



Consorci Hospitalari
de Catalunya

1983-2008



XXV ANIVERSARI DEL CHC 2008 ANY DEL XXV ANIVERSARI DEL CHC

© **Consorti Hospitalari de Catalunya**

Avinguda del Tibidabo, 21

08022 Barcelona

Tel. 932 531 820

www.chc.cat

Coordinació

Cristina Ferrer (Direcció de Comunicació del CHC)

Realització

Hores extraordinàries

Disseny gràfic

Lluïsa Cobos

Fotografies

Arxius i publicacions del CHC i dels seus centres associats

Impressió

SYL

Dipòsit legal: B-17.036-2008

ÍNDEX

PRESENTACIONS #4

- >1 1979-1983, EL NAIXEMENT DEL CHC #6
- >2 L'ASSOCIACIONISME MUNICIPAL EN L'ÀMBIT DE LA SALUT #12
- >3 LA IMPLICACIÓ EN EL MODEL DE SALUT I EN LA CONSTRUCCIÓ DE LA XARXA SANITÀRIA I SOCIAL PÚBLICA #20
- >4 L'ASSOCIACIÓ PATRONAL #30
- >5 LA MODERNITZACIÓ I LA PROFESSIONALITZACIÓ DE LA GESTIÓ #36
- >6 L'EXPERTESA COM A CONSULTORS I ASSESSORS #42
- >7 LA INICIATIVA EMPRESARIAL I ELS SERVEIS MANCOMUNATS #50
- >8 DE LES COL·LABORACIONS, FUSIONS I ALIANCES FINS A LES ORGANITZACIONS SANITÀRIES INTEGRADES #56
- >9 EL CHC AVUI #62

CRONOLOGIA #68



Marina Geli

Consellera de Salut

La història dels últims vint-i-cinc anys de Catalunya s'ha escrit, en bona part, a través del potent municipalisme existent. El Consorci Hospitalari de Catalunya, pioner a l'Estat espanyol, neix d'aquesta voluntat de reforçar la veu dels municipis i millorar la gestió dels centres sanitaris responsabilitat dels ajuntaments. És així com el Consorci Hospitalari de Catalunya esdevé un actor important de consolidació i enfortiment del nostre sistema sanitari, que promou i facilita la coordinació entre els ajuntaments i els hospitals, i entre els diferents nivells assistencials. El futur del sistema passa per la creació i l'extensió dels governs territorials de salut. El Consorci també serà clau en aquest nou procés d'acostament de la presa de decisions sanitàries als municipis a través del suport que proporciona a les entitats municipalistes en aquest desplegament.



Josep Abelló

President del CHC

Fruit de la recuperació de la democràcia, el Consorci Hospitalari de Catalunya va néixer com a *punt* de trobada d'un grup de joves polítics i professionals carregats d'il·lusió i de projectes, que creien en les persones i en els serveis de proximitat.

En el decurs d'aquest quart de segle, el CHC ha esdevingut el *punt* de partida d'un model que ha fet realitat aquelles inquietuds que, lluny de minvar, han resultat la veritable raó de ser de la nostra existència i ens han convertit en *punt* de referència.

Des d'aquest *punt*, generador d'energia, hem defensat el model CHC a Catalunya i arreu del món amb orgull, fermesa i seguretat. Ho continuarem fent amb la mateixa convicció i capacitat de crítica que hem acumulat en aquests primers vint-i-cinc anys.

Com a president actual del CHC, he de donar les gràcies i felicitar totes les persones que han fet possible que aquest *punt* sigui, per a molts de nosaltres, el més important en l'univers dels serveis de proximitat.

En aquest *punt*, el CHC no deixarà mai d'exercir el paper de catalitzador en el camp dels serveis a les persones, honorant aquells que fa vint-i-cinc anys el van idear.

Manuel Royes

President del CHC (1981-1983)

El Consorci Hospitalari, del qual celebrem els primers vint-i-cinc anys, és un producte típic del moment en què va néixer. Creat mig per necessitat, per respondre a una demanda veïnal i per l'empenta i la tenacitat d'un grup d'alcaldes, el Consorci és avui una realitat consolidada que dóna un servei essencial. Afortunadament, queden lluny els dies en què ens vam fer càrrec d'aquells sinistres i antiquats hospicis. Avui, els hospitals del Consorci es compten entre els millors. Crec que podem estar tots ben orgullosos de la tasca que hem fet.

Joan Cornet

President del CHC (1983-1987)

En els vint-i-cinc anys que han passat des de la fundació del Consorci hem aconseguit, de forma progressiva i tossuda, modernitzar el nostre sistema de salut. En podem estar orgullosos i hem d'estar agraïts als centenars de persones que han fet possible aquest canvi. Perquè el CHC ha estat, sobretot, una xarxa de transferència de coneixement, d'experiències, de propostes, de nous models de gestió de les organitzacions de la salut. També ha estat una eina de negociació positiva amb l'Administració catalana. I tot això ho fan les persones.

Ara, el repte és transformar i adaptar el model del sistema sanitari i social, per tal que estigui més centrat en la salut i el benestar dels ciutadans, sàpiga motivar i donar suport als nostres excel·lents professionals i sigui sostenible econòmicament.

Estic segur que, davant d'aquest repte, un cop més, el Consorci serà un element clau i un motor de canvi.

Ramon Bagó

President del CHC (1987-1991)

És de justícia remarcar la importància que ha tingut el CHC en la descentralització de l'atenció hospitalària a Catalunya; amb tota seguretat, l'actuació dels alcaldes que van fundar el Consorci va incidir de manera molt positiva en el fet que avui el nostre país tingui una xarxa d'hospitals àmplia i de primer nivell.

A títol personal, quan repasso la meva memòria històrica, he d'agrair les bones amistats que al llarg d'aquests anys he pogut fer i recordar amb satisfacció els bons moments viscuts, especialment en la nostra actuació al continent americà, que ens va permetre difondre el model català de salut.

>1

1979-1983, EL NAIXEMENT DEL CHC

EL CONSORCI HOSPITALARI DE CATALUNYA ÉS UNA ENTITAT ASSOCIATIVA QUE AGRUPA HOSPITALS I ALTRES CENTRES SANITARIS I SOCIALS VINCULATS A L'ADMINISTRACIÓ LOCAL I FUNDACIONS SENSE ÀNIM DE LUCRE.

EL CHC REPRESENTA ELS SEUS ASSOCIATS DAVANT LES ADMINISTRACIONS; DÓNA SUPORT AL FUNCIONAMENT ORDINARI DELS CENTRES; ELS GESTIONA I ELS PRESTA SERVEIS DIRECTES, I PARTICIPA EN LA CONFIGURACIÓ DEL SISTEMA SANITARI DE CATALUNYA.



L'ACTE DE FUNDACIÓ DEL CHC VA TENIR LLOC A L'AJUNTAMENT DE MANRESA. PRESIDIT PEL MINISTRE DE SANITAT I CONSUM, ERNEST LLUCH, HI VAN ASSISTIR EL GOVERNADOR CIVIL DE BARCELONA, FERRAN CARDENAL; EL PRESIDENT DE LA DIPUTACIÓ DE BARCELONA, ANTONI DALMAU; EL PRESIDENT DE LA FEDERACIÓ CATALANA DE MUNICIPIS I ALCALDE DE GIRONA, JOAQUIM NADAL; L'ALCALDE DE MANRESA, JOAN CORNET, ELEGIT PRESIDENT DE LA JUNTA DEL CONSORCI; L'ALCALDE DE TERRASSA I PRESIDENT EN L'ETAPA PRECONSTITUENT DEL CONSORCI, MANUEL ROYES, I ALCALDES I GERENTS D'HOSPITALS CATALANS.

TRADICIÓ SINGULAR

A Catalunya hi va haver, des de l'edat mitjana, una forta tradició de donacions encaminades a la creació de centres d'acolliment per a malalts pobres o transeünts. Els hospitals benèfics (particulars o municipals) es van començar a construir entre els segles XV i XVII. Aquests centres van anar passant progressivament a mans d'ordes religiosos, més endavant a mans de l'Estat i, en molts casos, directament als municipis o a fundacions beneficoprivades, i van dibuixar un mapa sanitari singular a tot el territori.

Amb la Mancomunitat i la República, molts hospitals municipals van experimentar una revifada gràcies al projecte de comarcalització i municipalització sanitàries, molt centrat en aquests centres.

Després de la Guerra Civil, els hospitals comarcals van quedar descapitalitzats i abandonats per l'Administració de l'Estat, que va apostar per grans residències sanitàries a les capitals de província.

ELS HOSPITALS MUNICIPALS SEMPRE HAN ESTAT PRESENTS EN LA SANITAT DEL NOSTRE PAÍS. D'ESQUERRA A DRETA, L'ANTIC HOSPITAL DE VILAFRANCA DEL PENEDÈS (S. XV), L'HOSPITAL DE SANT JAUME I SANTA MAGDALENA DE MATARÓ (S. XVIII), L'HOSPITAL ASIL SANT JAUME DE BLANES (1913) I L'HOSPITAL SANT JAUME DE CALELLA (1990).



L'ARRIBADA DE LA DEMOCRÀCIA ALS AJUNTAMENTS

L'any 1979 se celebren les primeres eleccions municipals democràtiques. Els alcaldes elegits assumeixen la responsabilitat de dirigir i gestionar els centres hospitalaris que depenen del consistori municipal. Uns centres que en molts casos tenen més treballadors que el mateix ajuntament i una gran complexitat com a empreses atípiques que són (diversitat de vinculació dels professionals, falta de finançament, instal·lacions obsoletes...).

Els ajuntaments reclamen un lloc en el debat sobre la futura concepció de l'Estat autonòmic i exigeixen un traspàs de competències als ajuntaments. Aquesta descentralització també és reclamada pel sector sanitari. Els consistoris, com a Administració més propera al ciutadà, reclamen participar tant en la planificació com en la gestió dels serveis de salut a la població.



“LA NOVA CONCEPCIÓ DEL FUTUR ESTAT DEMOCRÀTIC, DE LES AUTONOMIES I, MOLT ESPECIALMENT, A PARTIR DE LA RENOVACIÓ DELS CONSISTORIS, INTRODUÏX UN FACTOR DE POLÍTICA SANITÀRIA D'UNA IMPORTÀNCIA CABDAL.”

[DEL DOCUMENT DE PRESENTACIÓ PÚBLICA DEL CHC, EL 26 DE MARÇ DE 1983 A LA CIUTAT DE MANRESA.]

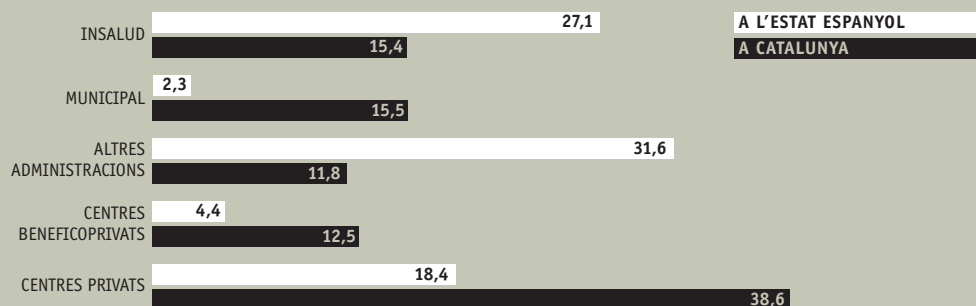


OBJECTIUS COMUNS

Malgrat la diversitat de models de centre hospitalari, les persones que els dirigeixen són conscients que els processos i les tècniques de gestió són homogenis a tot el sector, de manera que la similitud de problemes que han de resoldre fa que es vagin unificant els criteris d'actuació. Sorgeix aleshores, des dels mateixos hospitals, la convicció que cal una coordinació entre els centres. A la necessitat d'agrupar-se per resoldre els problemes comuns amb economia d'esforços, s'hi afegeix la voluntat de constituir un grup que pugui elevar les seves consideracions a tots els nivells de l'Administració i de la societat.

LA SANITAT A CATALUNYA, UN TRET DIFERENCIAL, 1982

Llits segons la titularitat (%)



L'ACTE DE CONSTITUCIÓ DEL CONSORCI HOSPITALARI DE CATALUNYA VA APLEGAR NOMBROSES AUTORITATS I REPRESENTANTS DE LA SOCIETAT CIVIL, I VA TENIR UN IMPORTANT RESSÒ ALS MITJANS DE COMUNICACIÓ.



EL CONSELLER DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL, JOSEP LAPORTE; EL MINISTRE DE SANITAT I CONSUM, ERNEST LLUCH, I L'ALCALDE DE MANRESA I PRESIDENT DE LA JUNTA DEL CHC, JOAN CORNET, EN UNA VISITA L'ANY 1985.



PARTICULARITATS DELS HOSPITALS MUNICIPALS I DELS BENEFICOPRIVATS AMB VINCULACIÓ MUNICIPAL

- AUTONOMIA DE GESTIÓ I ADMINISTRATIVA
- VINCULACIÓ AL CONSISTORI O MUNICIPI
- SENSE AFANY DE LUCRE
- RIC PATRIMONI HISTÒRIC
- PRESTACIÓ DE SERVEIS ALS SECTORS DE LA POBLACIÓ MÉS NECESSITATS
- FORT ARRELAMENT POPULAR



CONSISTORIS I CENTRES QUE CONSTITUEIXEN INICIALMENT EL CONSORCI HOSPITALARI DE CATALUNYA

AJUNTAMENT DE BADALONA
AJUNTAMENT DE BLANES
AJUNTAMENT DE CALELLA
AJUNTAMENT DE MANRESA
AJUNTAMENT DE MATARÓ
AJUNTAMENT DE SABADELL
AJUNTAMENT DE SANTA COLOMA DE
GRAMENET
AJUNTAMENT DE LA SEU D'URGELL
AJUNTAMENT DE TERRASSA
AJUNTAMENT DE VILAFRANCA DEL PENEDES

HOSPITAL MUNICIPAL DE BADALONA
HOSPITAL SANT JAUME DE BLANES
HOSPITAL DE FIGUERES
HOSPITAL SANT ANDREU DE MANRESA
HOSPITAL SANT JAUME I SANTA
MAGDALENA DE MATARÓ
CASA DE BENEFICÈNCIA DE SABADELL
HOSPITAL SANT LLATZER DE TERRASSA
HOSPITAL COMARCAL DE VILAFRANCA DEL
PENEDES

DOMINGO, 27 MARZO 1983

LA VANGUARDIA • 23

CATALUNYA/Comarcas

Manresa

El consorcio hospitalario, en marcha

Ernest Lluch lamenta las múltiples titularidades de los centros sanitarios



El Hospital de l'Esperança, de Barcelona, es uno de los integrados en el Consorci Hospitalari de Catalunya

En el transcurso de un acto celebrado ayer en Manresa, que fue presidido por el ministro de Sanidad y Seguridad Social, Ernest Lluch, quedó constituido el Consorci Hospitalari de Catalunya, que está formado por una veintena de hospitales municipales o de carácter benéfico-privado.

«En el caso del Consorci Hospitalari de Catalunya», declaró el ministro de Sanidad y Consumo, Ernest Lluch, en el acto constitucional celebrado ayer en Manresa—existen cuatro problemas: el primero son las deudas a la Seguridad Social y el actual Gobierno sabe distinguir muy bien lo que son deudas de las empresas o hospitales en este caso por falta de liquidez y lo que son fraudes a la Seguridad Social. El segundo problema es el derivado de las deudas a la Hacienda Pública, fundamentalmente el pago del ITC. El tercero es el problema que existe en un conjunto de hospitales en cuanto a su calificación. Y el cuarto, que hay que resolver, es el problema de las múltiples titularidades: el Estado, las diputaciones, los ayuntamientos, el sector privado, la Administración de la Institución de la Sanidad Social, que es otro tipo de institución, es decir, que existe un conjunto de titularidades diferentes, incluida además la de las comunidades autónomas, todo ello en contra de la posición con algunos países extranjeros en que las titularidades en hospitales son muy reducidas».

Ernest Lluch califica estos problemas como fundamentales y como competencia del Estado, el estatuto del Consorci Hospitalari de Catalunya, aprobado por el Consejo de Estado, no lo ha sido aún por la Generalitat, ante lo que el ministro de Sanidad apostilló: «Como ministro del Gobierno central no daré ninguna opinión sobre la aprobación o no por parte del Consell Executiu de la Generalitat de este Consorci Hospitalari de Catalunya. Bata es una responsabilidad y una competencia del ente autónomo catalán, que hemos de respetar, sin opinar, ni tan sólo opinar sobre sus decisiones. Diré simplemente que la confrontación continuada no es un buen sistema».

Problemática común

El alcalde de Manresa, Joan Corret, elegido presidente de la junta permanente del consorcio, hizo una previa exposición de la gestión realizada hasta su constitución expuso la problemática común de los hospitales de Cataluña y los objetivos que se propone el nuevo ente constituido.

Ayudó, además del ministro de Sanidad, el jefe del gabinete del ministro, José Arriaga, el gobernador civil de Barcelona, Ferrán Cardenal, el presidente de la Diputación de Barcelona, Antoni Dalmau, el alcalde de Girona, Joaquín Nadal, presidente de la Federación Catalana de Municipios, el consorcio manresano en pleno y alcaldes y gerentes de hospitales de diferentes ciudades catalanas.

Este Consorci Hospitalari de Catalunya agrupa un total de dieciséis hospitales y quince ayuntamientos, son perjuicio de que en el futuro se puedan integrar en él otros, hasta llegar a los treinta y pico que existen en Cataluña, sin fines lucrativos, que es la condición básica. Las tareas de este consorcio consistirán en la ayuda técnica entre los hospitales adscritos y con problemas comunes, intercambio de información administrativa y de investigación, experiencias y formación, entre otros. El Consorci Hospitalari de Catalunya reúne unas cuatro mil plazas hospitalarias y atiende a unos tres millones de habitantes de Cataluña y la Seguridad Social. El Consorci Hospitalari de Catalunya, además, se propone como objetivo el intercambio de información administrativa y de investigación, experiencias y formación, entre otros. El Consorci Hospitalari de Catalunya, además, se propone como objetivo el intercambio de información administrativa y de investigación, experiencias y formación, entre otros. El Consorci Hospitalari de Catalunya, además, se propone como objetivo el intercambio de información administrativa y de investigación, experiencias y formación, entre otros.

Josep Maria PINTO

APLICACION DE ADMISIONES ##
OPCIONES POSIBLES ACTUALMENTE

9 = LISTADO INGRESOS-ALTAS (I.N.P.)
10 = LISTADO DE INGRESOS PREVIOS
11 = INFORMACION ACTUAL
12 = LISTADO DE OCUPACION GENERAL
13 = ESTADO HORARIO INGRESOS-ALTAS
14 = ESTADO INGRESOS POR SEXO/EDAD
15 = ESTADO INGRESOS POR POBLACION
16 = CONSULTA EXTERNA (MIS/INF)

INTRODUCIR OPCION O FIN=

MANRESA, 26 DE MARÇ DE 1983

El dia 26 de març de 1983 es constitueix el Consorci Hospitalari de Catalunya, que agrupa ajuntaments, hospitals municipals i hospitals beneficoprivats. Inicialment integren el Consorci dinou ajuntaments i hospitals –que sumen 3.500 llits–, repartits per tot el territori.

El Consorci es planteja com a finalitats:

- fer possible la coordinació d'ajuntaments i hospitals,
- promoure accions de millora de la qualitat dels serveis hospitalaris i sanitaris,
- adequar la prestació de serveis a les necessitats de la població de la zona d'influència,
- aconseguir més recursos mitjançant accions comunes en la gestió dels hospitals,
- col·laborar amb les autoritats sanitàries i amb hospitals d'àmbit superior sense finalitat de lucre,
- facilitar la coordinació amb l'assistència primària de l'àrea d'influència, i
- aplicar els criteris del Mapa Sanitari de la Generalitat de Catalunya.

En el moment de transferència de les competències i els recursos sanitaris a la Generalitat, els llits de dependència municipal o beneficoprivats de vinculació municipal contribueixen a compensar la minsa dotació de recursos hospitalaris de l'Estat a Catalunya.

L'aparició del Consorci Hospitalari de Catalunya suposa assegurar la cobertura geogràfica d'una xarxa pública hospitalària a tot el territori, molt vinculada a l'Administració local, sobre la qual s'anirà definint el que s'ha conegut com a model sanitari català. Un model de cobertura sanitària universal atesa per centres de titularitat diversa i amb una vocació inequívoca de servei públic.



“EL CONSORCI VOL ÉSSER UNA EINA AL SERVEI DELS HOSPITALS PER A TOTA LA PROBLEMÀTICA DE LA GESTIÓ I DE LA PROFESSIONALITZACIÓ, DE LA REACTUALITZACIÓ DELS SERVEIS A PRESTAR, AIXÍ COM UN INSTRUMENT PER PARTICIPAR EN EL DISSENY DE LES POLÍTIQUES FUTURES EN EL CAMP HOSPITALARI AL NOSTRE PAÍS.”

[DEL DOCUMENT DE PRESENTACIÓ PÚBLICA DEL CHC, EL 26 DE MARÇ DE 1983 A LA CIUTAT DE MANRESA.]

També representa la potenciació d'uns centres vinculats al seu entorn social, amb unes dimensions que afavoreixen la humanització de l'atenció mèdica i en els quals és possible assolir una gestió àgil i eficient.

L'ASSOCIACIONISME MUNICIPAL EN L'ÀMBIT DE LA SALUT

“UNA BONA PART DE LES CIUTATS CAPS DE COMARCA TENIEN UN SEQUIT D’HOSPITALS, AMB CARACTERÍSTIQUES EN COMÚ: PATRONALS ALLUNYADES DE LA REALITAT QUOTIDIANA, DÈFICITS DE SERVEIS O ECONÒMICS I UN ESPLET DE PROFESSIONALS AMB MOLTA MOTIVACIÓ PERÒ POCS MITJANS PER TREBALLAR. HI HAVIA DOS CAMINS: L’UN, TANCAR-LOS O TRASPASSAR-LOS A L’ADMINISTRACIÓ AUTONÒMICA I, L’ALTRE, RENOVAR-LOS I BUSCAR SOLUCIONS TÈCNIQUES I FINANCERES PER GARANTIR UN SERVEI DIGNE.”

[JOAN CORNET, ALCALDE DE MANRESA (1979-1987) I PRESIDENT DEL CHC (1983-1987).]

UNA ACCIÓ UNITÀRIA DES DELS ORÍGENS

Els nous ajuntaments sorgits de les eleccions de 1979 s'havien trobat presidint les fundacions benèfiques públiques i particulars que eren titulars dels hospitals i d'altres serveis sanitaris i socials que es prestaven als municipis de Catalunya. A més, l'Administració autonòmica va mostrar poc interès per assumir la gestió i el patrimoni d'aquestes fundacions, sovint en una situació patrimonial i organitzativa precària i poc professionalitzada. En aquesta situació se sumaven les demandes socials d'uns serveis públics universals i de qualitat propis d'un estat modern.

La incorporació de gestors professionals i la decisió dels alcaldes i regidors va portar a aglutinar esforços entorn d'un projecte compartit per tots els consistoris amb centres d'aquestes característiques, independentment de l'adscripció ideològica majoritària dels seus regidors i alcaldes. Aleshores es va anar articulant aquest projecte compartit que va prendre la forma de consorci públic.



JOAN COSTA, GERENT DEL CONSORCI SANITARI DE TERRASSA, XAVIER TRIAS, CONSELLER DE SANITAT, I MANEL ROYES, ALCALDE DE TERRASSA, EN LA INAUGURACIÓ DE LA UNITAT DE LITOTRÍPSIA DE L'HOSPITAL DE TERRASSA EL 1991.

EL PRIMER CONSORCI SANITARI DE L'ESTAT

Quan es va començar a constituir el CHC només hi havia dos consorcis a l'Estat, un d'infraestructures i un altre de forestal. La fórmula de consorci oferia, d'acord amb la Llei de règim local vigent, un marge de funcionament, ja que remetia als seus propis estatuts, i permetia una major autonomia de gestió perquè s'acollia al dret privat. En canvi, no va ser possible en aquell moment integrar-hi les fundacions benèfiques que no eren públiques. El CHC va tenir un paper actiu per tal que la nova Llei reguladora de les bases del règim local de 1985 superés aquesta limitació: "Les entitats locals poden constituir consorcis amb altres administracions públiques per a fins d'interès comú o amb entitats privades sense ànim de lucre que persegueixin fins d'interès públic que concorrin amb els de les administracions públiques" (art. 87.1).

Tampoc s'hi va arribar a integrar la Generalitat de Catalunya, tot i que hi va haver converses en aquest sentit fins al punt de parlar-se del Consorci de Coordinació Hospitalària de Catalunya.

L'experiència de la fórmula jurídica del CHC i la nova Llei de règim local, que ja preveia la possibilitat d'incorporar-hi altres entitats beneficoprivades, van fer possible estendre els consorcis en l'àmbit sanitari. A iniciativa de les entitats locals es van crear el Consorci Sanitari de Barcelona (1989), el Consorci Sanitari de Mataró (1991), els Serveis de Prevenció Assistencials i Sociosanitaris (1993), també a Mataró, i el Consorci Assistencial del Baix Empordà. I impulsats pel Departament de Sanitat i Seguretat Social (des de 2004 anomenat Departament de Salut) els consorcis de Sabadell i Vic (1986) i el de Terrassa (1988), que fusionaven diferents hospitals. Després van venir el Consorci Sanitari de la Selva (1992), el Consorci Sanitari de l'Alt Penedès (1994), el Consorci Sanitari del Maresme (1998) i el Consorci Sanitari de l'Anoia (2000), vinculats a la construcció i posada en marxa de nous hospitals que van substituir centres obsolets. I altres com el Consorci del Laboratori de l'Anoia, després Consorci del Laboratori Intercomarcal de l'Alt Penedès, l'Anoia i el Garraf (1992); el Consorci Sanitari Integral (2000), que assumia els antics hospitals de la Creu Roja a la província de Barcelona; la Corporació de Salut del Maresme i la Selva (2001), i el Consorci Sanitari de Mollet del Vallès (2004). Molts d'aquests consorcis han constituït el nucli inicial dels grups assistencials de base territorial que avui s'anomenen organitzacions sanitàries integrades.

També s'han servit de la fórmula consorcial aquelles entitats que reuneixen diferents dispositius sociosanitaris, residencials i d'atenció a la dependència, majoritàriament impulsats des dels municipis i en molts dels quals el CHC ha volgut participar, com és el cas de Viladecans, Vilafranca del Penedès, Igualada, Vilanova i la Geltrú, la Seu d'Urgell, Montcada i Reixac i Martorell.

I també és el consorci la fórmula jurídica amb la qual es constitueixen els governs territorials de salut, el nou ens de cogovernança entre els municipis i el Departament de Salut.





DELS ANYS 30 AL SEGLE XXI, L'HOSPITAL MUNICIPAL DE BADALONA RECORRE EL CAMÍ DE MODERNITZACIÓ DELS HOSPITALS COMARCALS.

HOSPITALS MUNICIPALS, HOSPITALS COMARCALS

A mitjan anys vuitanta el panorama dels hospitals d'aguts a Catalunya s'havia clarificat. Si en el moment de les transferències de l'INSALUD a la Generalitat, el 1981, eren més de cent els centres que mantenien concerts per a la prestació de serveis sanitaris (amb més de vint nivells de tarificació!), amb els processos d'acreditació de 1981 i 1983 es va ordenar aquest panorama. S'arriba, així, a la constitució, el 1985, de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) amb seixanta-quatre centres. Els que no es poden acreditar es veuen obligats a tancar o bé a reconvertir-se en centres de crònics o sociosanitaris.

Des del CHC es dona suport al model d'hospitals comarcals, uns centres que es veuen potenciats per la incorporació d'un nombre important de professionals sanitaris ben qualificats i pel compromís de nous equips mèdics i directius al capdavant dels centres. La inversió de la Generalitat en zones amb un dèficit de serveis sanitaris també hi contribueix, com a Vielha i Móra d'Ebre.



EL CHC REPRESENTA L'ASSOCIACIONISME SANITARI QUE HA IMPULSAT LA RENOVACIÓ I LA MODERNITZACIÓ DELS HOSPITALS COMARCALS CATALANS. L'INCREMENT D'HOSPITALS I DE SERVEIS ASSISTENCIALS, AIXÍ COM LA MILLORA DE LA GESTIÓ, NO ES PODEN ENTENDRE AL MARGE DEL CHC.



ELS HOSPITALS COMARCALS ESDEVENEN
ELEMENTS CLAU EN LA CONFIGURACIÓ
DE LA XARXA HOSPITALÀRIA PÚBLICA
DE CATALUNYA.





VIELHA I MÓRA D'EBRE, DOS DELS PRIMERS HOSPITALS COMARCALS CONSTRUÏTS PER LA GENERALITAT (1985 I 1988, RESPECTIVAMENT).

LA DEFINICIÓ D'UN MODEL D'HOSPITAL COMARCAL: LES JORNADES DE CALELLA

En aquest context optimista per als centres municipals, el CHC promou una reflexió sobre el concepte d'hospital comarcal i, l'any 1986, organitza unes jornades per definir el model d'hospital general bàsic en el marc ja consolidat de la XHUP. A Calella, el dia 7 de febrer, es reuneixen alcaldes, gerents i directius dels centres per debatre sobre el model d'hospital comarcal i els objectius i el model organitzatiu que ha d'impulsar el CHC.

L'anomenat model de Calella permet establir un punt de referència per encarar el futur dels hospitals comarcals o hospitals generals bàsics (en contraposició als hospitals de gran complexitat), a partir de qüestions com la regularització dels contractes i de les relacions laborals, la jerarquització dels serveis, la plena dedicació dels metges i el reconeixement del paper de la infermeria, entre d'altres. Es comencen a plantejar propostes per superar les limitacions dels centres i poder garantir alhora l'equitat dels ciutadans en l'accés als serveis i l'eficàcia assistencial. Ja s'apunten col·laboracions entre centres i es destaca el repte de la formació dels professionals per tal que puguin dur a terme una activitat de qualitat i polivalent. La recerca és també una necessitat que aflora en la jornada. Des del CHC es reclama la descentralització de l'atorgament dels recursos, que ha de tenir un paper important en els hospitals generals bàsics.



"L'HOSPITAL COMARCAL ADQUIREIX TOTA LA SEVA DIMENSIÓ COM A INSTITUCIÓ MOLT PROPERA A LA POBLACIÓ, AMB UNA ALTA CAPACITAT DE RESPOSTA I AMB UNS NIVELLS D'EFICÀCIA, QUALITAT I, SOBRETOT, EFICIÈNCIA, DIFÍCILMENT TROBABLES AL VOLTANT DEL NOSTRE SECTOR."

[PERE VALLRIBERA. *LA PLANIFICACIÓ DE L'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA PÚBLICA A CATALUNYA: UNA VISIÓ HISTÒRICA DE LES TRANSFERÈNCIES*, 1994.]

Paral·lelament als temes de debat d'aquestes jornades es va configurant també des de la perspectiva arquitectònica un model propi d'hospital comarcal: flexibilitat, integració en l'entorn, accessibilitat des de l'exterior, mobilitat interior... Un element característic més del model sanitari català en el qual han participat i participen de manera activa els municipis.



AMB UNA VISIÓ DEL MODEL SANITARI SOBRE LA BASE TERRITORIAL

A Calella es va parlar també del model que hauria de configurar el sistema de salut públic. Sempre amb una visió propera i feta des del territori, perquè, tal com es va recollir, “els objectius fonamentals han de ser atendre els ciutadans el més a prop possible del seu medi; fer-ho amb una qualitat igualitària per a tothom, i amb un cost racional”. I on ja s’apunta l’aposta del CHC pel principi d’integració dels serveis de salut d’un mateix territori.

L’HOSPITAL I LA SEVA ÀREA DE SALUT

“El dret dels ciutadans a la salut s’ha de fonamentar en criteris d’equitat i racionalitat. Per això la sanitat finançada amb recursos públics ha de ser planificada per les administracions corresponents. Cal establir àrees de salut; és a dir, unitats geogràfiques, demogràfiques i epidemiològiques que, pel seu volum, permetin establir un pla de salut.

Les unitats geogràfiques són diverses; la demografia es distribueix de manera diferent en aquestes unitats geogràfiques, i l’epidemiologia varia segons els factors propis de cada àrea. Per tant, no és possible establir àrees homogènies.”

[Del document consensuat a la 1a Conferència del CHC. Calella, 1986.]

I TAMBÉ LIDERANT PROJECTES EN L’ÀMBIT SOCIOSANITARI, DE L’ATENCIÓ PRIMÀRIA, DE LA DEPENDÈNCIA, DE LA SALUT PÚBLICA...

El sector municipal de Catalunya disposa de la majoria de recursos d’atenció sociosanitària i està preparat per ampliar, des del CHC, la base associativa que els empari i els ajudi a liderar aquest sector, com al seu moment va ocórrer amb els hospitals municipals. Així mateix, no pot renunciar a implicar-se en el primer nivell d’atenció primària de la salut, el primer i principal punt de contacte del ciutadà amb el sistema de salut i on es poden desenvolupar millor les activitats comunitàries de prevenció de les malalties i promoció de la salut.

El CHC està al costat dels municipis en un moment en què assumeixen progressivament les competències derivades de la posada en marxa de la Llei de la dependència (Llei de promoció de l’autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència) i les que ja tenen en matèria de salut pública i medi ambient, i que en molts casos no exerceixen per falta de capacitat i recursos.

DEL MUNICIPALISME SANITARI ALS GOVERNS TERRITORIALS DE SALUT

Amb aquests antecedents d'implicació en el model d'organització sanitària des del territori, el CHC va desenvolupar en els últims anys de la dècada dels noranta les seves propostes per implicar les administracions locals en la planificació i l'avaluació sanitàries. El principi que sustenta aquesta posició es basa en el fet que la descentralització de les funcions de planificació i compra de recursos cap a nivells territorials més propers als ciutadans s'ha demostrat més àgil a l'hora de detectar i respondre les necessitats de salut de la població i més eficaç en la coordinació dels serveis sanitaris i en la garantia de la continuïtat assistencial.

La col·laboració interinstitucional entre municipis i Administració sanitària pot produir fórmules innovadores d'organització i govern que aportin notables millores als ciutadans.



ELS GOVERNS TERRITORIALS DE SALUT HAN DE CONTRIBUIR A ADEQUAR LES POLÍTQUES DE SALUT A CADA TERRITORI, ACONSEGUIR UNA MAJOR IMPLICACIÓ DE LES INSTITUCIONS, LES ENTITATS I ELS PROFESSIONALS, I COMPTAR AMB UNA PARTICIPACIÓ MÉS GRAN DE LA POBLACIÓ.

El juny de 2005 el CHC signa un conveni amb l'Associació Catalana de Municipis (ACM) i la Federació Catalana de Municipis (FCM), a partir del qual s'elabora una proposta per al desenvolupament dels governs territorials de salut (GTS). El CHC aporta, en el seu diagnòstic, el coneixement del model sanitari català com a entitat municipalista de base associativa i com a entitat especialitzada en salut.

El CHC entén els GTS com a òrgans de participació decisiva de les entitats locals que afavoreixen la consolidació del model integral de salut i de suport a la dependència.

El 14 de març de 2006 el Govern aprova el Decret 38/2006, regulador de la creació dels governs territorials de salut, que marca l'inici de l'etapa constitutiva d'aquests ens amb personalitat jurídica pròpia i independents de les administracions que els constitueixen.

La visió dels municipis, propera a les necessitats ciutadanes enteses com un conjunt, també s'ha manifestat en la possibilitat d'ampliar els actuals governs territorials de salut a l'àmbit social, per tal que els serveis sanitaris i els socials treballin de manera conjunta i fluida.

ELS GOVERNS TERRITORIALS DE SALUT ARTICULEN UNA NOVA ORGANITZACIÓ SANITÀRIA A CATALUNYA.



LA IMPLICACIÓ EN EL MODEL DE SALUT I EN LA CONSTRUCCIÓ DE LA XARXA SANITÀRIA I SOCIAL PÚBLICA

“TOTA ORGANITZACIÓ SANITÀRIA ESTÀ CONDICIONADA A UNA POLÍTICA SANITÀRIA I AQUESTA A LA POLÍTICA GENERAL DEL PAÍS. LA SANITAT, DONCS, ÉS PRIMER UN PROBLEMA POLÍTIC I SOCIAL I DESPRÉS UN PROBLEMA TÈCNIC. UN CANVI SANITARI RADICAL PRESSUPOSA, DONCS, UN CANVI PROFUND EN ELS TERRENYS POLÍTIC, ECONÒMIC I SOCIAL.”

[CONGRÉS DE CULTURA CATALANA. ÀMBIT DE SANITAT. TERRASSA, 1977.]



EL CHC APOSTA PER UNA ORIENTACIÓ –QUE TAMBÉ TROBEM EN EL CONTEXT INTERNACIONAL– D’ESTABLIR POLÍTIQUES QUE EMFATITZEN LA COL·LABORACIÓ I INTEGRACIÓ DE SERVEIS DE SALUT I SOCIALS, PERÒ PROMOVENT UNA MÉS GRAN IMPLICACIÓ MUNICIPAL EN EL GOVERN D’AQUESTS SERVEIS.

UN POSICIONAMENT CLAR I UNA IMPLICACIÓ DECIDIDA SOBRE EL MODEL SANITARI

Quan es va crear, el CHC tenia com a eix vertebrador uns posicionaments bàsics fonamentats en la defensa de les entitats associades, la falta d’inversió als centres sanitaris i la cobertura de les necessitats assistencials de la població.

Amb els traspassos de competències en matèria sanitària a la Generalitat, el 1981, el CHC es va posicionar ben aviat per defensar els interessos dels associats en el disseny legislatiu i normatiu de què s’havia de dotar Catalunya (Llei d’ordenació sanitària de Catalunya, Pla de salut de Catalunya, creació de la Xarxa Hospitalària d’Utilització Pública, XHUP) i per fer sentir la veu en temes com la contractació d’activitat, els sistemes de pagament, el finançament d’inversions, els convenis laborals, etc.

Les ordres d’acreditació de 1981 i 1983 són ben valorades pel CHC pel que signifiquen d’increment de la qualitat dels centres, atesa la necessitat de complir uns estàndards per poder concertar l’activitat amb l’Administració sanitària (aleshores identificada amb l’ICS).



EL PROTAGONISME QUE ES VA ACONSEGUIR PER ALS HOSPITALS COMARCALS VA FER CÈLEBRE L'EXPRESSIÓ QUE QUALSEVOL CIUTADÀ DE CATALUNYA TÉ UN CENTRE A MENYS DE QUARANTA KILÒMETRES DE CASA SEVA.

LA CREACIÓ DE LA XHUP

L'any 1985 es crea la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP), integrada per seixanta-quatre centres de titularitat diversa i uns 15.000 llits hospitalaris d'aguts. Quan es crea la XHUP, 17 dels seus centres estan associats o adherits al CHC i aporten el 15% dels llits d'aguts.

Les posicions del CHC respecte de la creació de la XHUP posaven l'accent en la necessitat d'integrar tots els hospitals, tant els de titularitat de les administracions (la mateixa Generalitat, les diputacions i els ajuntaments), com els d'utilització pública que eren privats, de mútues o d'entitats benèfiques.

Pertànyer a la XHUP havia de ser un estímul per afavorir uns principis que defensava el CHC i impulsava entre els seus associats: l'autonomia de gestió, l'homogeneïtzació laboral, l'estandardització de sistemes d'informació, l'increment de la productivitat, la millora de la qualitat assistencial i el foment de la participació.

EL PLA DE REORDENACIÓ HOSPITALÀRIA, UNA NECESSITAT EN TEMPS DE CRISI

L'any 1986, el Departament de Sanitat i Seguretat Social aprova el Pla de reordenació hospitalària (PRH) amb l'objectiu de definir el model de la XHUP per a l'any 1991, atenent a l'estructura, la distribució territorial i la forma de finançament dels centres. En el Pla es defineixen les mesures necessàries en matèria de finançament, dèficit dels centres, recursos humans, inversions i millora de la gestió. Es busca un compromís bidireccional: per part dels centres en els àmbits estructurals, de personal, de costos i de productivitat, i per part de l'Administració en l'ajustament de tarifes, ampliació de llits, etc.

Aquest Pla neix en un moment de marcades tensions, dificultats socials i pressupostos restrictius, i inicialment es planteja com un pla de reconversió i reestructuració. En la mesa de negociació del Pla, on participen les diverses entitats hospitalàries, les centrals sindicals i la Conselleria de Sanitat, es fa evident la contraposició d'opinions i interessos sobre el model d'hospitals i sobre la mateixa configuració de la XHUP. Malgrat les discrepàncies, l'objectiu és clar i necessari: assegurar la viabilitat dels centres de la XHUP amb un augment de la productivitat i la qualitat i una reducció de costos.

En aquest debat, el CHC defensa la necessitat de consolidar els hospitals comarcals (amb més llits i més contractació d'activitat) com a mesura per equilibrar la distribució territorial de recursos i l'assignació econòmica per habitant.

FUSIONS AMB VISIÓ DE FUTUR ALS HOSPITALS COMARCALS

Fruit del Pla de reordenació hospitalària, al final dels anys vuitanta diferents centres de la XHUP es van veure empesos a processos de col·laboració que tenien com a objectiu final la fusió institucional. Els casos més destacats van ser els de Manresa, Mataró i Igualada.

A Manresa, i per tal de coordinar els recursos hospitalaris de la ciutat, l'any 1988 el Centre Hospitalari de Manresa i la Unitat Coronària de Manresa es van fusionar i van crear el CH-UC Manresa. Més endavant, l'any 1994, s'hi va incorporar la Clínica Sant Josep. Paral·lelament a la creació del CH-UC Manresa, la Fundació Hospital de Sant Andreu i l'Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa van crear l'Hospital General de Manresa. L'any 1992, els dos centres d'aguts es van instal·lar a l'edifici reformat de Sant Joan de Déu, mentre que l'antic Hospital de Sant Andreu es destinava a l'atenció sociosanitària. Avui, Althaia (Xarxa Assistencial de Manresa) és l'entitat única que els agrupa tots.



EL PLA DE REORDENACIÓ HOSPITALÀRIA BUSCA EL COMPROMÍS MUTU DELS CENTRES I DE L'ADMINISTRACIÓ.

D'altra banda, l'any 1992 es va constituir l'entitat jurídica del Consorci Sanitari de Mataró, a fi de gestionar conjuntament els recursos assistencials de la ciutat i, en especial, l'Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena i l'Hospital de l'Aliança Mataronina. Un pas imprescindible i previ a la construcció d'un nou hospital, que es va inaugurar el 1999.

El 1994 naixia la Fundació Sanitària d'Igualada, com a culminació del procés de coordinació i fusió funcional entre l'Hospital Comarcal d'Igualada i la Fundació Assistencial de l'Anoia. Durant anys es va mantenir l'activitat en dos edificis, però es van poder establir les bases per al projecte d'un nou hospital, que es va posar en marxa el 2007 liderat per una nova entitat, el Consorci Sanitari de l'Anoia.



FUSIONS COM LA QUE ES VA PRODUIR A IGUALADA VAN SER IMPRESCINDIBLES PER EMPRENDRE PROJECTES DE CONSTRUCCIÓ DE NOUS HOSPITALS.



LA POSADA EN MARXA, L'ANY 1991, DE LA CENTRAL DE BALANÇOS DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT –EXPERIÈNCIA PIONERA A L'ESTAT– VA SER VALORADA POSITIVAMENT PEL CHC, QUE HAVIA PARTICIPAT ACTIVAMENT A PROPOSAR-LA, PEL QUE REPRESENTAVA DE TRANSPARÈNCIA DE LES DADES ECONÒMIQUES I LA POSSIBILITAT D'ESTABLIR COMPARATIVES ENTRE HOSPITALS.



EL SECTOR SANITARI DE CATALUNYA HA OBTINGUT UN CERT PRESTIGI BASAT EN LA RECERCA D'UN SISTEMA MÉS EQUITATIU I EFICIENT, BEN GESTIONAT, AMB CONEIXEMENT DE LA RELACIÓ COST-BENEFICI I APROXIMANT EL SERVEI A L'USUARI. EL CHC I TOTS ELS SEUS ASSOCIATS, ENTRE ALTRES, HI HAN PRESTAT ELS SEUS ESFORÇOS.

L'ARTICULACIÓ DEL SISTEMA SANITARI CATALÀ AMB LA LLEI D'ORDENACIÓ SANITÀRIA DE CATALUNYA

La Llei d'ordenació sanitària, aprovada el 1990, representa la formalització d'un model de diversitat que es donava *de facto* en la provisió de serveis, almenys en l'àmbit hospitalari, i l'introdueix en les altres línies. Aposta per la importància de la territorialització i la descentralització, sempre defensades des del CHC, uns aspectes en els quals no es va avançar prou i que recentment s'han reconduït en forma de governs territorials de salut. I es fa palesa la separació de funcions entre el finançador i el provisor de serveis sanitaris.



“CREIEM QUE EL MARC QUE GENERA AQUESTA CONCEPCIÓ DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT OBLIGA O INDUEIX A LA COOPERACIÓ I NO PAS A UNA SUPOSADA 'COMPETÈNCIA'. ES TRACTA DE BUSCAR O ADOPTAR FÓRMULES DE GESTIÓ MÉS EFICIENTS PER AL CONJUNT DELS INTEGRANTS DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT. LA COOPERACIÓ I EL CANVI CULTURAL I ORGANITZATIU DEFINEIXEN AQUESTA ETAPA QUE S'OBRE EN UN FUTUR IMMEDIAT PER A L'ACCÉS EQUITATIU ALS RECURSOS EXISTENTS.”

[RAMON BAGÓ, PRESIDENT DEL CHC (1987-1991). REVISTA DEL CHC, OCTUBRE DE 1990.]

EL PROBLEMA PERMANENT DEL FINANÇAMENT DE LA SANITAT

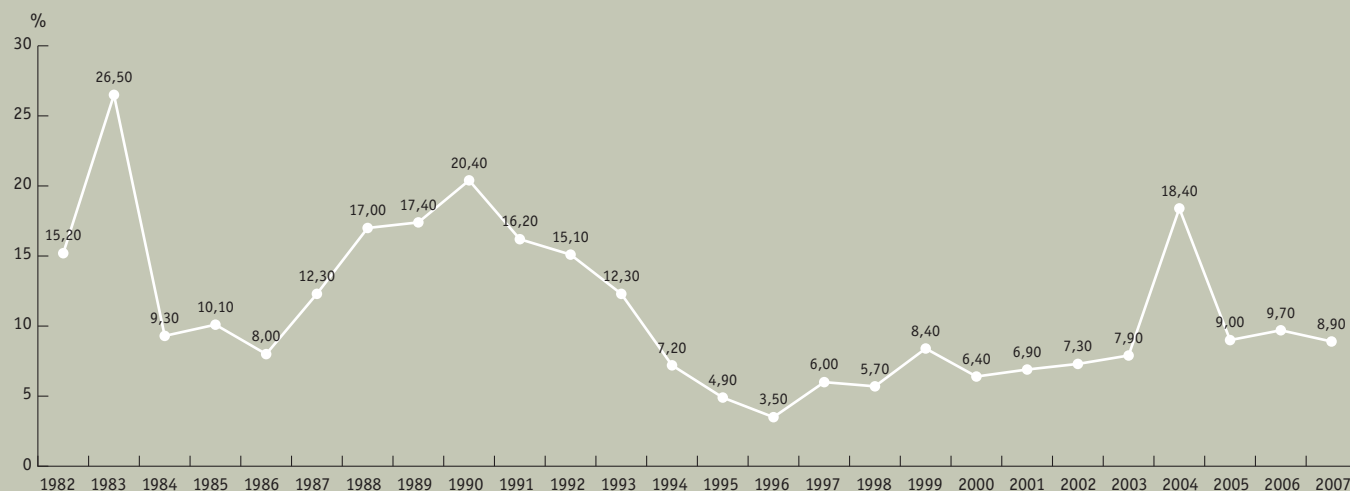
El finançament dels centres sanitaris de Catalunya participa del crònic problema del finançament general de la sanitat i del percentatge que se li assigna als pressupostos generals de l'Estat. A més, la participació de Catalunya en el pressupost sanitari general de l'Estat sempre ha estat menysvalorada, tant si es tenen en compte factors històrics (falta d'inversió de l'Estat a Catalunya, manca de coresponsabilitat fiscal, pressupostos globals insuficients) com actuals (fort increment de la població catalana, atenció de beneficiaris de fora de la comunitat autònoma, efecte de la immigració, turisme i residents en altres països, etc.).

Públicament, el CHC ha manifestat la necessitat d'un nou model de finançament que generi estabilitat en el sector i que reconegui la peculiaritat del model sanitari català.



EL PERCENTATGE DE DESPESA SANITÀRIA PÚBLICA D'ESPANYA SOBRE EL PIB (5,5%) ESTÀ AL VOLTANT D'UN PUNT PER SOTA DE LA MITJANA DE LA UNIÓ EUROPEA DELS QUINZE (6,5%).

INCREMENT ANUAL DEL PRESSUPOST SANITARI PÚBLIC DE CATALUNYA, 1982-2007



ELS SISTEMES DE CONTRACTACIÓ ALS HOSPITALS: DE LES UBA AL CAPITATIU



El CHC ha promogut sempre una reflexió important sobre el sistema de compra de serveis utilitzat per l'Administració sanitària. Ja als seus inicis denunciava l'arbitrarietat en les tarifes de concertació amb determinats centres i el sistema atípic que representa l'ICS. Com a conseqüència del PRH s'introdueix un mètode de pagament mixt fix-variable (fix segons l'estructura i variable per l'activitat). S'adopta la unitat bàsica assistencial (UBA) com a mesura comuna de valoració de l'activitat, que es manté amb algunes adaptacions fins a 1996. El sistema es modifica seguint la contractació per línies de producte, amb un paper més gran de l'avaluació i amb una certa vinculació als objectius del Pla de salut, el primer dels quals s'havia aprovat el 1993. Es reconeix la casuística que atén cada centre amb l'índex IRR (intensitat relativa de recursos) i la seva estructura amb l'IRE (intensitat relativa d'estructura).

L'any 1999 el Servei Català de la Salut inicia el programa de compra selectiva i addicional d'activitat quirúrgica amb l'objectiu de reduir les llistes d'espera de determinades intervencions quirúrgiques. Les llistes d'espera són conseqüència d'un increment de les necessitats de la població i d'un finançament insuficient dels serveis. Per tant, la solució passa per un increment de recursos globals i de recursos per a la compra selectiva de casos. Els associats al CHC han fet un esforç per assolir els compromisos establerts pel Servei Català de la Salut.

El sistema capitiu respon a aquesta filosofia d'apropament al territori i als usuaris, transfereix fons de manera global als proveïdors, enforteix la capacitat gestora i facilita la substitució entre línies i la reconversió dels esforços d'eficiència en serveis. Per això, el CHC va participar en els estudis previs i en la gestació del nou sistema d'assignació pressupostària de base capitiu i va liderar els projectes de proves pilot en què van prendre part els seus associats. Aquesta iniciativa racionalitza el finançament, adequa la prioritització segons les necessitats del territori i, a més, incentiva els proveïdors a coordinar-se.



LA CAPITACIÓ HA DE SER MÉS QUE UN SISTEMA DE FINANÇAMENT DE CENTRES. HA DE SER UN INSTRUMENT D'UNA POLÍTICA MÉS DECIDIDA DE DESCENTRALITZACIÓ I REDISTRIBUCIÓ AMB LES CONSEQÜENTS ECONOMIES D'ESCALA, MILLOR COORDINACIÓ ASSISTENCIAL, MÉS ACCESSIBILITAT ALS SERVEIS I MAJOR EFICIÈNCIA GLOBAL.

EL CAP TERRASSA NORD I EL CAP VICENÇ PAPACEIT DE LA ROCA DEL VALLÈS, EL PRIMER I UN DELS ÚLTIMS, RESPECTIVAMENT, A SER GESTIONATS PER ENTITATS QUE NO SÓN L'ICS. EL DE LA ROCA, DIRECTAMENT PEL CHC.



L'ATENCIÓ PRIMÀRIA, OBERTA A MÉS PROVEÏDORS

Al principi de la dècada dels noranta, el CHC ja fixa explícitament els seus objectius i les seves activitats més enllà dels hospitals i es posiciona en altres serveis i funcions sanitaris on pugui tenir rellevància la participació municipal: l'atenció primària, la planificació familiar, l'atenció a la salut mental, els centres sociosanitaris... Amb la reforma de l'atenció primària i la LOSC s'obre la possibilitat per als municipis d'intervenir en la gestió dels centres d'atenció primària, una experiència a la qual se sumen molts dels associats del CHC, que aposten per la continuïtat assistencial en el marc d'organitzacions sanitàries integrades.



EL 1989 EL CAP TERRASSA NORD, DEL CONSORCI SANITARI DE TERRASSA, ES CONVERTEIX EN LA PRIMERA EXPERIÈNCIA DE GESTIÓ D'UN EQUIP D'ATENCIÓ PRIMÀRIA PER UNA ENTITAT DIFERENT DE L'ICS. A PARTIR D'AQUÍ EN SEGUIRAN D'ALTRES FINS A ARRIBAR AL 22% ACTUAL. LA DIVERSITAT DE PROVEÏDORS, ELEMENT BÀSIC DE L'ANOMENAT MODEL CATALÀ, S'INCORPORA A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA.

DELS LLITS DE CRÒNICS A L'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA, PASSANT PELS CENTRES SOCIO SANITARIS

L'articulació d'una xarxa de serveis socio sanitaris té el seu origen en la situació dels hospitals al principi del anys vuitanta. El 1985, els centres associats al CHC disposaven de 2.446 llits d'aguts i 1.157 de crònics. Les reordenacions, els plans de viabilitat, les fusions, els projectes de nous hospitals comarcals... en definitiva, la modernització i posada al dia dels hospitals va comportar que els antics edificis es reconvertissin en centres per a l'atenció específica de pacients crònics, com a Manresa (Hospital de Sant Andreu), Mataró (Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena), Blanes (Hospital de Sant Jaume), Terrassa (Hospital de Sant Llàtzer) o Vilafranca (Hospital Comarcal), entre altres.

Aquesta transformació corre paral·lela a la posada en marxa del Programa Vida als Anys del Departament de Sanitat, amb un paper capdavanter del CHC des de la seva Comissió Socio sanitària.

L'aposta actual del CHC en l'àmbit de l'atenció socio sanitària s'orienta cap a nous centres moderns que conjuguen diferents línies de servei. Des de l'hospital de dia fins a la convalsència, la llarga estada i les cures pal·liatives. Actualment, el CHC participa amb municipis i entitats de caràcter benèfic en diferents consorcis socio sanitaris i socials per a la posada en marxa i la gestió d'aquests nous equipaments.



L'ANTIC HOSPITAL DE SANT JAUME I SANTA MAGDALENA DE MATARÓ ÉS AVUI UN CENTRE SOCIO SANITARI TOTALMENT MODERNITZAT.



A CORNELLÀ DE LLOBREGAT, IGUALADA, VILAFRANCA I VILADECANS EL CHC S'HA IMPLICAT AMB ELS AJUNTAMENTS PER CREAR UNA NOVA OFERTA PÚBLICA I DE QUALITAT DE SERVEIS SOCIO SANITARIS I RESIDENCIALS.

L'ASSOCIACIÓ PATRONAL

L'ANY 1995, EL CHC CREA L'ASSOCIACIÓ PATRONAL AMB L'OBJECTIU DE DISPOSAR D'UNA ENTITAT FORMALMENT REPRESENTATIVA PER INTERVENIR EN LES QÜESTIONS ESPECÍFICAMENT LABORALS I TAMBÉ DE FORMACIÓ DELS CENTRES ASSOCIATS. EL CHC HA JUGAT DES DE LA PATRONAL UN PAPER DE CONSENS I PROFESSIONALITAT QUE HA CONTRIBUÏT A CONSOLIDAR-LO COM UNA ORGANITZACIÓ DEL TOT IMPRESCINDIBLE EN LES NEGOCIACIONS ENTRE ELS DIVERSOS AGENTS DE LA SANITAT.

La patronal del Con

ELS CONVENIS XHUP DEIXEN ENRERE ELS CONVENIS SECTORIALS PROVINCIALS

L'any 1987, el CHC havia aprovat un document on es definien els objectius i l'estratègia de relacions laborals amb els professionals. El CHC defensava l'homogeneïtzació de les condicions laborals de tots els hospitals de l'àmbit públic. Així mateix, va promoure l'elaboració d'un conveni marc per als hospitals del CHC que inclogués les especialitats dels centres municipals o beneficoprivats, per poder millorar les condicions previstes als convenis provincials, la majoria desfasats i lluny de la realitat dels centres.

La iniciativa dels centres associats al CHC, coneguda com els pactes d'abril del 88, va suposar un primer intent de crear el primer conveni marc del sector amb alguns hospitals (Mataró, Terrassa...) més enllà dels convenis provincials existents fins aleshores. En aquest procés, el CHC va dur a terme els estudis relatius al sistema retributiu, taules salarials, millora de les condicions socials, participació, drets i deures, premis i sancions, etc.

La negociació amb els sindicats no va arribar a reeixir, però aquella experiència va servir de base per a l'establiment del primer conveni de la XHUP de 1989 (on el CHC, que encara no havia constituït la seva patronal, no hi era representat) i una primera aproximació en l'equiparació de condicions laborals entre tots els treballadors del sector concertat i els de centres de la Generalitat.



**EL CHC HA INTERVINGUT ACTIVAMENT EN L'ELABORACIÓ
D'UN MODEL DE RELACIONS LABORALS QUE PROMOU
LA RELACIÓ PROFESSIONAL COM A NOU MARC CULTURAL
DE LES EMPRESSES DE SALUT.**



EL RECONeixEMENT DEL CARÀCTER PATRONAL DEL CHC

El CHC no tenia facultat ni capacitat jurídica per negociar ni signar cap mena de conveni, ja que no era reconegut com a entitat patronal. Tot i la intensa activitat de les comissions de recursos humans amb propostes tècniques i els posicionaments coordinats dels hospitals associats, la participació del CHC en les meses de negociació entre l'Administració, les organitzacions sindicals i les associacions hospitalàries plantejava contínues dificultats.

A partir de 1992, el CHC comença a analitzar la possibilitat de promoure l'associació patronal entre els hospitals comarcals per actuar de manera conjunta davant de situacions de negociació, conflicte i posicionament en temes laborals. El 1995 es crea el Consorci Associació Patronal Sanitària (CAPS), al qual més endavant s'afegirà "i Social" (CAPSS) per englobar-hi la creixent activitat que es porta a terme en l'àmbit de l'atenció sociosanitària i, en general, de l'atenció a la dependència.

Avui, el CHC participa en les comissions paritàries del Conveni Col·lectiu dels Hospitals de la XHUP i dels Centres d'Atenció Primària Concertats (2005-2008) i del Conveni Col·lectiu dels Centres Sociosanitaris i de Salut Mental Concertats (2007-2008). El CHC va ser un dels principals impulsors de la creació d'un conveni del sector social específic per a Catalunya i està present en la comissió negociadora del primer Conveni Col·lectiu del Sector Social, Centres de Dia de Persones Grans, Teleassistència i Ajuda a Domicili.



**LA REPRESENTACIÓ PATRONAL DEL CHC
S'ESTÉN A TOTES LES LÍNIES ASSSITENCIALS
DEL SISTEMA DE SALUT.**

DE LA DISPOSICIÓ TRANSITÒRIA CINQUENA DE LA LOSC AL VII CONVENI XHUP... I CAP A UN ÚNIC CONVENI DE LA XARXA SANITÀRIA PÚBLICA

L'any 1990, el Parlament de Catalunya aprovava la Llei d'ordenació sanitària. El punt tercer de la disposició transitòria cinquena estableix que "el Consell Executiu ha de tendir progressivament a l'equiparació de les condicions laborals i professionals del personal que forma part del Servei Català de la Salut i d'aquell que treballa en els centres de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública".

Així doncs, amb l'entrada en vigor de la LOSC comença un llarg camí per aconseguir equiparar les condicions laborals i professionals del personal que presta els seus serveis als hospitals de la XHUP amb les del personal de l'ICS.



**EL CHC HA DEFENSAT LA CARRERA
PROFESSIONAL, TANT EN EL CAS
DEL PERSONAL MÈDIC COM EN
EL D'INFERMERIA, COM UN SISTEMA
D'INCENTIVACIÓ I PROMOCIÓ
ASSOCIAT A LA QUALITAT,
AL COMPROMÍS I ALS RESULTATS.**

El 2006 s'assoleix una nova fita amb el VII Conveni per al període 2005-2008, que fins aleshores s'aplicava exclusivament als centres i establiments sanitaris que formen part de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública, i que s'estén als centres que presten serveis en l'atenció primària de salut concertada. Aquest conveni preveu que en el següent l'àmbit funcional també s'incloguin els centres, les institucions i els serveis integrats en la xarxa de centres, serveis i establiments sociosanitaris i en la de centres, serveis i establiments de salut mental d'utilització pública de Catalunya que no tinguin conveni col·lectiu propi.

D'altra banda, el CHC ha volgut dotar-se d'una estratègia de recursos humans pròpia i diferenciadora que, a més dels aspectes relatius a la funció patronal, inclogui la gestió dels coneixements i la transmissió dels valors que sustenta l'organització.



EL CONSENS AMB ALTRES AGENTS DE LA SANITAT I AMB EL MÓN ACADÈMIC

L'aposta del CHC per la col·laboració es constata precisament en el fet que no s'ha limitat a ser una associació per donar més força als seus membres, sinó que ha volgut ser un instrument per compartir recursos i coneixements, facilitant els dimensionaments òptims dels centres i potenciant diferents tipus de concentracions i aliances. Sense una cooperació efectiva no es pot tenir una visió òptima de l'atenció integral al ciutadà.

El CHC ha promogut acords amb tots els agents sanitaris. En l'àmbit patronal, amb les entitats representatives del sector, amb qui comparteix propostes i reflexions a l'entorn de temes essencials com el finançament, la negociació col·lectiva, la responsabilitat civil, la relació amb mútues o la formació. En aquest últim aspecte, l'any 2005 es va crear Unió Consorci Formació (UCF) amb l'objectiu de garantir als associats del CHC i de la Unió Catalana d'Hospitals una formació professional continuada en els àmbits de la salut i l'atenció a la dependència.

Amb els col·legis professionals, i entre aquests el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, les col·laboracions se centren en temes de caràcter professional, com ara el paper del metge en les organitzacions sanitàries, la precarietat laboral, la manca de professionals en determinades especialitats i la contractació i acreditació de professionals de l'estranger per exercir als nostres centres.



**LA COL·LABORACIÓ AMB LES ADMINISTRACIONS
SANITÀRIES TÉ UN CLAR EXEMPLE EN
LA PARTICIPACIÓ DEL CHC EN EL PROJECTE
DE L'HOSPITAL TRANSFRONTERER DE LA Cerdanya.**

Amb el món acadèmic s'han establert nombrosos convenis amb més d'una dotzena d'universitats (tant nacionals com internacionals) per col·laborar en aspectes de recerca, docència i gestió relacionats amb els àmbits de la salut i de l'atenció a la dependència.





COL-LABORANT EN LA FORMACIÓ

L'any 1998, el CHC i la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) van signar un acord per oferir cursos de formació continuada per internet. La iniciativa, amb el nom d'Aula Sanitària Virtual, suposava un primer intent per ampliar les possibilitats de formació continuada dels professionals a través de les noves tecnologies.

Amb la Universitat de Barcelona es va crear l'any 2000 l'Escola Virtual de Salut per donar resposta a les necessitats formatives dels professionals mitjançant formació continuada i de postgrau amb *e-learning*.

A través de la UCF es manté una oferta per atendre els constants canvis que actualment viu tota empresa sanitària i per respondre a les autèntiques necessitats del sector i els professionals. La UCF ofereix formació en gestió, habilitats i competències directives, habilitats i competències relacionals, competències tècniques, atenció als pacients i a l'usuari dels serveis, idiomes i altres coneixements transversals.

El CHC és soci estratègic d'IL3, l'institut de la Universitat de Barcelona destinat a l'impuls de polítiques renovadores en el marc de la formació al llarg de tota la vida (*lifelong learning*). El CHC aporta el coneixement, l'experiència dels seus equips, l'especialització, la capacitat de difusió i, sobre-

tot, propostes permanentment actualitzades d'acord amb el que les empreses i la societat necessiten en l'àmbit de la salut i els sistemes sanitaris i socials. L'oferta de cursos, postgraus i màsters presencials i *on line* es complementa amb programes a mida de les empreses i altra formació altament especialitzada.



LA FORMACIÓ CONTÍNUA ÉS UN ÀMBIT ON EL CHC APOSTA DECIDIDAMENT PER LA COL-LABORACIÓ INTERINSTITUCIONAL AMB UNIVERSITATS I ALTRES ENTITATS SANITÀRIES.

LA MODERNITZACIÓ I LA PROFESSIONALITZACIÓ DE LA GESTIÓ

**“UN RESULTAT CLAU DE TOTA L'ACTIVITAT DE GESTIÓ PORTADA A TERME EN
ELS NOSTRES HOSPITALS I EN EL MATEIX CHC (O POSSIBLEMENT UN FACTOR
IMPRESCINDIBLE PER ACONSEGUIR-HO), HA ESTAT LA GENERACIÓ D'UN AMPLI
VENTALL DE GESTORS O DIRECTIUS DE TOT TIPUS AMB SÒLIDA EXPERIÈNCIA.”**

[CARLES MANTÉ. REVISTA DEL CHC, SETEMBRE DE 1993.]

Estratègies

9
*Millora
dels sistemes
d'informació*

1
*Coordinació
entre nivells
assistencials*

8
*Millora
de l'orientació
al client*

7
*Millora de la
implicació dels
serveis i les
unitats en la
gestió*

6
*Millora dels
processos
professionals*

2
Millora de les infraestructures

3
Millora de la satisfacció dels professionals

4
Millora de la comunicació

5
Adequació de l'oferta de serveis



COMPARTIR INFORMACIÓ CLÍNICA I ECONÒMICA PER TAL DE MILLORAR LA GESTIÓ S'HA CONVERTIT EN UNA EXPERIÈNCIA IMPRESCINDIBLE. COM HO HA ESTAT CONSTRUIR UN MODEL PROPI DEL CHC A PARTIR D'AQUESTES EXPERIÈNCIES.

CREANT CULTURA DE GESTIÓ

Al final dels anys vuitanta s'havia aconseguit una important professionalització de les gerències dels hospitals associats al CHC i la posada en comú de les qüestions més vives d'aquell moment sanitari (viabilitat, regulacions de plantilles, tresoreria dels centres, tarifes d'activitat...) a través de les reunions de la comissió permanent del mateix CHC. Aquesta experiència, treballada centre a centre i compartida entre molts, permetrà la formació d'un equip de professionals altament especialitzats en la gestió i direcció de centres sanitaris. Una plèthora de directius que en aquests vint-i-cinc anys han deixat la seva empremta i han creat escola tant als hospitals i altres centres de la xarxa sanitària pública com a la mateixa Administració sanitària.

Teorització i innovació són activitats simultànies a la pràctica diària als centres i van perfilant el model de gestió del CHC: molt proper i orientat tant als resultats assistencials com empresarials. Un exemple d'aquest impuls el trobem en l'acord de 1992, quan el CHC facilita una guia per tal que tots els hospitals consorciats elaborin plans estratègics que incloguin una anàlisi de la realitat i elaborin propostes de futur.

EL CONTRACTE DE GESTIÓ O LA FORÇA DE LA COL-LABORACIÓ

El contracte de gestió era, al principi dels anys noranta, una modalitat nova en el panorama sanitari català i espanyol. El CHC va introduir-lo com un instrument per posar al servei de les organitzacions i els centres sanitaris una xarxa d'especialistes i professionals de serveis de la qual difícilment podrien disposar amb un model de gestió convencional unipersonal.

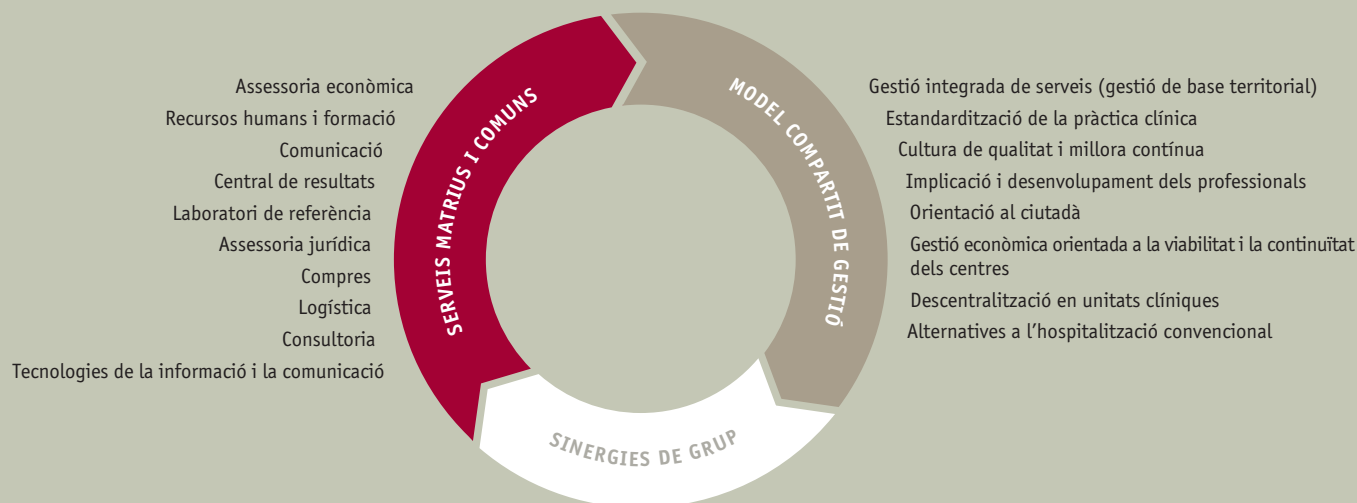


AVANTATGES EN LA CONTRACTACIÓ EXTERNA DE LA GESTIÓ

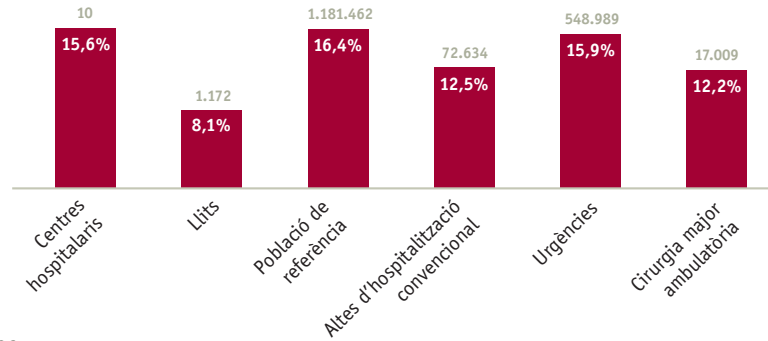
- GESTIÓ D'ALT NIVELL PROFESSIONAL, ESPECIALMENT DIFÍCIL D'ACONSEGUIR EN CENTRES PETITS O MITJANS
- CLARIFICACIÓ I TRANSPARÈNCIA PEL FET DE SEPARAR LA RESPONSABILITAT POLÍTICA DE LA GESTIÓ QUOTIDIANA
- MÉS CAPACITAT GESTORA AMB EFICIÈNCIA GRÀCIES ALS AVANTATGES DE LES ECONOMIES D'ESCALA, LA COORDINACIÓ I LA COMPLEMENTARIETAT
- INNOVACIÓ EN TÈCNIQUES I INSTRUMENTS DE CARÀCTER EMPRESARIAL
- SINERGIES I INTERCANVI D'EXPERIÈNCIES AMB ALTRES CENTRES (*BENCHMARKING*)
- OBJECTIUS CLARS I CONSENSUATS

Al voltant del contracte de gestió van sorgir altres serveis, com ara els contractes de gestió de curta durada per a situacions excepcionals, els contractes d'assessorament permanent, la consultoria per a l'elaboració de projectes de gestió o l'acompanyament i assessorament a nous directius.

CARACTERÍSTIQUES DE LA PARTICIPACIÓ EN LA GESTIÓ D'ENTITATS SANITÀRIES



RECURSOS I ACTIVITAT HOSPITALÀRIA GESTIONADA PER CONSULTORIA I GESTIÓ SOBRE EL TOTAL DE LA XHUP



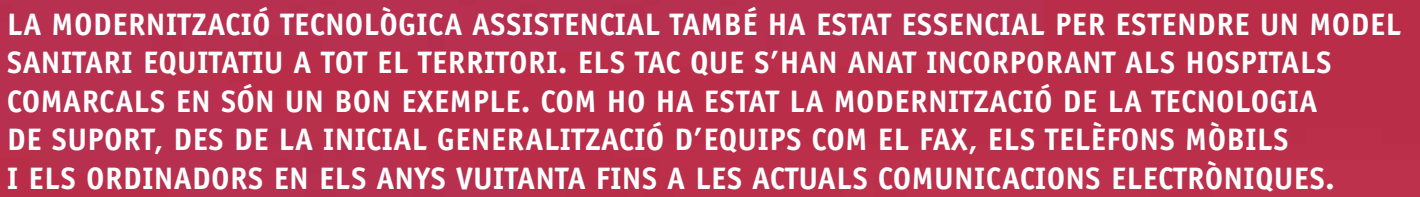
Dades de 2006.

L'any 1993, el CHC va crear BCGest per a la gestió sanitària conjunta de l'Alt Maresme i la Selva Marítima a partir dels hospitals de Blanes i Calella i el CAP de Lloret de Mar. Ben aviat es van veure els resultats de la coordinació i la complementarietat dels serveis assistencials i no assistencials, i la potencialitat d'estendre aquest model. Poc després el CHC va acordar la creació d'una empresa de gestió de centres assistencials que pogués optar a l'adjudicació de contractes de gestió de centres existents o de nova construcció, CGest, SL, que va subscriure el primer contracte amb el Consorci Sanitari de Mataró per a la viabilitat dels seus dos centres i, posteriorment, per a l'elaboració del projecte estratègic del nou hospital. L'Hospital de Puigcerdà i l'Hospital Comarcal de Vilafranca del Penedès van ser els següents centres gestionats per CGest.

Avui, l'àrea de gestió està integrada dins de CHC Consultoria i Gestió i s'ocupa d'una cinquantena de centres que, amb una àrea d'influència comarcal o local, comparteixen un model de gestió i es beneficien de les sinergies de grup. Cada centre pot accedir a serveis que van des de l'assessorament fins a la prestació directa de serveis en els àmbits jurídic, econòmic, de compres i logística, de recursos humans, de laboratori i de comunicació.



A MITJAN ANYS NORANTA EL MODEL DE GESTIÓ SEGUIT ALS HOSPITALS S'OBRE ALS CENTRES SOCIO SANITARIS I A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA.



INNOVACIÓ EN ELS SISTEMES D'INFORMACIÓ, LA GESTIÓ CLÍNICA I ELS NOUS MODELS ASSISTENCIALS

Des del CHC es va impulsar la posada en marxa dels sistemes d'informació assistencial basats en GRD, que permetien l'avaluació en termes de qualitat i eficiència, la comparació amb altres centres i la planificació. D'una experiència a Calella el 1991 amb aquesta metodologia, aleshores nova, en va sorgir l'empresa Iasist, especialitzada en la gestió d'informació assistencial.

Els centres del CHC han apostat pels protocols i les guies de pràctica clínica com a mètode per avançar en una gestió assistencial més estandarditzada i que redueixi la variabilitat en les actuacions clíniques. D'altra banda, models com la gestió per patologies se sumen a l'objectiu de millorar l'eficiència i l'efectivitat de l'atenció sanitària integrant el conjunt de nivells assistencials en favor del pacient.

Les limitacions pressupostàries en la sanitat han coincidit amb un increment notable de la demanda de serveis, tant per l'envelliment de la població com per la facilitat en l'accés i per la millora del nivell de vida. Davant d'aquesta perspectiva de consum sanitari creixent ha calgut buscar una utilització alternativa dels recursos, especialment amb alternatives a l'hospitalització com la cirurgia sense ingrés, l'hospital de dia, l'hospitalització a domicili, l'atenció domiciliària, els centres de diagnòstic ràpid o les unitats de curta estada. Una sèrie de recursos que els hospitals han anat introduint buscant millorar l'efectivitat i l'eficiència.

*** ANY RERE ANY, ELS HOSPITALS ASSOCIATS
ES TROBEN ENTRE ELS MILLORS CENTRES
EN TERMES DE QUALITAT ASSISTENCIAL
I EFICIÈNCIA ECONÒMICA DE LA PRÀCTICA CLÍNICA,
SEGONS EL PROGRAMA HOSPITALS TOP 20.**

El reforç de la gestió interna és la mesura més eficaç per fer front a les restriccions: la gestió clínica, la incorporació de criteris d'eficiència en les decisions i la coresponsabilització dels professionals són indispensables per mantenir i millorar la provisió de serveis en un context de recursos limitats.

Full de medicació activa

Nom i cognom del/la pacient:
CIP:

Informació
per a la farmàcia
8101 0000000000

Medicament o producte sanitari (nom, de prescripció, presentació, data amb el tràctament, nom, dosi, ja i freqüència)	Dos i freqüència	Durada del tractament	Prescriptor/a i centre	Vigència (de) (f)	Comentaris
PARACETAMOL 500MG COMBIBIUS S/C (A-120455702)	1 comp. Cada 6 hores	Segona avaluació clínica	X. Virgili Hospital de l'Empordà	15.10.05 25.10.05	Reserva de soltar. Dependrà a la derivació en el servei.

EL 19 D'ABRIL DE 2006 ES VA PRESCRIURE LA PRIMERA RECEPTA ELECTRÒNICA A CATALUNYA. VA SER A L'ÀREA BÀSICA DE SALUT DE LA BISBAL D'EMPORDÀ, CENTRE ASSOCIAT AL CHC.



EL REFORÇ DE LA GESTIÓ INTERNA ÉS LA MESURA MÉS EFICAÇ PER FER FRONT A LES RESTRICCIONS: LA GESTIÓ CLÍNICA, LA INCORPORACIÓ DE CRITERIS D'EFICIÈNCIA EN LES DECISIONS I LA CORESPONSABILITZACIÓ DELS PROFESSIONALS SÓN INDISPENSABLES PER MANTENIR I MILLORAR LA PROVISIÓ DE SERVEIS EN UN CONTEXT DE RECURSOS LIMITATS.

L'EXPERTESA COM A CONSULTORS I ASSESSORS

LA INTERRELACIÓ ENTRE LA GESTIÓ DIRECTA DE CENTRES I LA CONSULTORIA I L'ASSESSORAMENT A CATALUNYA, LA RESTA DE L'ESTAT I L'ÀMBIT INTERNACIONAL PERMET UNA TRANSFERÈNCIA DE CONEIXEMENTS I D'EXPERIÈNCIES, ALHORA QUE FA POSSIBLE MANTENIR UN IMPORTANT NIVELL D'INNOVACIÓ.



“UNA ALTRA ACTIVITAT QUE EL 1991 S’HA POTENCIAT HA ESTAT LA SECCIÓ DE CONSULTING O PROJECTES, QUE HA REALITZAT DIFERENTS ENCÀRRECS ESPECIALMENT EN EL PROGRAMA VIDA ALS ANYS, LA SECTORITZACIÓ I INFERMERIA. CADA COP MÉS, EL CABAL D’EXPERIÈNCIES ACUMULAT EN ELS PROFESSIONALS DEL CHC I, EN ESPECIAL, DELS HOSPITALS ASSOCIATS, PERMETEN EXTRAPOLAR-HO I TRASPASSAR AQUESTS CONEIXEMENTS A ALTRES INSTITUCIONS I EMPRESES O COMPANYS QUE NECESSITEN SUPORT. EL CHC OFEREIX AQUESTS SERVEIS TAMBÉ ALS SEUS ASSOCIATS.”

[CARLES MANTÉ. REVISTA DEL CHC, JUNY-JULIOL DE 1992.]

LA TRANSFERÈNCIA DE L’EXPERIÈNCIA

Després d’una etapa inicial, als anys vuitanta, de revitalització dels hospitals i consolidació de l’organització associativa, el CHC estava en condicions de projectar tota la seva experiència portes enfora. Als coneixements en gestió de centres en difícil situació econòmica, amb un marc laboral i professional per definir i una organització assistencial pendent de modernitzar, s’hi afegeix l’expertesa aconseguida en la definició del model d’hospital comarcal, la configuració de la XHUP (1985) i la participació activa en la creació del sistema de salut de Catalunya a partir de la Llei d’ordenació sanitària (1990).

A través d’empreses com Iasist i el Laboratori de Referència de Catalunya s’estén la projecció del CHC arreu de l’Estat amb projectes encarregats per hospitals de diferents comunitats autònomes.

L’any 1994, el CHC crea una àrea específica de consultoria a través de la qual té un paper clau en la definició del sistema de salut a Catalunya, de la mateixa manera que també contribueix a la modernització de sistemes i serveis de salut a la resta de l’Estat espanyol.



CARLES MANTÉ I
RAMON BAGÓ AMB
LA PREMI NOBEL DE
LA PAU I ACTIVISTA
INDÍGENA
GUATEMALENCA
RIGOBERTA
MENCHÚ.

EL VALOR AFEGIT DELS EXPERTS EN GESTIÓ DE CENTRES I PROCESSOS DE CANVI DELS SISTEMES SANITARIS

Els serveis de consultoria i assistència tècnica es beneficien de la participació en el procés de reforma i definició del model assistencial de Catalunya, una experiència continuada que s'aplica en altres serveis de salut de les comunitats autònomes de l'Estat i es projecta a altres països, especialment a l'Amèrica Llatina. La visió integral dels sistemes de salut i l'experiència, tant en la planificació com en la gestió directa, permeten assumir totes les actuacions derivades dels processos de canvi en la gestió del sistema (planificació i elaboració de carteres de serveis basades en les necessitats de la població, disseny de mecanismes d'assignació de recursos financers, contractes entre compradors i proveïdors de serveis, organització de models d'atenció...) i en els serveis de salut (planificació estratègica i d'empresa, plans de viabilitat, gestió econòmicofinancera, gestió de pacients, gestió clínica...).

La tasca de consultoria i assistència tècnica ha apostat pel treball exhaustiu i integrat dels seus professionals i tècnics, no només en el pla teòric, sinó també aplicant l'experiència acumulada. El seu crèdit resideix en la importància que el CHC ha conferit a la innovació tecnològica i a la transferència de coneixements i habilitats. En aquesta direcció, el servei de Consultoria, a més de disposar d'un equip propi, es beneficia de la participació en els projectes de professionals familiaritzats amb el maneig d'instruments i recursos útils a l'hora de gestionar les seves pròpies organitzacions.



**EL CHC RECONeix EL VALOR
DE LA INNOVACIÓ I LA TRANSFERÈNCIA
DE CONEIXEMENTS.**



UNA GRAN PROJECCIÓ EN L'ÀMBIT INTERNACIONAL

El 1993, per aprofitar les oportunitats d'ajuts de la Comunitat Europea, a la qual s'havia adherit Espanya el 1985, el CHC va crear un nou servei per als associats, la Secretaria de Relacions amb la Comunitat Europea. La principal tasca d'aquesta àrea era mantenir-se al corrent dels projectes auspicisats per la CE en els quals podia ser interessant la participació del CHC. L'any següent, el CHC ja participa en sis projectes europeus, sobretot de temes tecnològics, com ara les telecomunicacions i l'intercanvi electrònic de documents. L'any 1996 el CHC és el soci a Catalunya del Projecte CHIN (Cooperative Health Information Networks), un dels projectes del sector de salut de la Comunitat Europea amb l'objectiu d'establir xarxes regionals d'informació sanitària arreu d'Europa, a través d'internet, per a la cooperació interdisciplinària i interinstitucional, l'eficiència de costos i la gestió de la qualitat total dels processos sanitaris.

Progressivament, el CHC va adquirint una caracterització rellevant com a representant del món sanitari català i espanyol a Europa, davant la poca representació d'organismes espanyols. També s'activa la participació en consultoria sanitària per a programes de cooperació al desenvolupament.

Ben aviat, la Consultoria Internacional recull els fruits de les relacions amb la Comissió Europea, el Banc Mundial i el Banc Interamericà de Desenvolupament i el 1997 ja hi ha projectes a l'Argentina, Veneçuela, Panamà, Costa Rica, Guatemala, Albània i Macedònia. Els professionals dels hospitals associats participen en els projectes que són adjudicats al CHC i els lideren. La confluència d'interessos entre l'àmbit de gestió i l'activitat internacional porta a la integració en una sola societat, Consultoria i Gestió.



**EL CHC HA ADQUIRIT RELLEVÀNCIA
COM A REPRESENTANT INTERNACIONAL
DEL MÓN SANITARI CATALÀ.**



JOSEP M. VIA (PRIMER PER L'ESQUERRA) ES VA FER CÀRREC DE LA DIVISIÓ DE CONSULTORIA INTERNACIONAL.



LA TROBADA A GUATEMALA, EL 1999, DE MOLTS DELS CONSULTORS I COL-LABORADORS LOCALS VA SERVIR PER POSAR DE MANIFEST LA PROJECCIÓ INTERNACIONAL DEL CHC.



EL 1998, UNA TROBADA A BARCELONA DEL SEMINARI INTERNACIONAL DEL BANC MUNDIAL ORGANITZADA AMB EL CHC VA REUNIR MÉS DE 200 EXPERTS I ALTS FUNCIONARIS DELS MINISTERIS DE SALUT DE PAÏSOS SUD-AMERICANS PER PARLAR D'INNOVACIÓ I GESTIÓ DEL CANVI EN ELS SISTEMES DE SALUT.

A partir de 1998 el volum dels projectes es dispara tant a Espanya com a l'estranger. A Espanya destaquen les consultories relacionades amb plans estratègics per a la reforma de centres i projectes de construcció de nous hospitals i l'assessorament a les comunitats autònomes en el moment de rebre les transferències sanitàries de l'Estat. A l'estranger predominen projectes de reforma dels sistemes de salut generals o regionals, planificació i sistemes de pagament i organització de proveïdors.

En els últims anys han pres més envergadura projectes sobre recursos socials i atenció a la dependència, plans funcionals i projectes de noves infraestructures sanitàries o grans remodelacions, així com projectes sobre sistemes d'informació integrats i de formació.

A més del crèdit assolit en tasques de planificació i reforma de sistemes de salut en l'àmbit nacional, el servei de consultoria del CHC ha desenvolupat més de 66 projectes en 22 països, una línia que pren molta importància en el moment present de la institució i que ha permès mostrar el model català de gestió sanitària en tres continents.

*
L'ANY 2000 EL CHC VA OBTENIR EL PREMI DEL COPCA ALS ESFORÇOS EN INTERNACIONALITZACIÓ D'EMPRESES CATALANES.

L'ANY 1991 ES VA PRESENTAR UNA COL·LECCIÓ DE PUBLICACIONS DEL CHC, QUE ES VA INICIAR AMB ELS INFORMES TÈCNICS TREBALL SOCIAL HOSPITALARI, ADAPTACIÓ DEL PLA GENERAL COMPTABLE PER A CENTRES SANITARIS, PROTOCOLS D'INFERMERIA, PLA DE COMPTABILITAT ANALÍTICA PER ALS HOSPITALS, I RADIOLOGIA: PROTOCOLS D'ÚS DE TAC I RMN.



EL CHC AGLUTINA UN DELS GRUPS D'OPINIÓ MÉS SERIOSOS, ACREDITATS I INFLUENTS EN EL SI DEL SECTOR SANITARI DE CATALUNYA I AMB CAPACITAT REAL, EN DEFINITIVA, PER TRANSFORMAR PENSAMENTS I ESTRATÈGIES EN ACCIONS.

PER UN CHC BEN INFORMAT: ANALISTES DELS SISTEMES DE SALUT I LES POLÍTIQUES SANITÀRIES

El CHC dedica una part de la seva tasca a sistematitzar i transmetre el coneixement que genera el treball quotidià dels seus associats. Amb uns posicionaments propis ben elaborats i basats en anàlisis objectives de la realitat, el CHC du a terme estudis empírics que reforcen els plantejaments estratègics i polítics de l'organització per incidir en el sistema sanitari. Així mateix, difon projectes i experiències de gestió a la comunitat sanitària.

El Servei d'Estudis en Prospectives i Polítiques de Salut (SEPPS), creat l'any 1996, és l'instrument del CHC per a la recerca i per a la col·laboració amb el món universitari, que també ofereix assessorament sobre temes de política sanitària. L'any 1996 ja va participar activament en l'elaboració d'un Pla de serveis sanitaris i sociosanitaris impulsat pel Departament de Sanitat. Estudis com el relatiu a la gestió de patologies i les noves orientacions de l'atenció sociosanitària reforçaven aquesta funció d'anàlisi i avaluació de les propostes sobre el continuïtat assistencial, la integració dels nivells assistencials i l'orientació del servei a les necessitats de l'usuari.

També ha intervingut en el posicionament estratègic del CHC davant aspectes com el finançament del sector sanitari, els models de competència interna o la política farmacèutica. Entre altres, el CHC ha redactat documents de posicionament com *Model i organització sanitàries en base geogràfica i poblacional*, *Sistema d'assignació per càpita a Catalunya* o *Marc conceptual i algunes alternatives de gestió de l'atenció primària de salut*.

Una de les aportacions cabdals a l'escenari sanitari català ha estat la teorització sobre les organitzacions sanitàries i socials integrades (OSSI), una línia de reflexió que ja es va ençar el 1999 amb un primer model d'integració de serveis i recursos de l'Hospital de Palamós i el Consorci Assistencial del Baix Empordà.



“HEM DE TENIR POSICIONAMENTS PROPIS BEN ELABORATS I BASATS EN ANÀLISIS OBJECTIVES DE LA REALITAT. CAL REALITZAR ESTUDIS EMPÍRICS QUE REFORCIN ELS POSICIONAMENTS ESTRATÈGICS I POLÍTICS DEL CHC I ELS SEUS ASSOCIATS.”

[PREVISIÓ D'ACTUACIONS PER AL 1995.]



LA INICIATIVA EMPRESARIAL I ELS SERVEIS MANCOMUNATS

LA JUNTA GENERAL DEL CHC VA APROVAR LA NOVA LÍNIA D'ACTUACIÓ QUE COMPORTA LA CREACIÓ D'UNA EMPRESA O HOLDING (CHC, SA). AIXÒ SIGNIFICA DOTAR-SE DE MECANISMES DE SOCIETAT MERCANTIL PER TAL DE GESTIONAR AQUELLS SERVEIS QUE S'ESTAVEN GENERANT EN EL CHC O AQUELLS ALTRES QUE ELS HOSPITALS COMARCALS CREGUIN IMPORTANT O INTERESSANT DE CREAR EN EL FUTUR.

[JUNTA GENERAL DEL CHC DE 14 DE FEBRER DE 1991.]

UNA DECISIÓ PRESA AL PRINCIPI DELS ANYS NORANTA

L'any 1991, el CHC aprovava un canvi estratègic que comportava l'obertura de noves etapes en la història associativa del món hospitalari vinculat als municipis i les fundacions beneficopri-vades: la creació d'una societat mercantil. A través d'aquesta societat s'havien d'oferir serveis per al conjunt d'entitats i centres sanitaris i s'havien de poder crear empreses en àmbits estratègics, fet que va comportar l'ampliació i millora dels serveis per als associats i la racionalització de la gestió.

L'empresa, Consorci Hospitalari de Catalunya, SA, està participada al 100% pel CHC. Es tracta, doncs, d'una societat mercantil de capital enterament públic que té per objectiu crear o aportar capital a empreses participades.

LES PRIMERES EMPRESES

El mateix any de la constitució de la societat anònima ja es va constituir Iasist, una societat participada amb un 60% de capital del CHC i un 40% de l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS), amb l'objectiu de crear sistemes d'informació sanitària. Iasist va introduir a l'Estat espanyol els sistemes d'informació per producte en el sector sanitari, i ha estat l'artífex de la implantació d'aquests indicadors en els hospitals i les administracions sanitàries. Un cop consolidada l'empresa, aquesta va ser adquirida per un grup internacional i avui continua treballant de manera independent sobre indicadors de qualitat i eficiència, en estreta relació amb molts dels centres associats al CHC.

També l'any 1991 es va crear el Laboratori de Referència de Catalunya, SA, participat en un 51% pel CHC i en un 49% per l'IMAS. El Laboratori té com a objectiu practicar anàlisis clíniques com a suport diagnòstic per als hospitals. Disposa d'un laboratori central i ofereix el servei de laboratori com a servei externalitzat dins del mateix hospital.

La Unitat de Diagnòstic per la Imatge (UDIAT) va ser una altra de les empreses participades pel CHC, en aquest cas conjuntament amb la Universitat Autònoma de Barcelona, la Generalitat de Catalunya, l'Hospital de Sabadell i l'Ajuntament d'aquest municipi. L'equipament amb què es va dotar la Unitat –aparells de tomografia axial computada i ressonància magnètica nuclear– van comportar una notable millora en les tècniques diagnòstiques. Actualment el CHC ja no participa en la societat.

Aquestes iniciatives van mostrar ben aviat bons resultats empresarials i, el que és més destacable, van permetre impulsar noves ofertes assistencials i contribuir a mancomunar els serveis oferts als centres associats.

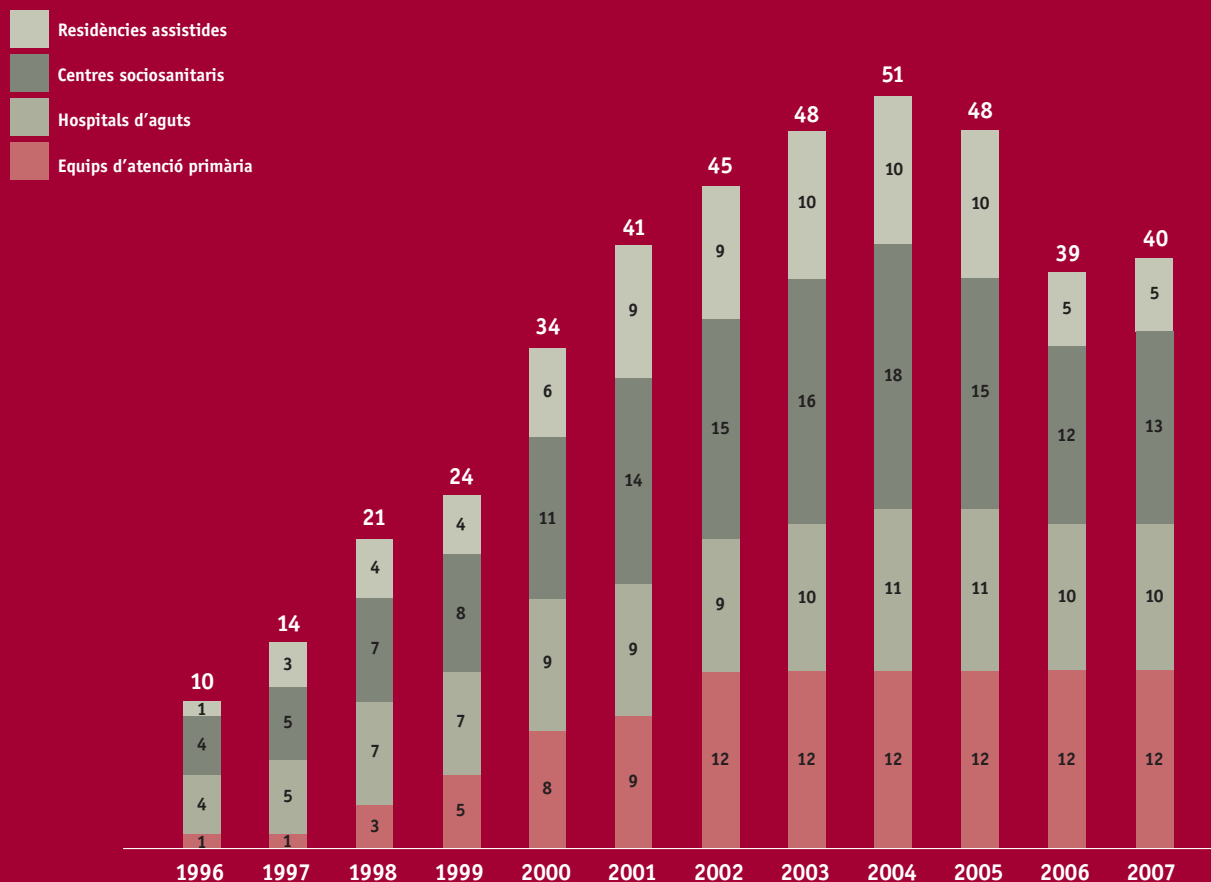


SEU DEL LABORATORI DE REFERÈNCIA DE CATALUNYA.

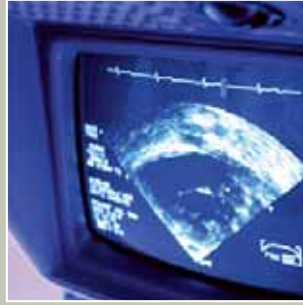
EMPRESSES DE GESTIÓ

Fruit del compromís del CHC amb la modernització de la xarxa d'hospitals públics i com a aplicació de l'experiència compartida dels gerents en els centres associats, el CHC es va comprometre amb la gestió directa de centres en processos de viabilitat i de projectes integrals, com la dels hospitals de Blanes i Calella. Per a aquest darrer projecte es van crear, el 1993, la primera societat de gestió (BCGest) i després l'empresa CGest, que va participar en tot el pla de viabilitat dels hospitals de Mataró i el projecte del nou hospital de la ciutat. Després s'hi van anar sumant els contractes de gestió dels centres d'Igualada, Badalona, Vilafranca del Penedès, Puigcerdà, Berga, Vilanova i la Geltrú, la Seu d'Urgell... ja com a Consultoria i Gestió, SA.

CENTRES GESTIONATS PER CHC CONSULTORIA I GESTIÓ, SA



A partir de 2006 no s'inclouen els consorcis sociosanitaris d'Igualada i de Vilafranca del Penedès, gestionats per la Fundació CHC Personalia.



SERVEIS MANCOMUNATS, MÉS AVANTATGES PER ALS ASSOCIATS

El CHC també va crear el 1992 la Divisió de Compres en el si de la societat anònima, que suposava formalitzar amb personal i infraestructures la tasca que fins aleshores s'havia anat realitzant entorn d'un catàleg de material fungible que des de 1986 ja es negociava des del CHC. En aquesta secció, que es va ubicar a l'Hospital de Terrassa, hi participaven caps de compres dels hospitals. Avui el Servei Agregat de Contractacions Administratives (SACAC) acompanya els associats durant tot el procés administratiu de la compra, en el marc de la Llei de contractes de les administracions públiques, i els facilita suport jurídic, tècnic i administratiu en tota la tramitació de procediments de contractació. La coordinació entre els diferents centres aconsegueix un altre dels objectius d'aquest servei als associats com és aconseguir economies d'escala, preus i serveis competitiu.

L'any 1998 es va crear la Mancomunitat Sanitària de Prevenció, una suma d'esforços per aglutinar totes les especialitats requerides en la Llei de prevenció de riscos laborals, donar suport als centres associats, avaluar les condicions de treball i salut laboral del col·lectiu sanitari i aplicar mesures correctores. Com a servei individualitzat de prevenció de riscos laborals, el sistema definit

queda integrat en l'estructura de cada centre adherit per assolir una resposta especialitzada, integral i àgil en aquelles qüestions relacionades amb les condicions de treball i els efectes que es produeixen en la salut de les persones.

*** L'ACTUACIÓ MANCOMUNADA HA PERMÈS
ESTABLIR ECONOMIES D'ESCALA BENEFICIOSES
PER ALS CENTRES I UNS SERVEIS MOLT
COMPETITIUS TAMBÉ EN QUALITAT.**



ATENCIÓ PRIMÀRIA I TAMBÉ SALUT PÚBLICA

L'any 2001 el CHC va crear PROSS per donar serveis de gestió, assessorament i acompanyament en el desplegament de polítiques i serveis de proximitat, especialment en els àmbits de l'atenció primària i la salut pública, on la interacció amb la comunitat i el món local és molt elevada. La seva tasca de gestió i organització de centres i serveis es complementa amb l'assessorament al món local en processos de construcció, equipament i posada en marxa de nous equipaments, així com en el camp de la innovació en gestió clínica.

En l'àmbit de la salut pública, un espai d'intervenció encara més recent, el CHC busca fórmules innovadores que ajudin els municipis a desenvolupar les seves competències en aquesta matèria, des dels estudis epidemiològics i la salut alimentària fins al medi ambient.



CAL SITUAR LA PERSONA COM A CENTRE D'INTERÈS TANT DE L'ACTIVITAT COM DE LA GESTIÓ I AFAVORIR L'ACTUACIÓ CONJUNTA DELS RECURSOS PÚBLICS COM A GARANTIA D'UNIVERSALITAT EN L'ACCÉS.

FACILITANT LA CONSTRUCCIÓ I L'EQUIPAMENT DELS CENTRES

CHC Tecnalia Salut és una empresa de serveis especialitzada a gestionar eficientment des del punt de vista tècnic els processos d'inversió que es produeixen en els hospitals, clíniques, residències de tercera edat, centres sociosanitaris, centres de diagnòstic, etc., pel que fa als edificis, les instal·lacions, l'equipament i el manteniment. S'encarrega des de la consultoria estratègica, passant pels projectes d'inversions i el finançament, els projectes arquitectònics, la supervisió, la direcció d'obra i els controls de qualitat, fins a l'equipament i la posada en marxa dels centres.



CAL UNA ORIENTACIÓ CAP A UNA GESTIÓ “EMPRESARIAL” DELS RECURSOS PÚBLICS DESTINATS A SERVEIS SOCIALS I SERVEIS PERSONALS. PER TANT, UNA COORDINACIÓ O INTEGRACIÓ AMB ALTRES NIVELLS O SERVEIS A LES PERSONES POT SER LA SOLUCIÓ PER FER MÉS EFICIENTS ELS RECURSOS.

LA INTERVENCIÓ EN L'ÀMBIT SOCIAL I SOCIO SANITARI

A mitjan anys noranta, el CHC es va plantejar l'estratègia de participar en la construcció de nous equipaments d'atenció socio sanitària i social responenent a l'interès del Departament de Sanitat de fomentar les iniciatives municipals en aquesta línia assistencial on els ajuntaments tenen un paper essencial com a Administració més pròxima.

Des de llavors s'ha impulsat la creació de consorcis amb els municipis i s'ha arribat a acords amb entitats privades amb fundacions socials com la Fundació Viure i Conviure de Caixa Catalunya per posar en marxa nous centres socio sanitaris, residències de gent gran i centres de dia. L'any 1999 ja es va crear CHC Vitae, SA, participada amb Quavita de Caja Madrid (amb qui s'havia participat en un centre residencial a Leganés) i que avui és cent per cent titularitat del CHC. Des de llavors s'han constituït centres a Badalona (El Carme), Igualada, Viladecans, Vilafranca del Penedès, Tàrraga, Vilanova i la Geltrú i altres en projecte a Martorell, Montcada i Reixac i la Seu d'Urgell.

Des de l'any 2003, el CHC es va plantejar totes les seves actuacions en el camp de l'atenció a la dependència com una línia estratègica d'atenció preferent, en previsió del desenvolupament d'un sector que s'anava configurant com un dels pilars del benestar que plantejaria més demandes als associats en el futur immediat. Es va crear la Fundació Personalia, per intervenir en la promoció i la gestió d'equipaments i dispositius d'atenció social, des de residències a l'atenció socio sanitària passant per la teleassistència, els pisos amb serveis, l'atenció domiciliària i l'atenció a urgències i emergències socials.

Personalia disposa d'un model propi d'atenció integral a les persones i constitueix una eina per aprofundir en l'àmbit del model integral de salut alhora que facilita una major participació del món local com a impulsora d'un model integral de serveis a la persona.



DE LES COL·LABORACIONS, FUSIONS I ALIANCES FINS A LES ORGANITZACIONS SANITÀRIES INTEGRADES

"NO POT HAVER-HI ATENCIÓ INTEGRAL AL CIUTADÀ SENSE COOPERACIÓ DELS AGENTS QUE DIRECTAMENT O INDIRECTA HI INTERVENEN."

[SANTIAGO MARIMON. REVISTA DEL CHC, MARÇ DE 1996.]

Ingrés
hospitalari

Tractaments
quirúrgics

Tractaments
ambulatoris

Atenció
ambulatoria

Suport
a cuidadors

Atenció
domiciliària

Atenció
especialitzada.
Proves
diagnòstiques



A CALELLA ES VAN REUNIR, AL DESEMBRE DE 1989, REPRESENTANTS DE L'EUROPEAN HEALTH POLICY FORUM I EL CHC PER INTERCANVIAR EXPERIÈNCIES SOBRE LES TENDÈNCIES I ACTUACIONS MÉS RELLEVANTS EN L'ÀMBIT DE LA GESTIÓ SANITÀRIA.

Urgèn
Emerg

EL MIRALL DELS SISTEMES MULTIHOSPITALARIS

Als anys vuitanta es van començar a conèixer diferents models europeus i sobretot nord-americans d'agrupacions sanitàries que reunien centres bàsicament hospitalaris; eren els sistemes multihospitalaris o multiinstitucionals, a vegades també anomenats multiassistencials. Aquestes organitzacions es creaven per assolir bàsicament dos objectius: millorar l'eficiència i augmentar el poder de negociació, ja fos amb els proveïdors o bé amb les entitats que compraven o finançaven els serveis (mútues, asseguradores, Administració). S'introdueixen conceptes com economies d'escala en serveis assistencials i no assistencials, diversificació i ampliació de serveis, optimització de recursos, gestió de la demanda...

El CHC va analitzar com s'estructuraven aquestes noves aliances entre hospitals, a partir de les quals es van anar concretant diverses experiències aplicades a Catalunya. Ens trobem al principi dels anys noranta, amb la creació del Servei Català de la Salut i el seu model de separació de funcions entre el finançador i el proveïdor, i amb la introducció en l'àmbit sanitari d'una modernització de la gestió de caire empresarial.

Atenció
primària



DES DELS ANYS VUITANTA, ELS HOSPITALS ASSOCIATS AL CHC S'HAN ANAT RENOVANT I AMPLIANT, COM L'HOSPITAL DEL MAR I L'HOSPITAL DE L'ESPERANÇA, DE L'IMAS.

LA VIABILITAT I LES NOVES ORGANITZACIONS

A partir del principi dels anys noranta les solucions adoptades per assegurar la continuïtat dels centres associats al CHC van ser diverses, perquè també eren molt diverses les motivacions que les impulsaven. Es va recórrer a fusions funcionals i fins i tot patrimonials, models de gestió conjunta i pactes de col·laboració, un model més lleuger de relacions interhospitalàries temporals o limitades a alguns serveis. En canvi, les aliances estratègiques no apareixeran fins més endavant.

En uns casos es tractava de fer viables centres que competien en un sol territori, com els casos de fusió de Mataró (Aliança Mataronina i Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena), Manresa (amb una triple coordinació que avui és Althaia Xarxa Assistencial de Manresa, de primer amb l'Hospital de Sant Andreu i l'Hospital Sant Joan de Déu, i més endavant amb la suma del Centre Coronari i l'Institut Cardiològic) i Igualada (Hospital Comarcal i Fundació Assistencial de l'Anoia).

En altres, hi havia la necessitat d'articular un grux de centres reunits de manera desordenada, com els recursos de les diputacions de Girona, Lleida i Tarragona (que, respectivament, conformen les empreses públiques del CatSalut Institut d'Assistència Sanitària, Gestió de Serveis Sanitaris i Gestió i Prestació de Serveis Sanitaris i de Salut). D'altres, encara, provenen de l'ordenació de recursos de titularitat municipal, que després de modernitzar-se seran la base a partir de la qual s'impulsaran veritables corporacions sanitàries, amb el cas de l'IMAS a Barcelona com a gran exponent, però amb exemples ben reeixits que acaben estenent-se més enllà del límit municipal com a Badalona, Badalona Serveis Assistencials; la Corporació de Salut del Maresme i la Selva; al Vallès Occidental, el Parc Taulí i el Consorci Sanitari de Terrassa; a les Terres de l'Ebre i el Camp de Tarragona, SAGESSA Grup d'Assistència Sanitària i Social, i altres exemples a Olot, Palamós i Puigcerdà.



EL CHC SEMPRE HA APOSTAT PER LA INNOVACIÓ I EL PRAGMATISME, FENT REALITAT LA MÀXIMA DE "SER CREATIUS I FLEXIBLES EN LA RECERCA DE NOVES FÓRMULES COMPARTIDES".

DE LA COMPETÈNCIA A LA COL·LABORACIÓ

Si en una època recent es va afavorir la competència entre centres com a estímul per a l'eficiència dels hospitals i del conjunt del sistema sanitari, el paradigma actual ha girat cap a altres fórmules més cooperatives com són les aliances estratègiques i les col·laboracions. La diversitat de recursos i estructura dels centres i la necessitat que siguin sostenibles en el sentit d'assegurar la seva continuïtat, però alhora que es garanteixin uns nivells de qualitat equitatius per a tota a la població, ha conduït a incrementar les relacions entre ells.

Especialment destacables són aquelles fórmules de col·laboració per mitjà de les quals els centres d'alt nivell posen a l'abast dels hospitals comarcals més petits els seus especialistes, que de forma regular hi tenen consulta; les línies que s'han iniciat gràcies a les noves tecnologies de les comunicacions, que permeten diagnòstics i consultes a distància, i la participació d'aquests centres en estudis de recerca multicèntrics, activitats formatives, sessions clíniques compartides i actualització en innovació assistencial. El CHC ha promogut aliances estratègiques entre els seus associats sempre que s'ha donat l'ocasió i, per facilitar-les, ha subscrit un conveni marc amb el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.



LES NOVES TECNOLOGIES, COM LA TELEASSISTÈNCIA O LA TELERADIOLOGIA, CONTRIBUEIXEN A APROPAR UNA ATENCIÓ MÉS ESPECIALITZADA A CENTRES QUE NO TENEN POBLACIÓ SUFICIENT PER DISPOSAR D'AQUESTS SERVEIS.



L'HOSPITAL TRANSFRONTERER QUE ES CONSTRUEIX A PUIGCERDÀ I QUE PRESTARÀ SERVEI A LA POBLACIÓ DE LA Cerdanya, tant la catalana com la francesa, és una mostra de profunda col·laboració en la qual el CHC s'ha implicat intensament.



A PARTIR DE L'HOSPITAL DE SANT JOAN DE REUS, DE TITULARITAT MUNICIPAL, ES CREA EL GRUP D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA I SOCIAL (SAGESSA), QUE TAMBÉ GESTIONA L'HOSPITAL DE MÓRA D'EBRE, EL CENTRE MÈDIC QUIRÚRGIC DE REUS I CINC ÀREES BÀSIQUES DE SALUT AL BAIX CAMP, A MÉS DE SERVEIS ESPECIALITZATS I SOCIOANITARIS AL MONTSIÀ, RIBERA D'EBRE, TERRA ALTA, BAIX EBRE I BAIX CAMP.

LES ORGANITZACIONS SANITÀRIES I SOCIALS INTEGRADES (OSSI)

Un dels aspectes del model sanitari que més ha promogut el CHC ha estat la continuïtat assistencial com a element essencial d'una concepció integral en l'atenció a les persones. D'altra banda, l'experiència en la gestió dels hospitals s'ha estès als altres nivells assistencials. Les OSSI són, doncs, el resultat d'aquesta doble necessitat: disposar d'entitats que actuïn de manera integrada en els seus diferents nivells d'atenció i que alhora siguin organitzacions d'una dimensió que les faci eficients i resolutives. La consecució d'economies d'escala no ha estat aliena a la necessitat de crear OSSI.

Les OSSI, basades en una determinada concepció del sistema de salut on és essencial la visió territorial (o, més ben dit, poblacional), tenen l'avantatge que faciliten una organització integral dels serveis.



LES OSSI HAN CONTRIBUÏT A INTRODUIR UNA CULTURA COMPARTIDA BASADA EN LA COORDINACIÓ, LA QUALITAT I LA MILLORA CONTÍNUA, EL TREBALL EN EQUIPS MULTIDISCIPLINARIS, L'ORIENTACIÓ A RESULTATS I LA PERTINÈNCIA A ORGANITZACIONS COMPLEXES.

UN PROCÉS PROGRESSIU FINS A LA INTEGRACIÓ

DIRECCIÓ

Codirecció dels centres



DIRECCIONS ASSISTENCIALS

Agrupació transversal de les direccions assistencials



COORDINACIÓ ENTRE NIVELLS

Mecanismes de coordinació entre nivells:

- guies de pràctica clínica
- història clínica única
- sistemes d'informació compartits



INTEGRACIÓ DELS NIVELLS

- substitució dels nivells d'atenció
- gestió de processos integral
- mobilització de recursos (professionals i equipaments)

HI HA HAGUT ORGANITZACIONS COM LA CORPORACIÓ DE SALUT DEL MARESME I LA SELVA FRUIT D'UNA GRAN COMPLEXITAT D'ENTITATS TITULARS (AJUNTAMENTS, GENERALITAT, CONSELL COMARCAL, FUNDACIONS) QUE HAN DIPOSITAT EL FUTUR DELS SEUS CENTRES I SERVEIS ASSISTENCIALS EN EL MODEL D'INTEGRACIÓ.



Les OSSI han nascut i s'han anat configurant més com una resposta natural a les necessitats de centres en constant desenvolupament que com a fruit de polítiques definides des de l'Administració sanitària.

Les OSSI es troben amb un escenari en què, en un determinat territori, dispositius de diferents nivells poden pertànyer a diferents proveïdors. La majoria dels centres d'atenció primària són de l'Institut Català de la Salut (el 78%) mentre que en l'atenció d'aguts, sociosanitària i salut mental hi ha clara majoria dels hospitals que pertanyen a la XHUP (més de 60 contra vuit de l'ICS).

Aquesta situació obliga a definir noves relacions entre els proveïdors, si es vol apostar per un model orientat a la continuïtat assistencial i que pugui incorporar nous serveis, com ara els d'atenció a la dependència i salut pública.

Els grans reptes de les organitzacions integrades són aconseguir una bona coordinació entre centres de proveïdors diversos i implicar els professionals en la presa de decisions com a gestors de la continuïtat assistencial.



L'ASSUMPCIÓ DE LA GESTIÓ DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA I SOCIOSANITÀRIA, I LA NECESSÀRIA COORDINACIÓ AMB L'HOSPITAL HA IMPULSAT LA CONSTITUCIÓ D'OSSI.

>9

EL CHC AVUI

“EL CHC ESTÀ PREPARAT PER ASSUMIR UN PAPER DE LIDERATGE EN UN NOU PARADIGMA QUE CONSAGRA LA INTEGRACIÓ DE SERVEIS I LA TRANSVERSALITAT.”

[JOSEP ABELLÓ, PRESIDENT DEL CHC.]

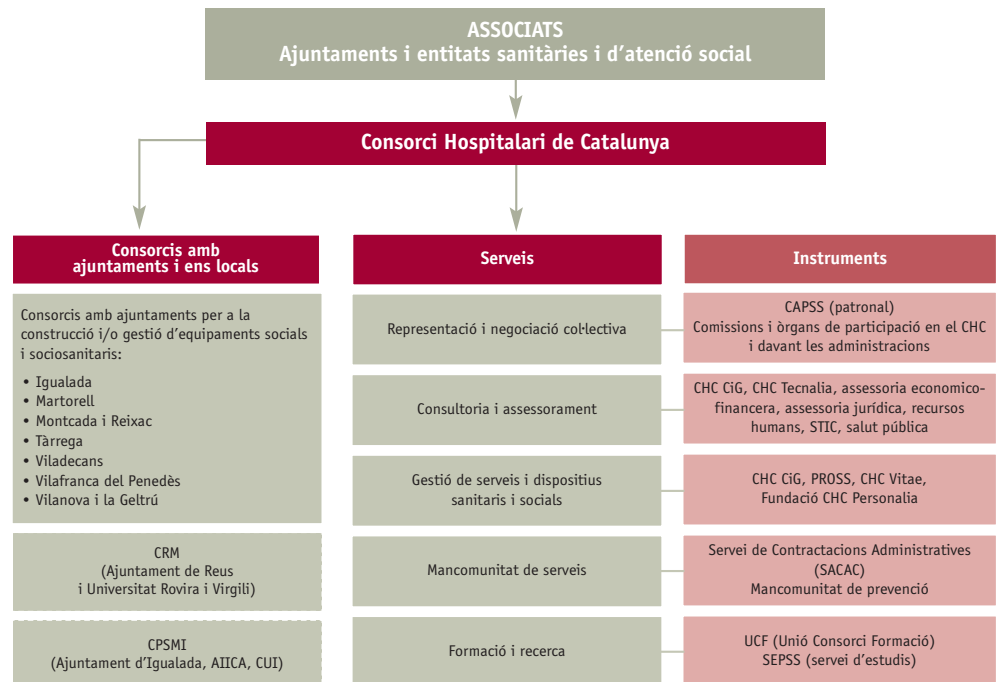
SEUS DEL CHC
HOSPITAL SANT LLÀTZER
(TERRASSA), 1981-1984
RAMBLA DE CATALUNYA, 6
(BARCELONA), 1984-1994
PASSEIG DE GRÀCIA, 28
(BARCELONA), 1994-1998
AVINGUDA DEL TIBIDABO, 21
(BARCELONA), 1998



APORTACIONS SIGNIFICATIVES DEL CHC

Vint-i-cinc anys després de la constitució del CHC, i analitzant-ne la trajectòria al llarg d'aquest període, sembla innegable que el paper de l'organització ha estat decisiu en l'evolució del sistema català de salut.

El CHC ha estat clau en la definició del model sanitari català i del model d'hospital comarcal o general. Cal destacar, en aquest sentit, el lideratge que ha exercit el CHC en la constitució de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) i en l'ordenament del que ara es coneix com a sector concertat. Altres fites del CHC han estat la introducció de conceptes com la gestió des del municipalisme, l'articulació de les organitzacions sanitàries i socials integrades o les aportacions al model de finançament en la provisió de serveis.



CULTURA DE MOTIVACIÓ I SERVEI

El CHC ha de tenir la vocació d'ocupar un gran espai propi en l'àmbit social i sanitari de Catalunya; però també ha de ser present en un món cada vegada més global, especialment perquè pot aportar experiència, coneixement i un model d'entendre la salut i el benestar. Així mateix, s'ha de convertir en una organització dinamitzadora de coneixements i revertir-los als seus associats, a l'Administració i també als ciutadans.

El futur de les organitzacions es troba en la seva capacitat de motivar i implicar els seus col·laboradors, una experiència en la qual es compromet el CHC i que transmet als seus associats. En aquest sentit, el CHC incentiva i dóna suport a iniciatives dels associats i els ajuda a identificar les àrees on poden invertir.



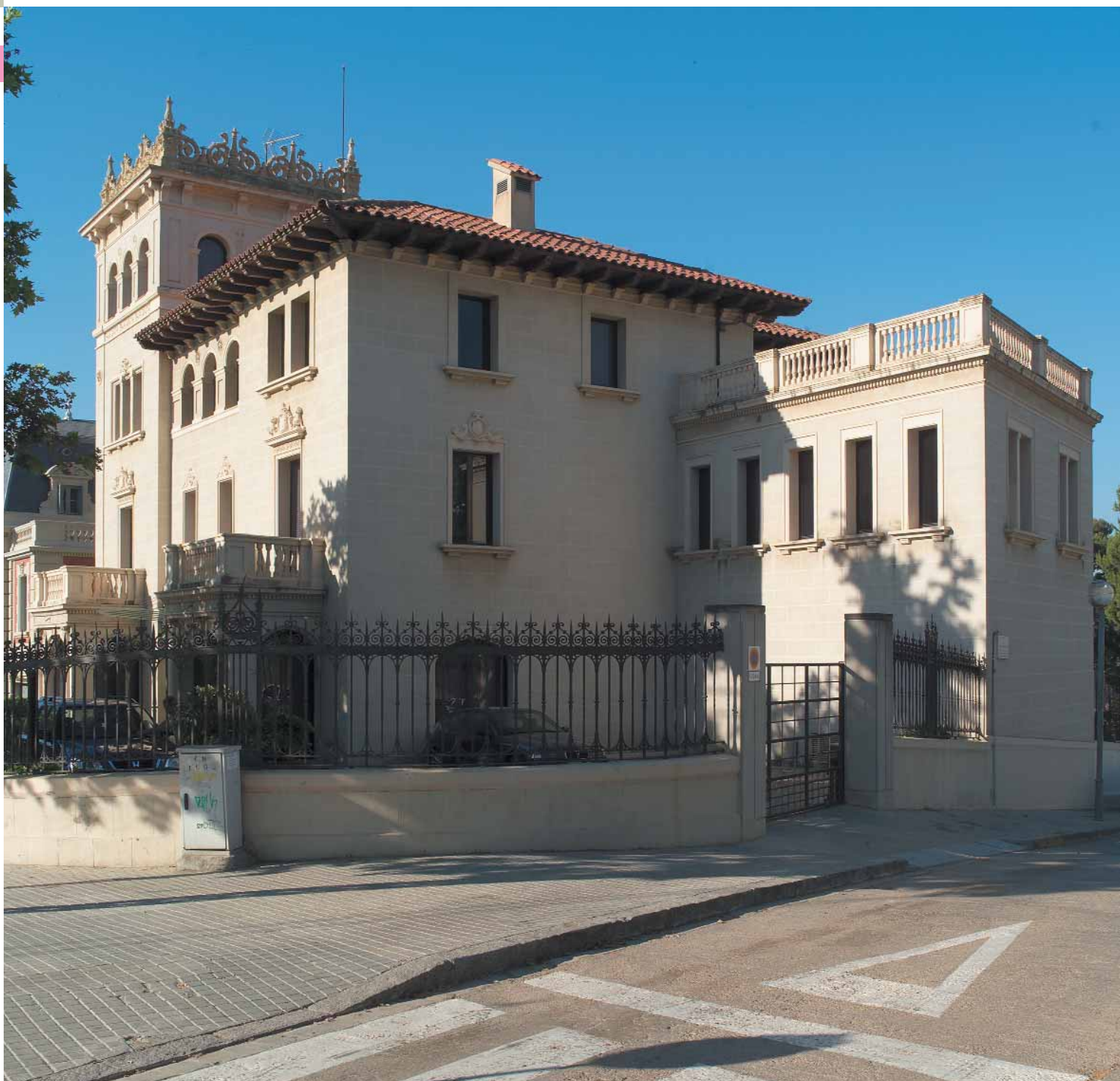
EL CHC POT APORTAR A LA SOCIETAT GLOBAL LA SEVA EXPERIÈNCIA, ELS SEUS CONEIXEMENTS I UNA MANERA D'ENTENDRE LA SALUT I EL BENESTAR.



LA CULTURA DEL CHC TÉ COM A TRETS DISTINTIUS

- LA TENDÈNCIA A ACTUAR AMB VOLUNTAT DE SERVEI
- LA RECERCA DE CONSENS, TANT EN EL SI DE L'ORGANITZACIÓ COM A L'EXTERIOR
- LA PROXIMITAT A L'ASSOCIAT
- L'ESPERIT D'ENGRESCAR MÉS QUE DE SER, DEFUGINT PROTAGONISMES
- LA SENSIBILITAT PER LA SUBSIDIARIETAT
- LA FLEXIBILITAT





EL 31 DE GENER DE 2008, AMB UNA TAULA RODONA A LA SEU DEL CHC, VAN COMENÇAR ELS ACTES DE CELEBRACIÓ DEL XXV ANIVERSARI. HI VAN PARTICIPAR MAITE ARQUÉ, ALCALDESSA DE BADALONA; XAVIER POMÉS, EXCONSELLER DE SANITAT; ENRIC AGUSTÍ, QUE HA ESTAT GERENT D'HOSPITALS I SOTSDIRECTOR DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT; CARLES MANTÉ, DIRECTOR GENERAL DEL CHC FINS AL 2004 I DESPRÉS DIRECTOR DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT, I JORDI CALSINA, GERENT DE SERVEIS DE SALUT INTEGRATS DEL BAIX EMPORDÀ.



PROJECCIÓ DE FUTUR

El Consorci Hospitalari de Catalunya vol assumir compromisos de futur, com ara el suport per implementar els governs territorials de salut, als quals estan cridats a participar ajuntaments amb experiència en gestió de serveis sanitaris juntament amb altres que no n'han tingut fins ara.

Així mateix, vol participar en l'estudi d'alternatives per garantir la sostenibilitat del sistema públic de salut, davant reptes com l'increment exponencial de la demanda, la falta de professionals o el desplegament de les lleis sobre dependència.

I, en tercer lloc, creu imprescindible la incorporació dels professionals assistencials a la gestió, orientada a dos objectius: donar resposta a l'interès dels que volen participar en les decisions que afecten la seva feina i la qualitat del sistema i formar una nova generació de gestors que prengui el relleu de la dels que van protagonitzar la configuració del model sanitari català.



**TERRITORI, SOSTENIBILITAT I PARTICIPACIÓ
DELS PROFESSIONALS SÓN TRES DELS
COMPROMISOS DEL CHC AMB EL FUTUR DEL
MODEL DE SALUT DEL NOSTRE PAÍS.**



PROJECTE CORPORATIU DEL CHC

- TRANSFORMACIÓ DE L'EXPERIÈNCIA I ELS RESULTATS D'AQUESTS 25 ANYS EN PROJECCIÓ DE FUTUR
- UN PROJECTE DE PAÍS I DE SOCIETAT DEL BENESTAR AL MARGE DE LES CONJUNTURES POLÍTIQUES
- AFRONTAR NOUS ÀMBITS D'ACTUACIÓ
- LA CREACIÓ D'UN GRUP DE SERVEIS CONSOLIDAT
- VISIÓ INTERNACIONAL DES DE L'ACTUACIÓ LOCAL
- CONTRIBUIR A SITUAR CATALUNYA COM A LÍDER EUROPEU EN INNOVACIÓ DEL MODEL SANITARI I SOCIAL

ENTITATS ASSOCIADES AL CHC

Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran

Administració local

Ajuntament de la Seu d'Urgell
Ajuntament de Puigcerdà

Centres i entitats

Fundació Privada Hospital de Puigcerdà
Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell
Servei Aranès dera Salut

Regió Sanitària Lleida

Administració local

Ajuntament de Lleida

Centres i entitats

Federació d'Esclerosi Múltiple
Gestió de Serveis Sanitaris

Regió Sanitària Camp de Tarragona

Administració local

Ajuntament de Banyeres del Penedès
Ajuntament de Reus
Ajuntament de Santa Coloma de Queralt
Ajuntament de Valls

Centres i entitats

Centre de Recursos per a la Protecció
de la Salut i el Medi
Fundació d'Esclerosi Múltiple
Fundació Personalia
Gestió i Prestació de Serveis Sanitaris
de Salut
Grup SAGESSA
Pius Hospital de Valls

Regió Sanitària Terres de l'Ebre

Administració local

Ajuntament d'Ampostà
Ajuntament de l'Ampolla
Ajuntament de Móra d'Ebre
Ajuntament de Tortosa

Centres i entitats

Gestió i Prestació de Serveis Sanitaris
de Salut
Grup SAGESSA

Regió Sanitària Girona

Administració local

Ajuntament de Blanes
Ajuntament de Lloret de Mar
Ajuntament de Palamós
Ajuntament d'Olot

Centres i entitats

Corporació de Salut del Maresme i la Selva
Fundació d'Esclerosi Múltiple
Fundació Privada Hospital Sant Jaume
d'Olot
Fundació Privada MIFAS
Fundació Salut Empordà
Institut Català d'Oncologia
Institut d'Assistència Sanitària
Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà

Regió Sanitària Catalunya Central

Administració local

Ajuntament de Berga
Ajuntament de Manlleu
Ajuntament de Manresa
Ajuntament de Sant Joan de les Abadesses
Ajuntament de Vic
Ajuntament d'Igualada

Centres i entitats

Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa
(Fundació Privada)
Associació Catalana d'Entitats de Base
Associativa
Consorci Hospitalari de Vic
Consorci Laboratori Intercomarcal de
l'Alt Penedès, l'Anoia i el Garraf
Consorci Sanitari de l'Anoia
Fundació Hospital Sant Jaume de Manlleu
Fundació Personalia
Fundació Sociosanitària de Manresa
Hospital Comarcal de Sant Bernabé, Berga
Hospital de la Santa Creu de Vic

Regió Sanitària Barcelona

Administració local

Ajuntament de Badalona
Ajuntament de Barcelona
Ajuntament de Calella
Ajuntament de Castelldefels
Ajuntament de Cornellà de Llobregat
Ajuntament de Granollers
Ajuntament de l'Hospitalet de Llobregat
Ajuntament de Martorell
Ajuntament de Mataró
Ajuntament de Mollet del Vallès
Ajuntament de Montcada i Reixac
Ajuntament de la Roca del Vallès
Ajuntament de Rubí
Ajuntament de Sabadell
Ajuntament de Sant Boi de Llobregat
Ajuntament de Sant Celoni
Ajuntament de Sant Vicenç dels Horts
Ajuntament de Santa Coloma de Gramenet
Ajuntament de Santa Margarida
i els Monjos
Ajuntament de Santa Perpètua
de Mogoda
Ajuntament de Terrassa
Ajuntament de Viladecans
Ajuntament de Vilafranca del Penedès
Ajuntament de Vilanova i la Geltrú
Consell Comarcal del Barcelonès
Diputació de Barcelona

Centres i entitats

Associació Cívica d'Ajuda Mútua
Associació Vallès Amics de la Neurologia
Badalona Serveis Assistencials, SA
Banc de Sang i Teixits
Castelldefels, Agents de Salut
Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí
Consorci de Serveis a les Persones,
Vilanova i la Geltrú
Consorci Sanitari de l'Alt Penedès
Consorci Sanitari de Terrassa
Consorci Sanitari del Maresme
Consorci Sanitari Integral
Consorci Sociosanitari de Viladecans
Corporació de Salut del Maresme i la Selva
Corporació Sanitària Clínic
Diputació de Barcelona
Fundació d'Esclerosi Múltiple
Fundació de Gestió Sanitària Hospital
de la Santa Creu i Sant Pau
Fundació Hospital Asil de Granollers
Fundació Hospital Comarcal
Sant Antoni Abat

Fundació Personalia (Centre Municipal
d'Atenció a les Urgències Socials i Servei
de Teleassistència, Centre Sociosanitari
Sant Jordi de Cornellà de Llobregat,
Complex Gent Gran Sant Oleguer,
Consorci Sociosanitari d'Igualada,
Consorci Sociosanitari de Vilafranca del
Penedès i Llar Sant Jordi)
Fundació Privada Hospital de Mollet
del Vallès
Fundació Privada Hospital de Sant Celoni
Fundació Privada Residència Santa
Susanna, Caldes de Montbui
Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues
de Llobregat
Hospital Sant Joan de Déu, Martorell
Institut Municipal d'Assistència Sanitària
(IMAS), Barcelona
Institut Català d'Oncologia
PAMEM
Parc Sanitari Pere Virgili

Altres entitats

Servei Andorrà d'Atenció Sanitària



CRONOLOGIA

1979	1981	1983	1984
Es constitueixen els ajuntaments democràtics i els alcaldes assumeixen la presidència dels hospitals municipals.	Es crea la gestora del Consorci Hospitalari de Catalunya, amb seu a l'Hospital Sant Llàtzer de Terrassa. Manuel Royes, alcalde d'aquesta ciutat, n'és nomenat president.	Es constitueix el Consorci Hospitalari de Catalunya al Saló de Plens de l'Ajuntament de Manresa amb la presència del ministre Ernest Lluch. Joan Cornet, alcalde de Manresa, és nomenat president del CHC.	El Consell Executiu aprova els Estatuts del CHC, que es publiquen en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (Decret 431, de 4 de maig). La seu social del CHC es trasllada a la Rambla de Catalunya, núm. 6, de Barcelona. Es posa en marxa als hospitals del CHC la gestió conjunta de compres de material.
	La Generalitat de Catalunya assumeix les competències sanitàries previstes a l'Estatut d'autonomia. Ordre, de 21 de novembre, d'acreditació dels centres hospitalaris.	Es crea l'Institut Català de la Salut. Es publica el Mapa Sanitari, proposta d'equipaments sanitaris per a Catalunya.	
1990	1991	1993	1994
	Es constitueixen les empreses CHC, SA; Iasist, SA, i LRC, SA. Josep Abelló, alcalde de Reus, és nomenat president del CHC.	Es constitueix l'empresa CHC Consultoria i Gestió, SA. Es constitueix la societat BCGest, SL, per a la gestió sanitària de les comarques de l'Alt Maresme i la Selva Marítima. El CHC crea la Secretaria de Relacions amb la Comunitat Europea. Es constitueix la societat CGest, SL, de gestió de centres hospitalaris.	La seu del CHC es trasllada al passeig de Gràcia, núm. 28, de Barcelona.
Llei 15/1990, d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC).	Entra en funcionament el Servei Català de la Salut. Es posa en marxa la Central de Balanços del Servei Català de la Salut, experiència pionera a l'Estat.	S'aprova el primer Pla de salut de Catalunya.	Primera delimitació de les regions sanitàries i els sectors sanitaris.

1985	1986	1987	1989
Els alcaldes es reuneixen amb el president de la Generalitat, Jordi Pujol, el conseller de Sanitat, Josep Laporte, i el director general de la conselleria de Sanitat, Xavier Trias, en un reconeixement de la sanitat municipal.	El CHC crea els primers serveis (assessoria, informàtica...) per als associats. Se celebra a Calella la I Conferència del Consorci, on es consensua el document sobre el model d'hospital comarcal.	El CHC entra a formar part de la Federació Internacional d'Hospitals. Ramon Bagó, alcalde de Calella, és nomenat president del CHC. El CHC organitza a Calella una reunió amb l'European Health Policy Forum.	
Decret 202/1985, de 15 de juliol, de creació de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP). Llei 7/1985, de 2 d'abril, reguladora de les bases de règim local. S'inicia la reforma de l'atenció primària.	Neixen els primers consorcis: Consorci Hospitalari de Vic i Consorci Hospitalari de Sabadell. S'engega el Pla de reordenació hospitalària, que fixa objectius i inversions necessaris per als centres. El Departament de Sanitat i Seguretat Social crea el Programa Vida als Anys, que integra serveis socials i sanitaris en una mateixa línia d'atenció. Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat.		El Departament de Sanitat i Seguretat Social crea la Direcció General de Recursos Econòmics del Sistema Sanitari, que assumeix la distribució de recursos entre els centres. El CAP Terrassa Nord, del Consorci Sanitari de Terrassa, es converteix en la primera experiència de gestió d'un equip d'atenció primària per una entitat diferent de l'ICS. Se signa el primer conveni XHUP.
1995	1996	1997	1998
El CHC crea la patronal Consorci Associació Patronal Sanitària (CAPS).	Es crea el Servei d'Estudis en Prospectives i Polítiques de Salut (SEPPS). S'inicia la gestió de compres conjunta a través del Servei Agregat de Contractacions Administratives del Consorci (SACAC).	El CHC es consolida com a assessor en projectes internacionals, sobretot a Amèrica del Sud.	Se celebra a Barcelona una trobada del Seminari Internacional del Banc Mundial amb el CHC. El CHC i la Unió Catalana d'Hospitals creen un comitè d'enllaç per debatre i presentar propostes unitàries davant la crisi de finançament de la sanitat catalana. El CHC i la Universitat Oberta de Catalunya creen l'Aula Sanitària Virtual, que ofereix cursos de formació continuada per internet. Es crea el Club Consorci, que ofereix avantatges als treballadors dels centres associats al CHC. El CHC es trasllada a l'actual seu de l'avinguda del Tibidabo, núm. 21, de Barcelona.
			Es posa en marxa el projecte Hospitals sense fum, impulsat per l'Institut Català d'Oncologia.

1999	2000	2001	2003
Es crea CHC Vitae, SA, inicialment participada amb Quavitae de Caja Madrid.	El CHC i la Universitat de Barcelona creen l'Escola Virtual de Salut (EVS).	El CHC crea l'empresa Projectes Sanitaris i Socials, SA (PROSS).	El CHC crea l'empresa Personalia, SA.
Decret 213/1999, de 27 de juliol, de creació de la xarxa de centres, serveis i establiments de salut mental. Decret 242/1999, de 31 d'agost, de creació de la xarxa de centres, serveis i establiments sociosanitaris. S'inicia el programa de compra addicional d'activitat amb l'objectiu de reduir les llistes d'espera.	S'elabora el Programa extraordinari d'inversions en infraestructures sanitàries 2000-2010. Es presenta el Pla de desplegament dels recursos sociosanitaris 2000-2005. Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.	Es posa en marxa a cinc zones de Catalunya (Ribera d'Ebre, Terra Alta i Priorat; Baix Empordà; Alt Maresme i Selva Marítima; Osona, i Cerdanya) la prova pilot per a la implantació d'un sistema de compra de serveis en base poblacional.	La xarxa reformada d'atenció primària arriba al 100% de la població. Ordre SSS/496/2003, de 14 de novembre, de creació de la Central de Resultats de la Xarxa Sanitària d'Utilització Pública de Catalunya.
2004	2005	2006	2007
El CHC crea la societat Tecnalia Salut, SL.	El CHC assessora l'Associació Catalana de Municipis i Comarques (ACM) i la Federació Catalana de Municipis (FCM) sobre els governs territorials de salut. El CHC i la Unió Catalana d'Hospitals creen la Unió Consorci Formació.	El CHC promou la creació de la Confederació d'Entitats Catalanes d'Atenció a la Dependència sense Ànim de Lucre (CECAD).	
	Decret 105/2005, de 31 de maig, de delimitació de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris del Servei Català de la Salut.	Decret 5/2006, de 17 de gener, pel qual es regula l'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda. Decret 38/2006 de regulació de la creació dels governs territorials de salut (GTS). Presentació de l'avantprojecte del Mapa sanitari. Se signa el VII Conveni de la XHUP, que s'estén als centres d'atenció primària concertada. Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència	Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials.



Consorci Hospitalari
de Catalunya

SARI DEL CHC 2008 ANY DEL XXV ANIVERSARI DEL CHC 2008 ANY