirculatories, seguides de l'aparell digestiu, respiratori i neoplàsies.

Com a trastorns crònics, cal destacar la hipertensió arterial (17,2%), lumbàlgia (16,3%) i cervicàlgia (14,2%), seguit de les al·lèrgies.

El 26,2% dels espanyols són fumadors diaris; el 20,6% són bevedors d'alcohol de risc; i el 16% dels majors de 18 anys presenten obesitat i el 37,7% sobrepès, aquest fenomen té una importància en alta entre la població infantil.

Disposem de 4,8 metges i 5,6 infermers per cada 1000 habitants, la qual cosa suposa una densitat alta de metges i relativament baixa d'infermers.

Per tant, predominen les malalties cròniques i degeneratives, com correspon a un estat desenvolupat com és Espanya, que ocupa el lloc 23 mundial quant a índex de desenvolupament humà [8].

8.2 Evolució del sistema sanitari espanyol

L'Estat espanyol, a meitat del segle XIX, quan en altres països s'estaven desenvolupant els embrions dels seus futurs sistemes sanitaris, era un territori essencialment agrícola i pobre, amb enormes diferències socials i inequitats. La manca d'industrialització no in-

centivava la burgesia, molt escassa i essencialment concentrada en alguns llocs concrets de la perifèria com Catalunya i el País Basc, a moure fitxa, com sí que ho havia hagut de fer a Anglaterra i Alemanya, per exemple. Per tant, el desenvolupament sanitari va ser tardà.

L'any 1821, regnant Ferran VII, durant l'anomenat Trienni Liberal, que va ser una illa progressista en un regnat enormement autocràtic i obscurantista, es va aprovar el Reglamento General de Beneficència, que donava la competència als ajuntaments sobre cases de maternitat, lactància, educació infantil, cases de socors i hospitalitat pública. L'any 1822 ja no va ser possible aprovar el projecte del Código Sanitario, que hauria pogut ser un primer intent seriós de legislació sobre el sistema sanitari. La *Comisión de Reformas Sociales del 1883* va encarar la situació de la incipient classe obrera, però no va ser fins al 1855 que es va aprovar la Ley de Servicio General de Sanidad, que posava la beneficència domiciliària a càrrec dels ajuntaments i creava les places de metge, farmacèutic i cirurgia [9].

L'any 1908 es crea l'*Instituto Nacional de Previsión* (INP) com a paraigua del conjunt d'institucions prèvies i futures relacionades amb la previsió de les contingències de les classes populars i, entre aquestes, les sanitàries, i que havia de constituir l'embrió d'una futura seguretat social, agrupant entitats com les caixes gremials voluntàries, Seguro Obligatorio del Retiro Obrero (1919), Subsidio de Maternidad (1923), Seguro Obligatorio de Maternidad (1929), etc. Mentrestant, les classes riques utilitzaven el sistema de mercat clàssic i els hospitals eren espais on s'intentava acompanyar els malalts a morir bé i poca cosa més, atès que eren regits bàsicament per ordes religioses.

El Govern de la II República Espanyola, amb Largo Caballero, va voler encarar definitivament l'alternativa de la creació d'un veritable sistema de seguretat social, però la Guerra Civil va impedir que prengués cos. Malgrat tot, es va crear l'any 1937 per primera vegada a Espanya un Ministeri de Sanitat, que va ser regit per l'anarquista catalana Federica Montseny.

L'any 1942, ja en l'etapa feixista, neix el *Seguro Obligatorio de Enfermedad* (SOE), que s'implanta dos anys després, unificant la munió d'ens asseguradors públics existents fins al moment. Aquest SOE assumeix l'estructura d'un servei de seguretat social del tipus Bismark, amb un finançament basat en cotitzacions de treballadors i empresaris, i una cobertura no universal, limitada als titulars, cotitzants i als seus familiars directes o beneficiaris [10]. Aquest SOE, integrat a l'INP, era de base mutualista i orientació merament reparadora. No existia un Ministeri de Sanitat, sinó que el SOE i l'INP estaven integrats al Ministerio de Trabajo, obeint aquesta orientació merament reparadora. Es tractava que els "productors" malalts es reintegressin al més aviat possible al treball.

En paral·lel, l'any 1944 s'aprovà la Ley de Bases de Sanidad Nacional. Cal recordar el moment històric en el qual s'està, i veure que aquesta llei està impregnada d'influen-

cies del feixisme italià i del nacionalsocialisme alemany. El món està immers en la II Guerra Mundial, i Espanya està decididament del costat feixista. En el preàmbul, la Ley diu: “Para el logro de la salud y el fortalecimiento de los ciudadanos, así como el mejoramiento físico del pueblo español, el Estado podrá imponer obligaciones y limitaciones especiales. Por tanto, en los casos y las condiciones que prevengan las leyes y reglamentos podrá ordenarse con carácter obligatorio las vacunaciones, el empleo de medios preventivos, el reconocimiento individual, el aislamiento, la hospitalización, la vigilancia y otras medidas sanitarias de prevención y de tratamiento; la incautación de medicamentos y otros medios de acción sanitaria, la requisita temporal de locales y elementos de transporte, la utilización de servicios y prestaciones, la imposición de obras y trabajos en terrenos insalubres y la adscripción de actividades industriales y mercantiles a fines sanitarios” [11]. Es consagra una sanitat lligada al món del treball, el SOE, i una sanitat més dirigida als aspectes socials de la salut, especialment, als més pobres. S’instaura una mena de beneficència, sota la tutela dels ajuntaments, per la qual els sanitaris titulars, al servei de les administracions locals, són encarregats de l’atenció als “pobres de solemnidad”, amb el finançament dels ajuntaments.

La Ley de Bases de la Seguridad Social del 1963 i la Ley General de la Seguridad Social del 1966 van significar un salt endavant, unificant les diverses entitats integrants del sistema i comprometent el finançament complementari de l’Estat al sistema de cotitzacions. Tot i així, no era un sistema de cobertura universal.

Amb l’esdeveniment de la democràcia, després de la mort del dictador, es crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (1977). L’any següent, els Pactos de la Moncloa [12] comporten un replantejament del sistema, extingint l’INP, que es fragmentà en:

- *Instituto Nacional de la Salud* (INSALUD), per a les prestacions sanitàries.
- *Instituto Nacional de la Seguridad Social* (INSS), per a les prestacions econòmiques enfront de situacions de necessitat.
- *Instituto Nacional de Servicios Sociales* (INSERSO), per a la prestació de serveis socials, posteriorment convertit en IMSERSO (*Instituto de Mayores y Servicios Sociales*).
- *Instituto Social de la Marina* (ISM), per als treballadors del mar.
- *Tesorería General de la Seguridad Social*, com a titular dels béns del sistema.

8.3 El Sistema Nacional de Salud

El mateix 1978 va ser aprovada la *Constitució*, actualment vigent. Aquesta norma recull en el seu *article 41* el manteniment d’un règim de seguretat social per a tots els ciutadans, per tal de fer front a situacions de necessitat, i l’article diu: “1. Se reconoce el de-

recho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio”.

El *títol VIII* parla de l'organització territorial de l'Estat i, en l'*article 137*, es planteja la creació de les Comunitats Autònomes i la capacitat d'aquestes d'assumir competències, entre altres àrees, en sanitat i higiene (*article 148*).

La Constitució converteix la salut en un dret per a tots els ciutadans. Conseqüentment, conté el mandat de convertir el sistema en un sistema de cobertura universal i pública, separant-lo del sistema de seguretat social. D'altra banda, estableix la descentralització del sistema sanitari d'acord amb les Comunitats Autònomes.

A Espanya es diferencia entre l'atenció primària de salut i l'atenció especialitzada.

L'atenció especialitzada es dona als centres ambulatoris d'especialitats i als hospitals. Hi ha 804 centres hospitalaris a l'Estat espanyol, 315 dels quals formen part del Sistema Nacional de Salut, amb un total de 105.000 llits, aproximadament.

L'any 1985 s'inicia la reforma de l'*Atenció Primària de Salut* (APS), avançant-se a la legislació posterior. Aquella APS, sorgida de la seguretat social, es basava en el pagament capitiu, és a dir, que el professional rebia una certa quantitat per cada *cartilla* d'assegurats que tenia en el seu *cupó* o sota la seva responsabilitat, i no en base territorial. El treball dels professionals era individual, basat en les activitats merament curatives, i la dedicació era parcial; tot i que el professional estava de servei 24 hores al dia, per tal de cobrir urgències i visites domiciliàries, la seva presència física a la consulta era de dues hores diàries, sense comptar els festius [14]. Per contra, el model reformat comportava un treball en equip jerarquitzat, de cobertura territorial, amb pagament als professionals per sou, i dedicació horària laboral. A més, l'APS reformada assumeix funcions no tan sols curatives, sinó preventives, de promoció de la salut i rehabilitadores.

La Constitució estableix uns principis generals que cal desplegar. La *Ley General de Sanidad* (LGS) [15], aprovada l'any 1986, vuit anys després de la Constitució, amb un govern de majoria socialista, té com a ministre de Sanitat l'economista català Ernest Lluch. Aquesta Ley desplega amplement els mandats constitucionals i estableix com a element principal la creació del *Sistema Nacional de Salut* (SNS), equiparable al model de Servei Nacional de Salut (Beveridge) de tipus descentralitzat.

Els seus punts principals són:

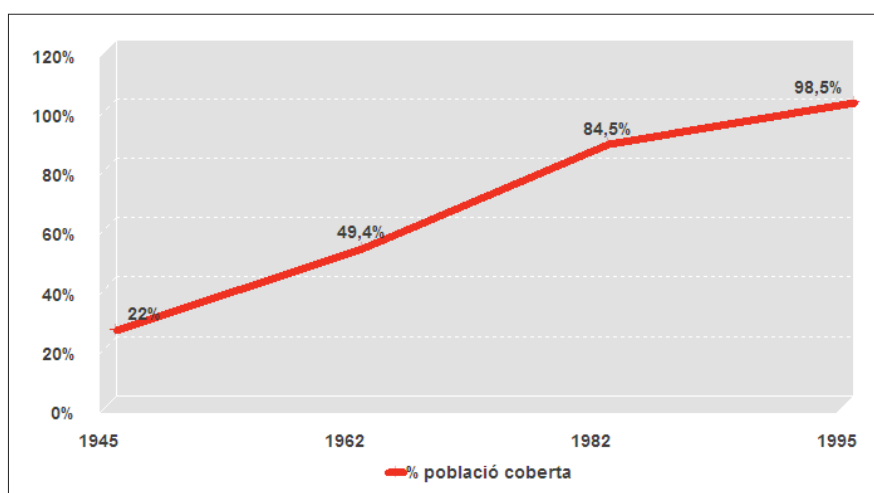
- ✦ universalització;
- ✦ finançament públic, basant-se en els Pressupostos Generals de l'Estat (Impostos);
- ✦ equitat en l'accés;

- ✦ equitat financera;
- ✦ descentralització a les CA (*comunitats autònomes*);
- ✦ efectivitat;
- ✦ eficiència;
- ✦ solidaritat;
- ✦ coordinació i integració de recursos sanitaris;
- ✦ satisfacció, tant dels ciutadans com dels professionals.

Si bé la *cobertura universal* total no s'assoleix fins recentment, amb la Ley de Salud Pública, vigent en aquest aspecte des del primer de gener del 2012, la realitat pràctica és que tot resident al territori espanyol, en tant que estigui empadronat en un ajuntament, tant si està en el territori legalment o il·legalment, té dret a l'assistència sanitària. En la *figura 8.2*, hom pot veure l'evolució de la cobertura del sistema sanitari espanyol des de l'any 1945, a l'inici del desplegament del SOE, fins a l'any 1995, ja desplegat el Sistema Nacional de Salut.

Cal puntualitzar, però, que l'SNS no és l'única eina de cobertura sanitària dels espanyols. Aproximadament, el 5% dels ciutadans estan coberts per altres formes d'assegurança, per exemple, els funcionaris públics, que s'acullen al model MUFACE (*Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado*) [16], que és un organisme públic dependent de la Secretaría de Estado para la Función Pública del Ministerio de Política Territorial y Administración Pública.

Figura 8.2. Evolució de la cobertura del sistema sanitari espanyol, 1945-1995



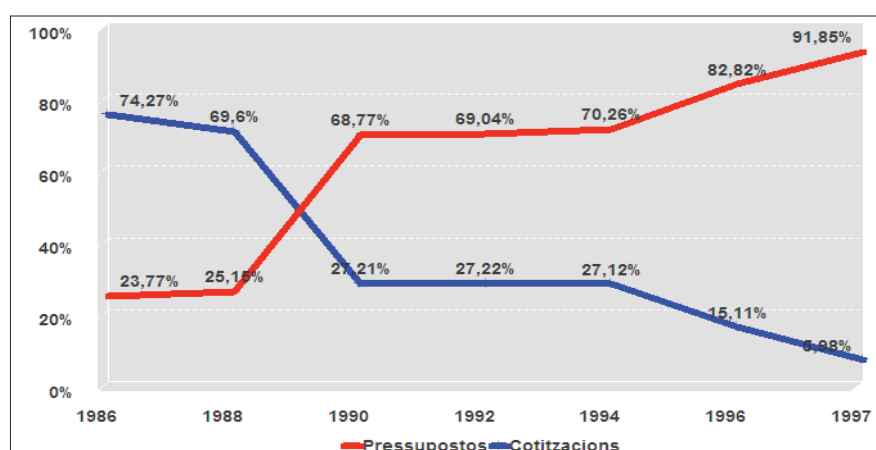
A més, existeixen models de cobertura específics relacionats amb riscos concrets com són les mútues laborals, per atendre malalties i accidents relacionats amb el treball; assegurances obligatòries per accidents de trànsit o per accidents esportius, etc. A més,

tothom que ho vulgui i ho pugui pagar pot contractar una pòlissa d'assegurança mèdica privada. El sector sanitari privat dóna doble cobertura a prop de 6 milions d'espanyols, i representa el 2,5% del PIB espanyol.

El finançament de l'SNS és públic, basat en impostos i plasmat en els Pressupostos Generals de l'Estat (figura 8.3). La major part de la provisió del Sistema és també pública, en bona part hereva de l'antic sistema de la Seguretat Social, tot i que els professionals de l'SNS, sota certes condicions, poden compatibilitzar l'exercici públic i el privat.

Estem, per tant, dins d'un esquema de model tipus Beveridge o de Servei Nacional de Salut (capítol 5). Això comporta la prestació assistencial gratuïta en el moment de l'acte per part dels ciutadans beneficiaris. Tot i així, la Ley contempla la possibilitat d'introduir sistemes de copagament, com, de fet, ja existeix en la prestació farmacèutica de règim ordinari, en la qual l'usuari, si no està inclòs en unes situacions determinades (pensionista, malalt crònic...), ha de participar amb el pagament de fins al 40% del preu del fàrmac, amb un sostre de pagament determinat.

Figura 8.3. Evolució de les fonts de finançament del Sistema Sanitari Espanyol



La despesa sanitària pública es distribueix, aproximadament, en:

- + 54% Hospitals i atenció especialitzada
- + 15,7% Atenció Primària
- + 1,4% Salut Pública
- + 2,1% Serveis col·lectius
- + 19,8% Despesa farmacèutica
- + 4,3% Despeses de capital
- + 1,8% Altres

Obeint els principis constitucionals, el sistema sanitari es descentralitza d'acord amb l'organització territorial de l'Estat en Comunitats Autònomes (CA). És a dir, les CA són les administracions plenament competents per tal de planificar i proveir els serveis sanitaris a la seva població. És per aquest motiu que, quan parlem del sistema sanitari espanyol, no parlem d'un Servei Nacional de Salut, sinó d'un *Sistema Nacional de Salut*, ja que els components són els Serveis Sanitaris de Salut espanyol. La Constitució permetia la transferència de les competències sanitàries a cada Estatut d'Autonomia. En la *figura 8.4* es pot veure el mapa dels serveis sanitaris autonòmics i la data de la seva constitució com a ens separats de l'antic INSALUD del 1978. L'Estat es reserva competències en el terreny de l'Alta Inspecció, la coordinació mitjançant el Consejo Interterritorial, la sanitat exterior i alguns aspectes relacionats amb la indústria farmacèutica. Els municipis tenen competències en alguns aspectes concrets de protecció de la salut.

A la major part de les CA, les funcions de compra i provisió de serveis estan unides en un mateix organisme, que és el Servei de Salut de la Comunitat Autònoma corresponent.

Figura 8.4. Mapa del Sistema Nacional de Salut i dates de creació



A més, l'organització habitual de cada un dels serveis sanitaris de cada una de les CA, a excepció de Catalunya, obeeix a un esquema concret:

- La Comunitat Autònoma s'organitza sobre la base provincial.
- Les províncies es divideixen en Àrees de Salut. Una Àrea pot equivaldre a una població de 200.000-250.000 persones.

- Les Àrees de Salut es divideixen en Zones de Salut, que constitueixen la unitat organitzativa bàsica, centrada en l'atenció primària de salut. Una Zona de Salut cobreix entre 5.000 i 25.000 residents.

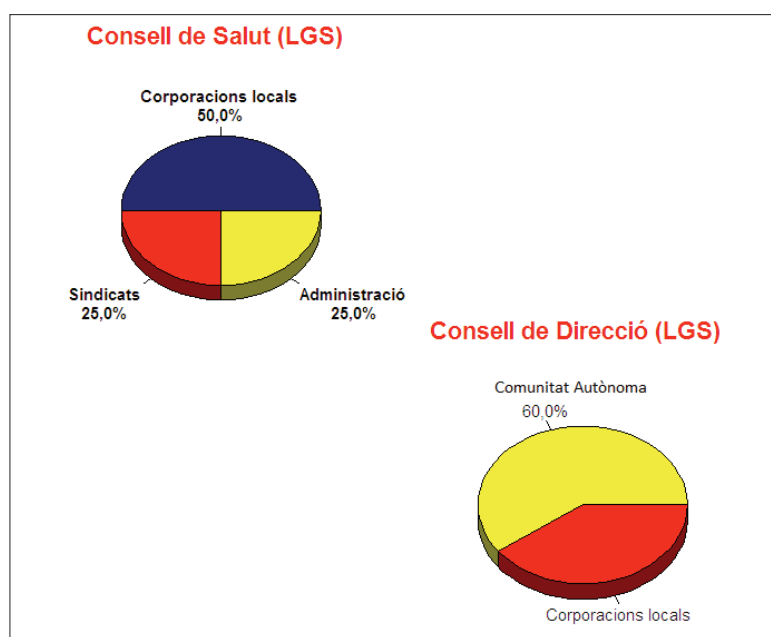
La LGS estableix per primera vegada, de forma explícita, els drets i deures dels pacients de l'SNS. Aquests drets es poden resumir en:

- Dret al respecte a la seva personalitat, dignitat humana i intimitat, sense poder ser discriminat per raons de raça, sexe, tipus social, moral, econòmic, ideològic, polític o sindical.
- Dret a la informació sobre els serveis sanitaris als quals pugui accedir i sobre els requisits necessaris per al seu ús.
- Dret a la confidencialitat de tota la informació relacionada amb el seu procés i amb la seva estada en institucions sanitàries públiques i privades que col·laborin amb el sistema sanitari públic. Dret a ser advertit de si els procediments de pronòstic, diagnòstic terapèutics que se li apliquin poden ser utilitzats per a un projecte docent o de recerca, que, en cap cas, podrà comportar perill addicional per a la seva salut. En tot cas, serà imprescindible l'autorització prèvia per escrit del pacient i l'acceptació per part del metge i la direcció del corresponent centre sanitari.
- Dret que se li doni en termes comprensibles, a ell i als seus familiars o íntims, informació completa i continuada, verbal i escrita sobre el seu procés, incloent-hi el diagnòstic, el pronòstic i les alternatives de tractament.
- Dret a la lliure elecció entre les diferents opcions que li presenti el responsable mèdic del seu cas i, si és necessari, el previ consentiment escrit de l'usuari per a la realització de qualsevol intervenció, excepte en els següents casos:
 - Quan la no-intervenció suposi un risc per a la salut pública.
 - Quan no estigui capacitat per prendre decisions: en aquest cas, el dret correspondrà als familiars o les persones més íntimes.
 - Quan la urgència no permeti demores per poder ocasionar lesions irreversibles o hi hagi perill de mort.
- Dret que se li assigni un metge, el nom del qual se li farà saber, que serà el seu principal interlocutor amb l'equip assistencial. En cas d'absència, un altre facultatiu de l'equip n'assumirà tota la responsabilitat. Dret a participar, a través de les institucions comunitàries, en les activitats sanitàries, en els termes establerts per aquesta llei i en les disposicions que la desenvolupin.
- Dret que se li estengui un certificat acreditatiu del seu estat de salut, quan l'exigència s'estableixi per una disposició legal o reglamentària.

- ✦ Dret a negar-se al tractament, excepte en els casos assenyalats en l'apartat 6; en aquest cas, ha de sol·licitar l'alta voluntària, en els termes que assenyalen per a aquest cas l'apartat 4 de l'article següent.
- ✦ Dret que quedi constància per escrit de tot el seu procés. En finalitzar l'estada en una institució hospitalària, el pacient, els familiars o la persona més íntima rebrà el seu informe d'alta.
- ✦ Dret a escollir el metge i els altres sanitaris titulats d'acord amb les condicions establertes en aquesta llei, en les disposicions que es dictin per al seu desenvolupament i en les quals es reguli el treball sanitari en els centres de salut.
- ✦ Dret a obtenir els medicaments i els productes sanitaris que es considerin necessaris per promoure, conservar o restablir la seva salut, en els termes que reglamentàriament s'estableixin per l'Administració de l'Estat. La LGS estableix també la participació comunitària indirecta per via representativa a través dels ens locals en l'SNS, tot i que deixa amples competències perquè cada una de les CA formalitzi la composició dels respectius òrgans de participació. Estableix un òrgan directiu i, per tant, executiu i decisor, el Consell de Direcció, i un òrgan participatiu, el Consell de Salut. Les composicions estan recollides en la figura 8.5.

L'organització i provisió dels serveis de salut pública és competència de les CA, tot i que l'Administració Central es reserva, com s'ha dit, les funcions de sanitat exterior, és a dir, del control sanitari de les fronteres, i la coordinació entre les CA, així com la representació internacional.

Figura 8.5. Composició dels òrgans participatius de l'SNS



Totes aquestes competències i les eines de coordinació i cooperació en el si de l'SNS van ser puntualitzades amb la *Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario* del 2003 [17], que, a més, estableix el catàleg de prestacions de l'SNS i les garanties respecte a això, i la planificació i formació dels professionals sanitaris.

La legislació vigent permet una sèrie de possibilitats de diverses formes de gestió en el si del sistema sanitari espanyol, com són:

- ♦ Gestió Directa:
 - Indiferenciada per òrgans de la pròpia Administració
 - Mitjançant òrgan especialitzat sense personalitat jurídica pròpia
 - Mitjançant ens amb personalitat jurídica pròpia:
 - De forma privada
 - De forma pública
- ♦ Gestió Indirecta:
 - Concessió amb risc empresarial
 - Concerts
- ♦ Gestió Compartida:
 - Consorcis administratius
 - Societat d'economia mixta
- ♦ Altres formes de gestió:
 - Convenis de col·laboració sense personalitat jurídica
 - Fundacions
 - Societat mercantil
 - Ens públics
 - Dret privat

El nivell de satisfacció amb l'SNS és correcte [18]. El 68,1% en fa una valoració positiva; el 26,2% creu que necessita canvis; el 4,9% demana refer-lo; i el 0,8% ns/nc.

Bibliografia del capítol 9

1. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *España en cifras 2011*. Disponible a: <<http://www.ine.es/prodyser/pubweb/espcif/espcif.htm>>. Visualitzat el 29.11.2011.
2. BANCO MUNDIAL. *Indicadores*. Disponible a: <<http://datos.bancomundial.org/indicador>>.
3. MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. *Esperanzas de vida en salud en España 1986-2007*. Disponible a: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/ESPERANZAS_DE_VIDA_SALUDABLES_EN_ESPANA_ESPANOL-2010.pdf>. Visualitzat el 29.11.2011.

4. INDEXMUNDI. Disponible a: <http://www.indexmundi.com/es/espana/producto_interno_bruto_%28pib%29_per_capita.html>. Visualitzat el 29.11.2011.
5. TODO PRODUCTOS FINANCIEROS. *Coeficiente de Ginni*. Disponible a: <<http://todo-productosfinancieros.com/coeficiente-de-gini/>>. Visualitzat el 29.11.2011.
6. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. INEBASE. *Defunciones según la causa de muerte*. 2009. Disponible a: <<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/&file=inebase>>. Visualitzat el 29.11.2011.
7. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *España en cifras 2011. Salud*. Disponible a: <<http://www.ine.es/prodyser/pubweb/espcif/salu11.pdf>>. Visualitzat el 29.11.2011.
8. UNDP. *International Human Development Indicators*. Disponible a: <<http://hdrs-tats.undp.org/es/paises/perfiles/ESP.html>>. Visualitzat el 29.11.2011.
9. PARRILLA VALERO, F. “En busca del origen de los farmacéuticos titulares”, dins *Gac. Sanit.* 2009; 23 (1): 72–75.
10. CERVERA SOTO, C. *La sanidad en un siglo de la historia de España (1898-1998). Cien años después. Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 1999. Disponible a: <<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/n2/colab.html>>. Visualitzat el 3.12.2011.
11. *Ley de bases de la sanidad*. 1944. Disponible a: <http://bib.us.es/derecho/servicios/common/Ley_1944_BasesDeOrganizacionDeLaSanidad.pdf>. Visualitzat el 3.12.2011.
12. *Pactos de la Moncloa*. Disponible a: <<http://www.vespito.net/historia/transi/pactos.html>>. Visualitzat el 3.12.2011.
13. *Constitución Española 1978*. Disponible a: <<http://www.boe.es/aeboe/consultas/enlaces/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>>. Visualitzat el 3.12.2011.
14. GÉRVAS, J.; PÉREZ-FERNÁNDEZ, M.; PALOMO-COBOS, L. i PASTOR-SÁNCHEZ, R. *Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error*. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo, 2005. Disponible a: <<http://www.fb4d.com/pdf/20years.pdf>>. Visualitzat el 4.12.2011.
15. “Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad”, BOE 102 de 29.4-1986: 15207-15224. Disponible a: <http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1986-10499>. Visualitzat el 4.12.2011.
16. MUFACE. Disponible a: <<http://www.muface.es/content/quienes-somos>>. Visualitzat el 4.12.2011.
17. “Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud”, BOE núm. 128, jueves 29 mayo 2003.
18. Sistema de Información Sanitaria. Sistema Nacional de Salud 2010. Disponible a: <<http://www.msps.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principal.pdf>>. Visualitzat el 4.12.2011.

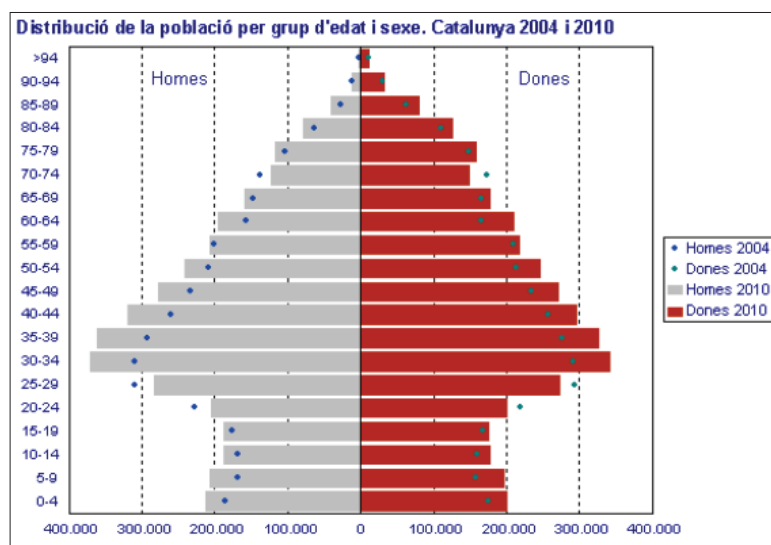
9. El sistema sanitari català

Catalunya presenta un sistema sanitari de plantejament totalment diferent dels de la resta de l'Estat espanyol, la qual cosa comporta l'interès de la seva descripció.

9.1 Situació social, econòmica i sanitària de Catalunya

La població total catalana (1 de gener del 2011) és de 7.434.632 habitants, amb una densitat de 232 habitants per Km². La població catalana es concentra en les seves 2/3 parts a Barcelona ciutat i la seva Àrea Metropolitana. L'índex de sobreenvelliment (igual o més de 85 anys) representa el 14% de mitjana del total de persones de 65 o més anys. El 16,72% de la població té 65 o més anys; 2,2 milions tenen més de 80 anys (figura 9.1). La població estrangera resident està entorn del 15.95% [1 i 2].

Figura 9.1. Piràmide d'edats. Catalunya 2010



La *mortalitat* bruta total és de 7,9 per mil i la *natalitat* d'11,33. La mortalitat infantil és de 3,0 per mil naixements. L'*esperança de vida en néixer* és de 84,56 anys per a les dones i 78,66 per als homes. L'*esperança de vida* als 60 anys és de 22,6 anys per als homes i de 26,45 per a les dones. L'*esperança de vida sana* als 65 anys és d'11,8 anys per als homes i de 12,3 per a les dones [1]. La mortalitat infantil és de 3 per cada 1000 nascuts vius i la perinatal, de 4,4.

El PIB brut total de Catalunya era de 209.727 milions d'euros. El *coeficient de Gini* és a Catalunya de 0,317 [1]. L'Índex de Desenvolupament Humà (2007) era de 0,958, xifra que ocupa el lloc 13è del món [4].

La *despesa sanitària total* és del 7,4% del PIB [3], i la despesa sanitària pública és del 5,6% del PIB [2]. La despesa sanitària pública per càpita és de 1.207 €. El 26,2% dels catalans tenen, a més de la cobertura sanitària pública, una cobertura sanitària privada.

La mortalitat, per grans capítols, s'ha distribuït, essencialment, en els homes entre tumors (275/100.000 hab.); malalties del sistema circulatori (214/100.000 hab.); i malalties del sistema respiratori (99/100.000 hab.). En les dones, la primera causa són les malalties cardíocirculatòries (259/100.000); tumors (169/100.000); i respiratòries (66,6/100.000) [5].

Dels catalans, el 10,5% manifesta que la seva salut és excel·lent; molt bona el 25,9%; bona el 42,2%; regular el 16,7%; i dolenta el 4,7%.

Com a trastorns crònics, cal destacar la lumbàlgia i dorsàlgia, que afecta el 24% dels homes i el 34% de les dones de més de 18 anys; cervicàlgia amb el 18% dels homes i el 36% de les dones; artrosi i/o reumatismes amb el 14% dels homes i el 30% de les dones. La "mala circulació" i les varices afecten el 30% de les dones [6].

El 28% dels catalans són fumadors diaris; el 9,4% són bevedors d'alcohol de risc; i el 16,5% dels majors de 18 anys presenten obesitat i el 40% sobrepès; el 13% dels menors de 14 anys tenen sobrepès i el 6% obesitat.

Comparativament, Catalunya és una mica més rica, més igualitària i més envellida que la resta de l'Estat.

9.2 Evolució del sistema sanitari català

L'evolució de la sanitat a Catalunya no és essencialment diferent de la de la resta de l'Estat fins al segle xx, amb la peculiaritat que, en ser una nació més industrialitzada i amb una més important burgesia i classe mitjana que a Espanya, va comptar amb un proletariat més actiu i organitzat (CNT, UGT...), la qual cosa es va traduir en la creació de nombroses caixes obreres.

Al mateix temps, sectors de la petita burgesia i de les classes treballadores no industrials, més identificades amb l'anterior que no pas amb el proletariat, també van començar a constituir mutualitats que prestaven serveis sanitaris. Un exemple és la Quinta de Salud la Alianza, encara avui existent, successora de la Sociedad La Alianza, Hermandad de Camareros de Barcelona i que va començar a prestar els seus serveis assistencials l'any 1904 [7].

L'any 1914 es constitueix la *Mancomunitat de Catalunya*, com a fusió de les quatre diputacions provincials catalanes. Aquesta Mancomunitat, creada per Prat de la Riba, si bé no tenia capacitat legislativa, sí que tenia competència gestora de les institucions adscrites a les diputacions, entre les quals hi havia un conjunt de serveis sanitaris i centres hospitalaris, i va realitzar una important obra de planificació, que, finalment, no es va poder materialitzar, ja que la Mancomunitat va ser dissolta pel cop d'estat de Primo de Rivera l'any 1925.

Durant el *període republicà* fins a l'any 1933, no es fan efectius els traspassos de l'Estatut de Catalunya, que ja possibiliten legislar mitjançant el Parlament de Catalunya. Anteriorment, el Govern provisional va encarregar al Sindicat de Metges de Catalunya tota una sèrie d'estudis que, ja en aquesta fase, es van convertir parcialment en inspiradors de nova legislació sanitària amb la figura del conseller Dencàs. Es van elaborar la Llei de Bases per a l'Organització de Serveis de Sanitat i d'Assistència Social de Catalunya, la Llei de Coordinació i Control Sanitaris Públics i la Llei de Divisió Sanitària de Catalunya, totes l'any 1934, per tal de fer una planificació i ordenació territorial de Catalunya tenint els hospitals com a eix central. També es van desenvolupar accions concretes contra problemes de salut importants. Entre 1934 i 1936 l'Estatut de Catalunya resta suspès com a conseqüència dels fets d'Octubre del 34 i, en tornar a entrar en vigència, l'any 1936, esclatà la Guerra Civil, amb la qual cosa els esforços sanitaris de la Generalitat van haver de centrar-se en la sanitat bèl·lica, amb notables resultats [8].

9.3 La Generalitat restaurada. L'Estatut de 1979

Durant els anys del franquisme, l'evolució del sistema sanitari a Catalunya va anar paral·lel al de la resta de l'Estat, amb l'excepció que la societat civil catalana va fer grans esforços per tal de poder pal·liar els dèficits que el sistema tenia a casa nostra, especialment, pel que fa als recursos hospitalaris. També tot el sistema de mutualitats privades va tenir una notable importància, especialment, durant els anys previs a la reforma de la seguretat social dels anys 60.

Després de la mort del dictador, en plena fase predemocràtica, l'any 1977 es produeix la restauració de la Generalitat de Catalunya, liderada pel president Tarradellas, fins a aquell moment president de la Generalitat a l'exili. Es constitueix un govern

provisional i la cartera de Sanitat i Seguretat Social es dona a Ramón Espasa, cirurgià i membre del PSUC. Un cop aprovada la Constitució, l'Estatut de Catalunya va ser referendat i entrà en vigor l'any 1979.

L'Estatut de l'any 1979 defineix els drets i deures de la ciutadania de Catalunya, les institucions polítiques, les competències de la Generalitat, les relacions amb l'Estat i la forma de finançament. Dins les competències, l'article 17 estableix que "correspon a la Generalitat de Catalunya el desenvolupament

legislatiu i l'execució de la legislació bàsica de l'Estat en matèria de sanitat interior". És a dir, Catalunya té plenes competències per dissenyar i organitzar el seu sistema sanitari sempre que estigui d'acord amb la Constitució i la legislació espanyola corresponent. Aquests aspectes han estat ratificats pel nou Estatut de Catalunya del 2006.

L'any següent es produeixen les *transferències* dels serveis sanitaris de titularitat estatal a la Generalitat i, entre aquests, els serveis assistencials corresponents a l'INSA-LUD, hereu de l'antic SOE, que pren des de l'any 1983 el nom d'*Institut Català de la Salut* (ICS), mantenint-se encara i fins a l'aprovació en l'àmbit estatal de la Ley General de Sanidad, un sistema del tipus de seguretat social.

Tot i així, la situació de la sanitat catalana en aquells moments és complexa. Del total de recursos hospitalaris existents a Catalunya en aquells moments, tan sols pertanyien a la xarxa de l'ICS, és a dir, a la seguretat social transferida, l'11% del total de centres hospitalaris, que representaven, aproximadament, el 27,5% del total de llits hospitalaris, mentre que a la resta de l'Estat aquesta xarxa "pròpia" era amplament majoritària amb més del 60% dels llits hospitalaris. El dilema del nou Govern català estava entre ampliar aquesta xarxa "pròpia" de l'ICS o buscar altres alternatives. La realitat era que l'escassetat de recursos de la Generalitat impossibilitava la primera opció, per la qual cosa es va optar per tirar endavant un model "d'utilització pública" en contraposició a un model de "propietat pública". Es va elaborar un *Decret d'Acreditació de Centres Hospitalaris* (1981 i 1983) [9], que establia les característiques mínimes que un centre sanitari havia de complir per tal de ser considerat un hospital i, poc després, s'aprovava el *Mapa Sanitari de Catalunya*, mitjançant el qual es dibuixava el conjunt de recursos sanitaris sobre el territori. Naixia l'any 1985 la *Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública* (XHUP) [10], que ha esdevingut una de les característiques del nomenat model sanitari català, en el qual, independentment de qui sigui la propietat del centre sanitari, tant si és públic com privat, si compleix les condicions d'acreditació, pot formar part de la panòpia de recursos del sistema sanitari públic català.

9.4 La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC). Les característiques del model sanitari català

Des del començament de les transferències sanitàries, el Govern català havia anat fent tota una sèrie de passos relacionats amb la planificació, l'ordenació i la gestió sanitària que no tenien un bon suport legislatiu.

Amb l'elaboració i aprovació de la LOSC [11], es pretenia desenvolupar els preceptes continguts en la Constitució, l'Estatut d'Autonomia i la Ley General de Sanidad, adaptant-los a la problemàtica econòmica del moment i procurant l'ordenació de les actuacions prèvies i el fet de legitimar i potenciar noves eines de gestió per al sector sanitari.

La LOSC representa la culminació de la primera fase de les reformes sanitàries catalanes i el seu desenvolupament es fonamenta, essencialment, en la creació del *Servei Català de la Salut*, posteriorment conegut com a *CATSALUT*, la distribució competencial, ordenació territorial (regions, sectors i àrees bàsiques de salut), òrgans de direcció i participació del Servei, formalització de la XHUP i creació del *Pla de Salut de Catalunya* com a instrument indicatiu i marc de referència pel sistema sanitari públic català.

Amb la LOSC, es concreten les característiques que defineixen el model sanitari català actual.

El mateix preàmbul de la LOSC diu que “la present Llei té per objecte l'ordenació del sistema sanitari públic de Catalunya, d'acord amb els principis d'universalització, d'integració de serveis, de simplificació, racionalització, eficàcia i eficiència de l'organització sanitària, concepció integral de la salut, descentralització i desconcentració de la gestió, sectorització de l'atenció sanitària i participació comunitària” [11] La LOSC aplica els principis generals marcats per la Constitució i la LGS. Defineix, per tant, un sistema basat en el model dels Servei Nacional de Salut, i l'aplica a Catalunya tot tenint en compte les característiques que el sistema català ha anat prenent sobre la marxa.

Els principis informadors de la LOSC són [11]:

- a) Concepció integral i integrada del sistema sanitari a Catalunya, fent especial èmfasi en la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia.
- b) Descentralització i desconcentració de la gestió.
- c) Universalització per a tots els ciutadans residents a Catalunya dels serveis sanitaris de caràcter individual o col·lectiu.
- d) Participació comunitària en la formulació de la política sanitària i el control de la seva execució.
- e) Racionalització, eficàcia, simplificació i eficiència de l'organització sanitària.
- f) Equitat i superació de les desigualtats territorials o socials per a la prestació dels serveis sanitaris.

- g) Sectorització de l'atenció sanitària.
- h) Promoció de l'interès individual, familiar i social per la salut mitjançant una adequada educació sanitària a Catalunya i una correcta informació sobre els recursos sanitaris existents, entre altres.
- i) Control sanitari del medi ambient”.

9.4.1 El Servei Català de la Salut (CATSALUT)

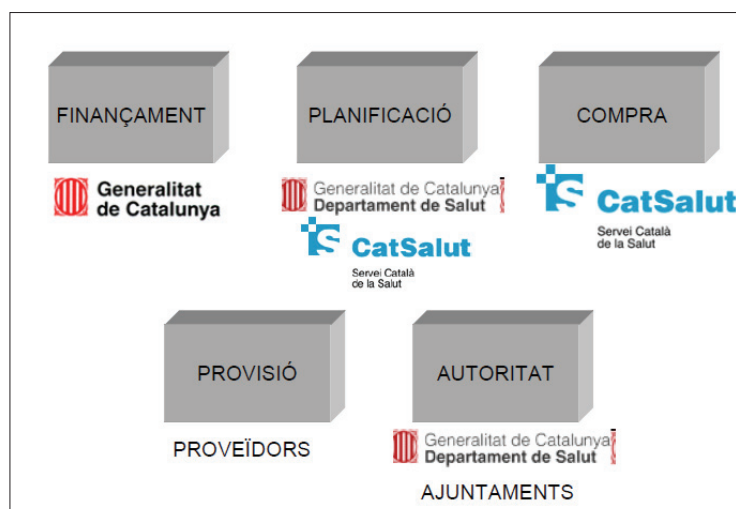
Una de les principals creacions de la LOSC és el *Servei Català de la Salut*, posteriorment denominat CATSALUT. Si bé pot semblar la concreció d'una més de les peces autonòmiques del *Sistema Nacional de Salut*, des de la seva concepció dista molt de ser equiparable a la resta de serveis autonòmics.

La LOSC defineix el CATSALUT com un “ens públic configurat per tots els centres, els serveis i els establiments sanitaris públics i de cobertura pública de Catalunya, al qual corresponen, a més de les funcions de gestió i administració dels centres, els serveis i les prestacions del sistema sanitari públic, les funcions d'ordenació, planificació, programació i avaluació sanitàries, sociosanitàries i de salut pública, així com la distribució dels recursos econòmics afectes al seu finançament, que s'exerciran d'acord amb les directrius i les prioritats establertes en el Pla de Salut de Catalunya i els criteris generals de la planificació sanitària que determini el Departament de Sanitat i Seguretat Social”. Si ens guiem per la lletra de la LOSC, no hi ha massa diferències entre CATSALUT i, per exemple, OSAKIDETZA (Euzkadi) o SAS (Andalusia).

La realitat és que ja neix establint clarament *una separació entre les funcions de compra i de provisió* del sistema sanitari català (apartat 5.1).

El model sanitari català estableix clarament una distribució de funcions (figura 9.2).

Figura 9.2. Distribució de funcions del model sanitari català



El finançament va a càrrec de la Generalitat de Catalunya mitjançant els Pressupostos de la Generalitat. La planificació de les polítiques i estratègies correspon al Departament de Salut de la Generalitat i la planificació operativa, al CATSALUT. La compra de serveis és competència del CATSALUT. La provisió de serveis és funció del diversos proveïdors sanitaris, i aquí cal recordar que estem en un model de provisió mixta, és a dir, que la propietat dels proveïdors tant pot ser pública com privada. Per últim, la funció d'autoritat sanitària correspon al Departament de Salut de la Generalitat, directament o a través de diversos ens o agències, i als ajuntaments, en el que fa referència a aspectes competencials de protecció de la salut (*capítol 10*).

La diferència entre el model català i la resta de serveis sanitaris autonòmics està en la separació entre les funcions de compra i provisió, generant un mercat de competència planificada i regulada entre els diversos proveïdors sanitaris [12]. Aquesta diferència és visible, fins i tot, en les plaques identificatives dels centres sanitaris, entre el model català i la resta de models autonòmics (*figura 9.3*).

Figura 9.3. Plaques identificatives de serveis sanitaris

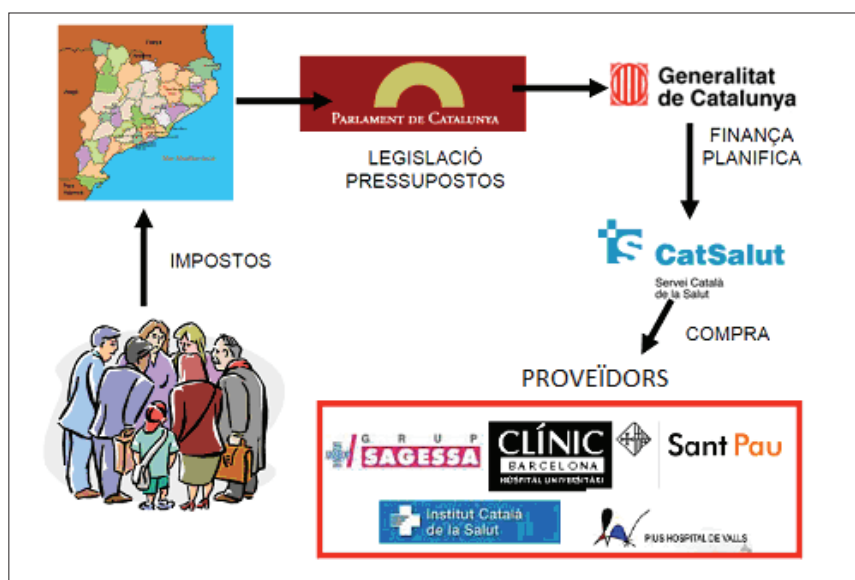


En la figura hom pot veure a l'esquerra una placa del Servei Basc de Salut (Osakidetza). Hi diu Osakidetza, ambulatori de Gernika i Govern Basc. El Govern Basc, a través d'Osakidetza, és el proveïdor assistencial. També és l'ens comprador. La placa de la dreta correspon a un centre sanitari català. S'hi veu clarament que el centre és definit com a "Centre Proveïdor" del CATSALUT. No forma part del CATSALUT, sinó que CATSALUT actua com a comprador, mentre que l'entitat assistencial corresponent és la proveïdora. Les funcions de compra i provisió, a Catalunya, estan clarament diferenciades i separades. La missió de CATSALUT no és proveir, sinó garantir una atenció sanitària de *cobertura pública* a tots els ciutadans i ciutadanes de Catalunya. És a dir, actuar com l'asseguradora pública responsable de la contractació dels serveis sanitaris als diversos proveïdors, controlant la qualitat d'aquests serveis i la satisfacció dels usuaris.

L'esquema global de funcionament es pot esquematitzar de la següent manera (*figura 9.4*). Els ciutadans paguen els seus impostos que, a excepció de Nafarroa i Euzkadi (Règims Forals), són recaptats per l'Administració de l'Estat. Mitjançant els Pressupos-

tos Generals de l'Estat, es defineix la transferència que es fa des de l'Estat a cada una de les Comunitats Autònomes. En el nostre cas, el destí de les transferències, més els impostos directament recaptats per la Generalitat de Catalunya, són distribuïts pel Parlament de Catalunya, a proposta del Govern, mitjançant els Pressupostos de la Generalitat de Catalunya. La part corresponent a polítiques sanitàries és rebuda pel Departament de Salut, el qual se'n queda una petita proporció per atendre les despeses pròpies del Departament, i la resta, la major part de la partida, és transferida al CATSALUT, el qual, a partir de la planificació estratègica feta pel Departament, planteja una planificació operativa i, d'acord amb aquesta, compra els serveis als diversos proveïdors.

Figura 9.4. Esquema de funcionament del model sanitari català



Des del punt de vista de la gestió de la provisió, la LOSC va permetre l'adopció de diverses formes de gestió, incorporant models i mecanismes empresarials al sector públic.

Podem diferenciar fórmules diverses de gestió:

- ✦ *Gestió directa per part de l'Administració*: és la mateixa Administració qui gestiona els serveis. Aquesta opció admet diverses possibilitats:
 - *Gestió indiferenciada* per òrgans de la pròpia Administració.
 - *Mitjançant òrgan especialitzat sense personalitat jurídica pròpia*.
 - *Mitjançant ens públic amb personalitat jurídica pròpia*.
- ✦ *Gestió indirecta*: l'Administració no gestiona directament els serveis, sinó que ho fa a través d'altres organitzacions.
 - *Concessió*: una organització aliena a l'Administració gestiona i explota un servei pel seu propi compte i risc, aportant tots els recursos i assumint-ne els potencials beneficis.

- *Concerts*: es presta un servei públic a través d'una altra organització, aliena a l'Administració, que hi aporta els seus recursos. Finançament per part de l'Administració.
- Gestió compartida:
- *Consortis administratius*: organitzacions de dret públic constituïdes per una o més administracions i organitzacions de dret privat.
- *Societat d'economia mixta*: entitats sotmeses al dret mercantil, en les quals les administracions hi participen com a socis.
- ✦ *Altres formes de gestió*:
 - Convenis de col·laboració sense personalitat jurídica.
 - Fundacions.
 - Societat mercantil.
 - Ens públics.
 - Ens de dret privat.

Una forma específica de gestió a destacar és la de les Entitats de Base Associativa (EBA), fins al moment actual limitada a la gestió de serveis d'atenció primària de salut, mitjançant el qual els professionals d'un equip d'atenció primària poden constituir-se en part empresarial independent i concertar amb el CATSALUT.

9.4.2 Ordenació territorial

El CATSALUT s'organitza territorialment en diversos àmbits, diferents dels de la resta de l'Estat. Així Catalunya es divideix en set *Regions Sanitàries* (figura 9.5). Les funcions de les Regions Sanitàries són:

- a) La distribució dels recursos econòmics afectes al finançament dels serveis i les prestacions que configuren el sistema sanitari públic i de cobertura pública.
- b) La gestió i l'administració dels centres, els serveis i els establiments sanitaris i sociosanitaris integrats en el Servei Català de la Salut, i dels serveis administratius que conformen la seva estructura.
- c) La gestió i l'execució de les actuacions i els programes institucionals en matèria de promoció i protecció de la salut, prevenció de la malaltia, assistència sanitària i sociosanitària, i rehabilitació d'acord amb el Pla de Salut de la Regió.
- d) La gestió dels serveis i les prestacions del sistema sanitari públic de Catalunya.
- e) La gestió dels acords, els convenis i els concerts subscrits per a la prestació dels serveis.

A més de les funcions pròpies que els encomanen, les Regions Sanitàries han de desenvolupar les funcions en matèria d'ordenació, planificació, programació i avaluació sanitàries, sociosanitàries i de salut pública, i d'establiment i actualització d'acords, con-

9.4.3 Governança del CATSALUT

El CATSALUT organitza també territorialment els seus instruments de governança, i així veiem un àmbit nacional (Catalunya), àmbit de Regió Sanitària i àmbit de Sector Sanitari. L'àmbit d'Àrea Bàsica de Salut no té organismes de governança, sinó que depèn dels del Sector Sanitari.

Essencialment, distingim organismes de direcció, amb capacitat decisòria, i organismes de participació.

En l'àmbit central, és a dir, de Catalunya, tenim, a més de la figura del director, el Consell de Direcció del CATSALUT com a eina directiva i decisòria, i el Consell Català de la Salut com a instrument de participació.

El *Consell de Direcció*, definit com l'òrgan superior de govern i direcció del Servei Català de la Salut, està compost per 12 representants de la Generalitat de Catalunya, un dels quals com a representant del Departament d'Economia; dos representants dels consells comarcals de Catalunya; dos dels ajuntaments catalans; dos dels principals sindicats; i dos en representació de les organitzacions empresarials. Per tant, el 60% del Govern i el 40% de la resta. Existeix, per tant, una majoria governamental en el Consell de Direcció, amb la qual cosa no és probable la discrepància decisiva.

Són funcions del Consell de Direcció, entre d'altres, fixar els criteris d'actuació del Servei Català de la Salut d'acord amb les directrius del Departament de Salut i del Consell Executiu; elaborar l'avantprojecte del Pla de Salut de Catalunya; aprovar les propostes generals en matèria d'ordenació i planificació sanitàries, sociosanitàries i de salut pública; aprovar les propostes de programes d'actuació i d'inversions generals; aprovar la proposta de l'avantprojecte de pressupost; i aprovar els plans de salut de les diferents Regions i Sectors Sanitaris.

El *Consell Català de la Salut*, que és l'òrgan central de participació comunitària del sistema sanitari català, està constituït per 9 representants de la Generalitat; 4 dels consells comarcals; 4 dels principals sindicats; 3 dels sindicats amb major representació en el sector sanitari català; 4 de les principals organitzacions empresarials; 3 de les organitzacions empresarials més representatives en el sector sanitari català; 3 en representació de les organitzacions d'usuaris i consumidors; 3 de les corporacions professionals sanitàries; 2 de les universitats catalanes; i 1 de les entitats científiques. En el Consell de Participació no hi ha majoria governamental. No hi ha capacitat decisòria, sinó tan sols d'opinió, assessorament i informació.

En l'àmbit de Regió Sanitària, es reproduïxen els tres nivells de govern: gerent, Consell de Direcció i Consell de Salut.

El *Consell de Direcció de la Regió*, ens decisor i executiu, es compon de 6 representants del Departament de Salut; 2 dels consells comarcals de la Regió; i 2 dels ajuntaments de la Regió. Igualment, el 60% de majoria del Govern.

El *Consell de Salut de la Regió*, ens participatiu, està compost per 4 membres en representació de la Generalitat; dos dels consells comarcals; dos dels ajuntaments; dos dels sindicats; dos de les organitzacions empresarials; un de les associacions d'usuaris i consumidors; i un de les corporacions professionals.

El nivell de governança dels sectors sanitaris, malgrat estar contemplat en la LOSC, mai no ha estat desenvolupat fins al moment actual (2011).

L'any 2006 el Govern de la Generalitat va voler aprofundir en el terreny de la descentralització i la participació dels ens locals en la gestió del sistema sanitari, impulsant una nova forma de governança, els *Governos Territorials de Salut* (GTS) [13], en bona part equiparables territorialment als sectors sanitaris, i que pretenia que la gestió del sistema sanitari, en l'àmbit territorial, impliqués, a parts iguals, els ajuntaments i el Departament de Salut. El nou govern sorgit de les eleccions de l'any 2010 va abandonar a la pràctica aquesta iniciativa, que tan sols havia estat desplegada parcialment, i va retornar als plantejaments originals de la LOSC i a l'articulació dels sectors sanitaris.

9.4.4 El Pla de Salut de Catalunya

Si bé la planificació és imprescindible en qualsevol sistema sanitari que vulgui assolir un bon nivell de funcionament, quan unes de les característiques d'aquest sistema són la universalitat de la cobertura amb càrrec als pressupostos i la provisió mixta de serveis, la qual cosa vol dir interessos empresarials no necessàriament coincidents, cal una eina de planificació potent. Aquesta eina és el que vol ser el *Pla de Salut de Catalunya* (PSAC).

El PSAC, amb una vigència de tres anys, és definit com l'instrument indicatiu i marc de referència per a totes les actuacions públiques en la matèria, en el qual es contemplen les línies directives i de desplegament de les activitats, els programes i els recursos del sistema sanitari de Catalunya, i al qual haurà d'ajustar-se en la seva actuació l'Administració sanitària. Destaquem, per tant, que la planificació afecta tan sols el sector d'utilització pública, en tractar-se d'una eina del CATSALUT, el qual pot planificar la seva funció asseguradora i de compra sobre els seus proveïdors, però no sobre la resta d'actors sanitaris estrictament privats.

Bibliografia del capítol 9

1. IDESCAT. *Població*. Disponible a: <<http://www.idescat.cat/cat/poblacio/poblre-comptes.html>>. Visualitzat el 5.12.2011.
2. DEPARTAMENT DE SALUT. *Central de Resultats. 2n Informe*. Desembre 2010. Disponible a: <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/central_resultats_segoinforme_2011.pdf>. Visualitzat el 5.12.2011.

3. ARGENTER, M.; ÁLVAREZ ZARAGOZA, M. J.; MARTÍNEZ ASENSIO, F. i Vidal, J. R. "La salut com a sector econòmic de Catalunya", dins *Fulls econòmics del Sistema Sanitari*. Octubre 2010.
4. IDESCAT. *Índex de Desenvolupament Humà*. 2007. Disponible a: <<http://www.idescat.cat/dequavi/?TC=444&V0=13&V1=1>>. Visualitzat el 5.12.2011.
5. IDESCAT. *Mortalitat. Taxes per 100.000 habitants. Per tipus de malaltia, sexe i grups d'edat*. Disponible a: <<http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=826>>. Visualitzat el 5.12.2011.
6. DEPARTAMENT DE SALUT. *Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) 2006*. Disponible a: <<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/d210207.pdf>>. Visualitzada el 5.12.2011.
7. QUINTA DE SALUD LA ALIANZA. Disponible a: <http://www.alianca.es/alianca_avui_cast/historia.php?menu=lentitat&submenu=historia>. Visualitzat el 6.12.2011.
8. HERVAS, C. "La sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil. Política i organització sanitàries: Impacte del conflicte bel·lic". Tesi Doctoral. UPF. Barcelona. 2004. Disponible a: <<http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/7467/tchp.pdf?sequence=1>>. Visualitzat el 6.12.2011.
9. DIARI OFICIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA. "Ordre de 21 de novembre de 1981, regulant l'acreditació de centres i serveis sanitaris assistencials a Catalunya". DOGC de 21 de desembre de 1981, núm. 187, p. 1792.
10. DIARI OFICIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA. "Decret 124/2008, de 25 de juny, pel qual es modifica el Decret 202/1985, de 15 de juliol, de Creació de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública". DOGC núm. 5161 – 27.6.2008. Disponible a: <<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1863/xhup-25jun.pdf>>. Visualitzat l'11.12.2011.
11. DEPARTAMENT DE SANITAT. *Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya*. Col·lecció Quaderns de legislació, 23. 1999. Disponible a: <http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/ql23_LOSC.pdf>. Visualitzat el 18.12.2011.
12. DE LA PUENTE, M. L. i GOMARIZ, R. *El Sistema d'Atenció a la Salut a Catalunya: evolució i orientacions estratègiques des de la perspectiva del Servei Català de la Salut*. Barcelona: Servei Català de la Salut, 2010.
13. DIARI OFICIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA. "Decret 38/2006, de 14 de març, pel qual es regula la creació de governs territorials de salut". *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 4594.

10. L'organització sanitària dels ens locals a l'Estat Espanyol i a Catalunya

A l'Estat espanyol, com ja s'ha esmentat, la distribució competencial [1] fa que correspongui a l'Estat, de forma exclusiva, la sanitat exterior i les relacions i acords sanitaris internacionals, així com tota una sèrie de reglamentacions i registres centrals relacionats amb la protecció de la salut, l'alta inspecció i la coordinació interterritorial. A les Comunitats Autònomes els correspon les competències relacionades amb l'assistència sanitària i les de vigilància epidemiològica i altres relacionades amb la salut pública, a més de totes aquelles explícitament contingudes en els respectius estatuts d'autonomia. Per últim, als ens locals els correspon tota una sèrie de competències mínimes obligatòries relacionades amb la protecció de la salut.

10.1 Marc legislatiu i competencial

La Ley General de Sanidad,¹ de rang orgànic i estatal, marca com a competències mínimes a desenvolupar pels ajuntaments les següents:

- a) Control sanitari del medi ambient: contaminació atmosfèrica, proveïment d'aigües, sanejament d'aigües residuals, residus urbans i industrials.
- b) Control sanitari d'indústries, activitats i serveis, transports, sorolls i vibracions.
- c) Control sanitari d'edificis i llocs d'habitatge i convivència humana, especialment dels centres d'alimentació, perruqueries, saunes i centres d'higiene personal, hotels i centres residencials, escoles, campaments turístics i àrees d'activitat física, esportives i d'esbarjo.
- d) Control sanitari de la distribució i subministrament d'aliments, begudes i altres productes, directament o indirectament relacionats amb l'ús o consum humans, així com els mitjans del seu transport.
- e) Control sanitari dels cementiris i policia sanitària mortuòria.

A més, l'esmentada llei considera que seran competències municipals totes aquelles que la legislació de cada una de les Comunitats Autònomes expliciti.

10.2 Marc competencial dels ens locals en matèria sanitària a Catalunya

A més de l'esmentada Ley General de Sanidad, Catalunya disposa d'una legislació pròpia que insisteix en el camp competencial dels ens locals en el terreny sanitari i, més concretament, en el de la salut pública.

Dins d'aquest cos legislatiu, cal destacar la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya, la Llei Municipal i de Règim Local de Catalunya i la Llei de Salut Pública de Catalunya.

La *Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya* (LOSC) [2], a l'hora d'establir les competències dels ens locals, diferencia entre els consells comarcals i els ajuntaments.

Respecte de les responsabilitats municipals, insisteix en les mateixes competències mínimes marcades per la Ley General de Sanidad i, a més, reconeix la capacitat de promoure, en el marc de les legislacions sectorials, aquelles activitats necessàries per tal de satisfer les necessitats dels seus ciutadans en els camps, entre d'altres, de la participació en la gestió de l'atenció primària de la salut, la protecció de la sanitat ambiental i de la salubritat pública, i prestar serveis. La participació dels ens locals en la gestió del sistema sanitari català es concreta en la seva participació en els Consells de Direcció i els Consells de Salut (Participació) del CATSALUT en els diferents àmbits (Comunitat, Regió i Sector Sanitari). A més, hi ha experiències de la participació dels ens locals en la gestió de la prestació de serveis assistencials localment, com poden ser els casos de SAGESSA [3] al Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre o, en el seu moment, l'Ajuntament de Barcelona a través de l'*Institut Municipal d'Assistència Sanitària* (IMAS).

Així mateix, s'admet la participació dels municipis realitzant activitats complementàries d'àmbits competencials d'altres administracions com en el camp de la promoció de la salut i l'educació sanitària.

La mateixa LOSC diu que, per al desenvolupament de les funcions competencials esmentades anteriorment, "els ajuntaments poden sol·licitar el suport tècnic del personal i dels mitjans de les Regions i els Sectors Sanitaris en la demarcació dels quals es troben compresos" [2].

Respecte dels consells comarcals, s'admet la seva competència per a coordinar els serveis sanitaris municipals, fer activitats i prestar serveis sanitaris d'interès supramunicipal, especialment els referents al control sanitari del medi ambient, la salubritat pública, l'epidemiologia i la salut pública en general, la participació en els òrgans corresponents del CATSALUT, com els mateixos municipis, podent utilitzar, igual que

els Ajuntaments, el personal sanitari públic del territori per tal de desenvolupar les esmentades funcions.

En el mateix sentit que la LOSC, la Llei Municipal i de Règim Local de Catalunya [5] insisteix en els àmbits competencials i complementaris dels Ajuntaments.

La Llei de Salut Pública de Catalunya [6] concreta més, encara que no modifica, els àmbits competencials municipals en el terreny concret de la salut pública:

- a) L'educació sanitària en l'àmbit de les competències locals.
- b) La gestió del risc per a la salut derivat de la contaminació del medi.
- c) La gestió del risc per a la salut pel que fa a les aigües de consum públic.
- d) La gestió del risc per a la salut als equipaments públics i als llocs habitats, incloses les piscines.
- e) La gestió del risc per a la salut en les activitats de tatuatge, micropigmentació i pírcing.
- f) La gestió del risc per a la salut derivat dels productes alimentaris en les activitats del comerç minorista, del servei i la venda directa d'aliments preparats als consumidors, com a activitat principal o complementària d'un establiment, amb repartiment a domicili o sense, de la producció d'àmbit local i del transport urbà. Se n'exclou l'activitat de subministrament d'aliments preparats per a col·lectivitats, per a altres establiments o per a punts de venda.
- g) La gestió del risc per a la salut derivat dels animals domèstics, dels animals de companyia, dels animals salvatges urbans i de les plagues.
- h) La policia sanitària mortuòria en l'àmbit de les competències locals.
- i) Les altres activitats de competència dels ajuntaments en matèria de salut pública, d'acord amb la legislació vigent en aquesta matèria.

També, respecte de "com" s'han d'exercir aquestes competències per part dels ajuntaments, planteja alternatives diverses i diu, concretament (*art. 53*):

1. Els ens locals poden prestar els serveis mínims obligatoris de salut pública directament o per qualsevol de les formes de gestió que estableix la legislació de règim local. Per raons d'eficàcia i en els casos en què els ens locals no tinguin els mitjans humans o tècnics idonis per prestar els serveis que els atribueix aquesta llei, poden encarregar la gestió d'activitats de caràcter material, tècnic o de serveis de llur competència a l'Agència de Salut Pública de Catalunya. Aquest encàrrec de gestió s'ha de formalitzar per mitjà de la subscripció d'un conveni entre l'Agència i l'ens local corresponent.

Per últim, hi ha tota una sèrie de competències concurrents, és a dir, que a més de ser competència municipal, també ho són d'altres administracions i, concretament, de la Generalitat de Catalunya. Aquestes competències concurrents són les següents: control sanitari d'establiments comercials i detallistes del sector ali-

mentari i del transport d'aliments; vigilància sanitària de les aigües de subministrament públic, de les fonts naturals i de les aigües residuals; vigilància sanitària de les piscines d'ús col·lectiu; informes sanitaris sobre les activitats classificades; control de les repercussions sanitàries d'alguns aspectes de la gestió de residus; vigilància sanitària dels processos de *desinfecció*, *desinsectació* i *desratització* (DDD); control de les zoonosis; vigilància sanitària d'edificis i llocs de convivència humana; i actuacions de policia sanitària mortuòria, especialment, quan afecten més d'un municipi.

Bibliografia del capítol 10

1. "Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad". BOE número 102 de 29/4/1986, pàgines 15207 a 15224. Disponible a: <http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1986-10499>. Visualitzat el 19.11.2011.
2. "Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya". DOGC núm. 1324, pàg. 3660, del 30.7.1990.
3. SAGESSA. Disponible a: <<http://www.grupsagessa.com/>>. Visualitzat el 23.11.2011.
4. PARC DE SALUT MAR. Disponible a: <<http://www.parcdesalutmar.cat/>>. Visualitzat el 23.11.2011.
5. "Llei 8/1987 Municipal i de Règim Local de Catalunya. Quarta modificació". DOGC núm. 3605-28/03/2002. Disponible a: <http://www.gencat.cat/diari_c/3605/02080038.htm>. Visualitzat el 23.11.2011.
6. "Llei 18/2009, del 22 d'octubre, de salut pública". DOGC 5495–30.10.2009. Disponible a: <<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1863/lleisalutpub.pdf>>. Visualitzat el 23.11.2011.

Un espai relativament poc aprofundit en els currículums de les disciplines de les ciències de la salut és el que es refereix al coneixement del medi en què els treballadors sanitaris es mouran durant la seva vida laboral, l'organització d'aquest entorn i els determinants que condicionen el desenvolupament d'un model de política i organització sanitària en un context determinat. Amb aquesta eina pretenem donar suport als alumnes i als professionals sanitaris en el coneixement d'aquest entorn en què viuran i es desenvoluparan professionalment.