

## 25 ANYS DE LA LOSC

### 1. Una llei a contracorrent

La Llei General de Sanitat<sup>1</sup> (LGS) de 1986 va imposar a les autonomies l'exigència de crear i posar en marxa els serveis de salut respectius en un termini d'un any a partir de la conclusió dels processos de transferència. Això va suposar una disfunció a Catalunya, si es té en compte que, un cop instrumentats els traspassos de serveis sanitaris i socials de la Seguretat Social l'octubre de 1981, la Generalitat ja havia ordenat el dispositiu sanitari públic mitjançant la creació de l'Institut Català de la Salut (ICS)<sup>2</sup> (1983), i integrat els hospitals públics i els concertats mitjançant la creació de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP)<sup>3</sup> (1985) i també havia articulat la reforma de l'atenció primària de salut<sup>4</sup> (1985) i la reforma dels hospitals gestionats per l'ICS<sup>5</sup> (1987).

Per això, la confecció d'aquest text legal es veié més com una imposició inoportuna que com una necessitat o un repte, més tenint en compte el caràcter marcadament estatalitzant de la LGS, gens d'acord amb les peculiaritats de l'estructura sanitària catalana caracteritzada històricament per l'existència d'un dispositiu de naturalesa privada amb un pes específic rellevant i un fort arrelament territorial i social.

En aquest context, Josep Laporte encarregà als serveis jurídics del Departament de Sanitat, sota la supervisió de'n Xavier Trias, la confecció d'un text articulat que, partint dels principis de racionalització i coordinació dels recursos sanitaris públics i privats establerts a la Llei de Bases per a l'Organització dels Serveis de Sanitat i Assistència Social<sup>6</sup> i la Llei de Coordinació i Control Sanitari Públics<sup>7</sup>, de 1934, i per tant, preservant l'estructura sanitària del país, incorporés els instruments de modernització necessaris per fer front a l'exigència d'una major eficàcia, eficiència i qualitat dels serveis sanitaris,

Aquest text articulat fou aprovat pel Govern amb lleugeres modificacions i presentat com a projecte de llei al Parlament de Catalunya el juliol de 1988, poc abans de la dissolució de la Cambra amb motiu d'unes noves eleccions que varen donar lloc a la tercera legislatura autonòmica.

Després de l'interí electoral i de les negociacions amb les entitats municipalistes, professionals i socials, el projecte fou reprès pel mateix Xavier Trias, que substituï a Josep Laporte com a conseller de Sanitat, i presentat novament a la Cambra el juliol de 1989.

Finalment, la llei fou aprovada amb un sòlid suport de les forces polítiques (CiU, PP, ERC, ICV-EUiA i Grup Mixt), merçès a una bona tasca de negociació i consens del text articulat que suposà la incorporació en el tràmit parlamentari d'un bon nombre d'esmenes parcials, per tal de garantir un marc legal estable capaç de dotar l'executiu d'un marge de maniobra ampli per fixar les polítiques sanitàries més adients en cada conjuntura.

## **2. Novetats de la LOSC**

La LOSC presentà diverses novetats importants, que la diferenciaven de les restants lleis autonòmiques aprovades fins al moment:

La naturalesa del Servei Català de la Salut (CatSalut), que es definí com un ens públic subjecte al dret privat, configurat per tots els centres i serveis sanitaris, sociosanitaris i de salut pública finançats públicament, el qual assumia el gruix de les competències sanitàries (planificació, contractació, avaluació i control) sota una direcció única.

L'establiment de diverses xarxes de centres i serveis sanitaris i sociosanitaris finançats públicament, mitjançant convenis o contractes, que garantien un mateix tracte per l'Administració sanitària amb independència de la seva naturalesa o titularitat pública o privada i una assistència als ciutadans i ciutadanes homogènia.

La separació de les funcions de planificació i contractació de les funcions de gestió i provisió dels serveis sanitaris finançats públicament, i

La introducció d'instruments de gestió empresarial en la provisió dels serveis sanitaris de titularitat pública de nova creació mitjançant l'establiment d'empreses públiques o consorcis i, a partir de la modificació de la LOSC operada l'any 19958, la creació d'entitats de base associativa, per tal de promoure l'eficiència i la qualitat dels dispositius de nova creació i la descentralització i modernització de l'ICS.

## **3. Valoració de la LOSC**

La sort d'aquests objectius en els vint-i-cinc anys de vigència de la LOSC ha estat, certament, força diferent.

Vist amb la perspectiva dels anys, el CatSalut no s'ha consolidat a casa nostra com un model alternatiu que aplegui el gruix de les competències sanitàries (planificació, contractació, avaluació i control), doncs el departament competent en matèria de salut, més enllà de la fixació de les polítiques sanitàries i la supervisió del CatSalut, ha assumit competències operatives en matèria sanitària (així, en matèria de planificació i control), esvaint parcialment la puresa del model i introduint alguns elements de disfunció en l'execució d'aquestes polítiques. Contràriament, la naturalesa del CatSalut ha inspirat marcadament l'ordenació de bona part dels serveis autonòmics de salut de l'Estat espanyol i ha contribuït decisivament a articular els sistemes sanitaris d'altres països d'Europa i Llatinoamèrica.

Així mateix, en aquests vint-i-cinc anys de vida de la Llei s'han fixat els estàndards de qualitat<sup>9</sup> i els requisits i els procediments d'acreditació<sup>10</sup>, s'han desenvolupat els mecanismes de contractació i els sistemes de contraprestació econòmica, com també els instruments d'avaluació i control en l'ordre assistencial i econòmic<sup>11</sup>, s'han constituït provisionalment les xarxes de centres i serveis d'internament i d'àmbit comunitari d'utilització pública i s'ha configurat el Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública (SISCAT)<sup>12</sup>, que

aplega aquestes xarxes estables, per tal d'assegurar l'accés als serveis en termes d'equitat i amb uns nivells de qualitat el més elevats possible.

Sens dubte, el camp en el qual la LOSC ha aportat més valor afegit ha estat en el de la gestió dels serveis. El seu article 7.2, reproduït fil per randa en la Llei d'habilitació de noves formes de gestió del Sistema Nacional de Salut de 1997<sup>13</sup> i en un bon nombre de lleis d'ordenació dels serveis autonòmics de salut, ha possibilitat fins al moment la creació de vuit (8) empreses públiques, setze (16) consorcis públics, set (7) entitats societàries i dues (2) fundacions del sector públic. Amb aquestes fórmules es gestionen serveis sanitaris i sociosanitaris de tota mena, amb un volum de recursos aproximat d'una tercera part dels recursos del sistema sanitari públic de Catalunya. Igualment, a l'empara de la disposició addicional 10<sup>a</sup> de la LOSC, incorporada per la Llei 11/1995, de modificació d'aquesta Llei<sup>14</sup>, s'han creat i s'ha contractat la gestió de tretze (13) equips d'atenció primària a entitats de base associativa, amb uns resultats assistencials i econòmics excel·lents. Igualment, a l'empara de la LOSC s'han constituït una vintena d'instituts de recerca vinculats als serveis públics assistencials, en forma de fundació del sector públic gairebé tots ells.

Amb la introducció d'aquestes fórmules s'han assolit la separació efectiva de les funcions de govern de les funcions executives en els centres, la promoció d'una nova cultura organitzativa basada en la gestió per objectius i el retiment de comptes, i l'empoderament dels professionals, així com també la flexibilització de les relacions de treball i l'ús generalitzat de la comptabilitat analítica en la gestió dels serveis sanitaris de titularitat pública.

Sense cap gènere de dubte, la diversitat de les formes de gestió, lluny de ser una rêmora davant les retallades pressupostàries dels últims anys, ha permès afrontar les exigències d'una conjuntura en recessió amb instruments diferents en cada cas, comparar els resultats respectius i propiciar l'establiment d'aliances estratègiques i mecanismes de cooperació entre els centres sanitaris capaços d'aportar solucions més creatives i contrastades. Aquesta diversitat ha estat determinant per a la sostenibilitat del sistema, mantenint els dispositius sanitaris, salvant els llocs de treball i assegurant la qualitat assistencial en el decurs dels darrers anys.

Malgrat tot, en els vint-i-cinc anys de vigència de la LOSC no s'ha assolit globalment el seu objectiu prínceps, com és la descentralització de l'ICS i l'empresarització dels seus dispositius. En efecte, la disposició transitòria 2<sup>a</sup> de la Llei preveia que el CatSalut havia d'assumir de forma gradual els centres, serveis i establiments de l'ICS, com també els serveis dels ens locals que s'hi integressin en virtut dels convenis formalitzats a l'efecte, els quals (uns i altres) s'haurien de gestionar per mitjà d'alguna de les fórmules establertes en l'article 7.2 de la Llei, en especial mitjançant empreses públiques o consorcis i, si escau, per entitats de base associativa constituïdes per professionals del sistema sanitari públic.

Aquest procés gradual havia de suposar la modernització del gruix del dispositiu sanitari públic mercès a la introducció d'instruments de gestió empresarial, tot mantenint el caràcter públic de l'assegurament, la titularitat

pública i l'avaluació i el control públics, per tal de millorar l'eficiència i la qualitat del servei públic sanitari.

#### **4. Una visió prospectiva i de futur**

En els darrers mesos el model sanitari català ha estat fortament qüestionat per algunes organitzacions ciutadanes, per determinats mitjans de comunicació i per diverses forces polítiques que acusen, no ja al Govern, sinó al mateix model de propiciar la privatització del sistema sanitari públic.

El setge en seu parlamentària a què s'ha vist sotmès en els darrers mesos el model sanitari català ha donat lloc al Ple del Parlament sobre salut celebrat el dia 17 de juny d'enguany, que constitueix un autèntic examen de grau del model.

En aquest sentit, els diversos apartats de la Resolució 1069/X, sobre el sistema públic de salut, adoptada pel Ple de la Cambra en la sessió subsegüent del dia 19 de juny propassat<sup>15</sup>, han estat aprovats amb un consens del 70% dels diputats i diputades, de mitjana, la qual cosa palesa que el model sanitari català té un grau d'acceptació ampli entre els ciutadans i ciutadanes del país, tot apuntant, al mateix temps, de forma encertada, alguns dels aspectes del model que han de ser revisats o aprofundits.

Així, és d'assenyalar que l'apartat I. Model sanitari d'aquesta Resolució reclama una acció decidida del Govern de la Generalitat orientada a millorar el finançament de la sanitat, per tal de garantir una sanitat pública universal, equitativa i de qualitat per a tots els ciutadans i ciutadanes del país com a eix essencial de l'estat del benestar i de la cohesió social en el marc d'un model sanitari propi arrelat històricament, socialment i territorialment.

Igualment, l'apartat IX. Contractació amb els centres del SISCAT insta el Govern a aprovar un Acord que autoritzi la creació d'un grup de treball integrat per experts en matèria sanitària i de contractació, designats pel titular del Departament competent en matèria de salut, encarregat d'elaborar, en un termini màxim de sis mesos, les bases d'un avantprojecte de text normatiu que transposi la Directiva europea 2014/24/UE 16 en allò que es refereix a la contractació de serveis sanitaris en el marc d'una llei catalana de contractació de serveis sanitaris i socials d'atenció a les persones, Aquest Acord ja ha estat adoptat pel Govern en data 23 de juny propassat.

La transcendència d'aquest apartat és molt destacada doncs l'article 76 de la referida Directiva confereix un ampli marge de maniobra als estats membres de la Unió Europea (UE) i als poders públics subestats amb competències en matèria d'execució i control dels serveis d'atenció a les persones (sanitaris, socials i educatius), com és el cas de la Generalitat de Catalunya, a fi de regular la contractació d'aquests serveis públics essencials de forma diferenciada dels restants serveis públics, vetllant perquè els poders adjudicadors tinguin en compte en el procediment d'adjudicació aspectes com la qualitat, la continuïtat, l'accessibilitat, la disponibilitat i l'exhaustivitat d'aquests serveis, als efectes d'assegurar els valors i els objectius propis dels

models de salut, social i educatiu del país respectiu, i havent de preservar exclusivament els principis de transparència i igualtat de tracte.

Al mateix temps, l'article 77 de la Directiva de referència possibilita la reserva de contractes per a la prestació d'aquests serveis a les entitats amb vocació de servei públic, que reinverteixen els beneficis en la consecució de les finalitats institucionals i en les quals els empleats o usuaris participen en la seva propietat o governança, facilitant així que la prestació d'aquests serveis essencials s'ajusti als principis i garanteixi en la major mesura possible els valors que inspiren els sistemes sanitari, social i educatiu propis de cada país.

Al meu entendre, l'oportunitat que ens ofereix la Resolució esmentada d'assentar les bases d'una llei d'ordenació de les prestacions sanitàries del SISCAT, en el marc de la nova Directiva comunitària sobre contractació pública, no es pot desaproveitar amb l'objectiu de regular l'accés i configurar definitivament les xarxes de centres i serveis sanitaris i sociosanitaris d'àmbit comunitari, d'internament i de transport sanitari i les prestacions del sistema sanitari d'utilització pública, establint un model de provisió de serveis sanitaris basat en la prioritització dels dispositius vinculats a les entitats sense ànim de lucre i les entitats d'economia social (que compleixin els requisits de l'article 77 de la Directiva esmentada), l'exclusió de les entitats de capital especulatiu i el lideratge dels serveis d'atenció primària com a porta d'entrada al sistema i base de l'atenció integral de les persones, encarregats de l'ordenació dels fluxos i la compra de serveis d'atenció sociosanitària, de salut mental (incloent els serveis d'atenció a les drogodependències) i d'atenció especialitzada, en el marc d'una estratègia en la línia de les darreres reformes del National Health Service i dels serveis de salut suec i danès.

D'altra banda, és de destacar l'apartat XIX. Procés d'integració dels serveis socials i sanitaris de la Resolució esmentada, que insta el Govern perquè culmini el procés d'integració dels serveis sanitaris i socials en allò que fa referència a l'atenció a les persones amb necessitats d'atenció conjunta sanitària i social, la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a la dependència, i presenti els instruments legals necessaris per fer efectiva la fusió dels organismes existents en matèria de planificació, compra i avaluació dels Departaments de Salut i de Benestar i Família en el marc d'un nou ens d'atenció sanitària i social integrada, sotmès a un lideratge únic, que ha de comptar amb representants dels governs locals en els seus òrgans de decisió.

No qüestionaré l'oportunitat d'aquesta estratègia, que recull una vella aspiració impulsada sense èxit ja fa anys enrere per tal de superar les limitacions d'una coordinació entre els serveis sanitaris i socials que des de sempre ha estat insuficient per resoldre els requeriments de les persones amb necessitats sanitàries i socials alhora. No obstant, al meu entendre, més enllà de la creació d'un ens que aixoplugui la planificació, la compra i l'avaluació dels serveis d'atenció a les persones que precisen conjuntament atenció sanitària i social cal, a més a més, sotmetre les pròpies polítiques sanitàries i socials a una estratègia i un lideratge únics que permetin l'abordatge de les necessitats de tots els ciutadans i ciutadanes en aquestes àrees essencials de l'estat del benestar des de la perspectiva de la més absoluta cohesió i congruència, tot avançant cap a un model d'atenció integral sanitària i social de les persones en

la línia de les reformes dels països més innovadors, la qual cosa és totalment congruent amb el progressiu envelliment de la població i la creixent cronificació de les malalties lligades a l'augment de l'esperança de vida de les persones operat en els darrers anys.

Però a més a més de les iniciatives que recull la Resolució de referència, cal regular els drets i deures de la ciutadania amb relació a la salut (individual i col·lectiva) i els serveis sanitaris mitjançant una norma amb rang de llei que integri i actualitzi la legislació en aquesta matèria recollida a la Llei General de Sanitat de 1986<sup>17</sup>, la Llei Orgànica de Protecció de Dades de 1999<sup>18</sup>, la Llei sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica de 2001<sup>19</sup>, així com també els drets a ésser atès en un temps màxim d'espera<sup>20</sup> i a una segona opinió en determinats processos clínics<sup>21</sup>, tot plegat amb especial atenció als col·lectius que requereixen d'una protecció especial.

També cal avançar decididament en l'estratègia de descentralització de l'ICS, dotant de personalitat jurídica pròpia els centres hospitalaris gestionats per aquest organisme i els centres d'atenció primària compresos en cada una de les regions sanitàries o d'altres unitats territorials subregionals, mitjançant les fórmules jurídiques més adients en cada cas (empreses públiques, consorcis, fundacions, etc.) i impulsar una autèntica autonomia de gestió dels professionals sanitaris mitjançant l'establiment d'entitats de base associativa constituïdes per professionals sanitaris, tot superant els condicionants i les limitacions que la Llei de l'ICS de 2007<sup>22</sup> imposa a aquests efectes.

En aquest sentit, és d'assenyalar que, tot i els lloables esforços dels directius i els professionals de l'ICS per gestionar els serveis en termes cost-efectius, el volum dels recursos gestionats per l'ICS, la manca d'òrgans col·legiats de govern en l'àmbit dels hospitals o els centres d'atenció primària i els altres dispositius gestionats per aquest organisme i l'absència d'una autonomia real de gestió per part dels professionals que hi presten els seus serveis resten sostenibilitat i eficiència a aquesta organització rígida, gegantina i de difícil governança, tal i com han posat de manifest les dades publicades per la Central de Resultats de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya en els darrers anys i han recollit amb encert el Document sobre Propostes de Millora i Canvi per a l'Institut Català de la Salut (ICS)<sup>23</sup> i el Manifest dels Col·legis Professionals Sanitaris sobre el Sistema Sanitari de Catalunya en el moment polític actual<sup>24</sup>, fet públic amb ocasió dels comicis del 27-S.

Vint-i-cinc anys després de l'aprovació de la LO SC i encara immersos en la crisi econòmica global més perllongada i colpidora dels darrers lustres res no justifica que no es prenguin decisions estratègiques en base als resultats contrastats i s'avortin iniciatives ordenades a millorar la sostenibilitat i la qualitat dels serveis públics sota la pressió dels agents socials o la falsa amenaça de la privatització que amaga privilegis esbiaixats i enalteix la cultura del dèficit en perjudici d'una gestió pública eficient.

Igualment, cal revisar, al meu entendre, la Llei de Salut Pública de 2009<sup>25</sup>, amb l'objectiu de potenciar encara més el treball conjunt de la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia amb els serveis d'atenció primària i impulsar

la protecció de la salut, la vigilància de la salut i la salut laboral com a sengles línies de treball de la salut en totes les polítiques, així com també la planificació, la comunicació i l'avaluació dels riscos alimentaris, racionalitzant i especialitzant els dispositius que intervenen en el control de la cadena alimentària, conjuntament amb els altres departaments, amb les entitats municipalistes i amb les restants administracions públiques amb competències concurrents.

Finalment, cal dotar el model d'instruments que garanteixin la professionalitat, el bon govern, la transparència, l'avaluació, el retiment de comptes i la qualitat democràtica en tot el sistema sanitari català.

#### **4. Epíleg**

Des d'aquestes línies m'adreço als agents del sistema perquè en els propers mesos impulsin decididament el coneixement i la difusió del model sanitari català entre els ciutadans i ciutadanes com un instrument de progrés, cohesió social i solidaritat i un dels principals bastions de l'estat del benestar a casa nostra, així com també la seva anàlisi crítica des del coneixement i el rigor dels especialistes per tal de dotar els parlamentaris i els polítics, en general, de les eines necessàries per a la revisió i la millora, si escau, de la LOSC, una llei rellevant en el passat, plena de salut hores d'ara i amb una projecció de futur inequívoca.

Josep Lluís Lafarga Traver  
Advocat especialitzat en Dret de la Salut  
Redactor de l'avantprojecte de la LOSC

- 
- <sup>1</sup> Llei 14/1986, de 25 d'abril, General de Sanitat (BOE núm. 102, de 29.04.1986).
- <sup>2</sup> Llei 12/1983, de 14 de juliol, d'Administració Institucional de la Sanitat i de l'Assistència i els Serveis Socials de Catalunya (DOGC núm. 345, de 15.07.1983).
- <sup>3</sup> Decret 202/1985, de 15 de juliol, de creació de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (DOGC núm. 568, de 29.07.1985).
- <sup>4</sup> Decret 84/1985, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya (DOGC núm. 527, de 10.04.1985) i altres.
- <sup>5</sup> Ordre del Departament de Sanitat i Seguretat Social de 18 de novembre de 1985, per la qual es regula l'estructura orgànica de direcció, gestió i administració de les institucions hospitalàries de la Seguretat Social a Catalunya (DOGC núm. 621, de 04.12.1985) i altres.
- <sup>6</sup> Llei de Bases per a l'organització dels serveis de Sanitat i Assistència Social de Catalunya de 10 de juliol de 1934.
- <sup>7</sup> Llei de coordinació i control sanitari públics de 10 de juliol de 1934.
- <sup>8</sup> Llei 11/1995, de 29 de setembre, de modificació de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (DOGC núm. 2116, de 18.10.1995).
- <sup>9</sup> Decret 36/1997, de 18 de febrer, pel qual s'estableixen normes en relació amb els estàndards de qualitat per a la contractació de serveis sanitaris en l'àmbit del CatSalut (DOGC núm. 2337, de 24.02.1997).
- <sup>10</sup> Regulada actualment pel Decret 5/2006, de 17 de gener, pel qual es regula l'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda i el procediment d'autorització d'entitats avaluadores (DOGC núm. 4554, de 19.01.2006) i pel Decret 86/2014, de 10 de juny, pel qual s'estableix el sistema d'acreditació dels equips d'atenció primària (DOGC núm. 6642, de 12.06.2014).
- <sup>11</sup> Decret 118/2014, de 5 d'agost, sobre la contractació i prestació de serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut (DOGC núm. 6681, de 07.08.2014).
- <sup>12</sup> Decret 196/2010, de 14 de desembre, del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT).
- <sup>13</sup> Llei 15/1997, de 25 d'abril, sobre habilitació de noves formes de gestió del Sistema Nacional de Salut (BOE núm. 100, de 26.04.1997).
- <sup>14</sup> Llei 11/1995, de 29 de setembre, de modificació de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (DOGC núm. 2116, de 18.10.1995).
- <sup>15</sup> Resolució 1069/X del Parlament de Catalunya, sobre el sistema públic de salut (BOPC 610).
- <sup>16</sup> Directiva 2014/24/UE del Parlament Europeu i del Consell, de 26 de febrer de 2014, sobre contractació pública i per la qual es deroga la Directiva 2004/18/CE (DOUE L 94, de 28.03.2014).
- <sup>17</sup> Llei 14/1986, de 25 d'abril, General de Sanitat (BOE núm. 102, de 29.04.1986).
- <sup>18</sup> Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal (BOE núm. 298, de 14.12.1999).
- <sup>19</sup> Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica (DOGC núm. 3303, de 11.01.2001).
- <sup>20</sup> Decret 354/2002, de 24 de desembre, pel qual s'estableixen els terminis màxims d'accés a determinats procediments quirúrgics a càrrec del Servei Català de la Salut (DOGC núm. 354, de 08.01.2003) i disposicions concordants.
- <sup>21</sup> Decret 125/2007, de 5 de juny, pel qual es regula l'exercici del dret a obtenir una segona opinió mèdica (DOGC núm. 4899, de 07.06.2007).
- <sup>22</sup> Llei 8/2007, de 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut (DOGC núm. 4940, de 03.08.2007).
- <sup>23</sup> Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB). Març 2015.
- <sup>24</sup> Subscrit en data 8 de setembre de 2015 pel Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, el Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, el Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya, el Consell de Col·legis de Veterinaris de Catalunya, el Col·legi d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya, el Col·legi de Psicologia de Catalunya, el Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya, el Col·legi de Podòlegs de Catalunya i el Col·legi de Terapeutes Ocupacionals de Catalunya.
- <sup>25</sup> Llei 18/2009, de 22 d'octubre, de salut pública (DOGC núm. 5495, de 30.10.2009) i disposicions concordants.