

7. La sanitat. Propostes per a després de la covid

Robert Casadevall i Camps

Que la pandèmia ha trasbalsat les nostres vides, en tots o gairebé tots els aspectes, és evident. Tan evident com que si hi ha un àmbit especialment afectat és el de la sanitat. Milers de malalts, de grau divers; tota la població exposada, en major o menor grau, inclòs –i amb més risc– el personal sanitari i, per extensió, tot el personal necessari per al bon funcionament dels serveis sanitaris; uns circuits, sistemes i instal·lacions pensats per a una assistència «normal» que cal adaptar cuita-corrent a una realitat diferent, quan encara no s'havien recuperat d'anys de retallades. Tot plegat, una enorme prova d'estrès, i un escenari que imposa la inajornable necessitat de fer canvis.

Com ha afectat això la vessant més territorial, la més lligada a l'espai?. Per començar, hauríem de conèixer mínimament quina és l'estructura territorial de la sanitat a Catalunya, per veure com ha estat afectada, i possibles canvis en un futur.

L'organització territorial de la sanitat a Catalunya es desplega en diversos nivells. A grans trets, podem distingir el que en seria l'ordenació, és a dir, els diferents àmbits on s'organitza l'exercici del dret a la salut, i el que en seria l'assistència, la materialització d'aquest exercici per agents concrets. En el primer cas, parlem del CatSalut o abans –i potser més clarificador– anomenat Servei Català de la Salut; en el segons cas, com veurem, d'un conjunt d'operadors, principalment l'Institut Català de la Salut.

L'organització territorial de la sanitat a Catalunya té una llarga història de projectes. Des de l'intent en la Generalitat republicana, fins i tot amb una llei ad hoc, fins al projecte de mapa sanitari elaborat per la Generalitat provisional, passant per propostes rea-

litzades en el context del Congrés de Cultura Catalana. El model ara vigent arrenca, per una banda, del procés de reforma de l'atenció primària, iniciat l'any 1985, i per l'altra, de la llei general de Sanitat, de l'any 1986. El primer estableix l'àrea bàsica de salut (ABS) «com a unitat territorial elemental de l'atenció primària de salut d'accés directe de la població», unitat sobre la qual es forma l'esglaió superior, el sector, definit com a conjunt d'àrees bàsiques de salut. La llei general de Sanitat, de manera molt més genèrica, encarrega a les comunitats autònomes l'organització dels respectius serveis de salut, dels quals diu: «La base de la planificació serà la divisió de todo el territorio en demarcaciones geográficas, al objeto de poner en práctica los principios generales y las atenciones básicas a la salud que se enuncian en esta Ley.»

Entre 1985 i 1990 es van desplegar diversos aspectes de la reforma de l'atenció primària, i el 1990 s'aprova la llei d'Ordenació sanitària de Catalunya, que és qui crea i estructura el Servei Català de la Salut. La LOSC recull i amplia l'estructura en ABS, sectors i regions. La definició d'ABS i de sector és pràcticament la mateixa existent, i la de regió és:

«El Servei Català de la Salut s'ordena en demarcacions territorials denominades Regions Sanitàries, que equivalen a les Àrees de Salut previstes en la Llei General de Sanitat, les quals es delimiten atenent factors geogràfics sòcio-econòmics, demogràfics, laborals, epidemiològics, culturals, climàtics, de vies i mitjans de comunicació homogenis, així com d'instal·lacions sanitàries existents, tot tenint en compte l'ordenació territorial de Catalunya.»

La LOSC configura un model descentralitzat que, en la seva estructura territorial, es fonamenta en les ABS. L'any 85, la delimitació de les ABS es preveu:

«2. La delimitació de les Àrees Bàsiques de Salut es determinarà atenent a factors geogràfics, demogràfics, socials i epidemiològics homogenis, amb subjecció als següents criteris:

a) Com a criteri general, l'Àrea Bàsica de Salut abastarà una població compresa entre els 5.000 i 25.000 habitants.

b) Excepcionalment, en el medi urbà i quan el nivell de densitat demogràfica així ho requereixi, podrà ultrapassar-se el límit màxim esmentat fins als 40.000 habitants.

c) Així mateix, en el medi rural, es podran fixar Àrees Bàsiques de Salut que no superin el límit mínim de 5.000 habitants en aquells supòsits que la dispersió demogràfica i la presència d'accidents geogràfics així ho aconsellin. En tot cas, la fixació de l'àmbit territorial procurarà respectar isòcrones que no superin els trenta minuts en el desplegament des de qualsevol punt de l'Àrea al centre sanitari amb els mitjans de transport habituals.»

Aquestes condicions detallades –població, isòcrones– desapareixen en la LOSC, que es limita a dir que «les Àrees Bàsiques de Salut es delimiten atenent factors geogràfics, demogràfics, socials, epidemiològics i de vies de comunicació homogenis, i compten, com a mínim, amb un Centre d'Atenció Primària».

El procés de delimitació de les diferents ABS va començar el 1986 i la darrera modificació va ser el 2018, i la darrera organització formal en sectors i regions va ser el 2013.

Aquesta estructura uniforme depara situacions curioses, com ara que Aran és un sector amb una ABS, o que les regions de Lleida i de Terres de l'Ebre només tenen un sector cadascuna.

Cal dir que la delimitació de les ABS denota un treball curós, que intenta recollir les moltes disfuncions

territorials. No s'ha limitat a agregar municipis, sinó que també ha diferenciat nuclis i agregats. Potser l'exemple més clar és el municipi de Castellet i la Gornal, que reparteix els seus nuclis en les ABS del Vendrell (les Casetes de la Gornal), de Penedès Rural (Sant Miquel, les Casuques, i Torrelletes) i Garraf Rural (els Rosers, i Costa Cunit–Cubelles). Tres ABS de dos sectors (Tarragonès–Baix Penedès i Alt Penedès–Garraf) i de dues regions. Al nivell superior, els sectors, però, es va acostant més al mapa comarcal (més de concepte que de delimitació; per exemple, l'ABS de Santa Coloma de Queralt s'adscriu al sector Anoia i no al d'Alt Camp–Conca) i reproduceix la uniformitat de l'organització territorial: l'esquema ABS-sector-regió es correspon a l'esquema municipi-comarca-vegueria. Felicitem-nos, però, que les regions amb un únic sector no dupliquen els òrgans de direcció.

Pel que fa a la planta territorial, la majoria de les ABS són municipals o bé d'un grup de municipis. Hi ha, però, dos grups d'ABS més peculiars: per una banda, aquelles ABS que també comprenen part d'un municipi d'una altra ABS. És mostra de l'existència de disfuncions territorials –nuclis més propers a un altre, disseminats més ben comunicats amb un altre municipi, etc.– que potser convindria –si no en tots els casos, sí en una part– corregir en la planta municipal. Per altra banda, municipis amb diverses ABS, fins i tot amb parts d'uns altres municipis.

Així, el municipi de Girona comprèn set ABS, que inclouen també els municipis de Canet d'Adri, Sant Gregori i Sant Martí de Llémena, i els nuclis de la Creueta i els Habitatges Barceló, del municipi de Quart. A la vegada, el nucli de Constantins, de Sant Gregori, és a l'ABS d'Anglès, i el disseminat de Sant Joan de Montbó, de Canet d'Adri, és a l'ABS de Banyoles. Finalment, els nuclis de Pont Major i de Campdorà, de Girona, són a l'ABS de Sarrià de Ter. Les vuit ABS de Tarragona inclouen els municipi-

pis del Catllar i dels Pallaresos, i també –perquè la segregació es va produir amb les ABS constituïdes– el municipi de la Canonja. Les sis ABS de Terrassa inclouen els municipis d’Ullastrell, Viladecavalls i Matadepera, i el nucli de les Fonts, del municipi de Sant Quirze del Vallès. En general, aquests casos es donen a les grans ciutats, senyal de l’existència de ciutats reals més enllà de la ciutat capçalera, una mena de conurbacions incipients.

Cas peculiar és el de Tortosa, que es parteix en dues ABS, una de les quals compartida amb Tivenys, i una altra amb set municipis més.

Aquest és l’esquema teòric fixat a la LOSC, però hi hem d’afegir més coses. El 2015, per decisió del consell de direcció de CatSalut, es van crear les anomenades àrees de gestió sanitària (AGA) definides com «agrupacions d’àrees bàsiques de salut, que delimiten territoris formats per un o més hospitals i les

ABS que s’hi relacionen més intensament en qualitat d’hospital bàsic, atenent als fluxos actualment existents». De fet, si ho contrastem a la llista d’hospitals d’aguts del SISCAT (Sistema sanitari integral d’utilització pública de Catalunya) veiem que a cada AGA li correspon un o més hospitals, llevat de l’AGA Alta Ribagorça. Tenim, doncs, 43 AGA, molt diferents entre elles. Així, hi ha 9 AGA que es corresponen al sector, i fins i tot una regió sanitària –Lleida– que és a la vegada Regió, sector i AGA. Un dels factors és la localització d’un centre hospitalari de referència, la qual cosa porta a pensar si alguna d’aquestes agrupacions no ens estaria assenyalant «espais geogràfics en què s’estructuren les relacions bàsiques de l’activitat econòmica i han d’agrupar municipis amb característiques socials, culturals i històriques comunes»; és a dir, comarques. El conjunt –ABS, sectors, regions, AGA– es pot veure al mapa 13.

Figura 1



I, encara més, el 27 de gener de 2021, i amb la voluntat de reforçar el caràcter de xarxa, el departament de Salut presenta “una nova organització territorial”, formada per 5 clústers i 9 eixos territorials, com a mesura per fer front a la pandèmia. La necessitat que cada clúster tingui un hospital especialitzat com a capçalera, i el fet que els 5 hospitals siguin al Barcelonès, ha generat una agrupació una mica forçada (fig. 1).

Així, el clúster Sud-Tarragona comprèn els eixos *Tarragona-Ebre* i el *Metrosud i Costa Ponent*, amb capçalera a l'Hospital de Bellvitge (HUB). El clúster Nord-Lleida, amb capçalera a l'Hospital Vall d'Hebron (HUVH), té l'eix *AIS Nord* (Barcelona) i els eixos *Vallès Occidental C16* i *Lleida-Alt Pirineu-Aran*. El clúster C-17, amb capçalera al Clínic, té un sol eix i inclou part de Barcelona, el Vallès Oriental i Osona. El clúster “Barcelona Dreta Litoral Anoia”, amb capçalera a l'Hospital de Sant Pau i igualment amb un sol eix, inclou la part de la ciutat de Barcelona designada d'aquesta manera i l'Anoia. Finalment, el clúster Nord-Girona comprèn els eixos *Barcelonès Nord i Maresme*, i l'eix *Girona*.

El resultat és una organització a quatre nivells, amb funcions diverses, amb 7 regions, 29 sectors, 43 AGA i 374 ABS. I ara, a més, 5 clústers i 9 eixos.

Des del punt de vista de l'assistència sanitària –és a dir, qui es responsabilitza de prestar el servei en cada ABS– la part més important rau en l'Institut Català de la Salut (ICS) l'organisme públic d'assistència sanitària hereu de la Seguretat Social, quan aquesta també era proveïdora de serveis de salut. L'ICS gestiona diversos hospitals, entre els quals els de referència –Bellvitge, Germans Trias i Pujol, Joan XXIII, Arnau de Vilanova, Trueta, Verge de la Cinta– i 270 ABS.

Cal dir que l'ICS té la seva pròpia estructura territorial que, si bé a grans trets s'assembla al mapa de regions (mapa 7), no n'incorpora alguns detalls; així, la Baixa Segarra forma part de la gerència Tarrago-

na-Terres de l'Ebre, o l'Alt Maresme de la gerència Barcelonès Nord i Maresme. El cas més singular és la gerència Barcelona Ciutat, que comprèn els municipis de Barcelona... i el de Montcada i Reixac.

A partir d'aquí, hi ha una multitud d'operadors, de tot tipus –consorcis, amb participació del Cat-Salut i sense, fundacions, empreses públiques; de responsabilitat local, compartida, publicoprivada, etc.– entre les quals trobem diversos consorcis de marcat caràcter territorial –Maresme, Anoia, Alt Penedès i Garraf, Terrassa, Vic, Parc Taulí de Sabadell–. Algunes d'aquestes entitats gestionen ABS, com també ho fan altres entitats, majoritàriament fundacions sense ànim de lucre –públiques, privades o mixtes–. A la Regió Metropolitana Nord, són 24 de 88 ABS; a Girona, 14 de 39, i al Camp de Tarragona, 13 de 33.

Aquest és l'escenari on ha irromput la pandèmia. Un escenari, no només complex, també debilitat per una dècada de retallades, tant per treure –prestar menys serveis– com per no posar –no cobrir vacants o renovar inversions, adaptació a noves demandes–. Amb unes estructures molt complexes, per revisar i renovar, i amb un sobre esforç continuat, cal, de cop, afrontar una situació límit, una patologia que presenta un determinat nombre de casos greus o molt greus, sense pautes rigoroses (per edat, per patologies prèvies, etc.) i, a la vegada, amb una gran capacitat de contagi que necessita ser controlada. Això ha afectat sobretot l'àmbit d'hospitalització –especialment les UCI– pel que fa als casos greus, i l'àmbit de primària pel que fa al control de possibles positius i a l'evolució dels casos menys greus. I ho ha fet superposant-se a l'escenari conegut: les passes de grip de cada hivern, l'afluència de visitants a l'estiu, etc. O, més clar, al nombre d'infarts, d'ictus, de trencaments d'ossos o d'apendicitis anuals.

La primera lliçó, doncs, és que sí bé és cert que el sistema sanitari ha patit un estrès important, no



es pot dimensionar de nou a partir d'aquests extrems, ni en personal, ni en serveis, ni en instal·lacions. De fet, dels dos àmbits d'assistència sanitària, l'hospitalari i l'assistència primària, podem extreure unes conclusions molt diferents.

L'àmbit hospitalari té una dimensió i un desplegament territorial acceptable; més enllà de la possibilitat –per no dir la conveniència– de corregir elements de col·laboració per a una major eficiència (per exemple, la futura relació entre l'Hospital Joan XXIII de Tarragona i l'Hospital de Sant Joan de Reus) el cert és que ha aguantat bé.

Sobre la primària ha recaigut la responsabilitat de parar el cop. La primària és la porta d'entrada al sistema sanitari, el més proper a la ciutadania, i el que pot fer que el sistema hospitalari no es col·lapsi. És a partir d'això que es poden fer una sèrie de consideracions relatives al sistema de l'atenció primària, a la seva governança, a les propostes que s'apunten per al futur.

De forma no exhaustiva, serien almenys les següents. I sempre amb el benentès que, qualsevol reforma, qualsevol sistema, necessita dels mitjans humans i materials suficients per a funcionar, si vol ser efectiva més enllà del paper.

Sobre el paper de les ABS

L'ABS és –o pot ser, o es volia que fos– molt més que l'àmbit de servei d'un CAP. Deixant de banda que hi ha (poques) ABS amb més d'un CAP, i que també cal tenir en compte els consultoris locals (prop de 800), les ABS abastaven –o havien d'abastar– més funcions. En un primer moment, al decret 84/1985, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària a Catalunya, definia les funcions de l'Equip d'Assistència Primària (és a dir, del conjunt de professionals sanitaris i no sanitaris amb actuació en l'ABS) que eren:

- a) L'atenció sanitària individual i col·lectiva en règim ambulatori, domiciliari i d'urgència a la població adscrita a l'Equip, en coordinació amb els serveis d'especialitats mèdiques del Sector.
- b) L'execució dels programes de promoció de la salut i prevenció de la malaltia i l'educació sanitària directa de la població.
- c) Les tasques de rehabilitació pròpies d'un primer nivell assistencial.
- d) La participació en programes de docència i formació dels professionals d'atenció primària.
- e) L'elaboració i execució de programes d'investigació en l'àmbit de l'atenció primària.
- f) La realització dels estudis clínics i epidemiològics que es determinin.
- g) L'elaboració del diagnòstic de salut de l'Àrea Bàsica.
- h) L'autoavaluació de les activitats realitzades i dels resultats obtinguts, així com la participació en els programes generals d'avaluació i control de qualitat de l'assistència primària.
- i) La complimentació i tramesa als òrgans del Departament de Sanitat i Seguretat Social i l'Institut Català de la Salut de la documentació que se sol·liciti per a l'avaluació exhaustiva de les activitats de l'Equip i el seu rendiment.
- j) Totes aquelles altres, d'anàloga naturalesa, que es determinin per tal d'assolir una millor atenció primària de la població.

Com podem veure, l'ABS es constitueix com un veritable “motor” de salut, més enllà de l'assistència sanitària, un agent actiu al territori per a les polítiques públiques de salut.

Posteriorment, la llei 15/1990, d'ordenació sanitària de Catalunya, és menys explícita, i defineix l'ABS com:

“-1 L'Àrea Bàsica de Salut és la unitat territorial elemental on es presta l'atenció primària de salut

d'accés directe de la població, i que constitueix l'eix vertebrador del sistema sanitari en l'àmbit de la qual desenvolupa les seves activitats l'Equip d'Atenció Primària.

-2 L'Equip d'Atenció Primària és el conjunt de professionals sanitaris i no sanitaris, amb actuació en l'Àrea Bàsica de Salut, que desenvolupa de manera integrada, mitjançant el treball en equip, actuacions relatives a la salut pública i la promoció, la prevenció, la curació i la rehabilitació de la salut individual i col·lectiva de la població de l'Àrea Bàsica”

No especifica les funcions de l'EAP –auríem d'entendre vigents les fixades al decret?– però afegeix, a la naturalesa i funcions de l'ABS, que:

“-3 Per a desenvolupar una millor atenció integral s'ha de promoure que els Equips d'Atenció Primària es coordinin amb els recursos socials de les Administracions locals existents.”

A la vegada, estableix que, en l'àmbit de cada ABS:

“s'han de coordinar tots els serveis sanitaris i socio-sanitaris d'atenció primària de titularitat pública o privada per tal d'assolir una homogeneïtat d'objectius i un màxim aprofitament de recursos.”

Les referències als recursos socials i als serveis socio-sanitaris obren la porta a un paper més intens en matèria de serveis socials, un dels aspectes que més ha grinyolat en la crisi de la COVID-19.

Hi ha, doncs, elements suficients per a configurar unes ABS més actives en la promoció de la salut, un camp en el qual hi ha experiències positives, que caldria fomentar i, sobretot, fer possibles amb una major integració amb polítiques públiques locals, especialment de serveis socials.

Sobre la planta territorial

Com hem dit, el mapa de les ABS és fruit d'un treball curós, i, en alguns casos, amb més lògica que algunes parts del mapa municipal del país. Sens perjudici d'ajustaments de casos concrets, una possible intervenció en el mapa seria més pensant en la governança de les ABS, amb l'objectiu que es recollís en aquest àmbit la diversitat del país.

Així, es tractaria de passar d'un esquema uniforme i vertical ABS-(AGA)-Sector-Regió, a un esquema asimètric, que tindria per protagonista dels canvis el conjunt d'ABS de les grans ciutats, on sovint hi ha més d'una ABS per terme.

Si agafem com a referència el llinar de 50.000 habitants (i excloent Barcelona, amb un règim propi, en forma de consorci, a partir de la Carta Municipal) això es dona a les ciutats que ressenyem a la taula 1.

Per una banda, hi ha dotze ciutats que no inclouen més termes a les seves ABS, ni tenen part del seu terme en altres. Per l'altra, algunes disfuncions a tractar (les Botigues de Sitges; Sucs i Raimat, de Lleida, que són a l'ABS d'Almacelles). També una sèrie de ciutats amb nuclis que formen part d'una “ciutat real” més gran (Tarragona, Manresa, Terrassa, Granollers, com hem vist abans).

Caldria decidir sobre les disfuncions –tot i que res impedeix mantenir l'actual àmbit de les ABS respectives– i també si es contempen les ciutats reals o bé es reajusten els àmbits de les ABS. Sembla força evident que, per motius demogràfics, res impedeix la formació de sengles ABS a Canovelles (16.629 habitants) i a les Franqueses del Vallès (20.092 habitants). Tampoc a la Canonja (5.893 habitants) a Viladecavalls (7.512 habitants) o a Matedepera (9.326 habitants). El Catllar pot integrar-se a l'ABS de Torredembarra, i els Pallaresos a l'ABS del Morell. Castellfollit del Boix podria optar a inte-

Taula 1

	ABS	Habitants
Badalona	13	220.440
Castelldefels (el nucli de les Botigues de Sitges)	2	69.292
Cornellà de Llobregat	4	88.592
Cerdanyola del Vallès (amb Ripollet)	5	96.068
Girona (amb part de Canet d'Adri, de Quart i de Sant Gregori, i Sant Martí de Llémena)	4	106.849
Granollers (amb Canovelles i les Franqueses del Vallès)	4	97.996
L'Hospitalet de Llobregat	12	264.923
Lleida (amb part del municipi en altres ABS)	6	137.883
Manresa (amb Castellfollit del Boix i Sant Salvador de Guardiola)	4	81.329
Mataró	7	128.265
Mollet del Vallès	2	51.318
El Prat de Llobregat	3	64.599
Reus (amb Castellvell del Camp)	5	107.230
Rubí	3	77.464
Sabadell	10	213.644
Sant Boi de Llobregat	4	83.605
Sant Cugat del Vallès	3	91.006
Santa Coloma de Gramenet	6	119.215
Tarragona (amb la Canonja, el Catllar i els Pallaresos)	8	149.636
Terrassa (amb Ullastrell, Matadepera, Viladecavalls, i el nucli de les Fonts)	7	241.709
Viladecans	3	66.611
Vilanova i la Geltrú	3	67.086
Total	118	2.624.760

grar-se a l'ABS d'Òdena, i Sant Salvador de Guardiola a l'ABS de Sant Vicenç de Castellet. Castellvell del Camp, a l'ABS de la Selva del Camp. Finalment, cabria reordenar les ABS de Cerdanyola del Vallès i de Ripollet, ara mateix amb dues ABS a Cerdanyola del Vallès, dues a Ripollet, i una compartida, i deixar-les en tres i dues, o bé, si cal, corregir la disfunció de la part del terme municipal de Ripollet a l'altra banda de la C-58. I també reordenar les parts de Canet d'Adri, Quart i Sant Gregori, i el municipi de Sant Martí de Llémena.

Aquests moviments, de produir-se, deixarien vint-i-dos municipis de més de 50.000 habitants, en els quals es podrien refundre les actuals ABS, de manera que assumissin algunes de les funcions dels sectors i de les regions. El model seria similar a l'establert per al Consorci Sanitari de Barcelona, format per la Generalitat i per l'Ajuntament de Barcelona, i a qui correspon "dirigir i coordinar la gestió dels centres, els serveis i els establiments d'atenció sanitària, sociosanitària i els de promoció i protecció de la salut de la regió sanitària del

municipi de Barcelona” i també exercir “les funcions que la Llei 15/1990, de 9 de juliol, atribueix a les regions sanitàries del Servei Català de la Salut. Aquestes funcions, les ha d'exercir d'acord amb els criteris generals establerts pel Consell de Direcció del Servei Català de la Salut”; en aquest darrer cas, però, referit als sectors.

Seria una pràctica similar a l'ordenació dels serveis socials bàsics, en què la Llei de Règim local atribueix, als municipis de més de 20.000 habitants, aquesta competència, de manera que, als municipis que no arriben a aquesta xifra, el servei és prestat pel Consell Comarcal.

A la vegada, això permetria integrar les funcions municipals en matèria de salubritat pública, atenció primària de la salut, els serveis socials, o l'esport i el lleure, matèries que, en una interpretació extensiva, poden formar part d'una política de salut pública en els termes abans citats de l'ABS com agent actiu de la salut, més enllà de la tasca d'assistència sanitària. Ja la LOSC atribueix determinades competències als ajuntaments:

“Article 68

Competències

-1 En el marc del sistema sanitari públic de Catalunya, els Ajuntaments són competents per:

a) Prestar els serveis mínims obligatoris establerts per la legislació que regula el règim municipal pel que es refereix als serveis de salut i altres regulats en aquesta Llei.

b) Prestar els serveis necessaris per a donar compliment a les següents responsabilitats mínimes en relació amb l'obligat compliment de les normes i els plans sanitaris relatius a:

Control sanitari del medi ambient: contaminació, atmosfèrica, abastament d'aigües, sanejament d'aigües residuals, residus urbans i industrials.

Control sanitari d'indústries, activitats i serveis, transports, sorolls i vibracions.

Control sanitari d'edificis i llocs d'habitatge i de 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 físico-esportiva i d'esbarjo.

Control sanitari de la distribució i el subministrament d'aliments, begudes i altres productes, directament o indirectament relacionats amb l'ús o el consum humà, així com de llurs mitjans de transport.

Control sanitari dels cementiris i la policia sanitària mortuòria.

c) Promoure, en el marc de les legislacions sectorials, aquelles activitats i prestar els serveis sanitaris necessaris per tal de satisfer les necessitats i les aspiracions de llur comunitat de veïns i en particular:

La defensa dels consumidors i els usuaris de la sanitat.

La participació en la gestió de l'atenció primària de la salut.

La protecció de la sanitat ambiental.

La protecció de la salubritat pública.

d) Realitzar activitats complementàries de les que siguin pròpies d'altres Administracions públiques en les matèries objecte d'aquesta Llei, i en particular, pel que fa a l'educació sanitària, l'habitatge, la protecció del medi i de l'esport en els termes establerts en la legislació que regula el règim municipal.

e) Prestar els serveis relacionats amb les matèries objecte d'aquesta Llei derivats de l'exercici de les competències que en ells puguin delegar la Generalitat de Catalunya segons el termes establerts en la legislació que regula el règim municipal.”

Una major integració entre el món local i la gestió directa de la salut, feta a partir de la realitat funcional, de manera asimètrica d'acord amb la diversitat

de situacions territorials, podria ser més eficient i acostar la responsabilitat al ciutadà.

Simplificació de l'estructura

Com hem vist, l'estructura territorial respon a un model vertical Regió-Sector-ABS, uniforme (llevat del cas de la ciutat de Barcelona). A aquesta estructura s'hi han superposat les Àrees de Gestió Assistencial (AGA) que responen, sobretot, a l'àrea d'influència dels respectius hospitals inclosos al SISCAT (Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya).

Les AGA, doncs, són molt diferents entre elles. Des de les AGA del Vallès Occidental Oest –Terrassa– amb 14 ABS i 428.098 habitants, i el Vallès Occidental Est –Sabadell– amb 19 ABS i 400.300 habitants, a les AGA de l'Alta Ribagorça –1 ABS i 3.802 habitants– Aran –1 ABS i 10.053 habitants– o la Cerdanya –1 ABS i 18.360 habitants–.

I, per altra banda, les AGA no es corresponen exactament amb l'estructura existent. La majoria de la AGA són parts de sector –per exemple, 2 AGA al sector sanitari de Tarragonès-Baix Penedès– però hi ha ABS pertanyents a sectors diferents en una mateixa AGA. Així, les ABS de Sant Adrià del Besòs, del sector Barcelonès Nord i Maresme, es parteixen en les AGA Barcelona Nord litoral i Barcelonès Nord i Baix Maresme; l'ABS de Montcada i Reixac, del sector Vallès Occidental Oest, és a l'AGA Barcelona Nord.

Això també fa que la dotació de llits per habitant sigui molt dispar, entre els 4,19 llits/1.000 habitants a l'AGA de l'Alt Urgell, i els 0,62 a l'AGA de Viladecans (les dades per comarques en el mapa 14). La pandèmia ha normalitzat un treball més en xarxa, menys vertical, del sistema hospitalari, derivant pacients d'un hospital a l'altre en funció de capacitat i de possibilitats, més enllà de les estrictes adscripcions.

Això se suma a una tendència, per ara només apuntada, en casos de centres especialitzats propers, com ara el Parc Martí i Julià i el Dr. Trueta, a Girona, en el debat sobre la ubicació del nou hospital, o, encara més, en els hospitals Sant Joan, de Reus, i Joan XXIII, de Tarragona, on es comença a plantejar un repartiment de papers per evitar duplicacions entre dos hospitals de primer nivell que estan separats si fa no fa per la mateixa distància que separa els hospitals de Bellvitge i Germans Trias i Pujol.

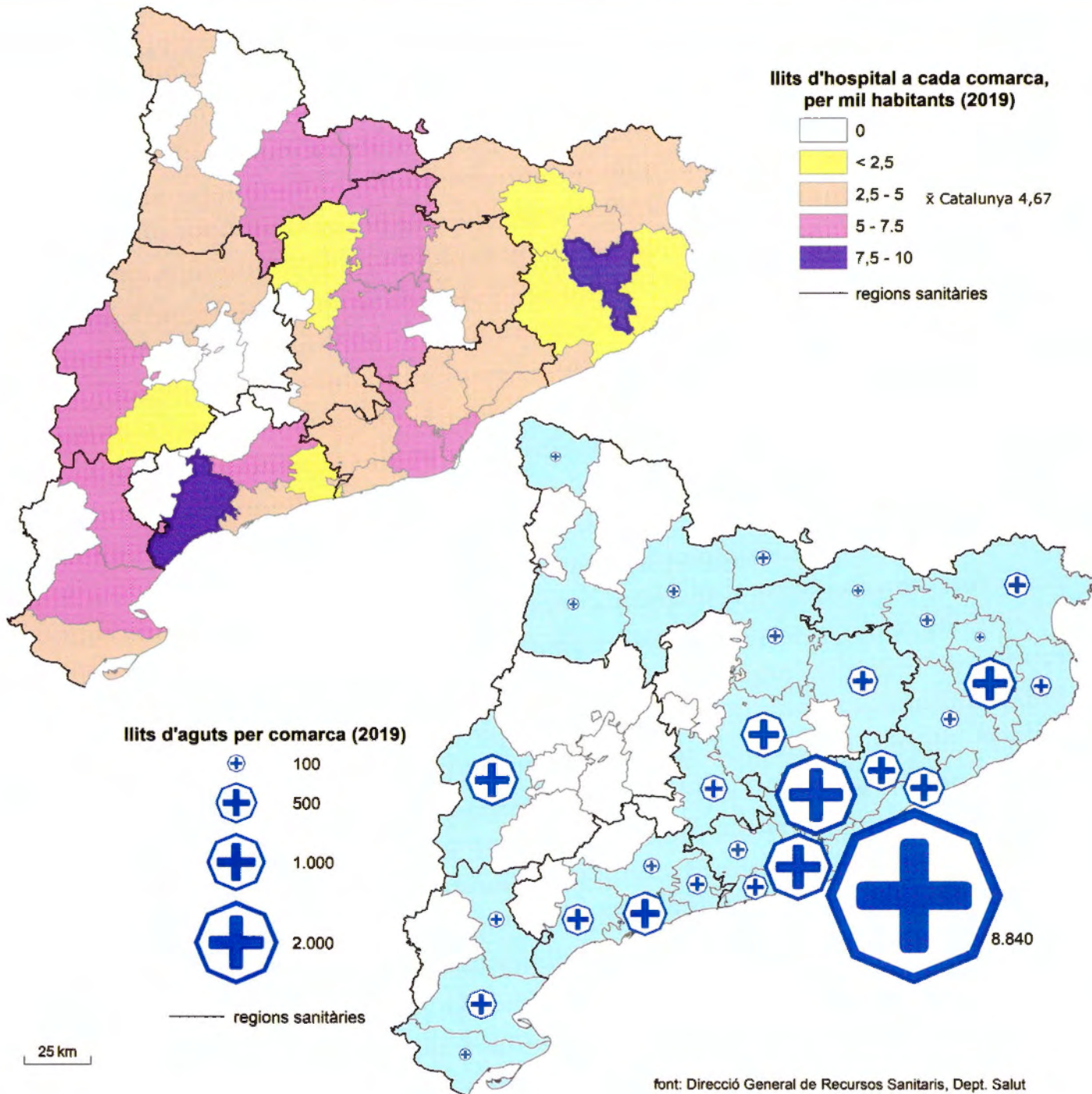
Pel que fa a estructures de govern, cal dir que ja hi va haver una simplificació, l'any 2000, quan es van modificar els Consells de Direcció i es van suprimir els Consells de Salut, una estructura executiva i de participació fins aleshores doblada tant a les regions sanitàries com als sectors sanitaris. I, en el cas de Lleida i de les Terres de l'Ebre, regions amb un únic sector, hi ha un sol nivell directiu.

La digitalització de la xarxa primària

La resposta a la pandèmia ha accelerat el procés de digitalització de l'atenció primària. Els processos tendents a la disponibilitat de la informació a través de la història clínica compartida de Catalunya, la recepta electrònica, el procés de digitalització de la imatge mèdica s'han demostrat imprescindibles en una atenció mèdica més a distància. A la vegada, s'ha generalitzat un àmbit d'atenció telefònica, més enllà de la programació de visites o de la Informació general - 061/Salut Respon.

Ara bé, això ha suposat una sobrecàrrega de la xarxa habitual, no exempta de problemes (CAP amb les línies col·lapsades, queixes per retards en l'atenció) que caldria tenir en compte per a una futura –cada cop més propera– atenció en línia, especialment a les àrees amb menys cobertura.

Pel que fa a la xarxa, un punt positiu és l'extensió de fibra òptica que s'està fent des del Govern, amb



col·laboració amb les diputacions. Aquesta xarxa arriba ja ara a totes les capitals de comarca, i ha d'arribar a tots els municipis de Catalunya.

Ara bé, això no assegura –tot i que evidentment facilita– el servei a tots els punts d'atenció primària. Cal pensar que, a més dels CAP, a Catalunya hi ha 791 consultoris locals, punts d'atenció primària de serveis molt bàsics, de seguiment de malalties no greus, etc., especialment important per als municipis i nuclis de població sense CAP, i també per a persones grans o persones sense mitjans per a desplaçar-se al CAP.

No sempre, però, aquests consultoris són –o no són només– al cap del municipi, on és previst que arribi la fibra òptica de la Generalitat. Vegem-ne un cas real, a l'ABS Anoia Rural, una ABS que comprèn 14 municipis, amb 10.766 habitants. Ara bé, 3.788 d'aquests habitants, un 35%, viuen en alguns dels 23 nuclis de població de més de 20 habitants (n'hi ha uns quants més, menys poblats, i uns quants disseminats) fora del cap del municipi. L'ABS té consultoris locals als caps de municipi –llevat d'Orpí, Rubió, Veciana i Santa Maria de Miralles– i un altre al barri de Sant Pere (456 habitants) al municipi d'Òdena.

Hi ha, doncs, més de 3.000 habitants que s'han de desplaçar per a tenir atenció mèdica, o bé que tindran part d'aquesta atenció de forma telemàtica, però no està garantit que tots tinguin la cobertura adequada. Una anàlisi similar a totes les ABS –si més no a les ABS rurals– ens indicaria l'amplitud d'aquesta zona d'ombra.

La mobilitat sostenible

Per altra banda, per molt que progressi l'atenció telemàtica, és evident que igualment caldrà atenció personal. En aquest sentit, el servei públic de transport de viatgers presenta serioses deficiències de

cara a assegurar la connexió entre nuclis i serveis, ara ja parlant de CAP i d'hospitals.

Vegem-ne un cas. El sector sanitari i AGA Alt Camp–Conca de Barberà comprèn quatre ABS (Montblanc, Valls Urbà, Alt Camp Oest i Alt Camp Est) amb CAP a Montblanc, Valls, Alcover i Vila-rodona, a més del Pius Hospital de Valls. Aquests centres donen cobertura a 39 municipis. Doncs bé, una bona part d'aquests pobles i viles amb prou feines tenen dues connexions diàries amb Valls–l'Hospital i poca cosa més. Si algú vol –o no té més remei– usar el transport públic per anar al seu CAP, posem que des del Pla de Santa Maria a Vila-rodona, les opcions són... un únic trajecte, no directe, a les tres de la tarda, i que, entre recorregut i esperes suma una hora i mitja, per a una distància que, en línia recta, són uns 8 km.

En aquest sentit, doncs, caldria plantejar-se la cobertura del transport públic –línies i horaris– amb una certa coordinació amb els serveis públics d'abast supramunicipal. Garantir un mínim accés als CAP, dins de l'àmbit de l'ABS, i als hospitals, dins de l'àmbit de l'AGA.

La relació amb les residències de gent gran

La pandèmia ha posat de manifest que l'atenció sanitària a la gent gran ha fallat. El plantejament, fins ara, era que la gent gran internada en residències es tractava com un ciutadà més, que en lloc de viure en un habitatge independent, ho feia en una residència, i per tant, tenia un CAP de referència, com tot titular de targeta sanitària. La incidència de la covid en les residències ha fet pensar en la necessitat d'un tractament específic, atenent també les necessitats sanitàries pròpies de la gent gran.

Ara bé, la realitat és molt diversa. Per començar, es tracta d'un món molt atomitzat. A Catalunya hi ha 959 residències, amb un total de 54.059 pla-

ces, una mitjana de 56,3 places. D'aquestes, 154 residències tenen més de 100 places, amb un total de 22.170; la resta, 805 residències, tenen 31.889 places, una mitjana de 39,6.

A més, aquestes dotacions estan desigualment repartides. Si la mitjana, a Catalunya, és de 7,12 places per 1.000 habitants, entre sectors això va de les 11,11 places/miler d'habitants a la regió sanitària de Lleida a les 2,30‰ a la ciutat de Barcelona. Per ABS, encara és més divergent: l'ABS de Molins de Rei té 1 plaça/mil habitants, i l'ABS de Moià, 34,78‰: una relació d'1 a 34! Encara més, 27 ABS, amb un total de 318.816 habitants, no tenen cap plaça.

En aquest sentit, amb la possibilitat de coordinació amb els serveis socials que es preveu per a les ABS, caldria adoptar mesures específiques per a l'atenció a la gent gran, atenent la diversitat de dotacions residencials i les diferències que hi puguí haver en la realitat de la població i les taxes d'envelliment. En definitiva, es tractaria –també aquí– d'aprofitar el marc de l'ABS per a dissenyar polítiques públiques d'acord amb la diversitat de situacions.

Totes aquestes propostes responen a un criteri bàsic: atendre diversament el que és divers; no uniformitzar, no homogeneïtzar el que la realitat ens mostra com un fet heterogeni. Les realitats territorials –de població, de poblament, demogràfiques, de dotació de serveis– són molt diverses. Les solucions, doncs, també ho hauran de ser.

Referències bàsiques

CASADEVALL, Robert (2009) "Un nou mapa supramunicipal: els governs territorials de salut", *Treballs de la Societat Catalana de Geografia*, núm. 67-68, p. 39-60.

SERVEI CATALÀ DE LA SALUT (1992) *La reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Memòries de les regions sanitàries de Catalunya (anys 2019, 2018 i 2017). Ed. CatSalut.

http://envejecimiento.csic.es/recursos/residencias/por_provincia.html