

Anàlisi del sistema de salut a les Terres de l'Ebre

Impacte econòmic i perspectives de futur

Marta Berenguer Poblet
Pau Galiana Llasat
Gerard Mora López



DOCUMENT
PROVISIONAL

DOCUMENT
PROVISIONAL

Anàlisi del sistema de salut a les Terres de l'Ebre

**IMPACTE ECONÒMIC I PERSPECTIVES DE
FUTUR**

Autors/es

Marta Berenguer Poblet

Pau Galiana Llasat

Gerard Mora López



CÀTEDRA D'ECONOMIA
LOCAL I REGIONAL
Universitat Rovira i Virgili



Diputació Tarragona

Ajuntament



de Tortosa

Aquest document ha estat liderat per la Càtedra d'economia local i regional (CELiR) de la Universitat Rovira i Virgili (URV), finançat per la Diputació de Tarragona, amb títol *Anàlisi del sistema de salut a les Terres de l'Ebre. Impacte econòmic i perspectives de futur.*



CÀTEDRA D'ECONOMIA
LOCAL I REGIONAL
Universitat Rovira i Virgili



Diputació Tarragona



Anàlisi del sistema de salut a les Terres de l'Ebre. Impacte econòmic i perspectives de futur
© 2026 per Pau Galiana Llasat, Marta Berenguer-Poblet, Gerard Mora-López està subjecta a una llicència de [Creative Commons Reconeixement-NoComercial-NoDerivats 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Autoria

- **Marta Berenguer Poblet.** Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Infermeria. Grup consolidat de recerca en infermeria avançada (CARING) DGR 161
- **Pau Galiana Llasat.** Universitat Rovira i Virgili. Departament de Gestió d'Empreses.
- **Gerard Mora López.** Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Infermeria. Grup consolidat de recerca en infermeria avançada (CARING) DGR 161

DOCUMENT
PROVISIONAL

Continguts

1. INTRODUCCIÓ DE L'ESTUDI SOBRE EL SISTEMA DE SALUT A LES TERRES DE L'EBRE.....	13
1.1 Justificació.....	14
1.2 Introducció	16
2. OBJECTIUS DE L'ESTUDI.....	24
2.1 Objectiu general	25
2.2 Objectius específics	25
3. METODOLOGIA	26
4. RESULTATS: RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUT A LES TERRES DE L'EBRE.....	31
4.1. Centres, serveis i establiments de salut a les Terres de l'Ebre	31
4.2. Els professionals de la salut a les Terres de l'Ebre	38
4.3. L'activitat de salut a les Terres de l'Ebre	45
5. RESULTATS: IMPACTE ECONÒMIC.....	46
5.1 Impacte directe	47
5.2 Impacte indirecte.....	58
5.3 Impacte induït.....	64
5.4 Síntesi final de l'impacte econòmic	79
6. RESULTATS: EXPERIÈNCIES, NECESSITATS I PROPOSTES DE FUTUR DELS PROFESSIONALS SANITARIS I USUARIS DEL SISTEMA DE SALUT A LES TERRES DE L'EBRE. ANÀLISI QUALITATIVA	82
6.1. Descripció de la mostra.....	83

6.2 Anàlisi de contingut	87
A. Coneixement del territori i de la població.	88
B. Situació actual del sistema de salut a les Terres de l'Ebre	92
C. Propostes de futur per a la salut a les Terres de l'Ebre.....	104
 7. LIMITACIONS DE L'ESTUDI	 113
 8. CONCLUSIONS	 117
 9. FONTS D'INFORMACIÓ.....	 121

DOCUMENT
PROVISIONAL

ÍNDEX DE TAULES

Taula 1: Població a 2024 i variacions a Terres de l'Ebre i per comarques.....	16
Taula 2: Índex d'envelliment per comarques i Catalunya 2024.....	17
Taula 3: Distàncies de municipis de la Terra Alta als hospitals mes propers.....	18
Taula 4: Distribució de la població a TE al 2024 per procedència.....	19
Taula 5: Funcions dels diferents nivells d'organització de la salut.....	20
Taula 6: Centres de salut a les Terres de l'Ebre.....	33
Taula 8: Establiments de salut a les Terres de l'Ebre.....	37
Taula 9: Professionals als centres de salut a les Terres de l'Ebre.....	40
Taula 10: Professionals als establiments de les Terres de l'Ebre.....	42
Taula 11: Nombre de professionals sanitaris col·legiats a Terres de l'Ebre.....	42
Taula 12: Distribució per edats d'alguns col·lectius sanitaris col·legiats a TE.....	44
Taula 13: Activitat sanitària a Terres de l'Ebre.....	45
Taula 14: Coeficients d'ETP justificats.....	49
Taula 15: Resum de l'impacte directe públic.....	50
Taula 16: Ecosistema privat de salut i cures a les Terres de l'Ebre: ocupació i ETP.....	52
Taula 17: Resum de l'impacte directe total (públic + privat).....	56
Taula 18: Vector de demanda intermèdia per branques d'activitat.....	59
Taula 19: Aplicació dels coeficients sectorials.....	60
Taula 21: Impacte indirecte públic i privat. Producció, VAB i ocupació.....	63
Taula 22: Coeficients pel càlcul del consum induïble.....	66
Taula 23: Confecció de la cistella de despesa amb tres escenaris.....	68

Taula 24: Valors de la cistella de despesa amb tres escenaris.....	70
Taula 25: Despesa per branques d'activitat segons les taules MIOC-2021	71
Taula 27: Coeficients per branques d'activitat.....	73
Taula 29: Ocupació induïda per branques d'activitat	77
Taula 30: Resum dels impactes del sistema de salut a Terres de l'Ebre	79
Taula 31: Comparació amb l'estructura sectorial	80
Taula 32: Resum participants al Grup Focal 1	84
Taula 33: Resum participants al Grup Focal 2.....	84
Taula 34: Resum participants entrevistes en profunditat.....	85

DOCUMENT
PROVISIONAL

ÍNDIX DE FIGURES

Figura 1: Organització del sistema català de Salut a les Terres de l'Ebre.....	22
Figura 2: Núvol de paraules.....	87
Figura 3: Agrupació de definicions sobre la situació de sistema de salut a les TE.....	92

DOCUMENT
PROVISIONAL

ACRONIMS I ABREVIATURES

AMBL- ANSA Merchant Bank Limited

AP- Atenció Primària

APiC- Atenció Primària i Comunitària

CAP- Centre d'Atenció Primària

CAS- Centre d'Atenció i Seguiment

CatSalut- Servei Català de la Salut

CTE - Clínica Terres de l'Ebre

CELiR- Càtedra d'Economia Local i Regional

CL- Consultori Local

CSMA- Centre Salut Mental Adults

CSMIJ- Centre Salut Mental Infantil-Juvenil

EAP- Equips d'Atenció Primària

ETP- Equivalents a Temps Ple

FPM- Fundació Pere Mata

FPM-TE- Fundació Pere Mata Terres de l'Ebre

H DIA- Hospital de Dia

HCA- Hospital comarcal d'Ampostà

HCME- Hospital comarcal de Mora d'Ebre

HSC- Hospital de la Santa Creu

HTVC- Hospital Verge de la Cinta

HUTVC- Hospital Universitari Verge de la Cinta

ICS- Institut Català de la Salut

IDESCAT- Institut d'Estadística de Catalunya

IPM- Institut Pere Mata

LTC- Long-Term Care

MIOC- Matriu Input-Output de Catalunya

MPOC- Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica

MS- Massa salarial (bruta)

OCDE- Organització per la Cooperació i el Desenvolupament Econòmics

PADES- Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport

PRL- Prevenció Riscs Laborals

RHB- Rehabilitació

RSTE- Regió Sanitària Terres de l'Ebre

SAD- Servei d'Atenció Domiciliària

SEM- Sistema d'Emergències Mèdiques

SISCAT- Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya

SM- Salut Mental

SPM- Salaris Ponderats per Mercat

STE- Salut Terres de l'Ebre

TCAI- Tècnics en Cures Auxiliars d'Infermeria

TE- Terres de l'Ebre

URV- Universitat Rovira i Virgili

VAB- Valor Afegit Brut

DOCUMENT
PROVISIONAL

1. Introducció de l'estudi sobre el sistema de salut a les Terres de l'Ebre

1.1 Justificació

Les Terres de l'Ebre, amb una població propera als 200.000 habitants distribuïda entre les comarques del Baix Ebre, Montsià, Ribera d'Ebre i Terra Alta, constitueixen un territori amb una identitat demogràfica, econòmica i social singular que condiciona profundament les necessitats i reptes del sistema de salut. Tot i comptar amb una xarxa sanitària estructurada i amb una forta implicació comunitària, el territori afronta transformacions de gran magnitud que justifiquen la necessitat d'una diagnosi rigorosa i actualitzada.

Des del punt de vista demogràfic, les Terres de l'Ebre (TE) presenten algunes de les taxes d'envelliment més elevades de Catalunya, amb un increment sostingut del percentatge de població major de 65 i 80 anys, especialment accentuat a les comarques d'interior. Aquest procés comporta un augment de la dependència, una major prevalença de malalties cròniques i una demanda creixent de serveis sanitaris i socials com ara rehabilitació, atenció domiciliària i suport comunitari. Paral·lelament, la dinàmica demogràfica del territori és desigual: mentre que determinats municipis del litoral registren creixements de població pel desenvolupament econòmic de diversos sectors i per l'arribada de població estrangera i famílies joves, molts nuclis rurals sobretot d'interior, pateixen estancament o despoblament reduint la massa crítica, fet que impacta directament en l'accessibilitat i equitat del sistema sanitari.

Des del punt de vista econòmic, les Terres de l'Ebre presenten històricament una estructura productiva diferent de la mitjana catalana. El pes relatiu del sector primari i la indústria (sobretot agroalimentària) és superior, alhora que el sector serveis —malgrat ser el dominant en ocupació— té menor pes i diversificació que en altres territoris. Aquestes característiques generen vulnerabilitats laborals i socials que tenen efecte directe en els determinants socials de la salut, com ara les condicions de treball, el poder adquisitiu, l'habitatge, la mobilitat i l'accés equitatiu als recursos. Més enllà de la seva funció assistencial, el sistema de salut constitueix un dels principals sectors d'activitat econòmica del territori, tant pel volum d'ocupació qualificada que genera com pel seu efecte tractor sobre altres branques productives.

Les dades del Pla de Salut i els informes del Departament de Salut, evidencien una cobertura sanitària que, malgrat els esforços, necessita ser repensada a fons davant d'aquests nous reptes demogràfics, tecnològics i professionals.

El territori compta amb infraestructures sanitàries de referència com l'Hospital Universitari Verge de la Cinta (HUTVC), però també amb una xarxa composta pels hospitals comarcals d'Amposta (HCA) i Mora d'Ebre (HCME), la xarxa d'atenció primària (AP), l'atenció intermèdia i la de salut mental, a més de serveis com el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM), entre molts altres; no obstant això, la dispersió geogràfica, l'envelliment poblacional, l'increment demogràfic dels darrers 25 anys, juntament amb la manca endèmica de professionals, fan palesa la necessitat d'una diagnosi rigorosa que quantifiqui tots els recursos disponibles, tant del sistema públic com del privat. A més, les iniciatives, com la recent conversió del Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (HTVC) en hospital universitari (HUTVC) i la voluntat d'establir estudis de medicina al Campus TE de la Universitat Rovira i Virgili (URV), mostren una oportunitat històrica per consolidar la integració de l'assistència, docència i recerca, per enfortint el coneixement sanitari a la regió.

Aquest context justifica sobradament la realització d'un estudi complet que permeti obtenir una fotografia detallada del sistema, avaluant l'impacte socioeconòmic del sector salut, quantificant els recursos sanitaris existents, identificant les mancances del sistema, analitzant la distribució territorial i els desequilibris interns, explorant oportunitats i dissenyar propostes de futur que garanteixin l'equitat, l'eficiència i la qualitat assistencial per a tota la ciutadania de les Terres de l'Ebre.

Estem en un moment en que el sistema sanitari català afronta tensions estructurals en matèria de professionals, finançament i sostenibilitat i aquestes dinàmiques es manifesten amb intensitat en entorns territorials com les Terres de l'Ebre. Per tot això, cal a més comprendre la percepció i necessitats dels professionals i poder així anticipar els reptes futurs vinculats a la demografia, l'economia, formulant propostes estratègiques per garantir un sistema resilient, eficient i sostenible. Així, aquesta recerca s'erigeix no només com una eina de diagnosi, sinó com un instrument fonamental per orientar la planificació pública, reforçar el desenvolupament territorial i assegurar que tota la ciutadania de les Terres de l'Ebre tingui accés a un sistema de salut de qualitat, adaptat al seu context i preparat per als reptes del futur.

1.2 Introducció

1.2.1 Entorn socioeconòmic

Les Terres de l'Ebre constitueixen un àmbit territorial singular dins del conjunt de Catalunya, tant des del punt de vista demogràfic com econòmic i social. Amb una població empadronada al 2025 de 190.648 persones i que pel creixement dels darrers anys pot arribar a curt termini als 200 mil i distribuïda amb força desigualtat entre les comarques del Baix Ebre, Montsià, Ribera d'Ebre i Terra Alta, el territori presenta característiques que el diferencien significativament de les dinàmiques metropolitanes i que condicionen de manera directa l'organització, l'accessibilitat i les necessitats del sistema de salut. La combinació de baixa densitat poblacional, dispersió geogràfica, desigualtat entre litoral i interior i un procés d'envelliment accentuat configura un escenari en què els serveis sanitaris esdevenen elements essencials de cohesió territorial, equitat i desenvolupament socioeconòmic.

Les dades que tenim a l'abast ofertes anualment a l'anuari que elabora la Càtedra d'Economia Local i Regional de la URV (CELiR) ens descriuen aquesta situació:

Taula 1: Població a 2024 i variacions a Terres de l'Ebre i per comarques

	Baix Ebre	Montsià	Ribera d'Ebre	Terra Alta	Terres de l'Ebre	Catalunya
Població	82.000	71.342	22.125	11.444	186.915	8.034.743
Creixement 2024	0.85%	0.98%	0.02%	-0.25%	0.72%	1.00%
Creixement segle XXI	23.73%	27.79%	0.60%	-6.11%	19.60%	28.31%

Font: Informe d'Economia Local i Regional Terres de l'Ebre 2024

Les dades fan evident la diferència d'ubicació de la població al territori i també es constata que aquesta tendència s'accentua amb el pas dels anys, lluny de reequilibrar-se demogràficament entre les quatre comarques.

Des del punt de vista demogràfic, les dades disponibles indiquen un increment progressiu del pes de la població de més de 65 anys, amb valors que se situen per sobre de la mitjana catalana i que són especialment elevats a la Ribera d'Ebre i la Terra Alta. Paral·lelament, el

territori registra una evolució asimètrica dels fluxos migratoris: mentre que les zones litorals concentren l'arribada de població estrangera, bona part dels municipis interiors experimenten processos d'estancament, quan no de despoblament, pèrdua de massa crítica i reducció de població activa. Aquestes tendències tenen implicacions directes sobre la demanda assistencial, ja que, com hem dit incrementen la prevalença de malalties cròniques, la dependència funcional i la necessitat de serveis socio-sanitaris, de rehabilitació i d'atenció domiciliària.

Taula 2: Índex d'envelliment per comarques i Catalunya 2024

	Índex d'envelliment	Índex de sobre envelliment	% població major de 65 anys	Índex de dependència de la gent gran	Índex de dependència global
Baix Ebre	165,1	17,2	22,37%	34,9	56
Montsià	163,7	17,4	21,68%	33,3	53,7
Ribera d'Ebre	210,9	18,1	25,80%	41,6	61,4
Terra Alta	248	21,1	28,81%	48,4	67,9
Catalunya	142,6	16,2	19,54%	29,3	49,8

Font: Elaboració pròpia a partir de dades d'IDESCAT.

Per entendre les dades i veure la dimensió de les mateixes a Terres de l'Ebre, cal aclarir els conceptes:

- Índex d'envelliment: Població de 65 anys i més per cada 100 habitants de menys de 15 anys.
- Índex de sobre envelliment: Població de 85 anys i més per cada 100 habitants de 65 anys i més.
- Índex de dependència de la gent gran: Població de 65 anys i més per cada 100 habitants de 15 a 64 anys.
- Índex de dependència global: Població de 65 anys i més, i població de menys de 15 anys per cada 100 habitants de 15 a 64 anys. Mesura la càrrega que representa la població en edat potencialment inactiva per a la població en edat de treballar.

Per tant, podem observar que en tots els ratis d'envelliment i dependència que condicionen el sistema de salut d'un territori, provocant una major prevalença de patologies cròniques (hipertensió, diabetis, cardiopaties, MPOC,...), risc elevat de descompensacions agudes, caigudes, fractures, infeccions, augment de la complexitat clínica (persones amb pluripatologies), major necessitat dels serveis de rehabilitació, entre altres conseqüències.

Les Terres de l'Ebre estan molt per sobre de les mitjanes de Catalunya i especialment les comarques d'interior que gairebé dupliquen l'índex d'envelliment i tenen percentatges de gent gran molt per sobre de la mitjana. El cas més paradigmàtic és la Terra Alta que suma a l'envelliment una dispersió geogràfica molt gran i una llunyania dels hospitals de referència o comarcals també major que les altres comarques.

Taula 3: Distàncies de municipis de la Terra Alta als hospitals mes propers

Municipi TA	Distància a Tortosa (HUTVC)	Distància a Mora (HCME)
Batea	51.1 km / 51 minuts	35.7 km / 30 minuts
Caseres	54.7 km / 54 minuts	39.3 km / 33 minuts
La Fatarella	55.3 km / 58 minuts	20.2 km / 19 minuts
Villalba dels Arcs	46.3 km / 49 minuts	19.8 km / 26 minuts
Gandesa	37 km / 39 minuts	21.9 km / 19 minuts

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de Google Maps

Una altra dada important a tenir en compte és el creixement demogràfic total del territori en el que portem de segle XXI. Com hem observat aquest ha estat del 19.6% i això ha suposat que hem passat d'una població de 156.264 persones l'any 2000 a l'actual que s'aproxima a les 200 mil persones. Hi ha diversos aspectes a tenir en compte en aquesta situació:

- Les poblacions que més increment de població han tingut en aquests darrers 24 anys han estat sobretot costaneres: l'Ampolla (+101%), L'Ametlla de Mar (+49%), la Ràpita (+40.1%), Amposta (+38.27%), el Perelló (+35.52%).
- Les poblacions amb més pèrdua de població són totes d'interior i molt més petites: Bot (-35.25%), la Fatarella (-31.51%), Caseres (-26.15%), la Pobla de Massaluça (-22.17%), Mas de Barberans (-21.75%).
- El creixement de la població al segle XXI s'explica bàsicament per l'arribada de població migrant d'altres països, ja que la població nascuda a Catalunya ha disminuït (-45 persones), la procedent d'altres comunitats autònomes també ha minvat (-2.275 persones), mentre que la procedent d'altres països s'ha incrementant notablement (+32.486 persones).

- Aquesta evolució fa necessària la implantació de polítiques que garanteixin la fixació de població en territoris rurals de les comarques d'interior i una d'aquestes eines es l'atenció sanitària equitativa.
- La distribució de la població per procedència actualment es la següent:

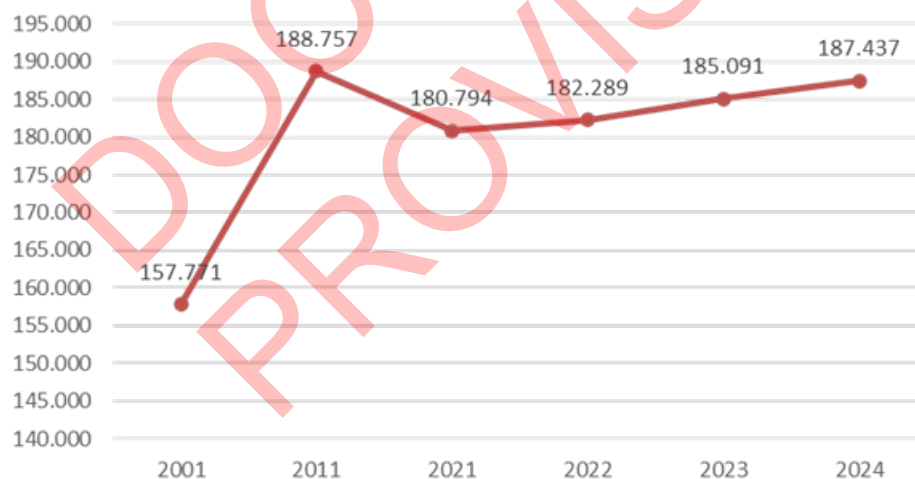
Taula 4: Distribució de la població a TE al 2024 per procedència

Espanya	Resta Unió Europea	Resta d'Europa	Àfrica	Amèrica del Nord	Amèrica del Sud	Àsia i Oceania
150.586	12.161	3.952	11.656	1.403	4.228	3.451

Font: Informe d'Economia Local i Regional Terres de l'Ebre 2024

Aquest increment poblacional descrit s'haurà de compara amb l'evolució del sistema per tal d'esbrinar si la capacitat per donar servei a la població s'ha incrementat en la mateixa mesura que la població. També caldrà valorar si la procedència de les persones que han arribat al territori ha estat degudament atesa pels seus fets diferencials socials i lingüístics i quins plans hi ha perquè així sigui.

Gràfic 1: Evolució de la població a Terres de l'Ebre al segle XXI



Font: Elaboració pròpia a partir de dades d'IDESCAT

1.2.2 Entorn sanitari

El Departament de Salut constitueix el nivell superior de l'organització sanitària catalana. La seva funció principal és la planificació, regulació i definició de la política sanitària del país.

En un segon nivell se situa el Servei Català de la Salut (CatSalut), organisme públic responsable del finançament, la contractació, la gestió i l'avaluació del sistema sanitari. El CatSalut actua com a eix vertebrador del sistema, transformant les directrius polítiques del Departament de Salut en instruments operatius mitjançant la planificació de serveis, l'assignació de recursos i l'avaluació dels resultats assistencials. Aquest nivell garanteix l'equitat, la sostenibilitat i la qualitat del sistema sanitari públic.

Finalment, les regions sanitàries constitueixen el nivell territorial de provisió. La seva funció és l'adaptació i execució dels serveis sanitaris d'acord amb les necessitats específiques de cada territori, així com la coordinació assistencial entre els diferents dispositius del sistema. Aquest nivell permet una gestió descentralitzada que té en compte factors demogràfics, geogràfics, socials i epidemiològics propis de cada àmbit territorial.

La Regió Sanitària Terres de l'Ebre és una de les 10 regions sanitàries en què s'organitza el sistema de salut català. Aquesta regió comprèn les comarques del Baix Ebre, el Montsià, la Ribera d'Ebre i la Terra Alta.

Des del punt de vista organitzatiu, la Regió Sanitària Terres de l'Ebre té com a funció principal adaptar la planificació sanitària general a les particularitats del territori ebrenc. Això implica ajustar l'oferta de serveis sanitaris a una realitat marcada per l'envelliment poblacional, les dificultats d'accessibilitat a determinats recursos especialitzats i la necessitat de reforçar la coordinació entre l'atenció primària, hospitalària, intermèdia i salut mental.

Taula 5: Funcions dels diferents nivells d'organització de la salut

Nivell	Funció principal
Departament de Salut	Planificació, regulació i política sanitària de Catalunya
CatSalut (Servei Català de la Salut)	Finançament, contractació, gestió i avaluació del sistema sanitari
Regions sanitàries	Adaptació i execució de serveis sanitaris segons les necessitats territorials; coordinació assistencial
Proveïdors sanitaris	Prestació directa dels serveis sanitaris

Font: elaboració pròpia

El SISCAT (Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya) és el marc institucional que integra la xarxa de prestació de serveis sanitaris de cobertura pública a Catalunya, independentment de la titularitat de les entitats que presten aquests serveis. Es tracta d'un sistema sanitari públic integrat, que agrupa les diverses xarxes assistencials i els diferents proveïdors.

Els proveïdors del sistema sanitari català corresponen a les entitats responsables de la prestació directa dels serveis sanitaris a la població. Aquest nivell inclou tots els dispositius assistencials dels diferents àmbits: atenció primària, atenció hospitalària, atenció intermèdia, salut mental i altres serveis especialitzats.

Actualment, el sistema es defineix per un model de provisió plural, en què conviuen proveïdors de naturalesa jurídica diversa —entitats públiques, consorcis i entitats privades concertades, majoritàriament sense ànim de lucre— que operen dins del sistema sanitari públic mitjançant contractes amb el CatSalut.

A la Regió Sanitària Terres de l'Ebre (RSTE), la provisió directa dels serveis sanitaris es realitza a través d'un conjunt diversificat de proveïdors, fet que reflecteix el model mixt característic del sistema sanitari català, en el qual coexisteixen entitats de titularitat pública i altres formes de gestió.

L'Institut Català de la Salut (ICS) constitueix el principal proveïdor públic de serveis sanitaris a la regió. Entre els dispositius assistencials gestionats per l'ICS a les Terres de l'Ebre destaquen:

- Els Equips d'Atenció Primària (EAP), distribuïts a totes les comarques de la regió —Baix Ebre, Montsià, Ribera d'Ebre i Terra Alta—, que actuen com a porta d'entrada al sistema sanitari i garanteixen l'atenció continuada i integral a la població.
- L'Hospital Universitari de Tortosa Verge de la Cinta, que exerceix com a hospital de referència de la RSTE i proporciona atenció especialitzada i hospitalària a la població del territori.

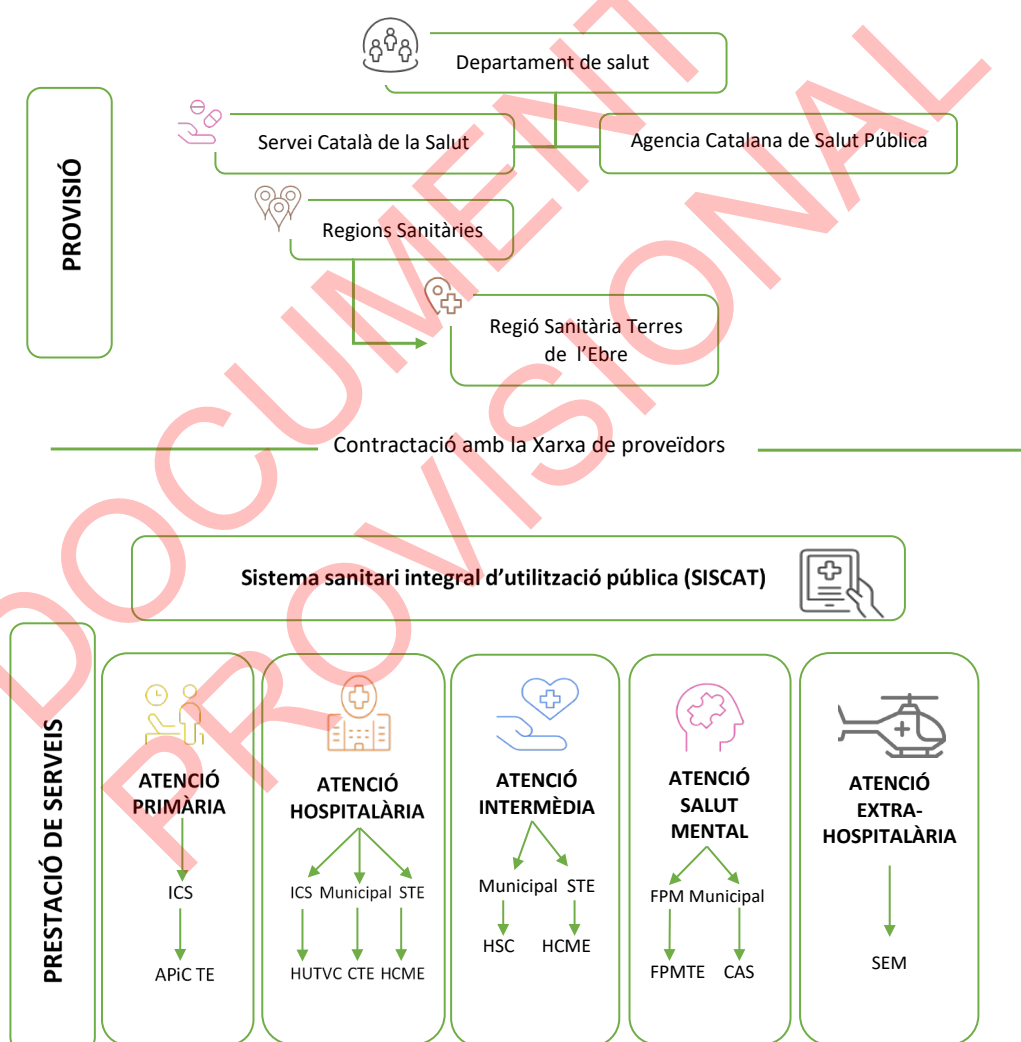
La regió també disposa de centres sanitaris sota gestió municipal, els quals contribueixen a la prestació de serveis assistencials complementaris dins del sistema públic de salut. Aquests centres són:

- L'Hospital de la Santa Creu de Jesús
- La Clínica Terres de l'Ebre a Tortosa
- L'Hospital Comarcal d'Amposta

Un altre proveïdor rellevant que opera a la RSTE és Salut Terres de l'Ebre (STE), entitat responsable de la gestió de l'Hospital Comarcal de Móra d'Ebre, que dona cobertura hospitalària a una part significativa de la població de la regió.

Pel que fa a l'àmbit de la salut mental, la Fundació Pere Mata és l'entitat proveïdora dels serveis de salut mental a les Terres de l'Ebre, mitjançant els dispositius de la Fundació Pere Mata Terres de l'Ebre (FPM-TE), assegurant l'atenció especialitzada en aquest àmbit assistencial.

Figura 1: Organització del sistema català de Salut a les Terres de l'Ebre



Font: Elaboració pròpia a partir de la informació web gencat.cat

A partir del marc territorial i demogràfic exposat, el present informe s'estructura en tres blocs analítics complementaris que permeten oferir una visió integral del sistema de salut a les Terres de l'Ebre. En primer lloc, s'hi presenta una anàlisi exhaustiva de les principals dades estructurals del sistema sanitari del territori, incloent-hi la caracterització dels centres, establiments, serveis i professionals, així com la seva distribució territorial, amb l'objectiu d'identificar els recursos de salut existents al territori. En segon lloc, s'aborda l'impacte econòmic del sistema de salut mitjançant una aproximació quantitativa que estima els efectes directes, indirectes i induïts en termes de producció, valor afegit brut i ocupació, amb l'objectiu de dimensionar el seu paper com a sector estratègic de l'economia ebrenca. Finalment, l'informe es completa amb una anàlisi qualitativa basada en entrevistes i grups focals amb professionals del sector, orientada a captar les percepcions, expectatives i reptes de futur del sistema de salut, aportant una lectura complementària i contextualitzada que enriqueix la interpretació de les dades quantitatives.

Comprendre avui la dimensió demogràfica, econòmica i professional del sistema de salut és una condició necessària per garantir-ne la sostenibilitat, l'equitat territorial i la capacitat de resposta davant dels reptes futurs.

DOCUMENT
PROVISIONAL

2. Objectius de l'estudi

2.1 Objectiu general

- Visibilitzar el conjunt els recursos sanitaris existents a les Terres de l'Ebre posant-los en valor com un dels principals motors socioeconòmics del territori.
- Analitzar la situació actual del sistema sanitari a les i reflexionar sobre les necessitats els, els reptes i les propostes de futur.

2.2 Objectius específics

- Identificar i quantificar els centres sanitaris, establiments serveis i professionals de la salut que presten serveis a les Terres de l'Ebre.
- Quantificar l'impacte econòmic del sector sanitari a les Terres de l'Ebre a partir de les dades obtingudes i dels estudis o publicacions existents.
- Explorar la visió dels professionals sanitaris a les Terres de l'Ebre respecte a les necessitats i els reptes del sistema de salut al territori.

DOCUMENT
PROVISIONAL

3. Metodologia

En una primera fase de l'estudi es van identificar els principals centres, serveis i establiments de salut de les Terres de l'Ebre, així com el volum de professionals que hi desenvolupen la seva activitat. Aquesta anàlisi va tenir en compte tant els llocs de treball directament vinculats a l'atenció sanitària com aquells altres que, de manera indirecta, contribueixen al funcionament del sistema de salut del territori.

La informació es va obtenir a partir de fonts oficials, entre altres, el Portal de Transparència i el Portal de dades de la Generalitat de Catalunya i IDESCAT i es va complementar amb dades facilitades pels mateixos centres i entitats implicades. Així mateix, es van analitzar les memòries anuals dels diferents ens sanitaris i la documentació disponible de la Regió Sanitària de les Terres de l'Ebre, també es van sol·licitar la col·laboració directa de les institucions sanitàries i col·legis professionals amb l'objectiu de disposar d'una visió rigorosa, contrastada i ajustada a la realitat del territori.

L'impacte econòmic directe del sistema sanitari a les Terres de l'Ebre s'ha estimat a partir de la ocupació directa generada pel sector i de la massa salarial associada, tant en l'àmbit de la sanitat pública com de la sanitat privada. Aquesta aproximació respon als criteris habituals en els estudis d'impacte econòmic basats en models input-output i permet delimitar de manera clara els efectes directes respecte als efectes indirectes i induïts, que es tracten en capítols específics de l'estudi.

En coherència amb la literatura especialitzada, l'impacte directe es defineix com l'activitat econòmica generada de manera immediata pel funcionament del sistema sanitari, sense considerar els efectes derivats de les relacions amb proveïdors ni la despesa posterior de les llars. En aquest sentit, l'impacte directe inclou exclusivament:

- L'ocupació directa del sistema sanitari (expressada en equivalents a temps complet, ETP).
- La massa salarial corresponent a aquesta ocupació.

No s'inclouen com a impacte directe altres partides pressupostàries, com ara la compra de béns i serveis, inversions o despeses corrents diferents dels salaris, ja que aquestes generen efectes econòmics a través de tercers agents i es tracten metodològicament com a impacte indirecte.

Tot i que el pressupost executat pel sistema públic de salut —i, en particular, per l'ICS— és significatiu, la seva inclusió íntegra com a impacte directe no seria metodològicament correcta. Una part substancial d'aquesta despesa correspon a compres de béns i serveis

a empreses proveïdores, moltes de les quals no tenen seu ni activitat productiva a les Terres de l'Ebre.

Per aquest motiu, en aquest capítol s'ha optat per excloure la despesa total de l'ICS com a impacte directe i centrar l'anàlisi en la massa salarial, que constitueix l'element amb un arrelament territorial immediat i inequívoc. La despesa en proveïdors del territori s'incorpora posteriorment en el càlcul de l'impacte indirecte, restringint-se únicament a les empreses amb activitat territorial, de manera que s'evita la sobreestimació de l'impacte econòmic territorial.

La massa salarial del sector sanitari públic s'ha estimat a partir del nombre de professionals en Equivalents a Temps Ple (o complet, ETP) i dels salaris mitjans oficials del sector, atès que no existeixen dades publicades de manera directa i territorialitzada sobre la massa salarial del sistema públic de salut a les Terres de l'Ebre.

El procediment seguit ha estat el següent:

- Identificació del nombre de professionals del sistema públic sanitari al territori.
- Conversió a equivalents a temps complet per evitar duplicacions o biaixos associats a contractes parcials.
- Aplicació de salaris mitjans de referència per categories professionals, obtinguts a partir de fonts oficials i documentació pública del sistema sanitari català.

Aquesta metodologia, tot i basar-se en una estimació indirecta, és habitual en estudis territorials quan no es disposa de dades comptables desagregades i permet obtenir ordres de magnitud robustos i coherents amb la realitat del sector.

Pel que fa al sector sanitari privat, l'impacte directe s'ha calculat mitjançant un procediment anàleg, basat en:

- La comptabilització del nombre de professionals ocupats al sector privat sanitari al territori.
- La conversió d'aquesta ocupació a equivalents a temps complet.
- L'aplicació de salaris mitjans representatius del sector.

Cal tenir en compte que el sector privat presenta una major heterogeneïtat que el sector públic, tant pel que fa als tipus de centres (clíniques, consultes, centres sociosanitaris, serveis especialitzats) com a les condicions laborals i retributives. Per aquest motiu, els salaris utilitzats s'han d'interpretar com una mitjana aproximada, assumint una certa dispersió salarial interna. Aquesta limitació metodològica s'explicita per garantir la

transparència de l'estimació i evitar una interpretació excessivament precisa de les xifres obtingudes.

El Valor Afegit Brut (VAB) total associat al sistema es captura sobretot en els mòduls indirecte i induït mitjançant taules input-output; al directe, per prudència, s'hi presenta la renda salarial perquè és el component observable/estimable amb menys biaix

El resultat d'aquest procés és una estimació de la massa salarial directa del sistema sanitari a les Terres de l'Ebre, diferenciada entre sector públic i sector privat, que constitueix la base per al càlcul de l'impacte econòmic directe. Aquesta estimació s'integra posteriorment en l'anàlisi dels impactes indirectes i induïts, assegurant la coherència metodològica de tot l'estudi i evitant solapaments entre categories d'impacte.

Per tal de conèixer en profunditat les percepcions, experiències, necessitats, reptes i propostes dels professionals sanitaris i dels usuaris del sistema de salut a les Terres de l'Ebre, es va desenvolupar una recerca qualitativa d'enfocament interpretatiu. Aquesta fase tenia com a objectiu explorar en profunditat els significats i les vivències associades al sistema de salut a les Terres de l'Ebre així com identificar oportunitats de millora percebudes pels diferents agents implicats.

En aquesta tercera fase, es va optar per una estratègia metodològica basada en la combinació de dues tècniques principals de recollida d'informació: els grups focals i les entrevistes en profunditat. Aquesta triangulació metodològica va permetre captar una visió àmplia i plural dels discursos, contrastar punts de vista i afavorir la validesa dels resultats obtinguts.

En total, es van dur a terme dos grups focals i catorze entrevistes individuals, desenvolupats entre els mesos de setembre i novembre de 2025. Així doncs van participar un total de 32 informants. Els grups focals es van realitzar amb professionals de diferents àmbits assistencials, així com amb usuaris del sistema, mentre que les entrevistes individuals van permetre aprofundir en aspectes concrets emergits durant les sessions grupals. L'accés als informants es va fer mitjançant fonts pròpies i la tècnica de mostreig per bola de neu, tot i que cal destacar la col·laboració de les direccions, gerències i col·legis professionals en la difusió de la crida de participants.

Es va procurar garantir la heterogeneïtat del conjunt d'informants, assegurant la representació per professió, àmbit d'exercici, gènere i tipus de proveïdor (SISCAT, sector privat o àmbit universitari). Alguns participants ocupaven o havien ocupat càrrecs de gestió, fet que va enriquir l'anàlisi amb perspectives de nivell organitzatiu.

DOCUMENT
PROVISIONAL

DOCUMENT
PROVISIONAL

4. Resultats: Recursos del sistema de salut a les Terres de l'Ebre

Per poder obtenir una visió global dels centres de salut¹ que hi ha al territori s'ha elaborat la *taula 6* on es pot observar l'estructura del sistema de salut a les Terres de l'Ebre, diferenciant els principals àmbits assistencials, la titularitat pública o privada dels centres i la seva distribució territorial per comarques.

Els resultats mostren un clar predomini de l'oferta pública en els àmbits d'atenció hospitalària, atenció primària, atenció intermèdia i salut mental, que constitueixen el nucli del sistema sanitari del territori.

En l'àmbit de l'atenció hospitalària general, el territori disposa de quatre hospitals públics, amb una distribució que garanteix la presència hospitalària a totes les comarques. L'atenció primària és l'àmbit amb un major nombre de centres, amb un total de 66 dispositius. L'atenció intermèdia i la salut mental estan presents amb recursos d'internament, hospitals de dia i centres comunitaris repartits entre les diferents comarques.

Finalment, l'àmbit de titularitat privada concentra un volum elevat de centres, especialment en serveis com les clíniques dentals, la fisioteràpia i la psicologia. Cal assenyalar, però, que les dades relatives al sector privat no representen la totalitat de l'oferta existent, ja que s'han inclòs, únicament, aquells centres que consten als registres públics de la Generalitat de Catalunya com a centres sanitaris autoritzats. Aquesta limitació implica que la presència real del sector privat podria estar infrarepresentada.

¹ Centre de salut qualsevol organització, pública o privada, degudament autoritzada per l'autoritat sanitària competent, en la qual es duen a terme activitats assistencials de caràcter sanitari mitjançant professionals de la salut, amb una estructura organitzativa estable i amb mitjans humans i materials adequats. [...] La seva activitat està subjecta a autorització administrativa, acreditació i registre oficial per part de la Generalitat de Catalunya.

Taula 6: Centres de salut a les Terres de l'Ebre

ÀMBIT DE SALUT		CENTRES DE SALUT A LES TERRES DE L'EBRE	Nombre	Baix Ebre	Montsià	Ribera d'Ebre	Terra Alta
Atenció Hospitalària General	Públic	HOSPITALS GENERALS	4				
		HUTVC		1			
		CTE		1			
		HCA			1		
		HCME				1	
Atenció Primària	Públic	CENTRES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA	66				
		CAP	20	11	6	3	3
		CL	46	13	7	15	8
Atenció Intermèdia	Públic	CENTRES D'ATENCIÓ INTERMÈDIA	7				
		Hospitals d'internament	3	1	1	1	
		Hospitals de dia	4	1	1	1	1
Salut Mental	Públic	CENTRES DE SM	13				
		Hospitals d'internament	1		1		
		CSMIJ	3	1	1	1	
		CSMA	3	1	1	1	
		RHB comunitària	3	1	1	1	
		CAS	1	1			
		Hospitals de dia	2	1	1		
Centres	Privat						
		Laboratoris	7	5	2		
		Centres d'imatge i radiodiagnòstic	4	2	2		
		Òptiques	3	2	1		
		Clíniques dentals	75	33	31	8	3
		Fisioteràpia	44	17	14	6	7
		Mútues laborals	16	7	7	2	
		Nutricionistes	1	1			
		Podologia	15	5	7	3	
		Psicologia	43	21	20	1	1
		Especialistes salut	20	9	9	1	1
		Salut integral i complementaries	1	1			

Font: Dades obtingudes de la web de la Generalitat de Catalunya, centres sanitaris autoritzats.

D'altra banda, s'han identificat els serveis sanitaris disponibles a les Terres de L'Ebre dins l'àmbit públic, amb independència del centre al qual estan adscrits, i s'han classificat segons la seva distribució territorial a les diferents comarques. (Taula 7)

Taula 7: Serveis de salut a les Terres de l'Ebre

	Nombre	Baix Ebre	Montsià	Ribera d'Ebre	Terra Alta
Al·lergologia	3	2	1		
Alimentació saludable*	-				
Anàlisi clíniques/laboratori	4	2	1	1	
Anatomia patològica	2	2			
Anestesiologia/reanimació	4	2	1	1	
Angiologia i cirurgia vascular	2	2			
Aparell digestiu i endoscòpia digestiva	4	2	1	1	
Atenció continuada i urgent	19	2	1	1	
Atenció domiciliària (PADES)	4	3		1	
Atenció sexual i reproductiva (ASSIR)	18				
Banc de sang	2	1		1	
Benestar emocional i salut comunitària (AP)*	-				
Cardiologia	4	2	1	1	
CAS	1	1			
Cirurgia general i digestiva	4	2	1	1	
Cirurgia oral i maxil·lofacial	2	2			
Cirurgia ortopèdica i traumatologia	4	2	1	1	
Cirurgia pediàtrica	1	1			
Cirurgia plàstica, estètica i reparadora	1	1			
Clínica del dolor	3	2		1	
Consulta de bioètica	2	1	1		
Consulta infermera cures especialitzades	13	13			
Consulta infermera cures generals	2	1	1		
Convalescència	1	1			
Cures intensives	1	1			
Cures pal·liatives	1	1			

Dermatologia	4	2	1	1	
Diagnòstic per la imatge	4	2	1	1	
Diàlisi	1	1			
Endocrinologia	2	2			
Equip de valoració i orientació (EVO)	1	1			
Equips suport hospitalari (UFISS)	1	1	0	0	0
Fisioterapeutes (FISIOAPiC)	20				
Geriatría	1	1			
Ginecologia i obstetrícia	4	2	1	1	
H. de dia de malalties neurodegeneratives	2	1	1		
Helicòpter medicalitzat	1				
Hematologia	1	1			
Infermeria (AP)	66	24	13	18	11
Llarga estada	1	1			
Logopèdia	3	1	1	1	
Medicina de família (AP)	66	24	13	18	11
Medicina de l'esport	1	1			
Medicina del treball	4	2	1	1	
Medicina interna	4	2	1	1	
Nefrologia	2	1		1	
Neonatologia	2	2			
Neurologia	3	2		1	
Neuropsicologia	1	1			
Nutrició i dietètica	4	2	1	1	
Odontologia i salut bucodental (AP)	-				
Oftalmologia	4	2	1	1	
Oncologia	1	1			
Optometria	2	1		1	
Otorrinolaringologia	4	2	1	1	
Pediatría	4	2	1	1	
Pediatría (AP)	15				
Pla de serveis individualitzats (PSI)	1		1		
Pneumologia	2	1		1	
Psicogeriatría	2	1	1		
Psicologia clínica	1	1			
Rehabilitació i fisioteràpia	4	2	1	1	

Reumatologia	3	1	1	1
Servei de rehabilitació comunitària (SRC)	1		1	
Servei de valoració de la dependència (SEVAD)	1	1		
Servei d'hospitalització alta dependència psiquiàtrica (ADP)	1		1	
Servei d'hospitalització de curta estada: aguts	1		1	
Servei d'hospitalització d'estada mitjana: subaguts	1		1	
Servei d'hospitalització parcial psiquiatria (H de dia adults)	1		1	
Servei d'hospitalització parcial psiquiatria (H de dia adolescents)	1		1	
Servei d'urgències psiquiàtriques	1		1	
Subaguts	2	1	1	
Transport sanitari no urgent (Unitats)	54			
Transport sanitari urgent (SEM)	26			
Treball social	5	3	1	1
Treball social (AP)*	-			
Unitats Suport Vital Avançat (SVA)	3			
Unitats Suport Vital Bàsic (SVB)	21			
Urologia i andrologia	3	2		1
Vehicle Intervenció Ràpida (VIR)	1			

Font: Elaboració pròpia a partir de la informació de la web CatSalut, Servei Català de la Salut, dades i memòries dels mateixos centres i portal de Dades i transparència de la Generalitat de Catalunya

*No s'ha pogut determinar el nombre de CAPs que disposen d'aquest servei. Tot i això, els autors han considerat oportú deixar constància de la seva existència.

Aquest entramat assistencial es complementa amb una xarxa d'establiments de salut (Taula 8), que desenvolupen activitats sanitàries de dispensació, adaptació i provisió de productes i serveis, i que tenen un paper clau en l'accessibilitat i la continuïtat de l'atenció. En aquest àmbit, les farmàcies destaquen clarament com l'establiment de salut més present al territori, amb una distribució equilibrada entre comarques.

Altres establiments, com les òptiques, les ortopèdies i els centres d'audiopròtesi, presenten una major concentració al Baix Ebre i al Montsià, mentre que la seva presència és més reduïda a la Ribera d'Ebre i a la Terra Alta.

Taula 7: Establiments de salut a les Terres de l'Ebre

Establiments a les Terres de l'Ebre	Nombre	Baix Ebre	Montsià	Ribera d'Ebre	Terra Alta
Farmàcies	88	37	26	15	10
Parafarmàcia	11	6	2	1	2
Òptiques	34	15	16	3	0
Ortopèdia	15	7	8	0	0
Audiopròtesis	16	9	5	2	0
Centres dispensadors d'articles ortoprotètics	11	7	2	1	1
Total	175	81	59	22	13

Font: Departament de salut Generalitat de Catalunya

4.2. Els professionals de la salut a les Terres de l'Ebre

El sistema sanitari de les Terres de l'Ebre es caracteritza per una estructura professional diversa i altament estratificada, que integra tant professionals sanitaris com no sanitaris, així com serveis directes i indirectes, propis i externalitats. En conjunt, el volum total de professionals vinculats als centres de salut del territori ascendeix a 3.652 professionals, fet que evidencia la importància del capital humà com a eix vertebrador del sistema assistencial.

L'anàlisi per entitats gestores posa de manifest el paper hegemònic l'ICS, que concentra 1.746 professionals, gairebé la meitat del total. Aquesta centralitat reforça el caràcter públic del sistema sanitari al territori i situa l'ICS com a principal agent de la prestació assistencial, especialment en l'àmbit de l'atenció primària i hospitalària. Altres entitats rellevants són el Hospital de la Santa Creu (HSC), amb 461,5 professionals, i Hospital Comarcal d'Ampostà (HCA) (364), seguides de l'Hospital comarcal de Mora d'Ebre (HCME) (231), les mútues laborals (222) i la Clínica Terres de l'Ebre (CTE) (191). El SEM i altres organismes del Servei Català de la Salut i de l'Administració sanitària completen el mapa institucional, tot i amb un pes quantitativament menor.

Des del punt de vista de les categories professionals, el col·lectiu més nombrós és el d'infermeres, amb 1.028 professionals, fet que confirma el seu rol central en l'organització de l'atenció sanitària, tant en l'àmbit assistencial com comunitari. En segon lloc, destaquen els tècnics en cures auxiliars d'infermeria (TCAI), amb 796 professionals, i el personal administratiu, amb 617, que garanteixen el funcionament quotidià i la sostenibilitat operativa del sistema.

Els metges i altres especialistes representen 437 professionals, una xifra significativa però proporcionalment inferior a la d'altres categories assistencials, fet que reflecteix la necessitat de treball en equips multidisciplinaris i el pes creixent de les professions d'infermeria i suport clínic. Altres perfils sanitaris especialitzats, com fisioterapeutes, llevadores, psicòlegs, terapeutes ocupacionals, logopedes o nutricionistes, tenen una presència quantitativament més reduïda, però estratègicament rellevant per a l'abordatge integral de la salut.

El sistema sanitari del territori no es limita als perfils estrictament clínics. El personal de direcció, gestió i administració, juntament amb els serveis generals, manteniment, cuina, neteja, seguretat i informàtica, configura un entramat imprescindible per al funcionament dels centres. En aquest sentit, cal destacar el pes dels serveis externalitzats, especialment en àmbits com la neteja (125 professionals), la bugaderia (23), el manteniment extern (23) o la seguretat (5), la qual cosa apunta cap a una organització híbrida que combina gestió directa i subcontractació.

Complementàriament als centres sanitaris, els establiments de salut (farmàcies, clíniques odontològiques, òptiques i centres d'audiologia) aporten una estimació de 313 professionals, amb una distribució territorial desigual. El Baix Ebre concentra el major volum (148), seguit del Montsià (111), mentre que la Ribera d'Ebre (36) i la Terra Alta (18) presenten xifres notablement inferiors, fet que reflecteix desequilibris territorials en l'oferta de serveis de proximitat.

Dins aquest àmbit, destaquen els titulars o adjunts de farmàcia (165) i els odontòlegs (75), seguits d'optometristes (34) i audiometristes (16). Aquestes dades, tot i ser estimacions basades en el nombre d'establiments, aporten una visió rellevant del teixit professional sanitari no hospitalari del territori.

Taula 8: Professionals als centres de salut a les Terres de l'Ebre

Professionals	ICS	HCA	HSC	CTE	Mútues	HCME	FPM	SEM	S. Català de la Salut	Administració (Regió Sanitaria, Salut Pública)	TOTAL
Infermeres	561	94	85,12	52	99	107	23,25	7			1028,4
Metges i altres especialistes	167	80	24,07	19	48	62	14,68	8		14	436,75
Direcció	53	12	4,86	1		6	7		4		87,86
Gestió/ administració			16,95				4,7			23	44,65
Administratius	402	43	6,64	12	75	57	14,39		7		617,03
TCAI	430	72	150,26	49		67	27,43				795,69
Zeladors			34,46			12	2,3				48,76
Fisioterapeutes	23	11	6,72	6							46,72
Tècnic superiors sanitaris	40	26	0,47	15		5			11		97,47
Tècnics superiors no sanitaris	2			4		15					21
Logopedes		3		1							4
Psicòlegs i psicòlegs clínics			3,6	2			17,74				23,34
Llevadores	32	14		1							47
Farmacèutics	7	3					0,37				10,37
Auxiliars De Farmàcia							1,53				1,53
Nutricionistes /Dietistes			1,02								1,02
Terapeutes ocupacionals		1	2,78				9,97				13,75
Treballadores i educadores socials	2	2	11,64	3			13,99				32,63
Professionals en formació (Residents)	26		12,91								38,91
Serveis generals						30					30

Treballs indirectes												0
Manteniment	3	4				2						9
Manteniment (extern)						23						23
Cuina	1	20	5									26
Cuina (extern)						4						4
Neteja (extern)		72	22			31						125
Magatzem		3				1						4
Control Plagues/ Infeccions/ Prevenció Riscos (extern)						4						4
Auditories (Extern)						1						1
Bugaderia (extern)						1		22				23
Seguretat (extern)						5						5
Informàtica (extern)						1						1
Total	1746	364	461,5	191	222	361	210,35	15	44		37	3651,9

Font: elaboració pròpia a partir de les dades facilitada pels centres

Taula 9: Professionals als establiments de les Terres de l'Ebre

Professionals establiments de salut	Terres de l'Ebre	Baix Ebre	Montsià	Ribera Ebre	Terra Alta
Farmacèutic/a	188	91	59	23	15
Auxiliar de farmàcia**	246	103	73	42	28
Òptometristes *	34	15	16	3	
Auxiliar òptiques**	85	38	40	7	
Audiometristes*	16	9	5	2	
Auxiliar audiometristes**	41	23	13	5	
Odontòlegs *	75	33	31	8	3
Auxiliars dentista**	210	93	87	22	8
Ortopedes*	15	7	8		
Auxiliars ortopèdia**	37	17	19		
Total	862	391	311	105	54

Font: elaboració pròpia

*Dades estimades en funció del nombre d'establiments

**Estimat a partir de factors estipulats per col·legis professionals oficials

Taula 10: Nombre de professionals sanitaris col·legiats a Terres de l'Ebre

Col·legiats	Terres de l'Ebre	Baix Ebre	Montsià	Ribera d'Ebre	Terra Alta
Infermeria	996	566	263	122	45
Medicina	712	447	196	50	19
Farmàcia	195	95	60	25	15

Font: elaboració pròpia mitjançant dades facilitades pels col·legis professionals.

L'anàlisi de la distribució per edats dels professionals sanitaris (metges, infermeres i farmacèutics) constitueix un element clau per avaluar la sostenibilitat futura del sistema de salut a les Terres de l'Ebre. Les dades disponibles permeten identificar patrons diferenciats segons col·lectiu professional, així com riscos potencials associats a l'envelliment de determinats perfils estratègics.

Cal assenyalar que l'anàlisi de l'estructura d'edat s'ha circumscrit exclusivament als col·lectius de farmacèutics, metges i infermeres. Aquesta delimitació respon a criteris

estrictament formals i metodològics, atès que són els únics grups professionals per als quals es disposa d'informació homogènia, comparable i suficientment desagregada per franges d'edat a escala territorial. En conseqüència, l'exclusió de la resta de perfils sanitaris i no sanitaris obeeix a limitacions en la disponibilitat i qualitat de les dades, que impedeixen una anàlisi rigorosa i consistent amb els estàndards acadèmics del present treball.

El col·lectiu de farmacèutics presenta una distribució relativament equilibrada entre les franges d'edat intermèdies i avançades. Els grups de 45 a 54 anys (21,21%) i de 55 a 64 anys (20,20%) concentren el percentatge més elevat, seguits del tram de 35 a 44 anys (19,19%). Aquest patró indica una elevada presència de professionals en etapes de maduresa professional.

Tanmateix, destaca també el pes significatiu de les franges de 70 anys o més (15,15%) i de 21 a 34 anys (15,15%), fet que apunta a una coexistència de perfils molt veterans amb una base jove rellevant. Aquesta dualitat pot interpretar-se com un factor positiu en termes de transmissió de coneixement, però alhora planteja interrogants sobre el relleu generacional, especialment en zones rurals o amb menor atractiu professional.

En el cas dels metges, la distribució per edats mostra una clara concentració en les franges centrals de la vida laboral. Els trams de 35 a 44 anys i 45 a 54 anys representen cadascun el 23,93% i el 23,61% respectivament, acumulant gairebé la meitat del col·lectiu. Aquesta estructura reflecteix una elevada estabilitat professional en edats plenament actives.

No obstant això, és rellevant el percentatge de professionals de 70 anys o més (16,39%), superior al del tram de 65 a 69 anys (12,13%). Aquest fet evidencia una prolongació de la vida laboral mèdica, possiblement vinculada a dèficits estructurals de professionals, dificultats de substitució o a la necessitat de mantenir l'activitat assistencial en determinades especialitats. Aquesta realitat pot comportar riscos a mitjà termini si no es reforcen les polítiques de captació i fidelització de metges joves.

El col·lectiu d'infermeres presenta una estructura d'edat sensiblement més jove en comparació amb la resta de perfils analitzats. El 31,25% de les professionals té menys de 35 anys, constituint el grup majoritari. A aquest percentatge s'hi afegixen les franges de 35 a 44 anys (25,14%) i 45 a 54 anys (25,65%), que consoliden una base àmplia de professionals en etapes inicials i intermèdies de la carrera.

El percentatge d'infermeres de 55 a 64 anys és del 17,06%, mentre que el grup de 65 a 69 anys és residual (0,90%). Aquesta distribució suggereix una major capacitat de renovació generacional i una menor dependència de professionals en edats properes a la jubilació, fet que reforça el paper estratègic de les infermeres com a pilar de sostenibilitat del sistema sanitari territorial.

Taula 11: Distribució per edats d'alguns col·lectius sanitaris col·legiats a Terres de l'Ebre

Franges edat (anys)	21-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70+
Farmacèutics	15,15%	19,19%	21,21%	20,20%	9,09%	15,15%
Metges	19,81%	19,08%	19,66%	19,83%	9,63%	11,99%
Infermeres	31,25%	25,14%	25,65%	17,06%	0,90%	

Font: Col·legis professionals

4.3. L'activitat de salut a les Terres de l'Ebre

La taula reflecteix part de l'activitat pública realitzada l'any 2024 a la Regió Sanitària Terres de l'Ebre.

Taula 12: Activitat sanitària a Terres de l'Ebre

ACTIVITAT SANITARIA A LES TERRES DE L'EBRE	Nombre x any
Visites AP	1.581.881
C. Externes hospitalàries (primeres visites)	154.024
Urgències ateses (AT continuada i Hospital)	256.433
Altes hospitalàries (H Generals)	20.538
Hospitalitzacions SM	384
Visites ambulatories Salut Mental	81.789
Ingressos a H dia SM	71
Sessions RHB	111.826
Persones ateses a RHB	655
Hospitalitzacions atenció intermèdia	2.652
Sessions H dia neurodegeneratiu	28.417
Atenció domiciliària (PADES)/equips suport	1.181
Atenció i seguiment drogodependències	5.167
Traslats urgents	29.361
Traslats interhospitalaris	1.425
Transport sanitari no urgents	125.000
Visites a dietistes i nutricionistes	655
Receptes dispensades	4.207.812
Receptes per usuari	28,04
Aparells ortopèdics dispensats	3.905

Font: Memòria Regió Sanitària 2024 i Portal dades Generalitat de Catalunya. Memòria FPMTE, consultes directes a Regió sanitària

DOCUMENT
PROVISIONAL

5. Resultats: Impacte econòmic

5.1 Impacte directe

L'impacte econòmic del sistema de salut sobre un territori no es limita a la seva funció assistencial, sinó que es manifesta també a través de la generació d'ocupació, renda i activitat productiva. Per tal de captar aquesta contribució de manera rigorosa i evitar dobles comptatges, els estudis d'impacte econòmic distingeixen habitualment tres tipus d'efectes: directe, indirecte i induït.

L'impacte directe recull l'activitat econòmica generada de manera immediata pel sector analitzat, principalment en termes d'ocupació i massa salarial. L'impacte indirecte mesura els efectes derivats de la despesa del sector en béns i serveis intermedis, que activa la cadena de proveïdors locals. Finalment, l'impacte induït captura els efectes associats a la despesa de consum de les llars que perceben rendes directes del sector.

Aquesta descomposició permet analitzar de manera ordenada i coherent el conjunt de fluxos econòmics generats pel sistema de salut a les Terres de l'Ebre, assegurant la comparabilitat amb altres estudis territorials i evitant la sobreestimació dels impactes.

5.1.1 Impacte directe del sector públic de salut a les Terres de l'Ebre

L'impacte directe del sector públic de salut a les Terres de l'Ebre s'estima a partir del volum de professionals, l'equivalència a temps ple (ETP) i la massa salarial generada pel conjunt dels centres i dispositius que integren l'ICS i el SISCAT al territori. Les dades disponibles mostren que el sistema sanitari públic agrupa 3.652 professionals, incloent-hi personal mèdic, infermeria, tècnics sanitaris, personal de gestió i administració, TCAI, zeladors, fisioterapeutes, psicòlegs, llevadores, farmacèutics i altres perfils.

Aquest volum de professionals, tot i ser elevat en termes absoluts, adquireix el seu sentit econòmic quan s'expressa en termes d'ocupació efectiva. Això s'aconsegueix mitjançant la conversió a ETP, la qual permet homogeneïtzar jornades parcials i altres modalitats de dedicació presents dins del sector. L'aplicació del coeficient ETP, justificat per fonts empíriques del Ministeri de Sanitat, l'ICS i les estadístiques internacionals de l'OCDE, dona com a resultat una ocupació efectiva de 2.377 ETP, que reflecteix amb precisió la contribució real del sector a l'economia laboral del territori.

La fórmula utilitzada és la següent:

$$\text{ETP públic} = 3.652 \times \text{Coeficients d'ETP per categoria} = 3.296 \text{ ETP}$$

Aquest valor indica que, malgrat la presència d'un nombre elevat de professionals, la dedicació efectiva —com en la majoria de sistemes de salut europeus— és lleugerament inferior al nombre total de persones ocupades, fet vinculat al pes rellevant de la jornada parcial, reduccions de jornada i absències estructurals.

La massa salarial del sector sanitari públic s'ha estimat a partir del nombre de professionals equivalents a temps complet (ETP) per perfil professional i de les retribucions anuals de referència publicades al Llibre de Retribucions de l'ICS. Atès que aquesta font no permet identificar la distribució efectiva de complements individuals (triennis, càrrecs de comandament, productivitat, guàrdies o incentius), s'ha aplicat un factor corrector mitjà sobre les retribucions tipus amb l'objectiu d'aproximar la massa salarial realment abonada. Aquesta metodologia és habitual en estudis d'impacte econòmic del sector públic i permet captar de manera agregada l'heterogeneïtat salarial existent, mantenint la coherència i la prudència en l'estimació.

Per realitzar el càlcul de la massa salarial no aplicarem un coeficient únic, sinó un coeficient diferenciat per categoria, perquè les càrregues de treball no són uniformes i els torns (rotatius, nits, caps de setmana) generen jornades reals diferents. D'altra banda hi ha categories que treballen més hores anuals (metges, residents), i altres amb major parcialitat (fisioterapeutes, logopedes, administratius en alguns serveis).

Aquesta metodologia està avalada per estudis de plantilla efectiva en àmbits sanitaris a Galícia (2020), País Basc (2021), Navarra (2022), ICS (anàlisi de dotacions 2018), i s'utilitza en models de càlcul de capacitat operativa (workforce planning).

Taula 13: Coeficients d'ETP justificats

Categoria	ETP	Justificació
Metges i especialistes	0,95	Més hores anuals, poca parcialitat
Residents	1	Jornada completa i prolongada
Infermeres i llevadores	0,9	Torn rotatiu, però amb parcialitats menors
TCAI/Zeladors	0,88	Habitual parcialitat i torns variables
Tècnics sanitaris	0,9	Jornada estable, baixa parcialitat
Tècnics no sanitaris	0,9	Jornada administrativa completa
Fisioterapeutes, psicòlogues, logopedes, terapeutes ocupacionals, nutricionistes	0,85	Molta parcialitat real al territori
Farmacèutics ICS	0,9	Jornada estable
Gestió (A1/A2)	0,95	Jornada completa real
Administratius	0,9	Jornada completa amb poca parcialitat
Educadors i treballadors socials	0,9	Jornada completa majoritària

Font: elaboració pròpia

En síntesi, el sector públic sanitari és responsable de quasi 3.300 ETP i d'entre 158 i 178 milions d'euros anuals en salaris, un volum que representa una part substancial de l'economia de les Terres de l'Ebre. Aquesta contribució situa el sistema de salut com un dels principals motors socioeconòmics de la regió i estableix les bases sobre les quals es construirà, en blocs posteriors, l'estimació del seu impacte indirecte i induït.

Taula 14: Resum de l'impacte directe públic

Magnitud	Valor
Professionals totals	3.652 persones
ETP totals estimats	3.296 ETP
Massa salarial anual	158-178 M€*
Pes sobre ocupació TE (estimació base)	5,2 % de l'ocupació total

Font: elaboració pròpia

* Forquilla calculada amb escenaris en funció de la variabilitat de la massa salarial per complements, triennis, càrrecs, guàrdies, etc....

- La massa salarial ha estat ajustada aplicant retribucions ICS-2 (sou base + complements generals) i correccions per categories professionals (metges, infermeres i TCAI), per obtenir una estimació més realista de la despesa de personal al territori.
- S'han utilitzat coeficients ETP diferenciats per categoria, d'acord amb el patró de jornada i parcialitat (metges 0,95; infermeres 0,90; TCAI 0,88, etc.).
- El pes sobre l'ocupació territorial es calcula sobre una base de 70.000 persones ocupades, segons Idescat.

Les Terres de l'Ebre, caracteritzades per una estructura econòmica basada en serveis, administració pública, agroalimentari i un pes industrial relativament moderat, troben en el sistema de salut un eix generador de llocs de treball qualificats i estables. La massa salarial vinculada al sector públic sanitari circula en gran mesura dins del territori, alimentant el consum local, els serveis, el comerç i l'activitat productiva, fet que contribueix a l'estabilitat econòmica d'una regió amb reptes demogràfics i una baixa densitat de població.

5.1.2 Impacte directe del sector privat de salut a les Terres de l'Ebre

L'ecosistema privat de salut a les Terres de l'Ebre presenta una estructura extensiva, heterogènia i essencial per entendre la dimensió real del sector. No es limita als dispositius sanitaris tradicionals (clíniques dentals, farmàcies, òptiques o ortopèdies), sinó que incorpora un conjunt ampli de serveis que inclouen mútues d'accidents laborals, asseguradores privades, professionals autònoms de la salut, centres de salut mental privada, serveis mèdics de proves i revisions, transport sanitari privat i serveis d'atenció i dependència. La inclusió d'aquestes activitats és imprescindible per obtenir una visió completa del paper econòmic del sector salut al territori, especialment en àrees com les

Terres de l'Ebre, on la xarxa privada complementa de manera directa i indirecta l'oferta pública.

Aquest ecosistema articula llocs de treball altament diversos: professionals sanitaris titulats, personal administratiu, personal de cures, tècnics, psicòlegs, fisioterapeutes autònoms, personal d'ambulàncies privades, inspectors mèdics de revisions, treballadores familiars, perfils tecnològics vinculats a la digitalització dels serveis de salut, i altres rols que intervenen al llarg de tota la cadena de valor sanitària. Aquesta diversitat reflecteix l'evolució del sector cap a un model més integrat i multidimensional, coherent amb tendències europees que situen les cures, la salut mental i la digitalització com a components imprescindibles del sistema sanitari contemporani.

Les estimacions d'ocupació realitzades en aquest estudi ajustades a la realitat poblacional de les Terres de l'Ebre —indiquen que el conjunt del sector privat reuneix entre 1.260–1.450 professionals, equivalents a 1.050–1.210 ETP. Aquest volum mostra que el sector privat ebrenc, considerat en el seu conjunt ampliat, és pràcticament de dimensions menors però no llunyanes al sector públic en termes d'ocupació efectiva, i confirma que constitueix un dels principals motors econòmics del territori.

Taula 15: Ecosistema privat de salut i cures a les Terres de l'Ebre: ocupació i ETP

Subsector	Professionals	ETP estimats
Farmàcies	240	226
Parafarmàcies	13	11
Clíniques dentals	284	261
Òptiques	75	68
Ortopèdies	38	33
Audioprotèsi	29	26
Dispensadors mat ortopèdic	17	15
Mútues d'accidents laborals (AMBL)	45-60	41-54
Asseguradores de salut	20-26	17-22
Professionals autònoms de la salut	140-160	98-112
Salut mental privada	20-30	16-24
Centres mèdics (revisions, proves, PRL)	45-60	41-54
Transport sanitari privat	30-50	27-45
Serveis d'atenció domiciliària i dependència	250-330	212-280
Serveis TIC vinculats a salut	15-25	14-23
Total ecosistema privat	1.260-1.450	1.050-1.210 ETP

Font: elaboració pròpia

Per calcular la massa salarial del sector privat ebrenc s'ha utilitzat la metodologia SPM (Salaris Ponderats per Mercat), que combina el salari base de conveni, els complements habituals, l'antiguitat i ajustos específics segons la realitat del mercat laboral català.

Aquesta metodologia és la recomanada i utilitzada en estudis territorials recents, i evita la infraestimació habitual que resulta d'aplicar únicament les taules de conveni. A partir dels coeficients salarials per subsector, s'obté una massa salarial anual privada estimada: entre 55 i 72 milions d'euros.

La distribució aproximada és:

- Nucli sanitari tradicional (farmàcies, dentistes, òptiques, ortopèdies): 28–35 M€
- Mútues, asseguradores i centres mèdics especialitzats: 10–14 M€
- Salut mental privada i professionals autònoms: 6–9 M€
- SAD i atenció domiciliària: 10–12 M€
- Transport sanitari privat i TIC salut: 1,5–2,5 M€

Aquesta xifra és coherent amb la dimensió poblacional del territori, les ràtios salarials sectorials i el pes relatiu del sector privat dins del conjunt del sistema sanitari català.

Quan s'afegeix a la massa salarial pública estimada (158–178 M€), la renda generada directament pel sistema de salut a les Terres de l'Ebre ascendeix a 213–250 milions d'euros anuals, una magnitud que evidencia la funció econòmica estratègica del sector salut i cures al territori.

La incorporació del sector privat revela tres elements clau a tenir en compte:

- ✓ El sector salut a les Terres de l'Ebre és molt més gran del que indiquen els dispositius públics ja que el conjunt d'activitats privades i de cures suma 1.050–1.210 ETP, una dimensió considerable que emergeix al aprofundir amb la recerca.
- ✓ La massa salarial privada és significativa i sistemàtica. Amb 55–72 M€ anuals, el sector privat mobilitza un volum de recursos que impacta directament sobre comerç, serveis, consum local, estalvi i tributació.
- ✓ L'ecosistema de dependència i cures és un actor central del sector salut actual. Amb més de 200–280 ETP, aquest subsector és clau en territoris envellits com les Terres de l'Ebre, on la demanda de cures a domicili i de suport funcional és especialment elevada.

Aquests serveis formen part del que Europa defineix com el sector de Long-Term Care (LTC), integrat en els estudis d'impacte econòmic de la salut i les cures. Incorporen personal contractat per empreses concessionàries, realitzant neteja de suport, higiene, compres, cures bàsiques, suport funcional. El finançament es mixt (ajuntaments + Generalitat + copagament).

També incorporen treballadores familiars contractades per empreses privades i personal de suport a dependents i gent gran. Personal auxiliar de creu Roja, Càritas i altres fundacions del territori. D'acord amb altres estudis consultats s'ha

calculat 1.4 treballadores de cures per cada 100 habitants major de 65 anys per obtenir aquesta dada. El que no es pot incorporar són les treballadores familiars que tot i aportar al territori i a la salut de les persones estan en l'economia submergida; d'aquest grup no hi ha recompte possible.

5.1.3 Impacte directe total del sistema de salut a les Terres de l'Ebre (públic + privat)

L'estimació conjunta de l'impacte directe del sector de la salut a les Terres de l'Ebre permet obtenir una visió global del pes econòmic real que aquest àmbit exerceix sobre el territori. A partir de les dades calculades en blocs anteriors, el sistema sanitari públic aporta un volum de 2.637 professionals, equivalents a 2.377 ETP.

L'anàlisi detallada del sector privat i de les cures revela una realitat que amplia de manera significativa la magnitud total del sistema. Les estimacions obtingudes indiquen que el conjunt d'activitats privades vinculades a la salut i a la dependència suma entre 1.260 i 1.450 professionals, equivalents a 1.050–1.210 ETP, i genera una massa salarial estimada entre 55 i 72 milions d'euros anuals, segons els ajustos aplicats amb la metodologia de Salaris Ponderats per Mercat (SPM). La dimensió d'aquest conjunt és notable, tant per volum com per diversitat, i reflecteix la creixent importància dels serveis de salut mental, atenció domiciliària, dependència i serveis mèdics complementaris dins dels sistemes de salut contemporanis.

La combinació de tots dos blocs —públic i privat— permet estimar que el sistema de salut de les Terres de l'Ebre reuneix un total aproximat de 3.897–4.087 professionals, equivalents a 3.373–3.533 ETP, i genera una massa salarial anual situada entre 213 i 250 milions d'euros. Aquestes xifres permeten evidenciar que la salut és, de llarg, un dels sectors més intensius en ocupació del territori i que exerceix un impacte econòmic estructural d'una magnitud comparable a sectors tractor com l'administració pública, l'educació o la indústria agroalimentària.

La magnitud d'aquest resultat es fa encara més visible quan es compara amb el conjunt del mercat laboral de les Terres de l'Ebre. Amb una afiliació mitjana estimada d'unes 65.000 persones, el sector salut esdevingut en la seva totalitat representa aproximadament entre el 5,9% i el 6,5% de tota l'ocupació generada al territori, un percentatge excepcional per a un sol àmbit laboral. Aquesta proporció és coherent amb estudis similars realitzats en territoris europeus de dimensió i característiques semblants, on la salut esdevé un pilar estructural tant des del punt de vista assistencial com econòmic. En un context territorial marcat per un envelliment demogràfic superior a la

mitjana catalana, una estructura productiva basada en activitats de serveis i una elevada dispersió poblacional, el sistema sanitari apareix no només com un servei essencial, sinó com un autèntic motor econòmic.

Un altre element clau de l'impacte directe és la massa salarial generada pel conjunt del sector, que constitueix la principal transmissió de renda cap al teixit social i econòmic de les Terres de l'Ebre. La suma de la massa salarial pública i privada situa el volum total de renda generada pel sector salut en un rang que oscil·la aproximadament entre els 213–250 milions d'euros anuals. Aquest volum constitueix un flux econòmic d'enorme transcendència per a un territori de dimensió mitjana com les Terres de l'Ebre i reforça la idea que la salut és un subsector altament intensiu en ocupació qualificada i en capital humà. Tanmateix, a diferència d'altres sectors amb elevada temporalitat o vinculats a cicles econòmics, la sanitat presenta una estabilitat estructural que garanteix un impacte continu i sostingut al llarg del temps, independentment de fluctuacions conjunturals.

Aquesta estabilitat té implicacions rellevants també en termes de cohesió territorial. El fet que el sector sanitari generi ocupació distribuïda entre les quatre comarques —i no concentrada en una única capital— facilita la retenció de població, contribueix a sostenir el consum local i redueix parcialment els efectes de la centralització econòmica. El pes de les farmàcies, clíniques dentals òptiques, fisioterapeutes i altres serveis professionals en municipis mitjans i petits contribueix a l'activitat econòmica local més enllà de les grans àrees urbanes, i reforça el rol de la salut com a infraestructura social i econòmica de primer nivell.

Finalment, la combinació d'aquestes magnituds —ocupació, ETP i massa salarial— posiciona el sector salut com un dels principals motors econòmics de les Terres de l'Ebre i ofereix les bases necessàries per desenvolupar en blocs posteriors una estimació completa de l'impacte indirecte i induït. El sistema sanitari, en conjunt, té la capacitat de mobilitzar un volum elevat de recursos, activar cadenes de valor i generar externalitats positives tant en el teixit productiu com en la qualitat de vida de la població. En aquest sentit, la seva influència va molt més enllà de la prestació de serveis assistencials, constituint un element estratègic per al desenvolupament socioeconòmic del territori.

Taula 16: Resum de l'impacte directe total (públic + privat)

Magnitud	Sector públic	Sector privat	Total
Professionals	3.652	1.260-1.450	4.912-5.102
ETP	3.296	1.050-1.210	4.346-4.506
Massa salarial (M€)	158-178	55-72	213-250 M€
Pes sobre l'ocupació del territori			7,0%-7.3%

Font: elaboració pròpia

La Regió Sanitària Terres de l'Ebre va registrar l'any 2024 una despesa sanitària pública total de 335,52 milions d'euros, segons les dades oficials del Servei Català de la Salut (CatSalut). Aquesta xifra representa la despesa global necessària per assegurar la prestació de serveis sanitaris al conjunt del territori, incloent-hi l'atenció primària, l'atenció hospitalària, la salut mental, la farmàcia amb recepta, el transport sanitari, la compra de serveis concertats i els subministraments associats al funcionament del sistema. Es tracta, per tant, d'una dada macroeconòmica que reflecteix l'esforç públic destinat a garantir l'equitat, l'accessibilitat i la continuïtat assistencial en un territori caracteritzat per la dispersió geogràfica i un notable envelliment de la població.

L'anàlisi detallada de la classificació funcional de la despesa permet observar que l'atenció especialitzada concentra prop del 59% de tota la despesa, seguida de l'atenció primària amb un 25,93%, i altres partides com el transport sanitari o administració que tenen una presència menor. Pel que fa a la classificació econòmica, destaca que més del 59% de la despesa correspon a compra de serveis sanitaris, una partida que inclou concerts amb centres privats, proves diagnòstiques i altres serveis complementaris que formen part essencial del mapa assistencial del territori. Aquest fet mostra que el sistema públic no actua de manera aïllada, sinó que es recolza en un ecosistema sanitari ampli que integra proveïdors de naturalesa diversa.

En aquest context general, la massa salarial pública calculada en aquest estudi representa l'aportació directa que el conjunt de professionals del sistema sanitari públic (ICS i SISCAT) transfereixen a l'economia del territori. Aquesta xifra equival aproximadament entre el 44% i el 50% de la despesa pública total, una proporció que superiors als estàndards internacionals, ja que als països de l'OCDE la despesa de personal sanitari sol situar-se al voltant del 35% del total de despesa sanitària.

La complementarietat entre la despesa total del CatSalut i la massa salarial estimada en aquest estudi és metodològicament rellevant: la primera proporciona una visió global de l'esforç públic dedicat al manteniment del sistema sanitari, mentre que la segona reflecteix la part d'aquesta despesa que es tradueix en rendes salarials directes al territori. La diferenciació d'aquestes dues magnituds és essencial per delimitar correctament els camps analítics de l'impacte directe —basat en ocupació i renda salarial— i de l'impacte indirecte —relacionat amb l'activitat dels proveïdors, empreses subcontractades i serveis concertats.

A més, la dada de 335,52 milions d'euros permet situar el sector salut com un dels principals àmbits de despesa pública a les Terres de l'Ebre, i dona una idea clara de la seva dimensió macroeconòmica. En un territori amb uns 190.000 habitants aproximadament, aquesta despesa equival a uns 1.765 euros per habitant, xifra que reflecteix tant l'esforç públic com la necessitat d'assegurar una cobertura adequada en un context demogràfic particularment exigent. De manera indirecta, aquesta estructura de despesa genera un impacte considerable sobre sectors com la indústria farmacèutica, el manteniment tecnològic, el transport sanitari, la diagnòstic per la imatge, els serveis hotelers i restauració vinculats a la mobilitat sanitària, entre d'altres.

La despesa sanitària total executada al territori com hem explicat, no es pot assimilar a impacte directe, ja que inclou partides centralitzades, proveïdors externs i serveis no produïts a les Terres de l'Ebre. Segons els estàndards europeus d'avaluació econòmica, l'impacte directe s'identifica exclusivament amb la renda generada al territori (massa salarial i ocupació), mentre que la despesa agregada s'utilitza per dimensionar l'impacte indirecte i induït a través del model input-output. Per aquest motiu, el present estudi considera com a impacte directe únicament els 158–178 M€ de massa salarial generada pel sector sanitari públic, i empra la despesa total com a variable de calibratge per a la resta d'impactes.

En síntesi, la integració de la dada de despesa pública total reforça la lectura global de l'impacte econòmic del sector salut a les Terres de l'Ebre. El seu anàlisi combinat amb la massa salarial directa crea un marc sòlid per desenvolupar l'estudi d'impacte indirecte i induït, i posa en relleu la complexitat de l'ecosistema sanitari del territori, on la despesa pública, els proveïdors privats i el personal sanitari formen una estructura interdependent que mobilitza anualment centenars de milions d'euros.

5.2 Impacte indirecte

L'impacte indirecte mesura l'efecte econòmic generat a través de la cadena de proveïdors del sistema de salut, com a conseqüència de la despesa que aquest sistema realitza en béns i serveis intermedis necessaris per al seu funcionament ordinari. A diferència de l'impacte directe —associat principalment a la massa salarial—, l'impacte indirecte es produeix en altres sectors de l'economia que subministren inputs al sistema sanitari.

Per tant, pel càlcul de l'impacte indirecte caldrà calcular la producció, el VAB i l'ocupació que es generen en empreses proveïdores localitzades a les Terres de l'Ebre, a partir de la despesa sanitària pública i privada realitzada dins del territori.

L'anàlisi de l'impacte indirecte s'ha construït amb un criteri territorial restrictiu, incorporant únicament proveïdors amb seu fiscal o delegació operativa a les Terres de l'Ebre a partir d'adjudicacions i contractes associats al Hospital Universitari de Tortosa Verge de la Cinta, Atenció Primària de l'ICS a les Terres de l'Ebre, Hospitals Comarcals d'Amposta i Mora d'Ebre, Hospital de la Santa Creu de Jesús i altres serveis sanitaris públics amb activitat territorialitzada, als que posteriorment s'ha afegit l'impacte de l'àmbit privat.

Aquest criteri evita sobredimensionar artificialment l'impacte, ja que exclou proveïdors de caràcter estatal o internacional sense implantació local o compres centralitzades sense retorn territorial immediat. Així mateix, no s'imputa directament com a impacte indirecte tota la despesa total de l'ICS, sinó únicament aquella part que es materialitza en compres de béns i serveis i que recau en empreses del territori. Una limitació que no es pot resoldre amb els mitjans de l'estudi es la incorporació de les dades d'impacte als proveïdors a partir del sistema de salut privat. Seria tant com controlar totes les compres de cada centre o professional de les Terres de l'Ebre que exerceix (farmàcies, òptiques, fisioterapeutes, etc...) i això es del tot impossible. Només cap fer una inferència a partir del volum de professionals totals del territori.

L'impacte indirecte s'estima mitjançant una estratègia híbrida que combina microdades reals de contractació pública, extretes del portal de contractació pública de Catalunya amb coeficients macroeconòmics sectorials, procedents de les Taules Input-Output de Catalunya (MIOC).

A diferència de l'impacte induït, no s'aplica directament la matriu inversa de Leontief, ja que la despesa ja està observada com a flux real cap a sectors concrets. L'objectiu és

mesurar l'efecte directe sobre la producció i el VAB dels proveïdors, no una segona ronda de multiplicadors.

La primera tasca consisteix amb la identificació i classificació dels proveïdors, mitjançant el triatge dels adjudicataris amb implantació a les Terres de l'Ebre, l'eliminació de duplicats i agregació anual de contractes i l'assignació sectorial de cada proveïdor. Com no hi ha dades publicades al respecte, aquest triatge s'ha de fer amb detall a partir dels portals de dades obertes i de contractació de l'administració pública.

En una segona fase, s'ha procedit a la transformació de les dades de contractació pública en un vector de demanda intermèdia local, necessari per a l'estimació de l'impacte indirecte. A partir del llistat depurat d'adjudicacions a proveïdors amb implantació a les Terres de l'Ebre, s'ha agregat l'import d'adjudicació sense IVA per branca d'activitat, segons la classificació de la Matriu Input-Output de Catalunya 2021 (MIOC-2021, 10 branques). Aquesta agregació permet construir un vector de demanda intermèdia que reflecteix la despesa del sistema sanitari en béns i serveis utilitzats com a inputs productius pels sectors locals. Aquest vector constitueix l'entrada del model input-output i permet estimar els efectes indirectes en producció, valor afegit brut i ocupació generats al teixit productiu del territori.

Taula 17: Vector de demanda intermèdia per branques d'activitat

Branca MIOC (10)	Despesa local sense IVA (€)	Despesa local amb IVA (€)	Nombre contractes
2	170.379,18	205.480,05	152
3	520	629,2	1
4	143.166,69	173.231,71	17
5	41.675,03	49.977,15	180
6	9.571,15	11.510,10	2
7	3.102,97	3.692,32	3
8	263.381,63	318.691,90	234
9	5.926,91	6.096,73	10
10	33.027,51	38.676,29	10
TOTAL	670.751,07	807.985,45	609,00

Font: elaboració pròpia

El següent pas ha estat l'estimació del VAB indirecte; a tal efecte s'han aplicat els coeficients sectorials VAB / Producció (ki), utilitzats posteriorment a l'impacte induït, obtenint així el VAB indirecte per sector i total. Finalment, s'ha pogut trobar l'ocupació indirecta, aplicant coeficients d'ocupació sectorials.

Taula 18: Aplicació dels coeficients sectorials

	Despesa local sense IVA	Producció indirecta	Coef k VAB/Producció	VAB indirecte	Coef ocupació ETP per M€	Ocupació indirecta ETP
Branca 1	0	4201,39	0,3703	1555,78	27,446	0
Branca 2	155265,13	236768,35	0,2958	70036,08	12,276	3
Branca 3	131988,22	183558,17	0,3855	70761,67	10,573	2
Branca 4	27096,34	78729,82	0,518	40782,05	12,951	1
Branca 5	51559,81	64875,14	0,5254	34085,4	11,817	1
Branca 6	0	12428,77	0,559	6947,68	14,751	0
Branca 7	65502,87	84299,93	0,8451	71241,87	13,924	1
Branca 8	0	49062,75	0,6223	30531,75	9,141	0
Branca 9	0	3978,34	0,6653	2646,79	25,026	0
Branca 10	239338,7	263477,92	0,6272	165253,35	29,431	8
TOTAL	670751,07	981380,58	5,4139	493842,42	167,336	16

Font: elaboració pròpia

En aquest pas, la despesa adjudicada a proveïdors locals (importos sense IVA) s'agrega per branques d'activitat compatibles amb l'esquema de 10 branques de la MIOC-2021. Aquest vector de despesa es tracta com un increment exogen de demanda final sobre l'economia territorial i es transforma en producció total requerida a cada branca per satisfer-la, incorporant tant els efectes directes com els requeriments intermedis al llarg de la cadena de subministrament. A partir d'aquesta producció total, s'estima el valor afegit brut indirecte aplicant coeficients ki (ràtio VAB/Producció) i, finalment, s'obté l'ocupació indirecta en ETP mitjançant* -t coeficients d'ocupació sectorials (ETP per milió d'euros de producció).

Taula20: Impacte indirecte estimat

Despesa local sense IVA	Producció indirecta	VAB indirecte	Ocupació indirecta ETP	Multiplicador producció	Multiplicador VAB	ETP per M€ despesa
670.751,07	981.380,58	493.842,42	16,4	1,46311	0,73625	24,5

Font: elaboració pròpia

L'impacte indirecte estimat en aquest estudi presenta una magnitud coherent amb la naturalesa del teixit productiu de les Terres de l'Ebre i amb els principis teòrics del model input-output utilitzat. En concret, el volum de producció indirecta generada pel sistema de salut se situa en valors moderats, molt inferiors a l'impacte directe i també per sota de l'impacte induït.

A diferència d'economies amb una estructura industrial més completa i integrada, les Terres de l'Ebre presenten una especialització productiva limitada en alguns segments clau de la cadena de valor sanitària (fabricació d'equipament mèdic, indústria farmacèutica, tecnologia sanitària avançada). Aquesta característica estructural implica que una part rellevant de les compres del sistema de salut s'efectuïn fora del territori, reduint el potencial d'arrossegament indirecte local. En conseqüència, els multiplicadors de producció indirecta associats a la despesa sanitària tendeixen a ser continguts, situant-se dins d'un rang que pot considerar-se realista i prudent per a una economia territorial d'aquestes característiques.

La composició sectorial de l'impacte indirecte obtingut és plenament coherent amb el patró de despesa del sistema de salut i amb l'estructura productiva local. L'activitat indirecta es concentra principalment en branques com els serveis empresarials, el manteniment i reparació d'equipaments, el comerç majorista, els serveis tècnics especialitzats, la construcció i les instal·lacions, així com altres serveis auxiliars.

Aquesta distribució posa de manifest el paper del sistema sanitari com a motor de demanda per a un conjunt ampli de sectors no estrictament sanitaris, que actuen com a proveïdors recurrents de béns i serveis necessaris per al funcionament ordinari dels centres de salut. En el context de les Terres de l'Ebre, aquests sectors coincideixen precisament amb aquells en què existeix una major capacitat d'oferta local, fet que explica la seva presència destacada en l'impacte indirecte.

Cal destacar que aquesta concentració sectorial reforça la idea que l'impacte indirecte del sistema de salut contribueix a estructurar i estabilitzar el teixit empresarial local,

especialment en activitats intensives en treball qualificat mitjà i serveis tècnics. Així, la despesa sanitària pública i privada no només genera ocupació directa en l'àmbit assistencial, sinó que també sosté una xarxa d'empreses locals que desenvolupen funcions clau de suport, manteniment i subministrament, consolidant una base econòmica diversificada al territori.

La contractació pública permet quantificar amb precisió la despesa intermèdia local associada al sistema públic de salut (proveïdors i imports adjudicats), però com hem dit no existeix una font equivalent, amb el mateix nivell de traçabilitat territorial, per a la despesa intermèdia del sector privat (clíriques, farmàcies, mútues, consultes, establiments d'òptica, fisioteràpia i altres serveis para-sanitaris). Per evitar una omisió rellevant i, alhora, no incorporar xifres no verificables, s'opta per una estimació per escenaris. L'estratègia consisteix a aproximar l'escala d'activitat privada a partir d'indicadors observables (massa salarial estimada i/o despesa de les llars en salut com a contrast de plausibilitat), i transformar aquesta escala d'activitat en consum intermedi mitjançant coeficients sectorials procedents de taules macroeconòmiques imputant la part local d'aquest consum intermedi i aplicant com a proxy la taxa de compra local observada en el sector públic (amb bandes conservadora–central–expansiva). Aquesta aproximació garanteix coherència interna amb la metodologia input–output utilitzada en el càlcul dels impactes indirectes i induïts i permet reportar resultats en forma de forquilla, evitant una falsa precisió.

L'impacte indirecte del sector privat s'estima a partir d'una aproximació basada en la relació estructural entre producció i VAB en la branca d'activitats sanitàries i serveis socials, utilitzant coeficients sectorials procedents de les Taules Input-Output de Catalunya. Aquesta branca es caracteritza per una elevada intensitat de treball i una proporció elevada de valor afegit sobre la producció, atès el pes dominant de les remuneracions dels assalariats i la limitada dependència de consums intermedis industrials complexos.

Partint de la massa salarial privada estimada per al conjunt de les Terres de l'Ebre, situada en una forquilla d'entre 55 i 72 milions d'euros anuals, s'ha procedit a inferir la producció associada a aquesta activitat mitjançant l'aplicació d'un rang prudent del coeficient VAB/producció, fixat entre el 55% i el 65%, d'acord amb l'evidència macroeconòmica disponible per a aquest tipus d'activitats. Aquest enfocament permet obtenir una estimació coherent de la producció indirecta i del VAB indirecte generats pel sector privat, sense pretendre reconstruir artificialment una cadena de proveïdors no observable. Els resultats es presenten en forma de forquilla d'escenaris, reflectint explícitament la incertesa inherent a l'exercici i evitant una interpretació excessivament precisa de magnituds que, per la seva naturalesa, només poden ser aproximades.

Taula 19: Impacte indirecte públic i privat. Producció, VAB i ocupació

Component	Despesa local de partida (M€)	Producció indirecta (M€)	VAB indirecte (M€)	Ocupació indirecta (ETP)
Públic (observat)	0,6708	0,9814	0,4938	16,0
Privat (estimació mín)	0,2170	0,3175	0,1598	5,2
Privat (estimació màx)	0,2841	0,4156	0,2092	6,8
Total	Entre 0,887 i 0,954 M €	Entre 1,2989 i 1,3970 M €	Entre 0,653 i 0,703 M €	Entre 21,2 i 22,8 ETP

Font: elaboració pròpia

L'activitat sanitària genera un impacte indirecte estimat d'entre 0,65 i 0,70 milions d'euros de valor afegit brut anual a l'economia de les Terres de l'Ebre.

DOCUMENT
PROVISIONAL

5.3 Impacte induït

L'impacte induït mesura l'activitat econòmica addicional generada a partir de la despesa de consum de les llars que es deriva de les rendes salarials associades a l'activitat analitzada. En el present estudi, l'impacte induït es calcula a partir de la massa salarial directa del sistema sanitari a les Terres de l'Ebre, tant públic com privat, prèviament estimada i expressada en equivalents a temps complet (ETP).

A diferència de l'impacte directe (ocupació i salaris) i de l'impacte indirecte (proveïdors), l'impacte induït captura els efectes de segona ronda associats al consum de les llars, i reflecteix la capacitat del sector sanitari per dinamitzar altres branques de l'economia mitjançant la despesa quotidiana dels seus treballadors.

La base econòmica de partida és la massa salarial induïble; pel seu càlcul, cal obtenir la massa salarial anual agregada, obtinguda a partir del nombre total de professionals sanitaris (públics i privats) expressats en ETP i valorats mitjançant salaris mitjans representatius per categoria professional. Cal tenir clar que l'impacte induït es calcula exclusivament a partir de la massa salarial directa, sense incorporar encara les rendes salarials generades per l'impacte indirecte.

A partir d'aquesta massa salarial, es defineix la part de la renda potencialment destinada al consum, aplicant hipòtesis prudentes sobre la proporció de renda disponible que no es destina a estalvi, impostos directes o altres fuites inicials. Per tal de reflectir la incertesa inherent a aquest procés, el càlcul es construeix mitjançant tres escenaris diferenciats (conservador, central i expansiu), que delimiten una forquilla plausible de despesa de consum induïda.

La despesa de consum induïda es distribueix entre set grans blocs de despesa, definits d'acord amb la classificació habitual de consum de les llars i adaptats a les característiques socioeconòmiques del territori, obtenint així una cistella de despesa de les llars amb aquesta distribució:

1. Alimentació i begudes
2. Habitatge, energia i aigua
3. Transport i mobilitat
4. Comerç i béns de consum
5. Comunicacions i TIC
6. Hostaleria, oci i cultura
7. Altres serveis

Per a cada escenari, la despesa total induïda es reparteix entre aquests blocs mitjançant percentatges de consum, construïts a partir de fonts estadístiques oficials i ajustats mitjançant criteris de prudència i realisme territorial. Atès el caràcter exploratori i territorial de l'estudi, cada bloc es defineix mitjançant forquilles de valors mínim i màxim, que permeten captar la variabilitat del comportament de consum sense imposar una estructura rígida.

A continuació, per tal de traduir la cistella de consum en impacte econòmic mesurable, els set blocs de despesa es mapegen sobre les branques d'activitat de la Matriu Input-Output de Catalunya (MIOC-2021), utilitzant la versió agregada de 10 branques publicada per l'IDESCAT.

Aquest procés de correspondència no és comptable, sinó funcional i econòmic, i té com a objectiu assignar cada tipus de despesa a les branques productives que efectivament la satisfan. El mapeig es realitza de manera consistent amb la taula de destinació de la MIOC-2021 a preus bàsics, garantint la compatibilitat amb els coeficients de valor afegit utilitzats posteriorment. Aquest pas permet construir, per a cada escenari, un vector de demanda final induïda per branques d'activitat, expressat en termes de producció a preus bàsics.

L'impacte induït s'estima dins d'un marc input-output, utilitzant la MIOC-2021 (IDESCAT) com a referència estructural de l'economia catalana. A partir del vector de demanda induïda, es calcula l'efecte econòmic associat en termes de producció i, posteriorment, de VAB.

El VAB induït s'obté mitjançant l'aplicació de coeficients VAB/Producció (k_i) específics per a cada branca d'activitat, extrets directament de la MIOC-2021 a preus bàsics. Aquest enfocament garanteix que el valor afegit estimat reflecteix exclusivament la nova riquesa generada en cada branca productiva. És important destacar que aquest procediment evita el doble comptatge amb l'impacte directe, ja que el VAB induït no incorpora novament les rendes salarials inicials, sinó únicament el valor econòmic addicional generat al llarg de la cadena productiva.

Atès que la MIOC-2021 descriu l'estructura productiva a escala catalana, els resultats obtinguts representen inicialment l'impacte induït a nivell de Catalunya. Per tal d'estimar l'impacte efectiu a les Terres de l'Ebre, s'incorpora posteriorment un ajust de retenció territorial, basat en la presència relativa de cada branca d'activitat al territori. Aquest ajust permet aproximar de manera realista la part de l'impacte induït que es materialitza efectivament a les Terres de l'Ebre, tenint en compte les fuites territorials associades a sectors amb una implantació local limitada.

Resumint, l'estimació de l'impacte induït es basa en una seqüència metodològica establerta de la següent manera:

- Determinació de la massa salarial directa induïble.
- Definició d'escenaris de despesa de consum.
- Construcció d'una cistella de despesa per blocs.
- Mapeig dels blocs de despesa a branques MIOC.
- Aplicació del marc input-output i dels coeficients VAB/Producció.
- Ajust territorial final a les Terres de l'Ebre.

Aplicació pràctica al cas de salut a Terres de l'Ebre

El primer pas és convertir la massa salarial bruta (MS) que havíem xifrat en una forquilla d'entre 213–250 M d'€, en consum induïble a Terres de l'Ebre mitjançant un coeficient global sintètic de conversió renda-consum territorial que recull tres "fuites":

$$\text{Consum induïble TE} = MS \times (1 - \tau) \times c \times \lambda$$

On:

- τ = retencions i cotitzacions (part del salari que no queda com a renda disponible de les llars).
- c = propensió marginal a consumir sobre la renda disponible (part de la renda disponible que es gasta, no s'estalvia).
- λ = quota del consum que es fa dins Terres de l'Ebre (retenció territorial del consum).

Per apropar-nos el màxim possible i apostar per la rigorositat de l'estudi treballarem amb 3 escenaris: conservador/central/expansiu:

Taula 20: Coeficients pel càlcul del consum induïble

Escenari	τ (retencions + cotitzacions)	C (propensió a consumir)	λ (quota consum a TE)	Coeficient total= (1- τ) x C x λ
Conservador	0,40	0,80	0,70	0,336
Central	0,35	0,85	0,75	0,414
Expansiu	0,30	0,90	0,80	0,504

Font: elaboració pròpia

Apliquem els coeficients:

Escenari conservador (coef. 0,336)

- MS 213 M€ → 71,57 M€
- MS 250 M€ → 84 M€

Escenari central (coef. 0,414)

- MS 213 M€ → 88,18 M€
- MS 250 M€ → 103,5 M€

Escenari expansiu (coef. 0,504)

- MS 213 M€ → 107,35 M€
- MS 250 M€ → 126 M€

Conclusió: el consum induïble anual a Terres de l'Ebre derivat de la massa salarial directa (213–250 M€) queda en un rang aproximat de:

- 71,57–84 M€ (conservador)
- 88,18–103,5 M€ (central)
- 107,35–126 M€ (expansiu)

Els segon pas és repartir el consum induïble calculat en una cistella de despesa per poder-la traduir després a sectors IO.

Cistella de despesa

Per un estudi territorial com aquest i amb la restricció que no sempre hi ha microdades locals de despesa, la solució metodològicament més sòlida és confeccionar una cistella de llars basada en estructura de despesa de consum final, i després agregada a categories que encaixin fàcilment amb sectors de la Taula IO catalana. La distribució adoptada és coherent amb l'estructura mitjana de despesa de les llars a Catalunya, ajustada a un context territorial amb major pes de serveis de proximitat.

- L'impacte induït prové del consum de les llars (no del consum intermedi);
- El que fem és assignar coherentment la despesa amb una cistella de consum per poder aplicar multiplicadors:
 1. Alimentació i begudes
 2. Habitatge, aigua, electricitat i combustibles
 3. Transport i mobilitat
 4. Comerç i béns de consum
 5. Comunicacions i TIC
 6. Hostaleria, oci i cultura
 7. Altres serveis: personals, educació privada, serveis diversos, assegurances, etc...

Com que treballem amb escenaris, ho apliquem també a tres cistelles.

- Conservador: més pes a béns/necessaris i menys a oci/hostaleria.
- Central: estructura equilibrada.
- Expansiu: una mica més de serveis locals (hostaleria/altres serveis), que acostumen a retenir més despesa al territori.

Taula 21: Confecció de la cistella de despesa amb tres escenaris

Bloc de despesa	Escenari conservador (%)	Escenari central (%)	Escenari expansiu (%)
Alimentació i begudes	18%	17%	16%
Habitatge, energia i aigua	32%	30%	28%
Transport i mobilitat	12%	12%	12%
Comerç i béns de consum	14%	14%	14%
Comunicacions i TIC	4%	5%	6%
Hostaleria, oci i cultura	8%	10%	12%
Altres serveis	12%	12%	12%
Total	100%	100%	100%

Font: elaboració pròpia

Aplicació numèrica

Tenim del Pas 1, consum induïble (TE) aproximat:

1. 71,57–84 M€ (conservador)
2. 88,18–103,5 M€ (central)
3. 107,35–126 M€ (expansiu)

$$\text{Despesa bloc } i = \text{Consum induïble TE} \times \%_i$$

DOCUMENT
PROVISIONAL

Taula 22: Valors de la cistella de despesa amb tres escenaris

	Escenari conservador 71,57–84 M€	Escenari central 88,18–103,5 M€	Escenari expansiu 107,35–126 M€
Alimentació i begudes	12.88–15.12	14.98–17.58	17.18–20.16
Habitatge, energia i aigua	22.90–26.88	26.45–31.04	30.06–35.28
Transport i mobilitat	8.59–10.08	10.58–12.42	12.88–15.12
Comerç i béns de consum	10.02–11.76	12.35–14.49	15.03–17.64
Comunicacions i TIC	2.86–3.36	4.41–5.18	6.44–7.56
Hostaleria, oci i cultura	5.73–6.72	8.82–10.35	12.88–15.12
Altres serveis	8.59–10.08	10.58–12.42	12.88–15.12

Font: elaboració pròpia

El següent pas es traslladar aquesta despesa sectorial a la Matriu Input-Output de Catalunya (MIOC-2021) en la seva versió agregada de 10 branques d'activitat, mantenint els tres escenaris alternatius (conservador, central i expansiu), i per a cadascun d'ells s'utilitzen forquilles d'imports mínims i màxims.

Taula 23: Despesa per branques d'activitat segons les taules MIOC-2021

	Escenari conservador Mínim (M €)	Escenari conservador Màxim (M €)	Escenari central Mínim (M €)	Escenari central Màxim (M €)	Escenari expansiu Mínim (M €)	Escenari expansiu Màxim (M €)
Agrari i pesquer	2,85	3,27	3,18	3,65	3,47	3,90
Indústria i energia	20,25	23,25	23,13	26,56	26,08	29,28
Construcció	2,02	2,33	2,24	2,58	2,44	2,73
Com. Transp. i hostaleria	14,86	17,07	18,47	21,21	22,61	25,37
Informació i comunicacions	2,02	2,33	2,99	3,43	4,17	4,68
Finances i assegurances	1,52	1,74	1,79	2,06	2,09	2,34
Immobiliaris	12,14	13,94	13,43	15,43	14,61	16,39
Professionals i auxiliars	3,79	4,36	4,48	5,14	5,22	5,85
Adm. Pública, educ. i sanitat	4,04	5,47	6,49	8,48	9,66	13,31
Artístics i altres serveis	3,79	4,36	4,92	5,66	6,26	7,02

Font: elaboració pròpia

En el següent pas passem de la demanda final induïda amb aquest vector de 10 branques d'activitat a la producció total necessària per satisfer-la aplicant la matriu inversa de Leontief.

Taula26: Escenaris per àmbits d'activitat

Escenari/àmbits	Conservador mínim	Conservador màxim	Central mínim	Central màxim	Expansiu mínim	Expansiu màxim
Agrari i pesquer	2,74	3,05	3,15	3,50	3,54	3,91
Indústria i energia	23,40	26,07	27,51	30,64	31,92	35,20
Construcció	3,12	3,50	3,63	4,06	4,15	4,61
Com. Transp. i hostaleria	16,80	18,73	21,19	23,63	26,36	29,11
Informació i comunicacions	2,31	2,59	3,38	3,78	4,73	5,25
Finances i assegurances	2,54	2,84	3,06	3,42	3,65	4,03
Immobiliaris	11,24	12,52	12,90	14,39	14,60	16,10
Professionals i auxiliars	6,55	7,34	8,06	9,02	9,78	10,90
Adm. Pública, educ. i sanitat	3,48	4,54	5,66	7,14	8,56	11,50
Artístics i altres serveis	3,49	3,90	4,64	5,17	6,03	6,65
Total Output M €	75,68	85,09	93,18	104,75	113,35	127,27

Font: elaboració pròpia

La despesa induïda derivada de la massa salarial s'ha redistribuït entre les branques productives de la Taula Input-Output mitjançant un procediment de correspondència funcional (mapeig), assignant cada bloc de consum a les activitats econòmiques que materialitzen efectivament aquesta despesa. En els casos en què un bloc afecta diverses branques, s'ha aplicat un criteri de repartiment percentual coherent amb l'estructura del consum de les llars.

Atesa la incertesa que ja s'origina en la massa salarial i que és inherent a l'estimació del patró de despesa de les llars, els imports de despesa induïda s'han modelitzat mitjançant forquilles de valors per a cada bloc de consum i escenari analitzat. Aquest enfocament permet capturar la variabilitat plausible del consum i desenvolupar una anàlisi de sensibilitat dels impactes induïts, evitant una estimació puntual excessivament rígida. A efectes del càlcul input-output, aquestes forquilles es tradueixen en vectors de demanda final induïda mínims i màxims per branca productiva.

S'ha optat per treballar amb la taula de destinació a preus bàsics (10 branques) de la MIOC-2021, pels motius següents:

- Els preus bàsics exclouen els marges comercials i de transport, així com els impostos nets sobre els productes, assegurant una mesura homogènia de la producció per branca.
- Aquesta taula és la més adequada per a l'aplicació del model input-output, ja que permet una correspondència directa entre producció sectorial i valor afegit.
- Facilita la comparabilitat amb altres estudis territorials i sectorials

Per a la conversió de la producció generada (directa, indirecta o induïda) en VAB, cal utilitzar els coeficients VAB/Producció (k_i), definits com el quocient entre el VAB i la producció total de cada branca d'activitat. Per a cada branca d'activitat i , el coeficient utilitzat s'ha calculat segons l'expressió següent:

$$k_i = \text{VAB}_i / \text{Producció}_i$$

on el VAB i la producció corresponen als totals sectorials que figuren a la taula de destinació a preus bàsics de la MIOC-2021.

A partir de la informació oficial de la MIOC-2021, els coeficients resultants són els següents:

Taula 24: Coeficients per branques d'activitat

Branca d'activitat (MIOC-2021, 10 branques)	Coeficient k_i
Agricultura, ramaderia i pesca	0,3703
Indústria, energia, aigua i sanejament	0,2958
Construcció	0,3855
Comerç, transport i hostaleria	0,5180
Informació i comunicacions (TIC)	0,5254
Activitats financeres i assegurances	0,5590
Activitats immobiliàries	0,8451
Activitats professionals, científiques, administratives i auxiliars	0,6223
Administració pública, educació i sanitat	0,6653
Activitats artístiques, recreatives i altres serveis	0,6272

Font: elaboració pròpia

Taula 28: VAB per àmbits i segons escenaris

Escenari/Sectors	Conservador VAB mínim	Conservador VAB màxim	Central VAB mínim	Central VAB màxim	Expansiu VAB mínim	Expansiu VAB màxim
Agrari i pesquer	1,02	1,13	1,17	1,30	1,31	1,45
Indústria i energia	6,92	7,71	8,14	9,06	9,44	10,41
Construcció	1,20	1,35	1,40	1,56	1,60	1,78
Com. Transp. i hostaleria	8,70	9,70	10,98	12,24	13,65	15,08
Informació i comunicacions	1,21	1,36	1,78	1,99	2,49	2,76
Finances i assegurances	1,42	1,59	1,71	1,91	2,04	2,25
Immobiliaris	9,50	10,58	10,90	12,16	12,34	13,61
Professionals i auxiliars	4,07	4,57	5,02	5,62	6,09	6,79
Adm. Pública, educ. i sanitat	2,32	3,02	3,77	4,75	5,70	7,65
Artístics i altres serveis	2,19	2,45	2,91	3,24	3,78	4,17
Total VAB M€	38,56	43,47	47,76	53,83	58,45	65,94

Font: elaboració pròpia

Abans d'acabar l'apartat del càlcul de l'impacte induït cal recordar que aquest no neix de la despesa pública ni de la compra a proveïdors, sinó de la massa salarial directa generada pel sistema sanitari (públic + privat) que es transforma parcialment en consum de les llars. Aquesta transformació s'ha calculat mitjançant escenaris (conservador, central, expansiu) i una estructura de despesa realista (7 blocs), coherent amb la despesa de les llars a Terres de l'Ebre. Per tant, l'impacte induït captura l'efecte macroeconòmic del consum general pels salaris, no una despesa addicional exògena. La conversió dels blocs de despesa en vectors de demanda permet traduir el consum de les llars en demanda efectiva sobre el sistema productiu. Per tant no es dupliquen impactes barrejant-se amb els altres (directe i indirecte) sinó que s'analitza només el canal renda/consum/producció.

La matriu inversa capta el encadenaments productius que genera el consum de les llars sobre el conjunt de l'economia. Però la producció no es benestar ni riquesa neta, per tant s'ha calculat el VAB induït que mesura la contribució real a la renda del territori associada al consum general pels salaris del sistema sanitari. La xifra final que té una forquilla depenent de l'escenari i de la forquilla inicial dels salaris provinents del sistema de salut s'estableix entre 48.26 M€ i 80.60 M€, que suposa entre el 30.5% i el 45.2% de la massa salarial directa.

Ocupació induïda

Un cop estimat l'impacte induït en termes de producció total per branques d'activitat mitjançant el model input-output, el següent pas consisteix a quantificar l'efecte corresponent sobre l'ocupació. Aquest càlcul permet aproximar el nombre de llocs de treball equivalents a temps complet (ETP) que es generen de manera indirecta i induïda com a conseqüència de l'increment de la demanda associat a la despesa de les llars vinculada a l'activitat sanitària.

L'ocupació induïda s'estima a partir del VAB induït per branca d'activitat, aplicant coeficients d'ocupació sectorials expressats en equivalents a temps complet (ETP) per milió d'euros de VAB. Aquests coeficients es construeixen a partir de les dades oficials d'ocupació i VAB de la Comptabilitat Regional de Catalunya, en coherència amb la classificació sectorial de la Matriu Input-Output de Catalunya 2021. Aquesta aproximació permet captar de manera consistent els efectes sobre l'ocupació associats al consum induït de les llars, evitant el doble comptatge i assegurant la comparabilitat amb els impactes directe i indirecte estimats prèviament.

Per dur a terme aquesta estimació s'utilitzen coeficients d'ocupació sectorials, definits com la relació entre el volum d'ocupació i el nivell de producció de cada branca d'activitat. Aquests coeficients indiquen quina intensitat de treball presenta cada sector productiu, és a dir, quants llocs de treball equivalents a temps complet són necessaris per generar una determinada quantitat de producció. La seva aplicació permet traduir increments de producció en increments d'ocupació de manera coherent amb l'estructura productiva de l'economia analitzada.

Els coeficients emprats en aquest estudi s'han calculat a partir de les dades oficials associades a la Matriu Input-Output de Catalunya 2021 (MIOC-2021), utilitzant la desagregació en 10 branques d'activitat. En concret, s'ha combinat la informació sobre ocupació equivalent a temps complet per branca amb les dades de producció total del mateix any i amb la mateixa classificació sectorial.

L'aplicació d'aquests coeficients a la producció induïda estimada per a cadascuna de les branques permet obtenir una mesura de l'ocupació induïda total, així com la seva distribució sectorial. En el cas d'aquest estudi, el càlcul es realitza per als diferents escenaris plantejats (conservador, central i expansiu. D'aquesta manera, s'obtenen intervals d'ocupació induïda que reflecteixen la incertesa inherent a les hipòtesis de consum de les llars, però que continuen sent consistents amb l'estructura productiva real de l'economia catalana.

Cal remarcar que aquest procediment respon a les hipòtesis estàndard dels models input-output, especialment la consideració de coeficients tècnics i d'intensitat laboral constants en el curt termini. En conseqüència, els resultats s'han d'interpretar com una aproximació raonable i estructuralment fonamentada de l'impacte sobre l'ocupació, més que com una previsió exacta del nombre de llocs de treball que es creen efectivament. Aquest enfocament permet completar l'anàlisi de l'impacte induït incorporant la dimensió laboral, i ofereix una visió integrada dels efectes econòmics del sistema sanitari sobre el territori, complementant els resultats obtinguts en termes de producció i valor afegit brut.

Taula 25: Ocupació induïda per branques d'activitat

Branca	Coefficient ocupació (ETP per M€)	Conservador mínim	Conservador màxim	Central mínim	Central màxim	Expansiu mínim	Expansiu màxim
Agrari i pesquer	27,45	94	108	106	121	116	131
Indústria i energia	12,28	360	413	414	475	469	528
Construcció	10,57	41	48	47	54	53	60
Com. Transp. i hostaleria	12,95	272	313	336	387	409	461
Informació i comunicacions	11,82	34	40	49	56	67	76
Finances i assegurances	14,75	47	54	55	64	64	73
Immobiliaris	13,92	196	225	220	253	244	274
Professionals i auxiliars	9,14	75	87	90	104	107	122
Adm. Pública, educ. i sanitat	25,03	109	147	174	226	257	352
Artístics i altres serveis	29,43	129	148	167	192	213	239
Total		1.357	1.583	1.658	1.933	1.999	2.315

Font: elaboració pròpia

Recordem que estem parlant d'ocupació induïda en ETP (equivalents a temps complet): amb el vector de producció induïda per branques i els coeficients d'ocupació aplicats, el total d'ocupació induïda queda en una forquilla entre 1.357 i 2.315 ETP, segons l'escenari i el mínim/màxim.

Com ja s'ha explicat anteriorment, els ETP no són exactament "persones", sinó que 1 ETP=1 lloc de treball a jornada completa equivalent. Si parlem de persones, cal aplicar un factor de conversió que varia per sector (proporció de parcialitat, temporalitat, etc.). Les branques que més pes aporten a l'ocupació induïda són: indústria i energia, comerç/transport/hostaleria, immobiliàries, professionals i auxiliars i Administracions públiques-educació-sanitat.

L'ús de la matriu inversa de Leontief permet captar l'efecte total de la despesa induïda de les llars sobre el sistema productiu, incorporant de manera implícita totes les rondes successives d'interdependències sectorials. En conseqüència, la producció, el valor afegit brut i l'ocupació induïts estimats en aquest estudi ja reflecteixen l'impacte complet, i no únicament una primera onada d'efectes. Per aquest motiu, no es procedeix a calcular rondes addicionals, atès que això implicaria una doble comptabilització dels impactes.

DOCUMENT
PROVISIONAL

5.4 Síntesi final de l'impacte econòmic

Amb l'objectiu d'oferir una visió integrada i comprensible de la contribució econòmica del sistema de salut a les Terres de l'Ebre, a continuació es presenta una taula de síntesi que recull els principals resultats dels tres tipus d'impacte analitzats: directe, indirecte i induït.

La taula mostra, per a cadascun dels impactes, les magnituds estimades en termes de producció, VAB i ocupació equivalent a temps complet (ETP), expressades en forma de forquilla per reflectir la incertesa inherent a qualsevol exercici d'estimació econòmica territorial. Finalment, s'inclou una estimació agregada de l'impacte total, que permet dimensionar de manera clara el pes econòmic global del sector salut al territori.

Taula 26: Resum dels impactes del sistema de salut a Terres de l'Ebre

Tipus d'impacte	Producció (M€)	VAB (M€)	Ocupació (ETP)
Impacte directe		213 – 250	4.346-4.506
Impacte indirecte	1,30 – 1,40	0,65 – 0,70	21 – 23
Impacte induït	94,72 – 155,55	48.26 - 80.60	1.357 - 2.315
Impacte total	96,02 – 156.95	261,91 – 331,30	5.724 – 6.844

Font: elaboració pròpia

El VAB és una magnitud fonamental en comptabilitat territorial i macroeconòmica. El VAB mesura la riquesa generada per una activitat econòmica i es defineix com la diferència entre el valor de la producció i el valor dels consums intermedis utilitzats en el procés productiu. En termes econòmics, el VAB equival a la suma de les remuneracions dels assalariats, l'excedent brut d'explotació i els impostos nets sobre la producció. És la magnitud més adequada per comparar el pes real de diferents sectors econòmics dins d'un territori.

Els resultats de l'estudi indiquen que el sistema de salut —considerant l'impacte directe, indirecte i induït— genera un VAB estimat d'entre 262 i 331 milions d'euros anuals i sosté entre 5.724 i 6.844 llocs de treball equivalents a temps complet (ETP). Aquestes magnituds situen el sector salut com un dels principals pilars econòmics i ocupacionals del territori.

La taula següent mostra una comparació orientativa entre el sistema de salut (impacte total estimat) i altres sectors econòmics rellevants de les Terres de l'Ebre, mitjançant

dades de VAB i ocupació provinents de la comptabilitat territorial d'Idescat i estimacions sectorials.

Taula 27: Comparació amb l'estructura sectorial

Sector	VAB anual (M€)	Ocupació (ETP)
Sistema de salut (impacte total)	262 – 331	5.724 – 6.844
Sector primari	257.2	7.110
Indústria	1.837	10.719
Construcció	280.3	5.748
Ac. Financeres	170.8	846
Hostaleria	299.4	5.421

Font: elaboració pròpia

Les xifres del VAB i ocupació d'altres sectors són estimades sobre la base de la distribució per sectors de les Terres de l'Ebre a partir de la comptabilitat territorial i d'IDESCAT per sectors grans (agricultura, indústria, serveis) i de dades de distribució sectorial relatives a Catalunya, ajustades territorialment.

Les magnituds comparatives revelen diversos aspectes importants del paper econòmic del sector salut al territori:

- **Dimensió relativa:** tot i ser un sector intensiu en ocupació, el seu VAB total estimat suposa una fracció significativa de l'economia local quan es compara al VAB de sectors tradicionals com agricultura, hostaleria o construcció. Aquesta contribució és especialment rellevant si es considera que la salut té una estabilitat cíclica superior a la majoria de sectors, la qual cosa li confereix un paper de palanca de resiliència econòmica.
- **Ocupació qualificada:** la salut no només genera riquesa, sinó que manté un volum de llocs de treball comparable o superior al de sectors que constitueixen tradicionalment eixos productius del territori (per exemple, hostaleria o agricultura). Això contribueix a reforçar el teixit social i econòmic local, així com a diversificar l'ocupació disponible per a la població.
- **Estructura productiva local:** el sector serveis és el principal component del VAB de les Terres de l'Ebre, amb un pes aproximat del 50,7% del VAB total del territori, cosa que situa la salut dins del nucli de l'estructura productiva local, tot i que per sota de la mitjana catalana.

Gràcies a aquestes característiques, el sistema de salut es consolida com un pilar de l'economia territorial, amb una funció més enllà de la prestació sanitària: actua com a motor d'activitat econòmica estable i d'atracció de renda local.

DOCUMENT
PROVISIONAL

DOCUMENT
PROVISIONAL

6. Resultats: Experiències, necessitats i propostes de futur dels professionals sanitaris i usuaris del sistema de salut a les Terres de l'Ebre. Anàlisi qualitativa

6.1. Descripció de la mostra

Per tal de conèixer en profunditat les percepcions, experiències, necessitats, reptes i propostes dels professionals sanitaris i dels usuaris del sistema de salut a les Terres de l'Ebre, es va desenvolupar una recerca qualitativa d'enfocament interpretatiu. Aquesta fase tenia com a objectiu explorar en profunditat els significats i les vivències associades al sistema de salut a les Terres de l'Ebre així com identificar oportunitats de millora percebudes pels diferents agents implicats.

En total, es van dur a terme dos grups focals i catorze entrevistes individuals, desenvolupats entre els mesos de setembre i novembre de 2025. Així doncs van participar un total de 32 informants. Els grups focals es van realitzar amb professionals de diferents àmbits assistencials, així com amb usuaris del sistema, mentre que les entrevistes individuals van permetre aprofundir en aspectes concrets emergits durant les sessions grupals.

L'accés als informants es va fer mitjançant fonts pròpies i la tècnica de mostreig per bola de neu, tot i que cal destacar la col·laboració de les direccions, gerències i col·legis professionals en la difusió de la crida de participants. Es va procurar garantir la heterogeneïtat del conjunt d'informants, assegurant la representació per professió, àmbit d'exercici, gènere i tipus de proveïdor (SISCAT, sector privat o àmbit universitari). Alguns participants ocupaven o havien ocupat càrrecs de gestió, fet que va enriquir l'anàlisi amb perspectives de nivell organitzatiu.

Les taules següents resumeixen les característiques principals dels participants dels dos grups focals:

Taula 28: Resum participants al Grup Focal 1

Professió	Àmbit	Centre	Gènere
Treballadora social	Hospitalari	HUTVC	Femení
Metgessa especialista geriatria	Atenció Intermedària	HSC	Femení
Tècnic emergències sanitàries	Extrahospitalari	Empresa privada en conveni SEM	Masculí
Infermer especialista Salut Mental	Salut mental	FPM-TE	Masculí
Farmacèutica	Farmàcia comunitària	Oficina de farmàcia	Femení
Psicòloga	Comunitari	Fundació privada	Femení
Fisioterapeuta	Atenció primària	Atenció primària ICS	Femení
Llicenciada ADE	Hospitalari	HSC	Femení
Infermera	Docència/recerca	URV	Femení

Font: elaboració pròpia

Taula 29: Resum participants al Grup Focal 2

Professió	Àmbit	Centre	Gènere
Nutricionista	Hospitalari	CTE	Femení
Metgessa especialista pediatria	Atenció Primària	Atenció primària ICS	Femení
Farmacèutica	Farmàcia comunitària	Oficina de farmàcia	Femení
Professora (usuària)	--	--	Femení
Metge especialista medicina interna	Hospitalari	HUTVC	Masculí
Metge especialista geriatria	Atenció Intermedària	HSC	Masculí
Treballadora social	Atenció Primària	Atenció primària ICS	Femení
Fisioterapeuta	Comunitària	Privada	Femení
Infermera	Hospitalari	HCME	Femení

Font: elaboració pròpia

Pel que fa a les entrevistes en profunditat, es van dur a terme de manera semiestructurada, seguint una guia temàtica que abordava qüestions relatives a la

qualitat assistencial, la coordinació entre nivells, la relació amb els usuaris, la gestió de recursos i la percepció del sistema sanitari territorial. Les entrevistes van ser enregistrades amb consentiment informat i posteriorment transcrits literalment per facilitar el procés d'anàlisi.

En la taula següent es resumeixen les característiques principals de les participants a les entrevistes en profunditat:

Taula 30: Resum participants entrevistes en profunditat

Professió	Àmbit	Centre	Gènere
Farmacèutic	Farmàcia comunitària	Farmàcia privada	Masculí
Metge especialista en medicina familiar i comunitària	Hospitalari	HUTVC	Masculí
Metgessa especialista en medicina familiar i comunitària	Atenció primària	Atenció primària ICS	Femení
Metge especialista en geriatria	Atenció intermèdia	HSC	Masculí
Infermer	Hospitalari	HCA	Masculí
Metge especialista ginecologia	Jubilat	Jubilat	Masculí
Metgessa especialista dermatologia	Hospitalari/Privat	SISCAT	Femení
Metge especialista pneumologia	Hospitalari	HUTVC	Masculí
Psicòloga	Comunitari	Privat	Femení
Infermera especialista atenció primària i comunitària	Atenció primària	Atenció primària ICS	Femení
Infermera especialista atenció primària i comunitària	Atenció primària	Atenció primària ICS	Femení
Metgessa especialista medicina interna	Hospitalari	HUTVC	Femení
Infermera especialista atenció primària i comunitària	Atenció primària	Atenció primària ICS	Femení
Infermera	Hospitalari	HCME	Femení

Font: elaboració pròpia

Les dades recollides es van analitzar mitjançant anàlisi de contingut, seguint un procés sistemàtic de codificació i categorització que va permetre identificar patrons, temes emergents i relacions significatives entre els discursos.

L'anàlisi va ser realitzada de manera inductiva, respectant la naturalesa interpretativa pròpia de la recerca qualitativa i garantint la rigurositat metodològica mitjançant la revisió independent i el consens entre investigadors. Per a facilitar l'anàlisi es va utilitzar el programari Atlas.ti 25.

DOCUMENT
PROVISIONAL

6.2 Anàlisi de contingut

En l'anàlisi es va procedir a la codificació i categorització de la informació recollida. En la majoria de categories es va assolir el principi de saturació informativa. Els codis més recurrents tant en les entrevistes com en els grups focals van ser: territori, manca de professionals, nou hospital i estudis universitaris.

Tot i la rellevància d'aquests codis, els informants van aprofundir en l'anàlisi de les necessitats de la població, incorporant aspectes clau com l'envelliment, la ruralitat i la salut mental, aquest darrer especialment destacat en el discurs dels professionals.

La imatge següent mostra un núvol de codis, on es pot apreciar la prevalença dels diferents elements identificats durant el procés analític.

Figura 2: Núvol de paraules



De l'anàlisi de contingut van sorgir les categories:

- A. Coneixement del territori i de la població.
- B. Situació actual del sistema de salut a les Terres de l'Ebre
- C. Propostes de futur per a la salut a les Terres de l'Ebre.

A. Coneixement del territori i de la població.

Aquesta categoria fa referència a tots aquells elements que els informants conceben com a trets diferencials del territori i que poden influir per una banda a les demandes de salut i per un altra, tenen un impacte sobre els recursos sanitaris. A continuació es detallen i s'analitzen aquells elements que van emergir del discurs.

Demografia

Els participants mostren una percepció clara sobre la dimensió poblacional de les Terres de l'Ebre. La xifra d'uns 180.000 habitants apareix de manera reiterada en el discurs:

"...és que les Terres de l'Ebre són 178, no sé si ara ja som 180.000"

Coincideixen en que el creixement poblacional ha estat ràpid. Tot i això cal entrar en detall de la xifra, i apareixen determinats demogràfics que impacten sobre el sistema de salut. D'aquestes 180.000 persones més del 30% presenten cronicitat i envelliment, elements que condicionen les demandes de salut i s'haurien de tenir en compte en la organització dels serveis de salut. Del discurs dels informants destaca que les Terres de l'Ebre presenten l'índex d'envelliment i sobre envelliment més alt de Catalunya. Així doncs aquests indicadors a les Terres de l'Ebre estan molt per sobre de les mitjanes de Catalunya i especialment les comarques d'interior que gairebé dupliquen l'índex d'envelliment i tenen percentatges de gent gran molt per sobre de la mitjana.

"...tenim quasi un 25% de la població més gran de 65 anys en el que això comporta, en envelliment, cronicitat, fragilitat, biopatologia, complexitat..."

Alguns elements condicionants relacionat amb l'envelliment són la cronicitat, fragilitat i la complexitat de cures, que més endavant entrarem en detall.

"Al ser una población más envejecida, tendrán más patologías. Aquí sí que, al tener más patologías, pues ya es un poco más compleja la situación. Entonces, la atención también de estos pacientes requiere un cierto nivel de atención."

Pel que fa als canvis sociodemogràfics, els professionals identifiquen que el creixement poblacional recent està fortament relacionat amb la immigració, ja que la taxa natural és negativa a causa del descens de la natalitat. En aquest sentit, també hi ha elements que condicionen les necessitats de la població i cal tenir en compte el binomi salut i social que analitzarem posteriorment.

"...en 25 anys s'han crescut de 150. 000 a 180. 000 habitants a Terres de l'Ebre, i aquests 30.000 són nous."

Dispersió

La dispersió geogràfica és un element estructural que tant professionals com usuaris identifiquen com a condicionant clau per a l'accessibilitat als serveis sanitaris. Tot i disposar d'uns 180.000 habitants, la seva distribució territorial dificulta la planificació i l'optimització dels recursos.

"...a més, la dispersió territorial, que per arribar al teu metge referent o al teu centre de referència tens un bon tros de camí i ja no diguéssim..."

"El problema que tenim a nivell de salut és la dispersió, molta dispersió."

1.3 Comparació territorial

Els dos aspectes comentats anteriorment són els que configuren la comparació territorial. Aquesta comparació es fa en clau d'equitat en salut. Segons el Departament de Salut de Catalunya equitat en salut significa que *"les persones puguin desenvolupar el seu potencial de salut independentment del seu estatus social o altres circumstàncies determinades per factors socials. L'equitat en salut implica que els recursos s'assignen segons la necessitat."* Aquest concepte està molt present i clar en el discurs dels sanitaris:

"...és que qualsevol ciutadà de Catalunya de qualsevol part del territori tingui les mateixes ofertes en quant a assistència sanitària que el de les capitals."

Aquesta dispersió fa pensar als informants que genera iniquitat en salut, comparat per exemple, amb zones més metropolitanes.

"Crec que tenim una població molt dispersa, poca població i molt de territori. Jo no sé quina és la població global de Terres de l'Ebre, però el territori sí que seria comparable al que és l'àrea metropolitana de Barcelona, i evidentment la població és una ínfima part."

"...però potser en àrees urbanes, estic pensant en Barcelona, Tarragona, penso que l'accés a serveis més especialitzats... és més fàcil."

"...si jo tinc un infart al Pinell de Brai, no tinc les mateixes oportunitats que si el tinc a la Rambla Nord de Tarragona. Això és així. I nosaltres ja sabem on vivim, però algunes coses sí que podrien millorar."

En aquest sentit es veuen propers a la mateixa iniquitat que es pot patir al Pirineu o al Priorat, en un àmbit rural.

"Qui parla de Terres de l'Ebre es parlaria del Pirineu, o altres zones de Catalunya: o el Priorat, per exemple, o la Conca."

En general, es té el concepte d'iniquitat global a les Terres de l'Ebre, però també existeixen diferències a les pròpies comarques de l'Ebre, sent la Terra Alta i la Ribera d'Ebre les més perjudicades.

"Nosaltres tenim programes, i segur que tots vosaltres també, tenim en la meua experiència, que tenim la dotació de programes de suport a la primària, per part de la psiquiatria de suport a la primària. Dos hores a la Ribera d'Ebre. Invertim més temps en anar, que el temps que tenim destinat per la població que tenim a la Ribera d'Ebre. Dos hores a Flix i una hora i mitja a Gandesa. I la resta, que són més hores, són desplaçament. Això és una absurditat. O sigui que aquestes hores d'assistència me'n gastem set. I els diners venen per la població que tens."

Del discurs dels professionals s'evidencia una manca de confiança amb els polítics, ja que segons els propis professionals són qui han de vetllar per garantir l'equitat territorial.

"Jo sempre he pensat que són pocs, i són pocs; no tenim força política[...]Suposo que sí que són conscients, són gent en principi preparada i tal, però no ho demostren. No ho demostren per allò que t'he dit abans, per a què invertir en estos 180 000 que, a més a més, bueno, és més fàcil reclutar tots estos vots a qualsevol altre lloc perquè hi ha menys inversió, i a més estes 180 000 són molt cars."

En aquets punt existeix una controvèrsia en el concepte clàssic d'equitat. Els professionals són conscients que les Terres de l'Ebre tenen poca població de referència sanitària per tenir alguns serveis terciaris, però per un altra banda aflora el concepte de dispersió i de llarga distància als centres de referència, i per tant, això fa que s'hagin de tenir serveis per a poder atendre aquelles persones que presenten patologies temps dependents. I si més no tenir recursos per poder fer que les persones arribin amb les millors condicions possibles als centres referents. Alguns exemples són la unitat d'ICTUS o l'helicòpter sanitari ubicat a Mora d'Ebre.

"...crea aquests desequilibris: que no tenim recursos que hauríem de tenir per equitat territorial. Un servei d'helicòpter del SEM o la unitat que estem reclamant per assistir als ICTUS, una sèrie de serveis que potser per a habitants no ens tocarien, però sí per a justícia territorial que l'hauríem de tenir."

"Molta més despesa, menys eficiència, menys sostenibilitat i un pitjor nivell d'atenció per a les persones. paraula clau, una iniquitat de Terres de l'Ebre en relació a la resta de territoris, perquè si nosaltres no tenim els recursos adients no podem parlar d'equitat."

També, destaquen la iniquitat en la prestació de serveis a hospitals externs, com es el cas dels usuaris de la Ribera d'Ebre, que havien de realitzar-se una ressonància magnètica i tenien reservades les hores a la nit i matinada.

"Per exemple, en el cas de la ressonància, que nosaltres per sort en inaugurarem una, però fins ara el nostre horari era a Tarragona de 12 de la nit a 4 de la matinada, amb la qual cosa la gent se n'havia d'anar a fer una reso i l'endemà no podíem treballar."

Resum de la categoria: Coneixement del territori i de la població.

En aquesta categoria s'ha analitzat de forma global i sense entrar en detall sobre aspectes sanitaris el que els participants a les entrevistes i grups focals pensen sobre la demografia i la geografia de les Terres de l'Ebre i com poden influir en la salut de les persones. Així doncs es ressalten aquests punts clau:

1. La població de les Terres de l'Ebre presenta uns índex d'envelliment i sobrenvelliment dels més elevats de Catalunya.
2. Aquets fets demogràfics generen cronicitat i fragilitat, elements que cal tenir en compte en les polítiques de salut.
3. Emergeix el concepte de dispersió geogràfica, i llarga distància a centres de referència.
4. Existeix iniquitat en salut a les Terres de l'Ebre.

Aquesta anàlisi evidencia la necessitat d'abordar la singularitat demogràfica i territorial de les Terres de l'Ebre per dissenyar polítiques sanitàries ajustades a les seves necessitats específiques.

B. Situació actual del sistema de salut a les Terres de l'Ebre

En aquesta categoria s'engloben tots els aspectes relacionats amb el sistema de salut a les Terres de l'Ebre. Tant els professionals que treballen en l'àmbit de salut, incloent els sanitaris i el personal de suport o no sanitari així com els usuaris reflexionen sobre la situació del sistema de salut, l'impacte que té sobre l'economia territorial, les mancances, els punts fort o les pràctiques que funcionen bé.

Es va demanar als participants que definissin la situació del sistema de salut en un paraula, i com es pot observar a continuació, els informants la defineixen amb paraules que d'entrada tenen una connotació negativa.

Figura 3: Agrupació de definicions sobre la situació de sistema de salut a les Terres de l'Ebre



D'entrada aquestes definicions tenen una mirada negativa, però aprofundint en el discurs dels entrevistats s'observa que inherent a la paraula hi ha aspectes positius sobretot relacionat amb la organització. El sistema de salut actual parteix d'un sistema orientat a la malaltia, partint d'un model biomèdic, i amb l'evolució temporal s'ha incorporat una visió holística de la salut ampliant les tasques de prevenció, rehabilitació i atenció a la salut mental, entre d'altres. També cal afegir l'augment de l'esperança de vida, que ha comportat un increment de les persones amb problemes crònics de salut i un augment de les persones amb fragilitat.

En aquest bloc temàtic analitzarem els determinants que fan que aflori aquest concepte, així com descriurem i reflexionarem sobre les vivències de les persones participants.

Impacte econòmic

Tot i que la major part dels entrevistats tenen un perfil sanitari, o relacionat amb les ciències de la salut són conscients del gran impacte que generen les empreses que presten serveis de salut, i defensen la hipòtesi que és el principal sector econòmic a les Terres de l'Ebre. En aquest sentit es té com a referència l'Hospital Universitari de Tortosa Verge de la Cinta com el major centre ocupador i l'ICS com la empresa més gran al Territori.

"La gran empresa que conec aquí és la sanitat. L'Hospital Verge de la Cinta és la principal empresa de les Terres de l'Ebre, és la que dona treball a més persones i té un impacte econòmic brutal en tots els que venen de fora, els residents."

"ICS era l'empresa més gran de les Terres de l'Ebre."

En aquest sentit, cal sumar tots els proveïdors sanitaris, així com totes les empreses que treballen de forma directa o indirecta al sistema de salut per poder calcular l'abast de l'impacte econòmic.

"...estem parlant de llocs de treball directes. Si parlem d'indirectes, estàs parlant de transport, estem parlant de gent que treballa potser al Verge de la Cinta en radiologia, però no són treballadors del Verge de sinó d'empreses subcontractades neteja. Sí, sí, sí, sí, sí, l'impacte és clar. Tot aquest impacte en persones."

El mateix passa a les ciutats que disposen d'un hospital comarcal, com és el cas d'Amposta:

"A nivell municipal passa igual; aquí, una gran empresa municipal és l'hospital. Més de 300 treballadors, enmig de la ciutat; això té un pes important."

Els mateixos informants són conscients de l'impacte indirecte sobre el territori, com per exemple en la mobilització del sector immobiliari de les principals ciutats, així com en l'impacte de consum en bens i serveis.

"És com les cases, quan es va fer l'Orleans, es va fer ple de metges i infermeres. Quan es va fer quatre camins, ple de metges i infermeres. Quan s'ha fet Voraparc, estem metges i infermers. S'ha fet la Torre metges i infermers, conforme s'han anat fent nuclis poblacionals nous i tal i qual, i a vegades en un preu més elevat de la mitjana s'ha omplert de persones, metges sobretot, i metges i infermeres, uns metges d'uns 35, 40, 45 anys. Vull dir que nosaltres, evidentment, que tenim un

impacte sobre el consum, sobre els guanys i el consum, jo penso que sí. A partir d'aquí, jo crec que sí que som una part important."

"...són molts els salaris que impacten el territori."

Cal posar en valor també, les farmàcies comunitàries com un servei disponible en molts municipis, amb aquest binomi de servei públic però sent una empresa privada, que en alguns nuclis rurals és el servei sanitari més disponible, però alhora té unes característiques empresarials diferents a la resta de serveis.

"A les poblacions petites cada vegada perden més número d'habitants, aquestes farmàcies, de moment, han tancat un parell a Terres de l'Ebre i pensem què podria passar, perquè aporten molta càrrega assistencial pel professional, moltes hores de feina, i la farmàcia al final és una empresa privada que fa un servei públic."

Necessitats, demandes i punts de millora

Aquesta categoria partia d'unes definicions fetes pels participants a les entrevistes i grups focals. Posteriorment es va demanar que analitzessin la seva descripció i d'aquestes van sorgir elements de millora però també punts positius, que s'analitzaran posteriorment.

Les necessitats o punts de millora venen determinades per dos factors clau, per una banda els canvis en les demandes dels usuaris i per un altra manca de recursos tant personals, materials i/o organitzatius per satisfer el volum i complexitat d'aquestes demandes. També s'evidencien iniquitats territorials.

Canvis en les demandes poblacionals.

Els sistemes de salut d'arreu del món han experimentat canvis substancials en les darreres dècades com a conseqüència directa de la transformació de les demandes de la població. Aquests canvis responen principalment a l'envelliment poblacional, l'augment de la multimorbiditat, l'evolució de les expectatives dels pacients, l'impacte de la pandèmia de COVID-19 i l'expansió de la salut digital com a nou estàndard en la provisió de serveis. Aquest fenomen també està present a les Terres de l'Ebre. El sistema a d'estar preparat per donar resposta a aquesta demanda i això en moltes ocasions recau sobre la càrrega dels professionals. En aquest sentit cal repensar l'organització dels recursos assistencials per tal de poder donar una atenció de qualitat.

"A nivell d'envelliment, a nivell de pal·liatiu, cada vegada la gent se cura o se cronifiquen més malalties que abans directament te mataven. I ara les cronifiquen. Cronificar malalties que implica? Que tu després els has de donar una continuïtat assistencial i els has de donar una resposta que des del meu punt de vista no s'està acabant de donar. Sobretot en quant a, jo parlo des de l'hospital, en quant a el que jo anomeno sortir des de l'hospital."

En aquesta situació les necessitats de salut i d'atenció social es presenten de forma concurrent i el sistema de salut és la via d'entrada d'aquestes demanades socials que condicionen la salut, però que els professionals de salut es senten poc preparats per poder resoldre.

"Normalment comença per un problema social i genera un problema de salut, i el problema de salut no es pot resoldre si no hi ha l'acompanyament d'un recurs social. Això sí que t'impacta perquè acaba sent un consum de recursos molt intensiu. Aquí tenim un paper important, primària, i per la part hospitalària, sí que crec que hi ha una cosa que es podria potenciar, i és l'hospitalització domiciliària, que a vegades no la veiem o la passen pel damunt"

Recentment s'ha aprovat l'Agència per a l'atenció integrada social i sanitària, i per tant ha de ser un recurs clau per tal de poder crear i vetllar per aquest binomi salut-social amb la finalitat de poder canalitzar les demandes socials i de salut i augmentar l'eficiència del sistema de salut.

També els professionals detecten un augment de les visites urgents, destacant que ha augmentat el nombre de visites però disminueix la gravetat d'aquestes.

"Les urgències van augmentant entre un 5-7% cada any. Va augmentant el nombre d'usuaris que venen a urgències. Quan jo vaig començar encara no hi havia triatge, però les urgències eren com a més greus. I ara estem atenent molta patologia crònica i molta patologia banal, i això és multifactorial."

Això es deu a que la població valora la immediatesa de tenir accés a especialistes i un accés més ràpid a proves diagnòstiques.

"...si m'he luxat el dit i puc esperar perfectament amb el metge capçalera que em doni la radiografia, que tardarà... tres setmanes o quatre, però que jo si em colo, i vaig a urgències, i aconsegueixo la placa, ja la tinc, i amb una mica de sort surto d'allà en una visita al traumatòleg d'aquí dues setmanes. Sabent que ho faig mal"

fet, però perversió del sistema. Perquè si ho faig ben fet, molt probablement me donaran visita per la meva salut...."

Un altre factor important és la informació que adquireix la població a través de les xarxes i les tecnologies de la informació i comunicació, moltes ocasions esbiaixada, i que fa que els usuaris tinguin unes demandes més elevades, amb un sobrecost i sense evidència científica.

"Jo no vull un TAC, vull una ressonància. O yo no quiero ambulancia grupal, la quiero individual, o no, yo no quiero ambulancia, yo quiero taxi, o yo, no voy, jo vull psicoterapia com que ho veig a la tele, i vull la ressonància. Si pot ser demà, millor que després demà."

En el discurs dels participants es repeteix una idea per tal de poder ordenar aquesta demanda. Dotze dels entrevistats apunten a l'establiment d'un sistema de copagament. El model de copagament que proposen és per aquelles visites que els professionals consideren que no estan justificades. Així com també pel fet de no anul·lar una visita si no es pot assistir.

"Però jo penso que sí que hi hauria d'haver un copagament a nivell fiscal, algun tipus de repercussió en la mala o incorrecta utilització dels recursos, en la no assistència a una visita concertada i no anul·lar-la, en la utilització d'un recurs sanitari tipus transport perquè el meu fill no em pot portar, doncs ho portem nosaltres, però us pago una miqueta. O el col·lapse d'urgències per motius no justificats"

També constaten el sistema educatiu com un aliat a l'hora de fer educació sanitària i educació sobre els recursos de salut. Al mateix temps que creuen que l'educació emocional a les escoles pot ajudar a disminuir la demanda als recursos específics de salut emocional o mental.

"I si incorporem la prevenció? I si anem a les escoles? Comencem abans que la gent se'ns ofegui. Aquesta és la meva proposta des de la meva perspectiva. Potser els recursos no arribarem a tindre aquestes despeses de fàrmacs de psiquiàtrics de professionals."

Tot i aquests canvis en el model de demanda els professionals destaquen que en els nuclis rurals la demanda està més continguda. I destaquen dos característiques importants, per una banda l'educació de la gent gran sobre el recursos de salut i per un

altra, la xarxa comunitària de suport que es crea, encara avui dia, als pobles de les Terres de l'Ebre.

"Però és que inclús com a cuidadors, la gent d'àmbits més rurals, són supergrans cuidadors. Nosaltres, un hospital a domicili, tenim molta més gent que és de poble que és de Tortosa ciutat, per dir-te alguna cosa, perquè la gent se queda a casa, cuida dels seus, entre tots tenen una xarxa, ara vindrà la veïna i estarà unes hores, i després vindrà el germà i després vindrà... Vull dir, tenen més consciència de comunitat i d'ajudar-se entre ells, que això és superimportant."

Manca professionals

Una necessitat percebuda pels propis treballadors i que condiciona el sistema és la manca de professionals. La manca de professionals sanitaris és una evidència integral de Catalunya i de l'Estat Espanyol. Però es veu més accentuada a les Terres de l'Ebre. En aquest sentit i, segons dades facilitades pels col·legis professionals a Tarragona falten 1000 infermeres per poder arribar a igualar les ratis europeus. El mateix passa amb el col·lectiu mèdic. La manca de professionals impacta directament sobre l'assistència i amb la sobrecàrrega dels altres professionals i els informants es mostren preocupats per aquest dèficit. Els mateixos informants afirmen dos elements clau per aquesta fuga de professionals, per una banda que les Terres de l'Ebre no són un territori prou atractiu, bàsicament a nivell de serveis, i per un altra banda per la limitació d'oportunitats per a desenvolupar-se professionalment.

"Estem a un extrem, allunyats de Barcelona. Avui dia, treballar a la sanitat pública ja no és pels joves professionals, ja no és d'això. O sigui, ja ells s'hi guanyen la vida perfectament. Per exemple, l'anestesista s'hi ha guanyat molt millor, tres o quatre vegades millor la vida treballant a Barcelona, ara en aquesta clínica, que no pas venint al Verge de la Cinta."

"...la zona no li deu resultar atractiva pel motiu que sigui. Perquè molts diuen: joestic a Barcelona i tinc de tot. Molts diuen: puc anar al teatre i puc fer el que sigui, i després no acaben anant-hi una vegada a l'any, però ho tenen allà. Però és la seva visió, diguéssim. És veritat que el tema dels casos, així com més complexos, més interessants, ..."

Per tant, els professionals demanden recursos i oportunitats que els puguin ajudar a desenvolupar-se professionalment. Així doncs cal incentivar elements com la recerca, la complexitat, i el treball en xarxa amb altres centres de major complexitat.

"Perquè tu el que ofereixes quan ofereixes un contracte aquí és 100% assistencial i molt poca tecnologia. Jo què sé, nosaltres al servei només tenim un ecògraf, tu vas a un altre hospital...i cada consulta de medicina interna té el seu ecògraf i quasi cada planta té el seu ecògraf. I parlo d'ecògraf, que és com el més bàsic que podem tindre els internistes."

Els informats que es dediquen a la gestió parlen d'una estratègia territorial per a la captació i retenció de professionals.

"No, això es veu en la falta de personal que hi ha, que cadascú... és com la supervivència d'agafar el seu personal. Hem de cooperar amb els professionals, que aquí cadascú quan contracta..."

Per tal de solucionar aquest dèficit, en els darrers anys, les institucions han contractat metges extracomunitaris, amb la titulació tant de medicina com d'especialista del país d'origen. Existeix la via de reconeixement i homologació a l'Estat Espanyol, però és un procés lent que pot trigar fins a cinc anys. Aquests professionals estan cobrint vacants i per tant disminuint les llistes d'espera, però es generen dubtes i reticències entres els mateixos professionals sobre les competències i capacitats dels metges extracomunitaris.

"Les persones que venen de països estrangers, que no saben quin nivell té la seva formació base."

Per contra hi ha elements identificats que fan que es pugin quedar els professionals al territori, en primer lloc que puguin establir un projecte personal a les Terres de l'Ebre i relacionat amb aquest primer factor el preu de la vivenda que encara és assequible.

"La gent jove que fa la residència aquí, que només es queda si és en parella, perquè decideixen marxar a casa seva."

La manca de professionals, repercuteix directament amb els professionals consolidats al territori que obliga, per exemple que hagin d'assumir més hores de guàrdia comparat en altres llocs on la manca de sanitaris no es tant notòria. Tenim per exemple el cas d'un metge sènior que es veu obligat a fer 5 guàrdies al mes.

"Ni pagant perquè a més a més arriba un moment de la vida que no hi ha diners per a pagar-te un dissabte; no hi ha diners per a pagar-te un dissabte perquè jo, xico, lo tengo todo pagado, i el dissabte jo passejo, vaig cap aquí, vaig cap allà. La dona, surto o no faig res. El temps, cada vegada, se va fent més valuós i això tampoc ho contempla la empresa. Això és un conflicte més laboral i t'he parlat dels metges, que és el que conec però és un sistema pensat que si, al principi has de fer guàrdies perquè treballem a guàrdies i jo no em queixo d'això perquè jo ja sabia en quin negoci m'he ficava, però que quan passen els anys, potser has de començar a valorar el que sap un metge sènior i és això el que has d'explotar i has de pagar."

Un altre impacte, és la manca de professionals superespecialitats o consultors de referència al territori, i aquest dos factors fa que alguns professionals considerin marxar del territori.

Per finalitzar aquesta categoria cal abordar un tema que afecta tant a les demandes de la població com a la manca de professionals. Ens referim a l'augment de les assegurances privades i a la doble cobertura. Segons l'última enquesta de Salut de Catalunya (2024) indica que un 33,9 % de la població té doble cobertura sanitària. Aquesta doble cobertura és més freqüent entre les persones joves o de mitjana edat, amb un nivell d'estudis més alt i de classes socials més benestants. Fet que fa augmentar la iniquitat en salut. Els professionals de les Terres de l'Ebre són conscients d'aquest fet, així com de la construcció d'un nou hospital privat amb serveis terciaris al Camp de Tarragona. Aquest fet té un doble impacte, per una banda hi ha professionals que migren dels hospitals públics cap als privats, augmentant aquesta manca de professionals.

"Doncs mira, impacta en que moltíssimes companyes, jo incluída, hem rebut ofertes de treball del Viamed, que és l'hospital nou que s'ha construït en no res a les afores de Tarragona, on t'ofereixen triar l'horari, triar el sou, triar si vols o no vols guàrdies. Tens unes consultes espectaculars, habitacions privades, clar, t'ofereixen això que és com l'ideal de treballar per a un metge. I què passa? Doncs que la gent se'n va, perquè al final per amor a l'arte no pots sobreviure, perquè al final tindre un hospital que se cau a trossos implica que tu estàs fent una mala assistència o no l'estàs fent tot el bé que s'hauria de fer."

Tot i això entre els professionals apareix el concepte de "bona assistència" i "mala assistència" i consideren que la medicina privada és condicionant per poder oferir qualitat assistencial.

Alguns professionals que tenen doble exercici, veuen la privada no com un negoci sinó com l'alternativa a poder oferir serveis a la població no inclosos a la cartera de serveis de la sanitat pública.

"...aquí que jo tinc coneixement, a totes les Terres de l'Ebre no hi ha cap consulta dermatològica que pugui aportar-te, a part dels coneixements mèdics, aquesta complementarietat, per exemple, tractaments de làsers o tractaments infiltratius, però que siguin de qualitat. No n'hi ha de base, però que a part t'aporten que l'aparatura sigui efectiva, d'alta gamma, que pugui tenir uns resultats satisfactoris. Seguretat i efectivitat serien les dues coses. I això molta gent és el que va a buscar fora."

Al mateix temps són conscients que aquells casos de major complexitat és la sanitat pública que els acaba gestionant, ja que la sanitat privada té una visió merament empresarial.

"Jo penso que això tots aquests dèficits a la sanitat pública no són casuals. És una maniobra senzillament, és la destrucció dels serveis públics, poquet a poquet. Els vas degradant i això és el que està passant. La destrucció de la sanitat pública és el que està passant ara. La degrades, la devalues, la depraves i després dones la solució, que és la privada. La privada no pot mai perquè el concepte de privada significa que hi ha un guany."

Altres necessitats

En aquest punt s'analitzen altres mancances i/o necessitats com a territori que impacten directament al sistema de salut i per extensió, en la salut i qualitat assistencial dels ciutadans de les Terres de l'Ebre. Si s'hagués de resumir aquest apartat en un concepte parlariem de dotació econòmica per fer les diferents millores.

Una de les necessitats més importants que destaca és la inversió en infraestructures. Sense entrar en el tema del nou hospital, que s'aborda en un altre punt, tant usuaris com professionals apunten a dos mancances essencials: el transport i les comunicacions.

Pel que fa al transport manifesten que cal, per una banda millorar la xarxa de carreteres per millorar la mobilitat interna entre les Terres de l'Ebre i cap a les ciutats de referència com són Tarragona i Barcelona. I per un altra banda, cal millorar la xarxa de transport públic.

"Jo crec que s'han de millorar les infraestructures. No pot ser que arribar de Tortosa a Barcelona costi més que fa 40 anys i amb el servei públic dels trens s'hauria d'invertir més. Això és increïble que ens estigui passant encara. També, amb l'AP7, des que va passar a ser gratuïta, que era una gran reclamació dels ciutadans, el que no s'ha fet és fer la infraestructura paral·lela per a descongestionar una mica el trànsit. Surts avui en dia de Terres de l'Ebre i vols arribar a Barcelona i no saps a quina hora arribaràs..."

El fet del transport i les xarxes de comunicació no només impacta sobre els ciutadans sinó que també els mateixos professionals pensen que és un impediment per poder captar professionals. En aquest sentit manifesten que si tinguéssim una xarxa de transport millor podríem tenir professionals treballant a Terres de l'Ebre i vivint a altres ciutats com Tarragona.

"Penso que és molt important en transport perquè també és un altre problema que tenim, dues o tres plataformes reclamant un transport digne a tot el sud de Catalunya i perquè la gent tingui més fàcil vindre, perquè tothom és de Barcelona. Aquí doncs, si són 7 milions de catalans, els 4 estan allà a Barcelona. Has d'atraure aquests professionals i posar-ho molt fàcil. Ho has de posar molt fàcil. Si tenen un transport fàcil, barat i públic, i aquí tenen un hospital en què puguin créixer professionalment, la zona creixerà"

Relacionant amb les infraestructures una de les demandes que hi ha, sobretot manifestada pels professionals de l'àmbit rural, és la millora de les xarxes de telecomunicacions.

"Hauríem d'invertir més en consolidar les comunicacions i després també garantir que la xarxa d'internet arribi a tots els punts. La cobertura mòbil arribi a tots els punts i això no és així encara."

Deixant les infraestructures a banda, creuen que cal una aposta ferma per l'atenció primària. Tant usuaris com professionals consideren l'atenció primària com el nucli de la relació ciutadà-sistema de salut i sobretot valoren la proximitat, la confiança i la continuïtat.

"S'ha d'invertir més en atenció primària per recuperar una mica la sensació que té el ciutadà que potser ara no és prou àgil, no dona la resposta prou àgil com la donava fa 10 o 15 anys..."

Manifesten que calen recursos per millorar l'accessibilitat al teu professional de referència.

"Home, veig l'atenció primària que falta molts recursos; falten recursos i millorar l'accessibilitat. Perquè, clar, et diuen l'accessibilitat: si tens algun problema, ves-te'n a urgències, però el teu metge no et podrà visitar fins d'aquí 15 dies o més. Això trenca la relació que sempre hi ha hagut, metge-malalt, i per mi és fonamental; és important trenca la relació aquesta."

Relacionat amb l'atenció primària consideren que també cal reforçar els serveis de salut mental i social.

Aspectes positius

Tot i les mancances comentades, els informants també valoren els aspectes positius tant del territori com del sistema de salut. Referent al territori, predomina el concepte de "viure bé". Els entrevistats valoren molt positivament la seva forma de vida i la vida que les Terres de l'Ebre els hi dona.

"...té moltes coses bones i que se viu molt bé."

Valoren el contacte amb l'entorn natural, el preu de la vivenda, les facilitats per desplaçar-te dins els nuclis, i sobretot el que anomenen ritme de vida.

"No vivim igual que els de Barcelona, eh? ni en el ritme, ni en el desplaçament a l'hora d'anar a treballar. Tens la platja a quatre passos, tens la muntanya, tens la vivenda que tampoc no val el mateix que si us a una gran capital."

Ja entrant en el sistema sanitari es valora l'estabilitat laboral i són conscients que els proveïdors de les Terres de l'Ebre poden oferir aquesta estabilitat.

"A Tortosa sincerament no conec ningú que porti 10 anys de becari, per dir-te que això a Barcelona passa i potser arribes als 50 i encara ets becari. Això aquí és impensable, aquí tens bons contractes de feina, l'ambient és bo, l'ambient de treball en general és bo, se viu bé, és tot més barat, totes les coses, si ho fiqués en una balança hi ha gent que li compensa estar aquí."

El fet de ser un territori petit fa que entre tots els professionals s'estableixin vincles i això fa que existeixi una comunicació fluida. En aquest sentit els professionals valoren aquesta proximitat com un element de valor.

"...som poca gent, sempre és més fàcil treballar en equip, coordinar-te, trobar-te, parlar, fer-ho tot com més personalitzat."

"...perquè moltes vegades el fet que ens coneguem també diu: hòstia, és una derivació que fa la Bea, és una derivació que fa la Susana, és una derivació que fa fulanita, doncs tant, no? És molt personal, depenent tant la derivació que pugui fer jo com la resposta que em puguin donar ells."

Si que com a element a destacar, és la percepció que tenen els propis professionals que aquesta comunicació funciona per la bona voluntat dels professionals i per tant, pensen que seria interessant que es reconegués d'alguna forma institucional.

"Todas estas unidades o proyectos que funcionan, he de decir que funcionan por las características intrínsecas de las personas que componen el grupo, no porque se ve o porque las Direcciones, etc. hagan eso posible, que para mí está muy bien que funcione, pero debería de ser facilitarlo. Y el éxito está en las personas. Y eso es triste, porque son personas que se empeñan, aunque tengan que ser fuera de obra, porque están como muy entregados a eso. Pero eso también se agota. Ese primer impulso está muy bien hacerlo, pero...Tengo que decir que el mérito no es de la organización. El mérito es de las personas, fulana, mengana y futana."

Resum de la categoria: Necessitats, demandes i punts de millora

L'anàlisi de les necessitats i demandes del sistema sanitari a les Terres de l'Ebre posa de manifest un conjunt de reptes estructurals i emergents que condicionen tant la qualitat de l'atenció com les condicions laborals dels professionals. Les transformacions demogràfiques, socials i tecnològiques han modificat profundament les expectatives de la població i la manera com aquesta utilitza els recursos sanitaris. Al mateix temps, la manca de professionals, les desigualtats territorials i el creixement de la doble cobertura tensionen encara més un sistema que ja opera al límit. Tot i això, el territori també presenta fortaleeses vinculades al seu model de vida i a la proximitat entre professionals i serveis. A continuació es recullen quatre punts clau que sintetitzen els elements principals identificats en l'anàlisi.

- Canvi i augment de les demandes poblacionals: L'envelliment, la multimorbiditat, la digitalització i les noves expectatives dels pacients generen més demanda, sovint poc adequada, i carreguen el sistema i els professionals.

- Manca de professionals i dificultat per retenir talent: Les Terres de l'Ebre presenten un elevat dèficit especialment d'infermeres i metges, agreujat per la poca atractivitat territorial i les limitades oportunitats de desenvolupament professional.
- Infraestructures insuficients: Carreteres, transport públic i telecomunicacions deficientment desenvolupats limiten tant l'accessibilitat de la població com la captació de professionals sanitaris.
- Aspectes positius del territori i del sistema: Es valora la qualitat de vida, l'estabilitat laboral, el bon ambient professional i la proximitat que facilita la coordinació entre equips, tot i que depèn de la voluntat individual.

C. Propostes de futur per a la salut a les Terres de l'Ebre.

Aquesta categoria inclou aquella mirada cap al futur de la salut a les Terres de l'Ebre. Cap on els usuaris i professionals volen que vagi el sistema actual i també s'analitzen algunes propostes realitzades en les entrevistes i els focus grup. Es va treballar sobre dos elements que en el moment de l'estudi són d'actualitat com la implantació dels estudis de medicina i la proposta d'ampliació i construcció d'un nou hospital de referència territorial. Finalment es descriuen i s'analitzen algunes propostes aportades pels participants.

Ampliació Hospital Universitari de Tortosa Verge de la Cinta i nou hospital de referència

L'any 2006 es va anunciar la construcció d'un nou hospital a les Terres de l'Ebre. Des de llavors han passat pel govern diferents partits polítics i la proposta s'ha anat transformant fins a l'actualitat on es conviu amb una doble proposta, per una banda la construcció d'un nou hospital de referència a les Terres de l'Ebre i l'ampliació de l'actual Hospital Universitari de Tortosa Verge de la Cinta.

Els professionals i usuaris coincideixen que l'actual hospital de Tortosa, construït ara fa 50 anys s'ha quedat obsolet. També coincideixen que cal una inversió en infraestructures sanitàries per atreure i retenir talent.

"Aquest hospital ara celebrarem el 50 aniversari i és un hospital obsolet. Obsolet i menut. I és difícil aquí anar creant la infraestructura que pugui atraure gent i que pugui donar el servei que fa falta a les Terres de l'Ebre. Llavors la inversió ha de ser en infraestructures."

Tot i això existeixen diferències en el discurs dels informants. Alguns són partidaris de la doble proposta, altres pensen que cal apostar només per la construcció d'un nou hospital, hi ha qui presenta idees disruptives i al mateix temps sorgeix la pregunta sobre quin model territorial volem i que passa amb la resta de centres que configuren el territori.

Abans d'entrar al detall cal fer un incís en la visió que tenen els entrevistats sobre els polítics al capdavant de les diferents propostes. Els informants creuen que hi ha una divergència entre les propostes polítiques i les necessitats reals del territori, al mateix temps critiquen la demora en la execució de les obres.

"...però han vingut aquí 5 consellers a explicar-nos tot el que faran i l'Hospital nou, i que som importants i que som part de Catalunya. I, xico, aquí no arriba res, no arriba res."

"A mi em costa d'entendre, no soc polític, però em costa d'entendre que estiguem 10 anys pensant en on se farà un hospital. Ni soc polític ni ho vull ser, però me costa molt d'entendre com passa el que passa. No m'entra al cap."

També valoren que calen polítics compromesos amb el territori i no tant lligats a ordres dels partits, i al mateix temps qüestionen que alguns càrrecs siguin polítics i no tècnics.

"...potser nombrem gent, càrrecs de gestió que no té coneixements de gestió, i en canvi, per càrrecs tècnics falten, no sé, aquesta dicotomia que parlem."

Ja entrant en matèria la majoria dels informants veuen necessari un nou hospital de referència a les Terres de l'Ebre. No entren a debat sobre la ubicació, el que coincideixen és en les característiques que ha de tenir. Sí que reclamen trencar amb la concepció clàssica dels hospitals de fa 50 anys i demanen un hospital modern i atractiu. Algunes de les característiques que van mencionar per al nou hospital: accessible, modern, adaptat tecnològicament, amb capacitat de creixement, humà, i també proposen la necessitat de centralitzar alguns serveis en aquest nou centre. Coincideixen en que cal una bona planificació territorial.

"Jo veig que l'hospital Verge de la Cinta és un hospital que ja per l'activitat que hauria de fer; hauria de modernitzar-se tant o de fer tantes reformes que al final el millor és que hi hagi un de nou [...] Crec que és una oportunitat pel territori de crear un bon hospital de referència amb una ubicació correcta, però crec que això hauria de ser al final, al final d'una bona planificació territorial. O sigui, no ha de ser al

revés, no ha de servir un nou hospital per planificar de nou, sinó que ha de ser al revés; hem de planificar de nou i valorar la ubicació, com ha de ser el nou hospital, etc."

Pel que fa a l'ampliació del HUTVC existeixen opinions oposades. Hi ha un grup que defensa que degut a la demora en la construcció del nou hospital cal fer-ne una ampliació urgent ja que les mancances actuals poden impedir l'activitat amb normalitat.

"Fins que arribem a l'hospital nou necessitem una ampliació perquè no tenim consultes, no tenim hospital de dia. Nosaltres tenim una falta molt greu d'espais a l'hospital. Perquè tu a vegades tens professionals parats perquè no tens espai. Tindre un cirurgià parat perquè no té un quiròfano on operar és un crim. És un crim en les llistes d'espera."

"És que tenim patologies de Tortosa que hi ha llistes d'espera de 3 i 4 anys. Necessitem l'ampliació ja, el més ràpid possible, si hagués hagut de començar ja".

Per contra hi ha els que pensen que ampliar l'actual hospital és un malbaratament de recursos i que cal centrar els esforços en la construcció del nou hospital.

"Tampoc veig normal és que s'estiguin gastant els milions que es gastaran en l'ampliació d'un nou hospital per després d'haver-ne un altre nou hospital que te gastarà igualment el triple o quadruple de milions."

Finalment en el discurs alguns informants exposen que cal analitzar que es farà amb l'actual edifici, que per a molts es una incògnita.

"El gran edifici que és el Verge de la Cinta, què farem d si realment ho externalitzem tot a un altre lloc?"

En el discurs dels informants apareix una proposta poc coneguda fins al moment, que es la proposta de creació d'un centre satèl·lit o hospital lleuger que doni servei a la resta de centres i en aquest sentit pot descongestionar l'actual HUTVC.

"Jo el que faria és una estructura diferenciada entre hospital d'assistència, aguts, planta, quiròfans, UCI i tal, i hospital de consultes externes. Mira, l'entrada de Tortosa."

"...un hospital lleuger, un hospital de baixa i mitja complexitat. I s'ha fet tota una sèrie de serveis al Verge de la Cinta, que és un espai enorme, al Verge de la Cinta per desenvolupar laboratoris d'investigació."

"Però al final de vegades me'n plantejo, no sé si era un que me'n vaig molt o no. És a dir, pots arribar a tindre dos edificis, dos hospitals, en el qual, un, jo crec que es pot centralitzar en segons quin tipus d'atenció, en poder tenir espai, poder tenir els recursos necessaris per a les especialitats, i l'altre, amb altres tipus de recursos. Si necessitem que estigui al costat de Jesús, anem a veure quines especialitats o quins serveis podem oferir-li, que també ens aporta les coses a l'altra part. I potser l'antic hospital se pot quedar amb segons quins serveis o amb segons quin és com un hospital més de dia, de coses més concretes que potser no necessito, segons què."

En aquest punt del discurs apareix la presència dels hospitals comarcals al territori. En aquest sentit els informants pensen que cal reforçar el paper dels hospitals comarcals com a punts estratègics d'atenció, garantint la qualitat i la seguretat dels serveis a la població.

"Com no ha de tenir sentit un comarcal? Clar, si no pensen en les persones, no té sentit un comarcal. Però si pensen en les persones, jo no et dic Amposta que està a 10 o 14 quilòmetres, però mora a 50 quilòmetres. És absurd pensar que la gent de la Bisbal o la gent de Cabassés, que venen a Mora i que són de Terres de l'Ebre perquè estan a la nostra regió, tenen una hora i vint minuts per arribar. Totes les visites i les consultes que fem, totes les pròtesis de ginoll, de cadera, de catarates, tot això, que hem de desplaçar a un únic hospital. Jo, per mi, com els que et digui de tot el sentit del món, el tinc en un comarcal. Ara, que no farem una intervenció a cor obert? Doncs no. Són els primers que que ho diem per que volem qualitat amb una cartera de serveis bàsica."

Implementar més estudis universitaris

Relacionat amb el nou hospital sorgeix la qüestió dels estudis universitaris a les Terres de l'Ebre. En general els participants valoren de forma molt positiva per al territori que hi hagi una gran oferta d'estudis universitaris a les Terres de l'Ebre per l'impacte econòmic sobre les comarques de l'Ebre i com a mesura per captar nous professionals. Posen com a exemple de la Facultat d'infermeria.

"A mi em consta que infermeria té molt prestigi. A infermeria ha sortit molt de prestigi. Per tant, a medicina pot passar igual."

Es valora de forma molt positiva la proposta d'implantació per als estudis de medicina pel fet que posicionaran a les Terres de l'Ebre i per tant es coneixeran entre els futurs metges. Ara bé consideren que cal tenir un pla estructurat i comptar amb els professionals necessaris. En aquest sentit, tenen dubtes sobre l'èxit de la Facultat de medicina. Creuen que per començar els estudis de medicina cal establir sinergies entre els professionals, buscar els docents adequats, ja que al territori en manquen i a partir d'aquí començar a construir la Facultat. I en aquest sentit creuen que el nou hospital és essencial.

"Vull dir, fem una selecció, fem aliances en altres universitats, perquè al principi tindran que vindre gent de fora a crear universitats. Gent que sàpiga crear universitats. Si, no farem el que ha passat en altres llocs, que anem una cosa autofàgica i una cosa saps, només d'aquí, i només gent d'aquí, enxufats d'aquí, no. Això passa. Gent que està donant classes perquè és fulano o mengano, i això passa som endogàmics perquè, com que som a la perifèria, som endogàmics. Has de buscar gent de fora i anar creant universitats. Només la gent d'aquí i donant premis als polítics d'aquí perquè organitzen, gestionen, siguin el director, el subdirector, o el catedràtic"

"¿No? Sí, como aquí, siempre se intenta montar el tejado primero y después ya se ve que no se destinan los recursos no solo me refiero a material, sino también a horas humanas."

Al mateix temps sorgeixen dubtes sobre l'acollida a les pràctiques clíniques i la sobrecàrrega dels professionals.

"Però llavors també en este professional, si ell entra dins en aquesta docència, és a dir, és el que deia, hi ha gent molt saturada. És a dir, si jo vaig saturat de feina i em posen a un estudiant, òbviament diré, no, perquè és que no arribo. Llavors, jo crec que en este professional també s'ha d'oferir una part de dir, doncs... es redueixen hores perquè tu has de fer una formació,..."

Relacionat amb els estudis universitaris és manifesta la necessitat de la construcció i desenvolupament de la Facultat de Farmàcia a Tarragona.

"Nosaltres vam fer un estudi i dèiem que al voltant d'entre 25 i 30 alumnes cada any posen com a primera opció estudiar farmàcia i actualment sols es pot fer a Barcelona o a la universitat central o en una universitat privada. Per tant, sols amb aquests que ho posen com a primera opció ja gairebé ompliríem un curs. Però si a més a més tu ofertes a territori, estem segurs que molta gent ho acabaria triant. I això també podria ser un pol d'atracció d'altres províncies limitades, com Castelló, Terol, Lleida, fins i tot Barcelona, gent que no pugui entrar a Barcelona per números clausos. Això seria un pol d'atracció, al final és atraure talent. Després pensem també que el grau de farmàcia té una sortida professional molt àmplia."

Es destaca que les Terres de l'Ebre i el Camp de Tarragona tenen un potencial d'atracció d'estudiants d'altres comunitats com València o Aragó per la situació geogràfica.

Altres propostes de futur

Un dels elements que sorgeix en el debat és la integració de serveis. En aquest sentint els informants pensen que hi ha una bona comunicació entre els professionals del territori però està més relacionada per vincles personals que no per pactes institucionals. Posen per exemple que a nivell informàtic encara no es comparteix la informació clínica entre els diferents proveïdors. També destaquen diferències contractuals entre els diferents ocupadors. D'aquí sorgeix la idea i proposta de crear un proveïdor únic que gestioni tots els centres i els professionals de les Terres de l'Ebre.

"Muchas veces hemos tenido muchos problemas..., a ver entendedme, si fuéramos todos ICS o si vamos todos el mismo que paga, posiblemente se solventarían algunos problemas, no todos, pero algunos sí."

"Si fiquem com a repte, ja siguem més ambiciosos i creem només una empresa...que este projecte estava per altres partits polítics dels d'ara, estava fa 4 o 5 anys damunt de la taula, segurament milloraria la gestió d'entre empreses."

En el debat apunten que ja hi ha una empresa que és Salut Terres de l'Ebre i la veuen com la opció de futur per poder desenvolupar aquest projecte.

"Aquesta empresa que avui dia està funcionant, que es diu Salut Ebre, que aquesta empresa pròpia hauria de ser la gestora de tota la sanitat de les Terres de l'Ebre, de tota la sanitat."

En relació al sistema de finançament els professionals són conscients que el sistema a les Terres de l'Ebre esta infradotat i per tant proposen que s'estudiï el model de finançament i que es tinguin en compte factors com la complexitat de la malaltia de les persones ateses i la dispersió geogràfica.

"El director del CatSalut és completament conscient que s'han de canviar les fórmules i no se canvien. Clar, el primer, millorar les infraestructures. El segon, pagar per activitat, no pagar per infraestructura, perquè nosaltres tenim complexitat i activitat molt alta i per dir-te alguna cosa, el preu d'una cataracta a Tortosa i a Vall d'Hebron, que és la mateixa cataracta, a Vall d'Hebron la cobren tres vegades més. Doncs això és injust perquè Tortosa està operant el mateix en menys preu i està deixant de cobrar diners que podria cobrar per a medicació hospitalària, per a comprar tecnologia... I pagar per complexitat, i pagar per activitat i no per infraestructura, seria de lo principal, perquè un pacient que ingressa a medicina interna de Tortosa té lo mateix que un que ingressa a Bellvitge, per dir-te algo. El pacient estàndard de medicina interna. Per què allí han de cobrar-ho quatre vegades més que aquí? Pues no. Perquè al final hi acabem fent proves, hi acabem fent coses, i acabem de gastar un munt de pressupost que no tenim, perquè no se'ns està pagant igual."

En els últims anys s'han incorporat nous professionals dins a APiC com són fisioterapeutes, treballadores socials, psicòlegs, entre d'altres. S'ha constatat que donen un suport excel·lent però els mateixos professionals reconeixen que estan infradotats i alhora els agradaria poder ampliar la seva cartera de serveis.

"Més places de psicòlegs, tant primari com hospitalari, tindrem més places."

Al mateix temps cal repensar el sistema de salut per trencar el model hospitalcentrista i reforçar una atenció integral amb serveis d'atenció domiciliària com PADES, hospitalització a domicili, programa ATDOM entre d'altres.

"...també ens hem de moure més cap al domicili, més que no vinguin a un hospital com el nostre. Això potser seria més costós i menys eficient en termes econòmics."

Les farmàcies són un gran recurs present a molts de pobles i ciutats però que es senten infrautilitzades i proposen ser una peça més en el context assistencial, per això una de les propostes és la millora de la comunicació entre els centres de salut i farmàcies.

"...a nivell de farmàcia, per exemple, fem moltes campanyes. Ara estem en la campanya de la tensió arterial com a prevenció, mirem la tensió arterial, llavors si està molt alta, fem un seguiment de tres dies seguits, si està molt alta, l'enviem al CAP. Però aquí, què passa? Que de la farmàcia al CAP, molt bé, quan van al CAP, hi ha aquelles noies, els donen hora, al cap de tres setmanes, quatre setmanes. Se perd el diàleg, se perd tot el seguiment que han fet nosaltres de la tensió arterial, com més campanyes que fem. Ara estem en esta de la tensió arterial. Per això que he dit la prevenció abans..."

Finalment, els professionals proposen consolidar la formació i la recerca clínica de qualitat al territori, per tal de poder fer més atractiu el sistema de salut i així permetre el desenvolupament professional dels treballadors.

"Jo crec que s'inverteix moltíssim en formació. Jo parlo a més per la meua empresa. S'hi gasten més que mai de formació i al revés, és que a nivell meu s'està suposant un problema de... perquè si ho tenim el pla de formació ho has de poder oferir i arriba un moment que els convenis no es parlen... Pla de formació, conveni, quantes hores tinc, quantes... I dic, no, m'estàs oferint, però m'he tallat per una altra banda. Clar, és que arriba un moment que són moltíssimes, moltíssimes hores. Ho dic perquè tu abans fes una cara així, perquè no sé si et referís a les hores o al tema del desplaçament."

Resum de la categoria: Propostes de futur del sistema de salut a les Terres de l'Ebre

La reflexió sobre el futur del sistema de salut a les Terres de l'Ebre recull les percepcions, expectatives i propostes tant d'usuaris com de professionals davant els principals reptes estructurals del territori. En un context marcat per dèficits històrics d'infraestructures, manca de professionals i canvis en el model assistencial, emergeix la necessitat de repensar l'organització sanitària des d'una visió estratègica i a llarg termini. Aquest apartat aborda qüestions clau com la construcció d'un nou hospital de referència, el paper dels estudis nous universitaris com a motor de captació de més talent i la reforma del model d'organització i finançament, alhora que incorpora propostes orientades a un sistema més integrat, sostenible i adaptat a les necessitats del territori. A continuació es presenten cinc punts clau que sintetitzen els principals elements d'aquesta anàlisi.

- Necessitat d'un nou hospital modern i atractiu: usuaris i professionals coincideixen que l'HUTVC és obsolet i insuficient, i veuen imprescindible construir un nou hospital de referència, modern, flexible i ben planificat territorialment per atraure talent i garantir serveis de qualitat.
- Debat obert sobre l'ampliació del HUTVC: davant el retard del nou hospital, una part dels informants defensa una ampliació urgent de l'actual centre per evitar col·lapses assistencials, mentre que altres ho consideren un malbaratament de recursos que endarrereix la solució definitiva.
- Estudis universitaris com a motor de captació de professionals: la implantació dels estudis de medicina i l'expansió de l'oferta universitària es perceben com una oportunitat estratègica, sempre que es planifiquin bé, amb aliances externes, recursos docents suficients i protecció de la càrrega assistencial.
- Reforma del model d'organització i finançament: es proposa avançar cap a una major integració de serveis, fins i tot amb un proveïdor únic territorial, i revisar el model de finançament per contemplar la complexitat, l'activitat real i la dispersió geogràfica del territori.
- Canvi de model assistencial i reforç de recursos comunitaris: els professionals aposten per superar el model hospitalocentrista, potenciar l'atenció domiciliària, infrautilitzar menys recursos com les farmàcies, reforçar salut mental i consolidar la formació i la recerca com a eixos per fer el sistema més sostenible i atractiu.

DOCUMENT
PROVISIONAL

7. Limitacions de l'estudi

Com qualsevol estudi d'impacte econòmic de caràcter territorial, el present treball presenta un conjunt de limitacions inherents a la disponibilitat de dades, a les decisions metodològiques adoptades i a la naturalesa mateixa de l'objecte d'anàlisi. Aquestes limitacions no invaliden els resultats obtinguts, però sí que cal explicitar-les amb claredat per tal d'interpretar adequadament les magnituds estimades.

1. Limitacions en la disponibilitat de dades primàries

Una primera limitació rellevant és la manca de dades estadístiques oficials desagregades específicament per a les Terres de l'Ebre en alguns àmbits clau de l'estudi. En particular:

- No existeixen dades públiques directes sobre la massa salarial agregada del sistema sanitari públic territorialitzat (ICS i altres proveïdors públics), fet que ha obligat a recórrer a estimacions basades en plantilles, equivalents a temps complet (ETP) i salaris mitjans per categoria professional, contrastats amb escales retributives oficials.
- En el cas del sector privat sanitari, la limitació és encara més significativa, atès que no hi ha una font única ni integrada que permeti identificar amb precisió el nombre total de professionals, la seva dedicació efectiva ni la massa salarial real associada.

Aquest fet ha requerit l'ús de forquilles d'estimació, escenaris alternatius i criteris prudents, que es consideren metodològicament més defensables que l'ús d'una xifra puntual aparentment precisa però empíricament injustificada.

2. Limitacions específiques en la quantificació del sector privat sanitari

Una de les limitacions estructurals més rellevants de l'estudi és la impossibilitat de comptabilitzar amb exactitud el volum d'activitat i d'ocupació del sector sanitari privat a les Terres de l'Ebre. Aquesta dificultat respon a diversos factors:

- Alta dispersió del sector privat, que inclou clíniques, consultes individuals, centres polivalents, mútues, serveis de rehabilitació, fisioteràpia, òptiques, centres d'audiologia, salut mental privada, nutrició, odontologia, farmàcies i altres activitats connexes.
- Absència d'un organisme únic de registre o coordinació que agrupi tot el sector privat sanitari a escala territorial.
- Tot i haver contactat amb col·legis professionals, aquests no sempre disposen de dades completes o actualitzades, ja que:

- No tots els professionals exerceixen en règim de col·legiació obligatòria.
- Alguns col·legis només registren nombre de col·legiats, però no informació sobre dedicació, localització efectiva o volum d'activitat econòmica.
- Hi ha col·lectius professionals no col·legiats o que operen sota fórmules mercantils que escapen d'aquests registres.

Davant aquesta realitat, l'estudi opta per una estratègia metodològica prudent i explícita, basada en:

- Estimacions per escenaris.
- Relacions estructurals entre producció, VAB i massa salarial.
- Percentatges coherents amb la literatura econòmica i amb les taules input-output utilitzades.

Aquesta aproximació permet oferir ordres de magnitud raonables i explicables, tot assumint que no es tracta d'una comptabilització exhaustiva.

3. Limitacions metodològiques dels models input-output

Els càlculs d'impacte indirecte i induït s'han realitzat a partir de la Matriu Input-Output de Catalunya (MIOC-2021), que, malgrat ser l'eina més adequada disponible, presenta limitacions conegudes:

- Es tracta d'una matriu regional (Catalunya) i no estrictament territorialitzada per a les Terres de l'Ebre, fet que obliga a assumir que les relacions intersectorials són estructuralment similars.
- El model input-output és lineal i estàtic, i no incorpora possibles ajustos de preus, canvis tecnològics o restriccions de capacitat productiva.
- Les taules no recullen dinàmiques temporals ni efectes d'adaptació a mig o llarg termini.

Aquestes limitacions són àmpliament reconegudes en la literatura i no invaliden l'ús del model per a estudis d'impacte, sempre que els resultats s'interpretin com a estimacions estructurals i no com a prediccions exactes.

4. Abast de l'estudi i decisions deliberades d'exclusió

Finalment, cal remarcar que l'estudi adopta un enfocament deliberadament conservador en diversos aspectes:

- No s'ha incorporat com a impacte directe la totalitat de la despesa pressupostària de l'ICS, per evitar dobles comptatges, tractant aquesta despesa únicament a través dels proveïdors locals en l'impacte indirecte.
- No s'han quantificat impactes socials, sanitaris o de benestar, que, tot i ser rellevants, excedeixen l'objecte estrictament econòmic del treball.
- L'objectiu principal és oferir una estimació sòlida, coherent i defensable, pròpia d'un estudi de transferència de coneixement orientat a decisors públics i agents territorials.

En conjunt, les limitacions identificades no resten validesa als resultats, sinó que en defineixen adequadament l'abast i el grau de precisió. L'estudi ofereix una imatge robusta del pes econòmic del sistema de salut a les Terres de l'Ebre, tot reconeixent explícitament aquells àmbits on la manca d'informació estructurada impedeix una quantificació exacta, especialment en el sector privat.

Aquesta transparència metodològica reforça la credibilitat dels resultats i obre la porta a futures línies de treball basades en una millor integració de dades i sistemes d'informació territorials.

DOCUMENT
PROVISIONAL

8. Conclusions

- Els sistema de salut de les Terres de l'Ebre compta amb 319 centres sanitaris, 156 centres públics i almenys 229 centres privats (segons el registre de centres sanitaris autoritzats de la Generalitat de Catalunya).
- El centres públics que formen el sistema de salut a les Terres de l'Ebre són 4 hospitals generals, 20 centres d'atenció primària (CAP) i 46 consultoris locals (CL), el sistema també compta amb 3 hospitals d'atenció intermèdia, 1 hospital de salut mental, 4 hospitals de dia neurodegeneratius i 12 centres ambulatoris de salut mental, que inclouen atenció a persones adultes, atenció infantojuvenil, hospitals de dia i serveis de rehabilitació comunitària.
- El territori disposa de 175 establiments de salut (principalment farmàcies, òptiques i ortopèdies) que complementen la xarxa assistencial pública.
- Considerant conjuntament centres assistencials i establiments de salut, les Terres de l'Ebre compten amb un total de 494 punts d'atenció sanitària distribuïts en els diferents àmbits d'atenció a les persones.
- En els centres sanitaris del territori treballen un total de 3.652 professionals, amb una distribució clarament concentrada en els principals proveïdors: 47,81% a l'ICS, 2,64% a l'Hospital de la Santa Creu, 9,97% a l'Hospital Comarcal d'Amposta, 6,33% a l'Hospital Comarcal de Móra d'Ebre, 6,08% a les mútues laborals, 5,23% a la Clínica Terres de l'Ebre i 3,4% a la Fundació Pere Mata Terres de l'Ebre.
- En conjunt, el sector salut mobilitza més de 4.500 treballadors, consolidant-se com un dels principals sectors d'ocupació de les Terres de l'Ebre.
- La franja d'edat amb un major nombre de professionals es concentra entre els 45 i 54 anys, fet que fa necessari planificar polítiques de reposició en els pròxims deu anys.
- El territori disposa d'una cartera àmplia de més de 60 tipus de serveis sanitaris, però els serveis més avançats es concentren principalment a Tortosa (HUTVC) i Amposta.
- El sector privat té un paper molt rellevant en serveis complementaris com l'odontologia, la fisioteràpia i l'òptica, tot i que les dades disponibles probablement infraestimen el seu pes real al territori.
- La població de les Terres de l'Ebre presenta uns índex d'envelliment i sobrenvelliment dels més elevats de Catalunya. Aquests fets demogràfics generen cronicitat i fragilitat, elements que cal tenir en compte en les polítiques de salut. Per tant, cal redissenyar polítiques que integren tant l'àmbit sanitari com social.
- Les transformacions demogràfiques, socials i tecnològiques han modificat profundament les expectatives de la població i la manera com aquesta utilitza els recursos sanitaris. Al mateix temps, la manca de professionals, les desigualtats territorials i el creixement de la doble cobertura tensionen encara més un sistema que ja opera al límit.

- El sistema de salut és un dels principals motors econòmics estructurals de les Terres de l'Ebre. L'anàlisi realitzada evidencia que el sector salut té un pes econòmic molt rellevant al territori, tant en termes d'ocupació com de generació de renda. La seva contribució supera àmpliament la funció estrictament assistencial i el consolida com un sector tractor de l'economia ebrenc.
- El conjunt del sistema públic i privat genera aproximadament 3.300 ETP i una massa salarial directa situada en una forquilla d'entre 213 i 250 milions d'euros anuals, fet que representa una de les principals fonts d'ingressos laborals estables del territori.
- La despesa del sistema sanitari en empreses proveïdores del territori genera un impacte indirecte addicional en producció, VAB i ocupació, especialment en branques com els serveis empresarials, el manteniment, el comerç majorista, l'energia i les TIC, reforçant la interdependència entre el sistema de salut i altres sectors econòmics. Tot i això aquest impacte es limita donada la quasi nul·la especialització del territori en producció d'inputs especialitzats en sanitat.
- L'impacte induït confirma l'efecte multiplicador del sector salut sobre l'economia territorial. La despesa de consum de les llars associada a les rendes salarials generades pel sector sanitari origina un impacte induït significatiu, amb una producció addicional estimada en una forquilla d'entre 90,2 i 150,9 milions d'euros, i un Valor Afegit Brut (VAB) induït d'entre 48,3 i 80,6 milions d'euros. Aquest impacte es distribueix de manera transversal en múltiples branques d'activitat —com el comerç, els serveis, l'energia, la construcció o els serveis personals— i comporta la generació d'entre 1.357 i 2.315 llocs de treball equivalents a temps complet (ETP). En conjunt, l'efecte induït explica una part rellevant de la riquesa i l'ocupació generades fora del propi sector salut, reforçant el seu paper com a motor econòmic estructural del territori.
- Tot i que la producció permet visualitzar el volum d'activitat econòmica generada, el VAB constitueix l'indicador més rellevant per a la presa de decisions públiques, ja que mesura la riquesa efectivament creada al territori i la seva contribució al PIB local.
- La suma dels impactes directe, indirecte i induït posa de manifest la contribució estructural del sistema de salut a l'economia de les Terres de l'Ebre. Considerant conjuntament els tres efectes analitzats, l'activitat del sector salut genera un impacte econòmic total estimat en una forquilla d'entre 96,02 i 156,95 milions d'euros de producció, i un Valor Afegit Brut (VAB) agregat d'entre 261,91 i 331,30 milions d'euros, xifres que situen el sistema de salut com un dels principals motors econòmics del territori. En termes d'ocupació, l'impacte total associat al sector —sumant l'ocupació directa, indirecta i induïda— se situa en una forquilla d'entre 5.724 i 6.844 llocs de treball equivalents a temps complet (ETP), amb efectes distribuïts transversalment sobre múltiples branques d'activitat econòmica. Aquestes magnituds evidencien que el sistema de salut no només té una funció assistencial essencial, sinó que actua també com motor de renda,

ocupació i activitat econòmica, amb una incidència rellevant sobre la cohesió econòmica i social de les Terres de l'Ebre.

- Els resultats confirmen que el sistema de salut no només és essencial per al benestar de la població, sinó que constitueix una palanca clau de desenvolupament econòmic, fixació de població, atracció de talent i reducció de desigualtats territorials, especialment en un context d'envelliment demogràfic i dispersió geogràfica com el de les Terres de l'Ebre.
- Impera el canvi de model assistencial i reforç de recursos comunitaris: els professionals aposten per superar el model hospitalocèntric, potenciar l'atenció domiciliària, aprofitar i consolidar recursos com les farmàcies, reforçar salut mental i consolidar la formació i la recerca com a eixos per fer el sistema més sostenible i atractiu
- Els professionals creuen que cal millorar la coordinació entre proveïdors i sorgeix la idea de treballar amb un únic proveïdor territorial.
- Cal una millora de la xarxa de transports i comunicacions, fet que impacta de forma directa en els usuaris i professionals de salut.
- Usuaris i professionals coincideixen que l'Hospital Verge de la Cinta és obsolet i insuficient, i veuen imprescindible construir un nou hospital de referència, modern, flexible i ben planificat territorialment per atraure talent i garantir serveis de qualitat.
- Davant el retard del nou hospital, es defensa una ampliació urgent de l'actual centre per evitar col·lapses assistencials.
- En relació als estudis de medicina, es fa una valoració positiva per al territori. Tot i així els professionals manifesten inquietuds en el disseny formatiu i en aspectes organitzatius per tal de garantir un ensenyament de qualitat.

DOCUMENT
PROVISIONAL

9. Fonts d'informació

Carreras, A., & Tafunell, X. (2010). *Historia económica de la España contemporánea*. Crítica.

Clínica Terres de l'Ebre. (s. d.). *Clínica Terres de l'Ebre*. Recuperado el 1 de febrero de 2026, de <https://clinicaterresebre.cat/>

Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya. (s. d.). *Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya*. Recuperado el 5 de septiembre de 2025, de <https://www.fisioterapeutes.cat/ca>

Col·legi Oficial de Farmacèutics de Tarragona. (s. d.). *COFT*. Recuperado el 5 de septiembre de 2025, de <https://www.coft.cat/>

Col·legi Oficial de Metges de Tarragona. (2025, 16 de diciembre). *COMT*. Recuperado el 1 de febrero de 2026, de <https://comt.cat/>

Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Tarragona. (2025, 13 de marzo). *Memòria anual CODITA 2024*. Recuperado el 1 de febrero de 2026, de <https://www.codita.org/documents/memoria-anual-codita-2024/>

Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Tarragona. (2025, 18 de diciembre). *Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Tarragona*. Recuperado el 5 de septiembre de 2025, de <https://www.codita.org/>

Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya. (s. d.). *Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya*. Recuperado el 1 de febrero de 2026, de <https://www.coec.cat/ca/>

Departament de Salut. (s. d.). *Inici*. Recuperado el 1 de febrero de 2026, de <https://salutweb.gencat.cat/ca/inici>

Domínguez Serrano, M., & Blancas Peral, F. J. (2011). Impact analysis using input–output models. *Journal of Policy Modeling*, 33(4), 593–603. <https://doi.org/10.1016/j.jpolmod.2011.02.004>

European Commission. (2014). *Manual of supply, use and input–output tables*. Publications Office of the European Union. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-manuals-and-guidelines/-/ks-gq-14-011>

European Commission. (2015). *Guide to cost-benefit analysis of investment projects*. Publications Office of the European Union. https://ec.europa.eu/regional_policy

- Eurostat. (2023). *Household final consumption expenditure (COICOP)*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/household-consumption>
- Eurostat. (2023). *Input-output tables and national accounts aggregates*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/national-accounts/data/database>
- Generalitat de Catalunya. (2023). *Sistema sanitari de Catalunya: estructura i recursos*. Departament de Salut. <https://salut.gencat.cat>
- Generalitat de Catalunya. (2024). *Dades obertes de contractació pública*. Portal de Dades Obertes. <https://analisi.transparenciacatalunya.cat>
- Generalitat de Catalunya. (2024). *Plataforma de serveis de contractació pública de Catalunya*. <https://contractaciopublica.cat>
- Generalitat de Catalunya. (s. d.). *Portal de la Transparència*. Recuperado el 5 de septiembre de 2025, de <https://web.gencat.cat/ca/generalitat/govern-obert/transparencia>
- González, A., & González, A. (2025, 20 de agosto). *Memòria anual COMT 2024*. Col·legi Oficial de Metges de Tarragona. Recuperado el 5 de septiembre de 2025, de <https://comt.cat/es/memoria-anual-comt-2024/>
- Hospital Comarcal d'Amposta. (s. d.). *Som l'hospital que necessites al teu costat*. Recuperado el 5 de septiembre de 2025, de <https://www.hcamposta.cat/>
- Hospital Comarcal de Móra d'Ebre. (s. d.). *Hospital Comarcal de Móra d'Ebre*. Recuperado el 5 de septiembre de 2025, de <https://hcme.salutebre.cat/>
- Institut Català de la Salut. (s. d.). *Hospital Universitari de Tortosa Verge de la Cinta*. Recuperado el 1 de febrero de 2026, de <https://icsebre.cat/web/htvc/>
- Institut d'Estadística de Catalunya. (2023). *Comptabilitat regional de Catalunya: Valor afegit brut i ocupació per branques d'activitat*. <https://www.idescat.cat/tema/economia/comptabilitatregional>
- Institut d'Estadística de Catalunya. (2023). *Despesa en consum final de les llars: Classificació COICOP*. <https://www.idescat.cat/tema/economia/consum>
- Institut d'Estadística de Catalunya. (2023). *Matriu Input-Output de Catalunya 2021 (MIOC-2021)*. <https://www.idescat.cat/pub/?id=mioc>

Institut d'Estadística de Catalunya. (2023). *Taules de destinació a preus bàsics. MIOC-2021 (10 i 64 branques)*. <https://www.idescat.cat/tema/economia/comptabilitat>

Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Contabilidad regional de España: Resultados regionales*.
<https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t35/p010>

Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF)*.
<https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t25/p458>

Leontief, W. (1986). *Input-output economics* (2nd ed.). Oxford University Press.

Martin, R., & Sunley, P. (2014). *Resilience: An agency perspective*. *Regional Studies*, 48(5), 923–935. <https://doi.org/10.1080/00343404.2013.854879>

Miller, R. E., & Blair, P. D. (2009). *Input-output analysis: Foundations and extensions* (2nd ed.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511626982>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2015). *Input-output tables (IOTs)*. <https://www.oecd.org/sti/ind/input-outputtables.htm>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). *Health and the economy: A vital relationship*. OECD Publishing. <https://www.oecd.org/health>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (s. d.). *Health at a glance: Europe*. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>

World Health Organization. (2017). *Health employment and economic growth: An evidence base*. <https://www.who.int/publications>

World Health Organization. (2022). *Global health expenditure database*.
<https://apps.who.int/nha/database>

DOCUMENT
PROVISIONAL



CÀTEDRA D'ECONOMIA
LOCAL I REGIONAL
Universitat Rovira i Virgili



Diputació Tarragona

Ajuntament



de Tortosa