

Retrospectiva de trenta anys de la planificació sanitària a Catalunya

El motor de transformació del sistema de salut

Febrer de 2020

Versió preliminar



**Generalitat
de Catalunya**

**S/Sistema de
Salut de Catalunya**

Traducció del document:

“Thirty-year Retrospective of Catalan Health Planning. Driver of Health System Transformation”

© Organització Mundial de la Salut, 2020

Tots els drets reservats. L'Oficina Regional per a Europa de l'Organització Mundial de la Salut dona la benvinguda a les sol·licituds de permís per reproduir o traduir les seves publicacions, en part o totalment.

Les designacions utilitzades i la presentació del material en aquesta publicació no impliquen l'expressió de cap opinió de cap tipus per part de l'Organització Mundial de la Salut en relació amb la situació legal de qualsevol país, territori, ciutat o zona, o amb les seves autoritats, o en relació amb la delimitació de les seves fronteres o límits. Quan aparegui la designació de “país o zona” en els títols de les taules, aquesta designació pot englobar països, ciutats o zones. Les línies frontereres aproximades en relació amb les quals pot no existir acord total. Les línies de punts en els mapes representen las línies frontereres aproximades en relació amb les quals hi pot no haver un acord total.

L'esment a empreses específiques o de determinats productes de fabricants no implica que siguin avalats o recomanats per l'Organització Mundial de la Salut de manera preferent respecte a altres de naturalesa similar que no s'esmentin. Exceptuant els errors i omissions, els noms dels productes patentats es distingeixen mitjançant les inicials en lletra majúscula.

L'Organització Mundial de la Salut ha pres totes les precaucions raonables per verificar la informació continguda en aquesta publicació. Tot i això, el material publicat es distribueix sense garantia de cap tipus, ja sigui expressa o implícita. La responsabilitat de la interpretació i l'ús del material recau en el lector. En cap cas l'Organització Mundial de la Salut és responsable dels danys derivats de la utilització. Les opinions expressades pels autors, editors o grup d'experts no necessàriament representen les decisions o la política establerta de l'Organització Mundial de la Salut.

© 2020, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Edita:

Direcció General de Planificació en Salut.

Primera edició:

Barcelona, febrer de 2020.

Traducció al català:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

URL: salutweb.gencat.cat

Només en el cas que l'obra es pugui consultar per Internet.

Disseny de plantilla accessible 1.03:

Oficina de Comunicació. Identitat Corporativa.

Sumari

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Introducció | 10 |
| 2 | Metodologia | 12 |
| 3 | La planificació sanitària a Catalunya | 15 |
| 3.1 | Primer període: transferència de competències de salut (1979-1990) | 15 |
| 3.2 | Segon període: els primers plans de salut (1991-2001) | 16 |
| 3.3 | Tercer període: consolidació de la planificació sanitària (2002-2010) | 18 |
| 3.4 | Quart període: orientació als serveis sanitaris (2011-2015) | 19 |
| 3.5 | Cinquè període: orientació als serveis i polítiques de salut (2016-2020) | 20 |
| | Figura 1. Línies estratègies del Pla de salut de Catalunya 2016-2020..... | 21 |
| 4 | Resum dels resultats i observacions | 21 |
| | Figura 2. Evolució dels plans de salut i dels motors del canvi | 23 |
| | Dimensió 1. Gestió i inclusivitat del procés de planificació per tal d'aconseguir coherència interna | 24 |
| | Atribut 1.1. Mandat, procés regulat i lideratge | 24 |
| | Atribut 1.2. Implicació i participació dels grups d'interès | 26 |
| | Atribut 1.3. Compromís polític, rendició de comptes i coincidència amb les polítiques del Govern | 28 |
| | Atribut 1.4. Garantir la coherència interna amb els plans subsectorials | 29 |
| | Dimensió 2. El contingut del Pla de salut té coherència interna i reflecteix un cicle de polítiques connectat | 29 |
| | Figura 3. Cicle polític de la planificació sanitària | 30 |
| | 30 | |
| | Atribut 2.1. Anàlisi de situació i respostes com a base de la planificació sanitària | 30 |
| | Atribut 2.2. Claredat de prioritats, fites, objectius i resultats esperats | 31 |
| | Figura 4. Objectius de salut del Pla de salut de Catalunya 2016-2020 | 32 |
| | Figura 5. Mortalitat per ictus, objectius del Pla de salut i control de la hipertensió. Catalunya, 1983-2016 | 33 |

| | |
|---|----|
| Atribut 2.3. Vincle entre objectius, la planificació de polítiques i intervencions | 34 |
| Taula 5. Evolució del disseny i la implementació de la planificació sanitària | 34 |
| Atribut 2.4. Adequació del finançament i altres recursos a les prioritats del Pla de salut..... | 35 |
| Atribut 2.5. Claredat i acords d'implementació adequats..... | 36 |
| Dimensió 3. Dimensions de l'equitat en la planificació sanitària..... | 39 |
| Atribut 3.1. Priorització dels objectius d'equitat i accions de millora de l'equitat | 39 |
| Figura 6. Escala d'avaluació de la transversalització de gènere de l'OMS | 41 |
| Atribut 3.2. Ús de l'evidència: nivell de desagregació i anàlisi..... | 41 |
| Atribut 3.3. Mecanismes de participació i rendició de comptes | 42 |
| Atribut 3.4. Adequació de recursos | 43 |
| Dimensió 4. Acció intersectorial i coherència externa per abordar els determinants de la salut..... | 43 |
| Atribut 4.1. El compromís i el mandat d'acció intersectorial s'integren en el cicle de polítiques | 44 |
| Atribut 4.2. Priorització de l'acció intersectorial i la seva coherència política | 45 |
| Atributs 4.3 i 4.4. Recursos per a l'acció conjunta i accions d'implementació per catalitzar i liderar l'acció intersectorial | 46 |
| Dimensió 5. Coordinació de les actuacions de la Generalitat de Catalunya amb les actuacions dels governs regionals i locals en matèria de salut | 48 |
| Atribut 5.1. El treball intergovernamental està integrat en el cicle de polítiques | 48 |
| Atribut 5.2. Contextualitzar les prioritats del Pla de salut segons les necessitats locals | 50 |
| Atributs 5.3. i 5.4. Assignació de recursos i implementació | 50 |
| 5 Aplicació I. Planificació sanitària i transformació dels serveis de salut pública | 52 |
| 5.1 Evolució de les prioritats i dels serveis de salut pública perquè la població obtingui millors resultats en salut | 52 |
| 5.2 Coherència de les polítiques intersectorials i intergovernamentals | 55 |
| 5.3 Alineació dels recursos humans amb els objectius de salut pública..... | 57 |
| 6 Aplicació II. Planificació sanitària i transformació dels serveis sanitaris individuals | 58 |
| 6.1 Evolució de les prioritats de prestació dels serveis individuals i serveis per obtenir millors resultats en salut de la població | 58 |
| 6.1.1 L'avenç cap als serveis d'atenció primària integrats | 58 |
| 6.1.2 La regionalització dels serveis hospitalaris | 60 |

| | | |
|-------|--|----|
| 6.1.3 | Polítiques farmacèutiques | 62 |
| 6.2 | Coherència política intersectorial i intergovernamental en serveis individuals | 63 |
| 6.2.1 | Salut mental..... | 63 |
| 6.2.2 | Enfortir la integració de l'atenció socio sanitària | 64 |
| 6.3 | Alineació dels recursos amb les prioritats dels serveis | 64 |
| 7 | Recomanacions per les polítiques de salut..... | 65 |
| 8 | Referències bibliogràfiques | 71 |

Pròleg

Alba Vergés

La població de Catalunya té un bon estat de salut. Aquest fet és conseqüència de molts factors econòmics i socials, però també de la capacitat, l'eficàcia i el rendiment del nostre sistema sanitari, un sistema públic i de cobertura universal. Malgrat els bons indicadors, ens enfrontem a reptes com l'envelliment de la població, l'augment de la cronicitat i la multimorbiditat, i la millora tecnològica i les dades massives. Tots són elements que caldrà tenir en compte per fer sostenible el nostre sistema i garantir una cobertura de qualitat per a totes aquestes noves necessitats.

Amb l'aprovació de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), des de fa gairebé trenta anys, i de manera continuada, el sistema de salut s'ha estructurat al voltant del Pla de salut com a eix vertebrador de les polítiques de salut i de l'organització sanitària. La separació de funcions i la diversitat de proveïdors, pròpies del nostre model, fan que el Pla de salut sigui la brúixola que l'alinea i el cohesiona.

L'any 1991 vam adoptar l'estratègia de l'Oficina Regional per a Europa de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) «Salut per a Tothom l'Any 2000» per elaborar el primer esborrany del Pla de salut de Catalunya. Ara, tres dècades després, hem demanat a l'OMS que ens faci una valoració del que han suposat tots aquests anys de planificació orientada a l'assoliment d'objectius de salut. Volem saber si els esforços del Pla en analitzar l'estat de salut de la població i prioritzar els problemes i les intervencions mitjançant la formulació d'objectius mesurables han estat un element clau en la transformació que el nostre sistema ha mostrat els darrers anys. La dinàmica de canvi generalitzada, les noves necessitats de salut i la voluntat de fer el nou Pla de salut, ens han aconsellat de fer una aturada de reflexió, valoració i balanç, de la mà de l'OMS, un referent internacional en l'àmbit de la salut.

Aquest treball ha suposat més d'un any de feina, en el marc del qual s'han dut a terme més de setanta entrevistes i algunes visites als centres assistencials de casa nostra, realitzades per un equip internacional expert en diverses àrees de la planificació i organització dels sistemes de salut. Els resultats de l'avaluació són positius, però també s'identifiquen alguns elements sobre els quals hem d'incidir per mantenir la qualitat i l'excel·lència, marca del sistema de salut català.

El treball que presentem és una contribució fonamental a l'elaboració del nou Pla de salut de Catalunya 2021-2025, que té en compte els objectius de desenvolupament sostenible amb la mirada posada en l'horitzó de l'any 2030.

Aquest informe ens ajudarà a marcar el rumb que cal seguir els propers anys, un camí que hem de fer junts amb altres iniciatives clau com els plans interdepartamentals. El repte és millorar la salut de la població i, alhora, fer que el sistema sigui prou eficient i solvent per assegurar-ne la sostenibilitat, i fer-ho garantint la qualitat. En aquest camí, caldrà incentivar la participació dels pacients i la inclusió de les noves tecnologies.

Agraeixo a l'Oficina de l'OMS a Barcelona l'assessorament, la participació i el suport en aquest projecte conjunt amb el Departament de Salut. Espero que aquesta col·laboració pugui continuar en el futur i doni fruits tan rellevants com el que avui es presenta. També vull agrair als professionals del Departament de Salut i a totes les entitats que hi heu participat (proveïdors, professionals i pacients) la feina feta

Agraïments

Agraïments OMS

Aquest informe ha estat elaborat gràcies a la fructífera col·laboració entre el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, sota la direcció d'Alba Vergés, consellera de Salut, i l'Oficina Regional per a Europa de l'OMS, sota la direcció de Tamas Evetovits, cap de l'Oficina de Barcelona l'OMS per a l'enfortiment dels Sistemes de Salut.

L'equip del Departament de Salut ha estat liderat per Pilar Saura, directora general de Planificació en Salut, i l'equip del Pla de Salut, format per Eulàlia Masachs, cap del Servei del Pla de Salut, Roser Bosser, Ricard Tresserras, Oriol Garcia, Berta Clavé i Susana Guerao. Aquest projecte es va iniciar sota el lideratge de Cristina Nadal, ex-directora general de Planificació en Salut.

L'equip de l'OMS ha estat liderat per Melitta Jakab (Senior Health Economist, Oficina Regional per a Europa de l'OMS) amb Tino Martí, (Health Policy Analyst, Oficina Regional per a Europa de l'OMS) i compost per Ran Balicer (Clalit Health Services, Israel), José Cerezo (Health Policy Analyst, Oficina Regional per a Europa de l'OMS), Nigel Edwards (Nuffield Trust, Regne Unit), Anthony Kessel (Public Health England, Regne Unit), Monika Kosinska (Programme Manager, Oficina Regional per a Europa de l'OMS), Gabriele Pastorino (Technical Officer, Oficina Regional per a Europa de l'OMS), Jens Wilkens (Health Economist, Suècia) i Isabel Yordi (Programme Manager, Oficina Regional per a Europa de l'OMS).

El Departament de Salut i l'equip d'avaluació de l'OMS agraeixen la col·laboració de tots els experts entrevistats durant les jornades de treball.

Juan García Domínguez i Isabel Gené, de l'Oficina Regional per a Europa de l'OMS, hi han donat el suport administratiu. L'edició anglesa ha estat editada per Nancy Gravesen i dissenyada per Christopher Lanoux.

Abreviacions

| | |
|-----------------|--|
| AQuAS | Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya |
| CatSalut | Servei Català de la Salut |
| CMBD | conjunt mínim bàsic de dades |
| COMSalut | Programa “Comunitat i salut” |
| ICS | Institut Català de la Salut |
| LGS | Llei general de sanitat |
| LOSC | Llei d'ordenació sanitària de Catalunya |
| OCDE | Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic |
| PAFES | Pla d'activitat física, esport i salut |
| PAISS | Pla d'atenció integrada social i sanitària |
| PIAISS | Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària |
| PINSAP | Pla interdepartamental i intersectorial de salut pública |
| PISMA | Pla de salut mental i addiccions |
| ODS | objectiu de desenvolupament sostenible |
| XHUP | Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública |

1 Introducció

El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, conjuntament amb l'OMS, ha impulsat una avaluació de l'evolució, els resultats i l'impacte del procés de planificació sanitària i dels plans de salut que s'ha dut a terme al llarg dels darrers trenta anys. L'objectiu d'aquesta tasca és fer un balanç dels punts forts i febles des d'una perspectiva europea i internacional per recollir informació i ajustar el disseny del proper cicle de planificació sanitària per al període 2021-2025. Aquests coneixements es traduiran en ajustaments del procés de planificació per aconseguir la màxima eficàcia de les polítiques i millorar els resultats en salut d'acord amb l'esperit de l'era dels objectius de desenvolupament sostenible (ODS)(1).

El Pla de salut és el principal instrument estratègic de planificació sanitària per a totes les intervencions sanitàries de la Generalitat de Catalunya. La planificació sanitària es produeix en el context de la descentralització promoguda per la Constitució espanyola del 1978 i iniciada amb les primeres transferències de competències del Govern de l'Estat a la Generalitat de Catalunya. Des d'aleshores, la Generalitat de Catalunya, a través del Departament de Salut, l'Institut Català de la Salut (ICS) i el Servei Català de la Salut (CatSalut), ha regulat, planificat i organitzat la prestació dels serveis sanitaris. El 1990, el Parlament de Catalunya va aprovar la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), una fita legislativa que va redefinir les funcions de planificació, compra i provisió de l'assistència sanitària. Des del 1991 fins a l'actualitat, s'han completat set cicles consecutius de planificació sanitària amb diferents formes i orientacions.

Els objectius específics de l'avaluació són els següents:

- 1. Revisar el procés de planificació sanitària de les darreres tres dècades com a instrument de governança del sistema sanitari** que aporta coherència a les polítiques per enfortir el sistema de salut en un context en evolució.
- 2. Avaluar de manera prospectiva l'adequació del procés de planificació sanitària a l'era dels ODS,** un període en què els temes principals reflecteixen cada vegada més la possibilitat de tractar determinants de la salut ascendents com ara els determinants socials i ambientals, a més de treballar a diferents nivells governamentals combinant enfocaments descendents (de dalt a baix) i ascendents (de baix a dalt), la col·laboració publicoprivada i la participació i interacció creixents de la població.

3. **Entendre l'efecte transformador de la planificació sanitària sobre l'enfortiment del sistema sanitari a Catalunya:** a) des de la perspectiva de la transformació dels **serveis de salut pública** per abordar millor els determinants socials i ambientals de la salut mitjançant enfocaments intersectorials; i b) des de la perspectiva de la transformació dels **serveis centrats en la persona** per reflectir aspectes de la integració i la personalització.
4. Recollir **les opinions dels principals grups d'interès implicats** en el procés de planificació i les seves recomanacions de millora per tal de reforçar les dimensions d'inclusivitat i consens.

El present informe s'estructura de la manera següent: el capítol 2 descriu els mètodes de l'anàlisi utilitzats; el capítol 3 ofereix una descripció dels cinc períodes de la planificació sanitària a Catalunya; el capítol 4 descriu les principals conclusions i observacions sobre la planificació sanitària; el capítol 5 enllaça les observacions essencials sobre la planificació sanitària amb la transformació dels serveis de salut pública; el capítol 6 enllaça les principals observacions sobre la planificació sanitària amb la transformació dels serveis sanitaris individuals, i el capítol 7 conclou amb les recomanacions per a les polítiques del futur.

2 Metodologia

S'ha desenvolupat una metodologia a mida per donar resposta a aquests objectius. La metodologia es basa en bones pràctiques internacionals en planificació sanitària i en l'avaluació del grau d'acompliment del sistema sanitari. L'avaluació s'ha basat en un enfocament multidisciplinari, en una selecció inclusiva dels agents implicats i en el consens entre experts internacionals i locals.

L'avaluació s'ha estructurat en tres parts interrelacionades: context, procés i contingut. Una anàlisi del context ha situat la planificació sanitària dels darrers trenta anys d'evolució del context socioeconòmic i del sistema de salut al costat de l'avaluació quantitativa dels principals impactes i resultats. El nucli de l'anàlisi ha estat l'avaluació del procés de planificació sanitària i el mateix contingut com a instrument de governança. Aquests elements s'han complementat amb una revisió «sintètica» de les tendències escollides en els serveis de salut pública i en els serveis individuals, com a instruments per entendre fins a quin punt els plans de salut han promogut i inspirat el canvi transformador, i identificar futurs canvis i oportunitats per al sistema sanitari.

S'ha desenvolupat una guia d'entrevista estructurada per avaluar el procés de planificació. El mateix procés de planificació s'ha considerat un instrument de governança amb un paper important per tal de garantir la coherència de les polítiques en el sistema sanitari. Així, la guia d'entrevistes se centra en tot el cicle de polítiques, des de la planificació, el finançament i la implementació fins a l'avaluació. La guia d'entrevistes s'ha dissenyat específicament per respondre a la necessitat de l'avaluació corresponent a les qüestions fonamentals plantejades pels principals grups d'interès i es basa en quatre documents fundacionals: JANS – Avaluació conjunta d'estratègies i plans nacionals de salut (2); avaluació de l'impacte de les polítiques en l'equitat en salut (3); exercici de mapeig i metodologia d'avaluació d'accions multi i intersectorials (4); marc de compromís amb la societat civil (5)

S'han desenvolupat cinc dimensions i 21 atributs per emmarcar l'avaluació del procés de planificació (taula 1). El primer conjunt de dues dimensions se centra en les «característiques bàsiques del Pla de salut», considerades internacionalment distintives dels bons plans de salut. El segon conjunt de tres dimensions es pot entendre com els problemes de nova generació que són especialment rellevants en el context dels ODS, amb un èmfasi més gran en

l'equitat, una visió més holística de les polítiques de salut, i els mecanismes d'implementació intersectorial, interinstitucional i interdepartamental.

Entre el febrer i el novembre de 2019, equips d'experts de l'OMS van portar a terme tres jornades tècniques de treball d'avaluació mitjançant l'aplicació del marc anterior, basades en:

- Entrevistes semiestructurades amb els responsables de les polítiques del sistema sanitari i els grups d'interès en els àmbits central, regional i municipal.
- Visites sobre el terreny als centres sanitaris.¹
- La revisió dels documents i estudis sobre polítiques en matèria de plans de salut, com ara estratègies estatals, plans directors o plans interdepartamentals.
- La revisió de les funcions del sistema de salut de Catalunya definides pel marc del sistema de salut de l'OMS (governança de la salut, incentives financeres, sistemes d'informació, professionals de la salut, medicaments).
- La celebració de dues jornades de treball, amb la participació de responsables polítics i experts del sistema de salut, que van tenir lloc el juliol i el novembre de 2019 a Barcelona.
- L'anàlisi quantitativa dels indicadors de seguiment i objectius relacionats amb els diferents plans de salut.
- La revisió de la literatura científica i grisa del sistema de salut de Catalunya i, més àmpliament, sobre l'enfortiment i la gestió estratègica del sistema sanitari.

Taula 1. Dimensions i atributs de l'avaluació del procés de planificació sanitària

| Dimensions | Atributs |
|--|---|
| 1. Processos de planificació inclusiva ben gestionats per garantir la coherència interna | 1.1. Mandat, procés regulat i lideratge 1.2. Implicació i participació de les parts interessades 1.3. Compromís polític i rendició de comptes, alineació amb les polítiques governamentals 1.4. Coherència interna amb els plans subsectorials |

¹ Centres sanitaris: els serveis de salut mental a l'Edifici Til·lers a Salt (Girona) – IAS; el CAP La Mina de Sant Adrià de Besòs i el CAP Les Indianes a Montcada i Reixac – ICS; centre sociosanitari El Carme, Badalona – BSA, Badalona Serveis Assistencials; els serveis de salut mental al CAP Gran Sol (CSM4A 2), Badalona (Barcelona) – ICS; Àrea Bàsica de Salut Cornellà de Llobregat (La Gavarra) – ICS.

| | |
|--|--|
| 2. El contingut del Pla de salut té coherència interna i reflecteix la connexió del cicle de polítiques | 2.1. Anàlisi de situació rigorosa i anàlisi de la resposta (qüestions d'equitat) 2.2. Prioritats, metes, objectius clars, i resultats esperats (resultats en salut, compliment en termes d'equitat) 2.3. Relació entre metes, polítiques planificades i intervencions basades en l'evidència i les bones pràctiques 2.4. Alineació del finançament i altres recursos amb les prioritats del Pla de salut 2.5. Transparència i adequació dels acords d'implementació |
| 3. S'incorporen i es prioritzen les dimensions de l'equitat | 3.1. Priorització dels objectius d'equitat i de l'acció de salut que fomenta l'equitat 3.2. Ús de l'evidència i desagregació de l'anàlisi 3.3. Mecanismes de participació i rendició de comptes 3.4. Alineació de recursos |
| 4. El Pla de salut i el procés de planificació reflecteixen una coherència externa intersectorial per abordar els determinants de la salut | 4.1. Les interaccions intersectorials i el compromís s'estableixen per mandat i s'integren en el cicle de polítiques 4.2. Priorització de l'acció intersectorial i de la coherència de polítiques 4.3. Recursos disponibles per a l'acció conjunta 4.4. S'han establert acords d'implementació per catalitzar i liderar l'acció transversal |
| 5. El Pla de salut i el procés de planificació reflecteixen la coherència externa per alinear l'acció en matèria de salut del Govern de la Generalitat de Catalunya amb el govern local i municipal | 5.1. Les interaccions i el compromís de tots els governs locals i municipals s'integren en el cicle de les polítiques 5.2. Contextualització de les prioritats del pla de salut a les necessitats municipals 5.3. Disponibilitat de recursos per a l'acció conjunta 5.4. S'han establert acords d'implementació per atendre el govern municipal |

3 La planificació sanitària a Catalunya

Des del 1991 fins a l'actualitat, s'han completat set cicles consecutius de planificació sanitària. Cinc èpoques o períodes de planificació sanitària vertebraven aquesta evolució: a) 1979-1990, b) 1991-2001, c) 2002-2010, d) 2011-2015 i e) 2016-2020 (taula 2). La planificació sanitària es produeix en el context de la descentralització promoguda per la Constitució espanyola del 1978 i iniciada amb les primeres transferències de competències del Govern de l'Estat a la Generalitat de Catalunya. Durant el primer període, la Generalitat de Catalunya, a través del Departament de Salut, l'Institut Català de la Salut (ICS) i altres proveïdors de serveis van regular, planificar i organitzar la prestació dels serveis sanitaris. El 1990, el Parlament de Catalunya va aprovar la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), una fita legislativa que va redefinir les funcions de la planificació, la compra i prestació de l'atenció sanitària, a més de crear el Servei Català de la Salut i establir el Pla de salut com a instrument principal de la planificació sanitària.

Taula 2. Cronologia de la planificació sanitària

| Període | Descripció | Plans de salut | Durada |
|------------------|---|---|--------|
| 1979-1990 | Transferència de competències de salut | Cap | |
| 1991-2001 | Primers plans de salut | (0) 1991 (1) 1993-1995 (2) 1996-1998 (3) 1999-2001 | 3 anys |
| 2002-2010 | Consolidació de la planificació sanitària | (4) 2002-2005 (5) 2006-2010 | 4 anys |
| 2011-2015 | Orientació als serveis de salut | (6) 2011-2015 | 5 anys |
| 2016-2020 | Orientació als serveis i a la política de salut | (7) 2016-2020 | 5 anys |

3.1 Primer període: transferència de competències de salut (1979-1990)

El primer període es caracteritza per la transferència de les competències en matèria de salut. Espanya és un estat descentralitzat amb disset comunitats

autònomes. La jurisdicció sanitària és compartida entre el Govern de l'Estat, que manté la coordinació general del Sistema Nacional de Salut (SNS) i les comunitats autònomes, que són responsables de l'organització sanitària autonòmica (taula 2). Catalunya va encapçalar el procés de traspàs de competències a partir del 1981. La majoria de comunitats autònomes van concloure aquest procés el 2002.

A la dècada de 1980, la planificació sanitària² es basava en la planificació territorial dels recursos sanitaris amb el primer Mapa sanitari com a fita fonamental. Altres fites destacables van ser el desenvolupament de l'acreditació de centres sanitaris, plans específics per a territoris amb necessitats geogràfiques i de població especials, i la creació de diversos programes de salut, que van des del programa "Vida als anys" per millorar l'atenció a la cronicitat; la prevenció i el control de la sida; l'atenció a les drogodependències, l'atenció a la insuficiència renal o les transfusions de sang.

Durant aquest període, dues polítiques sanitàries importants van determinar la qualitat de l'atenció en la prestació dels serveis públics d'assistència sanitària: la reforma de l'atenció primària de salut el 1985 i la creació de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) juntament amb el programa de reordenació hospitalària el 1986. La reforma de l'atenció primària de salut va transformar l'organització territorial dels centres d'atenció primària i la creació d'equips d'atenció primària com a nova forma de treball en equip que va consolidar-ne la funció. El desplegament d'aquesta reforma va trigar més de vint anys. En l'àmbit de l'atenció especialitzada, la XHUP va suposar la modernització dels hospitals i la creació d'una xarxa de centres d'àmbit local. L'objectiu d'ambdues reformes era millorar l'accessibilitat als serveis sanitaris i proporcionar una atenció més propera a les persones i a les seves necessitats.

L'any 1986, la Llei general de sanitat espanyola va introduir dos aspectes fonamentals per a l'evolució de la planificació sanitària a Catalunya. En primer lloc, la creació de serveis de salut autònoms amb els recursos disponibles a les comunitats autònomes; en segon lloc, va proposar l'elaboració de plans de salut com a instruments definidors de la política sanitària de cada comunitat autònoma.

3.2 Segon període: els primers plans de salut (1991-2001)

² La planificació territorial es fa en l'àmbit de les comunitats autònomes, que abasta una regió o més.

Després de l'aprovació de la Llei general de sanitat, el 1990 el Parlament de Catalunya va aprovar la LOSC, de la qual emanava el CatSalut com a servei de salut autònom i entitat asseguradora pública de salut de Catalunya. A més, la LOSC va impulsar la constitució del Pla de salut de Catalunya com a «l'instrument indicatiu i el marc de referència per a totes les actuacions públiques en la matèria, en l'àmbit de la Generalitat de Catalunya»³. Aquesta Llei va coincidir amb l'adopció, per part del Departament de Salut, de l'Estratègia regional europea de l'OMS «Salut per a tothom l'any 2000» (1981).

Aquests processos van comportar un canvi dràstic en l'orientació de la planificació sanitària, ja que es va passar de la planificació basada en serveis a la planificació d'objectius de salut en funció de les necessitats de salut de la població (1-8). Aquesta nova orientació va impulsar que l'objectiu del Pla de salut de Catalunya fos augmentar l'esperança de vida en bona salut com a projecte a llarg termini. La planificació de la prestació de serveis sanitaris va esdevenir un instrument per aconseguir aquest objectiu.

A més del Departament de Salut, el CatSalut ha esdevingut un ens públic de caràcter institucional important en la planificació i implementació sanitàries. El CatSalut garanteix una cobertura sanitària universal a la ciutadania finançada amb fons públics provinents dels impostos. Tanmateix, el model de provisió de l'assistència sanitària a Catalunya és mixt, ja que integra tots els recursos sanitaris en una única xarxa pública, independentment de la seva titularitat. Per tant, el finançament segueix sent públic, però la provisió assistencial es fa mitjançant una combinació d'entitats de titularitat pública i entitats de titularitat no pública. Aquest model es basa en una separació de dos conjunts de funcions. D'una banda, les funcions de planificació, avaluació, finançament i compra i, de l'altra, la prestació i la gestió dels serveis sanitaris. Un contracte de serveis sanitaris vincula el CatSalut amb cada proveïdor d'atenció sanitària. Una de les funcions del contracte de serveis sanitaris és fer operatius els objectius i les prioritats definits en el Pla de salut.

Durant aquest període, es van elaborar tres plans de salut. Primer, el document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya a càrrec del Departament de Salut durant el 1990 i publicat el 1991. A partir d'aquest document, el 1993 el CatSalut va elaborar el Pla de salut de Catalunya 1993-1995, que abasta tant el Pla de salut de Catalunya com els plans de salut de cada regió sanitària. Va ser un esforç de col·laboració entre les vuit regions sanitàries existents, amb la participació de 3.000 professionals de la salut. En compliment de la LOSC, les regions sanitàries

³ Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (DOGC, núm. 1324, pàg. 3660).

han de crear un pla de salut adaptat al territori. Durant tot el període s'han creat plans de salut regionals. Al principi, es va adoptar un enfocament ascendent per elaborar el Pla de salut sobre la base de la informació de les regions. Actualment, els plans regionals adopten el document general de manera descendent i les unitats de planificació regional van passar a unitats de compra de serveis. Conceptes com ara les desigualtats en salut i l'acció intersectorial s'han debatut des dels primers plans, però gairebé no s'han desenvolupat fins transcorreguts diversos cicles de planificació. Tot i que apareixien formalment als documents, va costar formalitzar-ne l'execució efectiva.

L'orientació a la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut en l'àmbit de l'atenció primària predomina en aquests tres primers plans de salut. D'aquests plans van sorgir altres documents tècnics destinats a establir els protocols de les activitats preventives que caldria desenvolupar en serveis i altres activitats orientades a analitzar la manera més eficaç d'incloure-les en els contractes de serveis (9-10). Aquests documents «secundaris» també van servir per definir les prioritats en l'elaboració de materials, directrius i protocols d'informació i educació per a la salut. A més de l'avaluació formal del període anterior inclosa en cada pla de salut, també es van crear documents d'avaluació.

Aquest període acaba amb la publicació de l'informe *Avaluació dels objectius per a l'any 2000 del Pla de salut de Catalunya* (11), que fins aleshores va ser la principal acció d'avaluació del Departament de Salut i del CatSalut. Va consistir en l'anàlisi de diverses fonts d'informació sistemàtiques, però també d'altres desenvolupades específicament per a aquest objectiu. Cal remarcar que, durant aquest període, es va fer un gran esforç per millorar els sistemes d'informació clínica, de gestió i epidemiològica, que van contribuir a posar en marxa i consolidar iniciatives com ara la història clínica informatitzada, la història clínica compartida de Catalunya (HCCC), diversos registres d'activitat com ara el CMBD⁴ i l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA), la primera edició de la qual es va fer el 1994.

3.3 Tercer període: consolidació de la planificació sanitària (2002-2010)

Durant la primera dècada del nou mil·lenni, es va consolidar el procés de planificació sanitària. Des del 2002, els exercicis de planificació sanitària s'han ampliat de cicles de tres anys a cicles de quatre anys, seguint les recomanacions de l'avaluació anterior. La pressió temporal excessiva que suposava el procés

⁴ El conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) és el conjunt consensuat de dades incloses en els registres d'informació sanitària, que s'ha elaborat a partir de la informació facilitada pels proveïdors de serveis. Un CMBD descriu l'activitat d'un nivell de salut (hospitals d'aguts, atenció de llarga durada, atenció primària o salut mental) en un any determinat.

d'avaluació sobre el nou pla que s'havia d'elaborar va motivar-ne l'ampliació. Com a resultat, el Pla de salut de Catalunya 2002-2005 va servir com a nou document marc que establia els objectius durant una dècada, dividit en dues parts de quatre anys i dos plans de salut respectius: 2002-2005 i 2006-2010.

Aquest període de la planificació va mantenir la filosofia i el context general dels objectius, però tenia la intenció de trobar fórmules de millorar la implementació de les recomanacions del Pla de salut. Com a resposta a aquesta motivació, van sorgir els plans directors específics per a cada malaltia, que van tenir un efecte positiu des de la perspectiva de la implementació, però també va suposar el reforçament d'un enfocament biomèdic. Se'n van crear set: cinc d'orientats a malalties (oncologia, aparell circulatori, aparell respiratori, salut mental i addiccions i malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor) i dos de no relacionats amb malalties: immigració en l'àmbit de la salut i cronicitat. A més, es va elaborar un nou Mapa sanitari de Catalunya.

Van començar a sorgir nous temes que incorporaven un conjunt més ampli de determinants de la salut i fórmules d'afrontar-los mitjançant una acció intersectorial i més participació dels professionals i de la ciutadania. De fet, les propostes per a aquesta dècada 2002-2010 eren les següents: a) compromís intersectorial amb la salut; b) accions comunitàries per a la salut; c) assistència sanitària, cronicitat i salut pública orientada a les necessitats de salut; d) professionals de la salut, i e) el paper de la ciutadania. Va quedar clar que, mentre que l'eix d'acció relacionat amb els serveis sanitaris estava estretament vinculat al contracte de serveis, l'altre eix implicava el desenvolupament de diferents tipus de polítiques que sovint requerien la participació d'altres sectors. Tot i que es van començar a plantejar aquests temes, no es van acabar d'integrar en la planificació i la implementació sanitàries.

3.4 Quart període: orientació als serveis sanitaris (2011-2015)

El Pla de salut de Catalunya 2011-2015 va augmentar de manera notable l'interès per millorar els serveis sanitaris centrats en la persona. Va generar un vincle més fort entre el Pla de salut de Catalunya 2011-2015 i la prestació dels serveis sanitaris mitjançant la implementació de projectes d'atenció sanitària prioritzats. La millora de l'eficàcia de la implementació era l'objectiu de projectes com la reorganització de l'atenció terciària, o la generalització de projectes com els codis d'actuació ràpida, com ara en cas d'infart, accidents cerebrovascular, suïcidi, politraumatisme o sèpsia. Tot i això, també és el període en què es van materialitzar projectes interdepartamentals i intersectorials com ara el Pla interdepartamental i intersectorial de salut pública (PINSAP), el Programa de salut comunitària

(COMSalut) o el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS), juntament amb els programes de seguretat dels pacients, la renovació del sistema d'acreditació hospitalària i la creació del sistema d'acreditació de centres d'atenció primària. Aquest fet va marcar el pas d'un pla de salut convencional a un pla de salut i serveis.

Durant aquest període, la publicació dels resultats del sistema sanitari es va generalitzar mitjançant els informes generats per la Central de Resultats, una unitat del sistema sanitari sota l'autoritat de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).

3.5 Cinquè període: orientació als serveis i polítiques de salut (2016-2020)

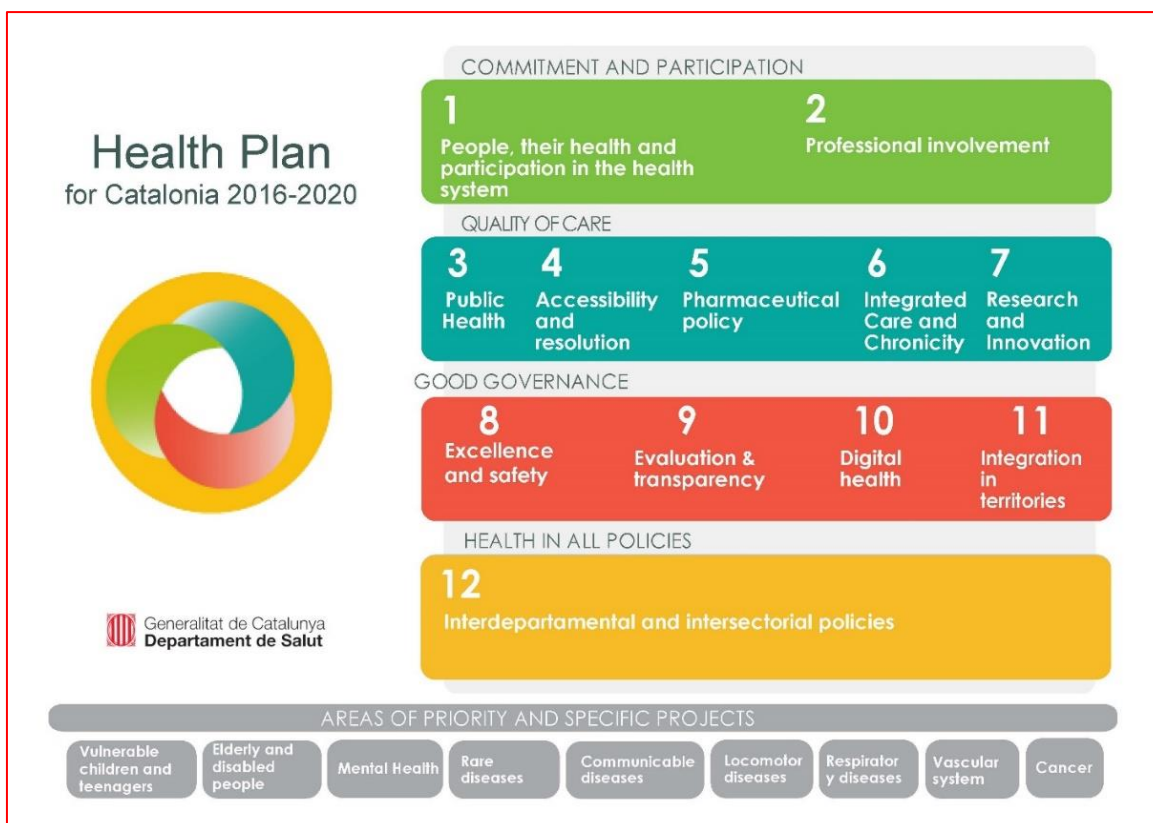
El cicle actual de planificació sanitària 2016-2020 té un compromís ferm a reforçar les polítiques estratègiques de salut per fer front als determinants socials de la salut mitjançant accions intersectorials. Les polítiques de serveis sanitaris que predominaven en el pla anterior donen lloc a polítiques de salut transversals i sistèmiques. Es fa un esforç per situar el Pla de salut a una posició més estratègica, juntament amb canvis estructurals i organitzatius importants, com ara la creació de la Secretaria d'Atenció Sanitària i Participació i la Direcció General de Professionals de la Salut, ambdues responsables de les àrees de màxima prioritat del Pla de salut actual. Com que el pla és l'estratègia de política sanitària de la Generalitat, tots els departaments hi participen de manera formal. Per primera vegada, s'inclou en el Pla de salut una línia estratègica sobre polítiques interdepartamentals i intersectorials (línia 12) com a primer pas incipient cap a l'estratègia de salut en totes les polítiques. La creació del Pla de salut de Catalunya 2016-2020 va ser responsabilitat de la Direcció General de Planificació en Salut i del Servei del Pla de Salut, seguint un patró similar present en plans anteriors.

Es van recollir aportacions variades de diferents grups d'interès, com ara altres departaments de la Generalitat, altres unitats tècniques del Departament de Salut, entitats proveïdores representades a les comissions d'entitats proveïdores del CatSalut, professionals sanitaris implicats en diversos programes del Departament de Salut, i associacions de pacients a través de l'òrgan de participació del Consell Consultiu de Pacients de Catalunya. Aquesta combinació va garantir una barreja equilibrada de visió política i anàlisis tècniques i epidemiològiques de les necessitats de salut, els recursos sanitaris i les expectatives dels pacients a través de diverses reunions i grups de treball.

El Pla de salut de Catalunya 2016-2020 es va crear sobre la base de dotze línies estratègiques, àrees prioritàries i projectes singulars. En total, inclou més

de cinquanta projectes estratègics de canvi. Cada línia estratègica està liderada per una persona representant del Departament de Salut, del CatSalut, de l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) o de l'AQuAS, que presideix les reunions periòdiques per supervisar i avaluar els projectes d'implementació.

Figura 1. Línies estratègiques del Pla de salut de Catalunya 2016-2020



4 Resum dels resultats i observacions

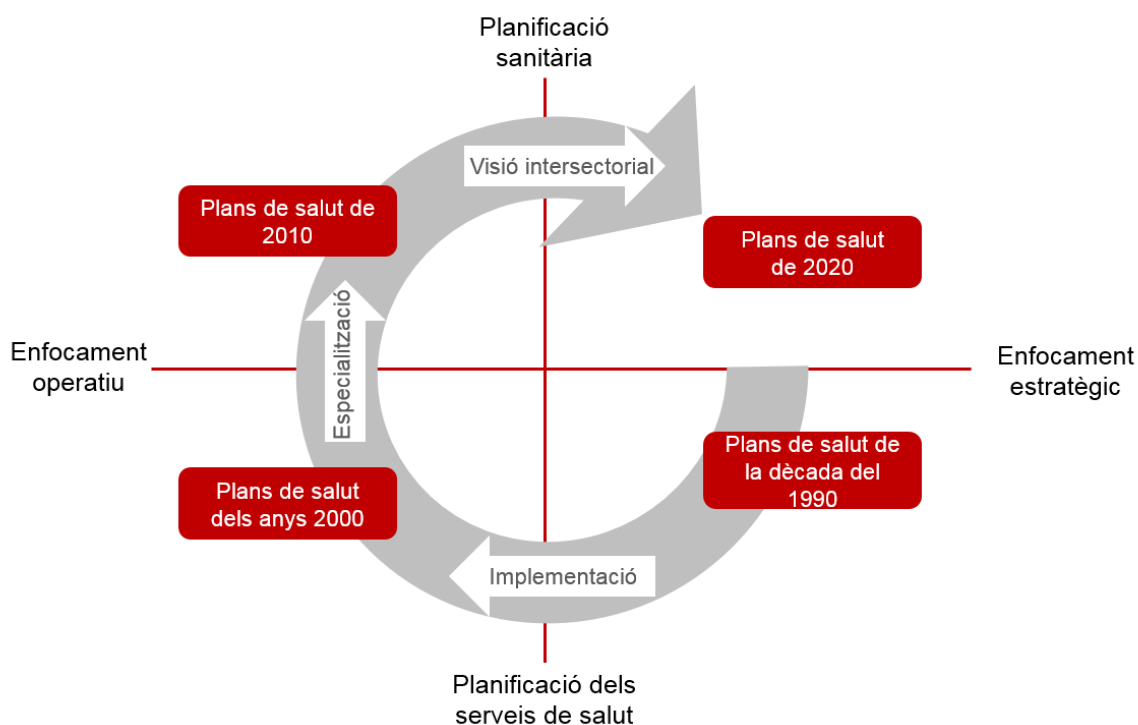
Catalunya pot presumir d'uns resultats en salut excel·lents obtinguts a un cost raonable per al sistema de salut. Les taxes estandarditzades de mortalitat disminueixen i l'esperança de vida creix sense parar. Durant el període 2010-2013, la mortalitat es va reduir d'un 8,5%, mentre que l'esperança de vida va augmentar d'un any, tant per als homes (80,8) com per a les dones (86,3). El 2016, l'esperança de vida en néixer era de 83,6 anys, de les millors d'Europa. El 2016, la despesa sanitària pública per capita en dòlars segons paritat del poder de compra va ser de 2.137, la despesa total en salut va ser del 7,6% del PIB i els llits hospitalaris, 1,7

per 1.000 habitants, molt per sota de la mitjana de 3,7 a la UE-15⁵. Els darrers trenta anys de planificació sanitària han tingut com a objectiu la millora dels resultats i mantenir els costos del sistema sanitari en nivells raonables mitjançant el reforçament i l'ajustament del sistema sanitari.

Durant els darrers trenta anys, els plans de salut han esdevingut un instrument molt valuós en el genoma del sistema sanitari català. El procés de planificació sanitària a Catalunya s'ha dut a terme amb una coherència notable durant un període de trenta anys i s'ha sabut adaptar a les necessitats canviants dels temps. Els problemes emergents s'hi han integrat de manera coherent, tot i que han sorgit reptes pel que fa a la implementació. Tots els actors del sistema coneixen bé els plans de salut i els respecten perquè estableixen una visió i una direcció per a la millora de la salut i del benestar. Un dels informants clau va comparar els plans de salut amb «una brúixola que marca les direccions de les actuacions sanitàries a diversos nivells». Un lideratge clar, una bona assignació de les funcions i relacions institucionals, un diàleg inclusiu i obert, i l'aplicació coherent d'un cicle polític complet han contribuït en gran mesura a l'èxit dels plans de salut de Catalunya per complir aquesta funció fonamental en el sistema de salut de Catalunya.

⁵ UE-15 es refereix als quinze estats membres de la Unió Europea abans de l'1 de maig de 2004.

Figura 2. Evolució dels plans de salut i dels motors del canvi



Tanmateix, el procés de planificació sanitària ha hagut d'afrontar reptes, ja que les actuacions sanitàries han esdevingut més intersectorials i interdepartamentals. Centrant més l'atenció en les accions intersectorials per abordar un ventall més ampli de determinants de la salut, el procés de planificació sanitària ha estat capaç de copsar qüestions i polítiques fonamentals, però encara s'han d'identificar i reforçar més els mecanismes d'implementació i finançament. Catalunya es caracteritza per una elevada innovació en l'àmbit local (municipis i centres sanitaris), la qual cosa ha suposat el desafiament per als planificadors sanitaris de crear plataformes i processos que captin i legitimin innovacions eficaces per a un desenvolupament accelerat i a gran escala. D'aquesta manera, la planificació sanitària afronta avui dia el repte d'esdevenir el nexa de l'acció intersectorial i interdepartamental en matèria de salut.

Aquest capítol de l'informe estudia aquestes qüestions de manera més sistemàtica, mitjançant les cinc dimensions i els 21 atributs identificats per tal d'aconseguir uns plans de salut consistents, i que es descriuen a continuació (capítol 2).

Dimensió 1. Gestió i inclusivitat del procés de planificació per tal d'aconseguir coherència interna

Atribut 1.1. Mandat, procés regulat i lideratge

Hi ha un mandat ben establert i clarament articulat, i un procés ben regulat per a la planificació sanitària que es detalla a la **Llei d'ordenació sanitària de Catalunya de 1991 (LOSC)**. El títol 5, «El Pla de salut de Catalunya» (articles 62 a 64), defineix l'essència, els continguts i el procediment dels plans de salut⁶, amb un període de vigència de cinc anys. La Llei assigna al Departament de Salut el mandat d'impulsar i dirigir el procés de planificació sanitària mitjançant la fixació de criteris generals, la definició d'objectius i fites, i la creació d'un enfocament metodològic i un marc temporal. Incorporar-hi les prioritats locals ha estat un element fonamental des del principi, i la Llei atorga a les regions sanitàries el mandat d'identificar les prioritats i desenvolupar els plans de salut de les regions conjuntament amb el CatSalut. En l'àmbit regional, el CatSalut supervisa i aplega els plans de salut regionals. Per la seva banda, el Departament de Salut garanteix l'alineació de diferents plans amb els objectius establerts, tenint en compte les restriccions econòmiques, a més de liderar la definició de prioritats (taula 3).

Taula 3. Procediment en cinc passos per a l'elaboració del Pla de salut

| Responsabilitat | | Procés |
|-----------------|------------------------------------|---|
| 1 | Departament de Salut | <ul style="list-style-type: none">• Determinar els criteris generals de la planificació sanitària.• Fixar i seleccionar els objectius i les mesures.• Establir la metodologia i els terminis. |
| 2 | Regions sanitàries | <ul style="list-style-type: none">• Formular l'avantprojecte del Pla de salut de la regió sanitària.• Elevar-lo al Consell de Direcció del CatSalut. |
| 3 | Consell de Direcció del CatSalut | <ul style="list-style-type: none">• Comprovar l'adequació dels plans de salut regionals.• Establir acords i convenis per a la prestació de serveis. |
| 4 | Departament de Salut | <ul style="list-style-type: none">• Integrar els diferents plans i adequar el conjunt del Pla a les polítiques sanitàries i econòmiques. |
| 5 | Consell Executiu de la Generalitat | <ul style="list-style-type: none">• Aprovar el Pla de salut.• Informar-ne el Parlament. |

Font: LOSC 1990, títol 5, article 64.

⁶ Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (DOGC, núm. 1324, pàg. 3660). (*op. cit.*).

Els comitès executius del Departament de Salut i del CatSalut són els responsables de la primera aprovació del Pla de salut. A continuació, els consells de salut del CatSalut, el Consell de Salut de Catalunya i de les regions sanitàries, avalen el Pla i aproven els plans de salut de les regions sanitàries respectius. Un cop acabat aquest procés, el Consell Executiu de la Generalitat aprova el Pla de salut perquè el Parlament conegui les prioritats i els objectius de salut. De vegades, aquesta aprovació proporciona una gran visibilitat institucional i el president o presidenta de la Generalitat presenta oficialment el Pla, com en les dues darreres edicions (14). Des del 2011, el Departament de Salut elabora l'Informe de salut, que inclou actualitzacions sobre els indicadors de salut (15,16).

El Departament de Salut ha demostrat un lideratge fort durant trenta anys a l'hora de dirigir el procés de planificació sanitària, i així ho reconeixen obertament alguns informants clau de diferents àmbits del sistema de salut. El Departament de Salut ha institucionalitzat i formalitzat les funcions de la planificació sanitària mitjançant una àrea específica de planificació sanitària a càrrec del Servei del Pla de Salut, format per cinc professionals, que depenen orgànicament de la Direcció General de Planificació en Salut. El Departament de Salut ha complert clarament el seu mandat de planificació sanitària en set cicles consecutius de polítiques, cadascun dels quals es basa de manera lògica en els assoliments i les mancances del Pla de salut anterior. El Departament de Salut ha buscat contribucions ben definides per part dels principals grups d'interès, i ha organitzat la participació i les plataformes de participació sobre polítiques relacionades amb diversos aspectes de la planificació sanitària per aconseguir consens respecte a les àrees prioritàries. El resultat és que alguns informants clau han considerat el Pla de salut com un instrument fonamental per a la política sanitària amb legitimitat plena.

La col·laboració institucional entre el Departament de Salut i el CatSalut és fonamental per a l'èxit de la planificació sanitària a Catalunya. Tal com es descriu més endavant amb més detall, el CatSalut, a través dels plans de salut de les regions sanitàries i de l'adaptació del procés de contractació, operativitza les prioritats del Pla de salut i garanteix que no sigui simplement un document. Aquest fort lligam entre el Pla de salut, els plans regionals i els contractes de serveis es pot considerar una bona pràctica internacional per a aquells països que disposen de bons plans però no tenen mecanismes d'implementació. Si bé el CatSalut és, sens dubte, el principal mecanisme d'implementació dels plans de salut, també té un paper important en la fase de planificació. Aquest paper ha canviat durant els trenta anys revisats, i oscil·la entre un enfocament més participatiu en la fase de planificació i un enfocament més executiu de posada en marxa i implementació mitjançant contractes. Alguns informants destacats han considerat important que el

CatSalut segueixi participant activament, no només en la fase d'implementació sinó també en la de planificació, tot oferint aportacions per identificar i seleccionar objectius estratègics i prioritats del Pla. En concret, es considera que el CatSalut té mecanismes sòlids per coordinar, recollir, sintetitzar de manera interna i després portar a la taula de treball de la planificació, els principals problemes a què s'enfronten les regions sanitàries, tot aprofitant les bones pràctiques territorials o regionals (plans estratègics territorials) i estenent-les a altres sectors de la salut i regions sanitàries.

Les regions sanitàries tenen un paper important en la planificació sanitària. Segons la LOSC, els consells de participació territorial de salut han d'aprovar i adoptar versions del Pla de salut adaptades a cada regió. Les regions sanitàries són el primer nivell d'organització territorial en termes d'Administració sanitària. Els nivells subregionals (municipis i comarques) tenen una funció menys clara pel que fa a la implementació de les activitats del Pla de salut, excepte les capitals, cas en el qual els ajuntaments tenen un paper important en col·laboració amb l'Administració regional, tal com passa a Barcelona. Alguns ajuntaments elaboren un pla local de salut que sovint està orientat a la promoció de la salut i a la col·laboració intersectorial. Aquests plans locals solen inspirar-se en el Pla de salut, i vincular-s'hi, amb un èmfasi especial en el marc de la salut pública i la promoció de la salut. El Pla de salut de Barcelona és el més important i es coordina amb el pla de salut de la regió sanitària.

És possible aprofitar i ampliar aquest marc legal i institucional que funciona bé, els processos regulats i el lideratge legítim, per integrar els nous problemes de la política sanitària en lloc de desenvolupar noves formes. A mesura que l'objectiu del Pla de salut es trasllada cap a l'abordatge d'un ventall més ampli de determinants de la salut, la planificació sanitària s'ha d'adaptar més als enfocaments intersectorials (dimensió 3). Un àmbit important de recerca és la capacitat institucional del Departament de Salut de resolució i per generar relacions i col·laboracions més fortes amb diferents actors.

Atribut 1.2. Implicació i participació dels grups d'interès

El desenvolupament del Pla de salut de Catalunya es caracteritza per la participació de diferents grups d'interès i per l'ús predominant d'enfocaments descendents. Els actors del sistema disposen de tres instruments principals de participació i de creació dels plans de salut. El primer es basa en aprofitar les funcions institucionals a través d'òrgans de govern del Departament de Salut, el CatSalut i l'Institut Català de la Salut, que inclouen un ampli ventall de grups d'interès. Aquest enfocament recull les opinions dels òrgans superiors de direcció del sistema sanitari i dels principals proveïdors de serveis. El segon s'articula a

través dels consells de salut de Catalunya i de participació territorial de la salut, que també han participat amb la seva pluralitat de representants de sindicats, associacions de proveïdors i pacients, societats científiques i organitzacions del sector terciari. El tercer mecanisme de participació funciona mitjançant grups de treball formats per experts que tracten les prioritats del Pla de salut. Alguns d'aquests grups es van formar fa temps i segueixen en actiu, d'altres es creen a partir de l'avaluació del Pla de salut anterior, i d'altres donen resposta a noves prioritats que estableix el Pla de Govern. En general, els entrevistats dels nivells polítics més elevats i els experts de més experiència van considerar que tenien maneres de crear els plans de salut a través d'aquests grups de treball, a través dels consells de salut o bé a través de les seves funcions institucionals.

Es recorre menys a les iniciatives ascendents per canalitzar la participació dels grups d'interès de les regions sanitàries i dels proveïdors d'atenció sanitària per adoptar ràpidament innovacions d'àmbit local. Pel que fa a l'àmbit regional i dels proveïdors, hi ha hagut menys consens sobre l'abast de la inclusivitat del procés de planificació sanitària i menys claredat respecte dels criteris per crear grups de treball i la inclusió dels grups d'interès. Aquests nivells van participar clarament en la planificació operativa i d'accions basada en el Pla de salut, però van implicar-se menys en l'establiment de les prioritats del Pla de salut de Catalunya. La importància dels processos ascendents rau en el fet que hi ha un grau important d'innovació i moltes bones pràctiques identificades durant aquestes avaluacions, i canalitzar-les cap al procés de planificació permetria accelerar-ne la implementació. Entre els entrevistats es va observar un entusiasme per celebrar fòrums amplis i participatius en el procés de planificació sanitària per generar oportunitats d'aprendre els uns dels altres. S'ha produït un reconeixement general dels reptes que comporta organitzar la participació dels grups d'interès en la pràctica i la necessitat de millorar aquests mecanismes per fer-los més transparents, inclusivament i eficaços.

El principi de participació està establert legalment a la LOSC i també a la Llei de salut pública de Catalunya, tot i que, a partir de les entrevistes realitzades, aquesta participació varia en la fórmules de participació de ciutadania i comunitats i la funció que exerceixen. La participació de la societat civil i la comunitat es va identificar especialment en els processos del Pla director de salut mental, amb la preparació de plans comunitaris dirigits per taules de salut mental, formades per associacions de pacients i familiars, i la planificació dels serveis basada en la recerca local com a resultat d'aquest diàleg participatiu d'àmbit local, tot i que van sorgir inquietuds sobre el nivell d'implicació dels actors de la societat civil, que solen representar associacions de familiars de pacients i, per tant, hi ha una bretxa de representació en les veus de les organitzacions no governamentals

de promoció de la salut o de l'interès públic. El document *Marc de participació ciutadana en salut de Catalunya: facilitem i potenciem la participació ciutadana; fem-ho entre tots*, publicat el 2018, aprofundeix en el paper de la ciutadania i brinda una oportunitat per intensificar el compromís al respecte.

No queda clar fins a quin punt la ciutadania i les comunitats participen en la planificació o la definició de prioritats. La participació majoritària és de professionals i representants institucionals. Hi ha taules de salut mental locals que tenen un paper de preparació de plans comunitaris i d'oferir coordinació entre les diferents institucions, però tenen un paper assessor en processos coordinats per l'Administració local en què els principals agents i implementadors són els serveis de salut. No sembla que hi hagi diferents comitès de persones no expertes que canalitzin la veu de la ciutadania, com ara els consells de salut i benestar. No sembla que els informes (anuals) sobre la implementació del Pla nacional de salut es debatin al Parlament i en un fòrum públic. Aquest fet indica que, tot i que la governança participativa està vigent, la implementació real no és plenament operativa.

Atribut 1.3. Compromís polític, rendició de comptes i coincidència amb les polítiques del Govern

Els plans de salut de Catalunya han rebut suport polític d'alt nivell i hi ha instruments de compromís i rendició de comptes al màxim nivell. Els comitès executius del Departament de Salut i del CatSalut són els responsables de la primera aprovació del Pla de salut. A continuació, els consells de salut del CatSalut, tant d'àmbit central com regional, avalen el Pla i aproven els plans de salut de les regions sanitàries respectius. Un cop finalitzat aquest procés, el Govern aprova el Pla de salut i s'informa la Comissió de Salut del Parlament de les prioritats i els objectius sanitaris. Aquesta aprovació ofereix una gran visibilitat institucional, ja que el president de la Generalitat presenta oficialment el Pla, tal com ha succeït en les dues darreres edicions. El resultat és que la informació i la rendició de comptes dels objectius i les fites del Pla arriben al màxim nivell polític. Aquesta atenció d'alt nivell es correspon amb els valors bàsics de benestar i solidaritat que han estat sempre importants en les polítiques governamentals de Catalunya, i han atorgat als plans de salut una prioritat natural en el discurs del Govern. A més, atès que la salut és una de les competències clau assignades a les comunitats autònomes, a Catalunya el 31% de la despesa governamental total es destina a la salut, i això genera un interès i un incentiu general per tal que el Govern garanteixi una certa orientació cap a la consecució de bons resultats a baix cost. El suport polític d'alt nivell genera un bon fonament per a la incorporació addicional de directrius intersectorials per tal d'abordar els determinants de la salut.

Atribut 1.4. Garantir la coherència interna amb els plans subsectorials

Hi ha una coherència interna sòlida entre el Pla de salut i els plans subsectorials del sistema sanitari. Aquesta coherència s'aconsegueix a través de plans directors de malalties específiques. Els plans directors es van introduir al cicle de planificació 2002-2005 i també compleixen la funció d'especificar més les àrees prioritàries de millora sanitària i, per tant, contribueixen a l'execució del Pla de salut de Catalunya.

Els plans directors han tingut un efecte positiu des de la perspectiva de la implementació i han participat de manera activa en les fases del disseny i de la definició de prioritats. Els plans directors d'oncologia, aparell circulatori, aparell respiratori, salut mental i addiccions, i malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor cobreixen les malalties més freqüents. Hi ha dos plans directors no relacionats amb malalties: un sobre immigració en l'àmbit de la salut i l'altre sobre cronicitat, que tenen com a objectiu les prioritats de salut dels grups vulnerables. No obstant això, no queda clar fins a quin punt els plans directors estan vinculats als contractes de serveis i ajustats als recursos.

Dimensió 2. El contingut del Pla de salut té coherència interna i reflecteix un cicle de polítiques connectat

En general, hi ha connexions fortes en els cinc passos principals del cicle polític que generen una bona coherència interna entre expectatives i accions (figura 3). L'avaluació i l'anàlisi de situació contribueixen a la fixació de prioritats i a la programació. En moltes àrees del Pla de salut, les accions d'implementació són clares i l'estratègia de contractes a través del CatSalut converteixen activitats en serveis. El monitoratge i l'avaluació s'incorporen al nou cicle de planificació sanitària. La connexió més feble del cicle polític és la concordança entre els recursos i les prioritats del Pla de salut (financeres, de capital, humanes i digitals), específicament en àrees de millora sanitària de nova generació que potser no es poden transformar fàcilment en contractes (per exemple, polítiques per abordar l'obesitat infantil). Aquestes àrees es tractaran més endavant.

Figura 3. Cicle polític de la planificació sanitària



Atribut 2.1. Anàlisi de situació i respostes com a base de la planificació sanitària

Els nous plans de salut es formulen a partir d'una anàlisi de situació sòlida i el seguiment del progrés respecte dels objectius i les fites del Pla de salut anterior, amb unes funcions de control marcades i una capacitat desenvolupada al Departament de Salut. L'anàlisi del context es basa en qüestions epidemiològiques, demogràfiques, socioeconòmiques i d'equitat. El seguiment del progrés respecte dels objectius i les fites del Pla de salut anterior el du a terme la Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut, formada per experts en l'anàlisi de tendències. Cada deu anys aproximadament (per exemple, el 2000, el 2010) es fa una anàlisi més completa per estudiar les tendències a llarg termini. Les fonts de dades dels indicadors són variades i inclouen la història clínica, enquestes i altres tipus de fonts. Amb el temps, s'ha consolidat la capacitat de control; per exemple, el primer Pla de salut (1991) preveia la realització de l'Enquesta de salut de Catalunya per conèixer l'estat de salut i els comportaments relacionats amb la salut de les persones. Des del 2011, l'Enquesta s'ha dut a terme de manera continuada cada any, i no només al final del Pla. Els

resultats de control es publiquen i es difonen àmpliament, tant si s'han assolit els objectius com si no. Les publicacions d'aquests indicadors aconseguen captar l'atenció política i ciutadana.

Taula 4. Objectius de salut i resultats de l'avaluació de reducció de riscos 2000-2020

| Nivell d'assoliment | 2000 | 2010 | 2015 | 2020 ³ |
|---|------------|-------------|------------|-------------------|
| Assolits totalment | 69 (68,3%) | 94 (53,7%) | 13 (50,0%) | |
| Assolits parcialment (>50%)¹ | 8 (7,9%) | 24 (13,7%) | 8 (30,8%) | — |
| No assolits | 24 (23,8%) | 57 (32,6%) | 5 (19,2%) | |
| Objectius avaluats | 101 | 175 (79,6%) | 26 (96,3%) | 39 (100%) |
| Objectius no avaluats² | (91,8%) | 45 | 1 | |
| Total objectius | 10 | 220 | 27 | 39 |
| | 111 | | | |

1: S'ha aconseguit almenys el 50% del canvi esperat.

2: Objectius no avaluats per dades no disponibles, manca de registre o formulació deficient dels objectius i indicadors.

3: Darreres dades disponibles publicades a *Marcant fites per al 2020*.

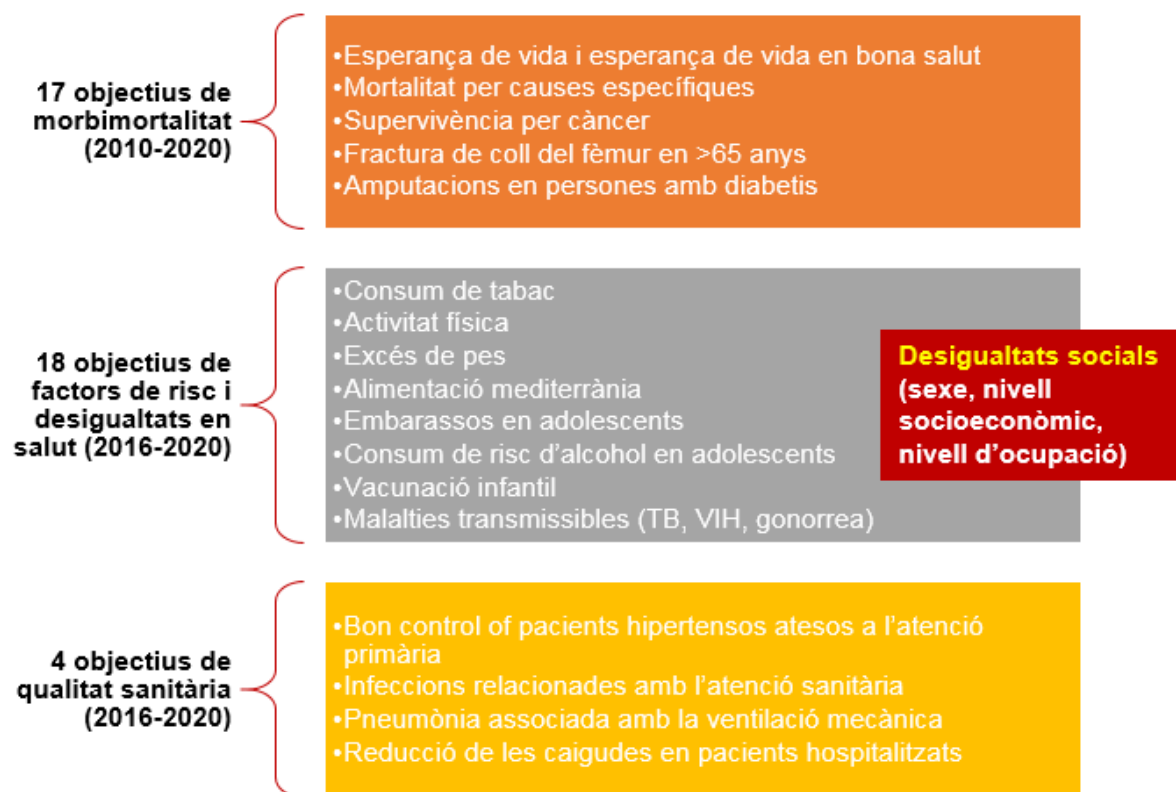
Si bé el seguiment del Pla de salut està ben desenvolupat, es fan servir eines d'avaluació específiques de manera menys sistemàtica per tal d'entendre la variació en les àrees d'implementació del Pla de salut i identificar-ne els factors clau responsables. El control dels indicadors permet al Departament de Salut fer un seguiment per saber si s'assoleix el progrés desitjat o no, mentre que l'avaluació permetria al Departament de Salut entendre millor els factors d'èxit i les mancances. En molts països, aquestes funcions es contracten periòdicament a institucions i universitats d'anàlisi de polítiques. Diversos grups d'interès han comentat que el paper de l'AQuAS ha evolucionat des de l'avaluació de la tecnologia fins a l'anàlisi més àmplia de la política sanitària, i que podria fer aquest paper en col·laboració amb altres organismes a més gran escala.

Atribut 2.2. Claredat de prioritats, fites, objectius i resultats esperats

El Pla de salut estableix prioritats, objectius i resultats esperats clars, que tenen com a finalitat contribuir a millorar els resultats i l'equitat en salut, i ho fa a través d'objectius mesurables específics amb un horitzó temporal. L'objectiu cabdal és millorar l'esperança de vida en bona salut, tot i que hi ha objectius a mitjà termini relacionats amb la reducció de la mortalitat, la discapacitat,

la morbiditat i els factors de risc. Els objectius de qualitat de l'assistència sanitària es van incloure durant el cicle 2011-2015 i la reducció de la bretxa social relacionada amb diversos factors de risc es va introduir en el cicle 2016-2020. Des del 2011, també es tenen en compte el sexe, el grup d'edat, el territori, el nivell socioeconòmic i el nivell d'estudis (figura 4).

Figura 4. Objectius de salut del Pla de salut de Catalunya 2016-2020



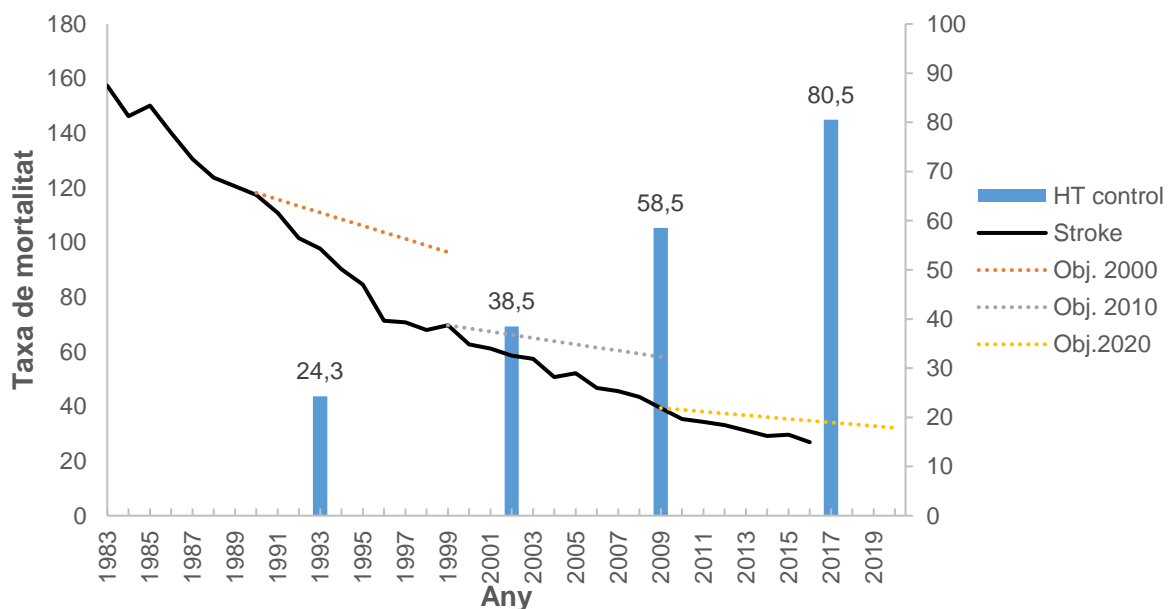
TB: tuberculosi.

Hi ha coherència entre els diferents plans de salut quant a objectius i directrius, i alhora s'adapten les noves prioritats que desafien contínuament el sistema sanitari per avançar. El Pla de salut actual 2016-2020 inclou 39 objectius de salut i de reducció de risc. Aproximadament la meitat d'aquests objectius (20) eren idèntics als del Pla de salut anterior, però se n'han modificat la població diana. Hi ha dinou grups de població diana que són completament nous, fet que reflecteix les prioritats emergents recents, com ara l'excés de pes en infants, la dieta mediterrània, el consum de productes hipocalòrics, els embarassos en adolescents, infants de 5 anys vacunats, la tuberculosi, el VIH, la gonorrea, el consum excessiu d'alcohol i les caigudes de pacients hospitalitzats. A més, el Pla

de salut actual 2016-2020 ha reforçat l'enfocament en l'equitat i incorpora algunes fites amb objectius de gènere i desglossament de les desigualtats socials.

L'exemple següent relatiu a mortalitat per ictus indica que els plans de salut han continuat centrant-se en grans àrees de mortalitat i, mitjançant els plans de salut posteriors, s'han establert objectius ambiciosos (figura 5). També indica la importància d'associar els objectius als resultats en salut amb els grups de població diana més concrets, que es veuen directament afectats. La reducció de la mortalitat per ictus va coincidir amb una millora del control de la hipertensió. Al seu torn, aquesta millora es va aconseguir gràcies a un augment de l'atenció i al reforçament de la capacitat de resolució de l'atenció primària, que segueix sent un àmbit estratègic de l'actual Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Aquesta acció, al seu torn, es tradueix en serveis, objectius de serveis reflectits en contractes i indicadors del CatSalut i de proveïdors d'atenció primària per mesurar el rendiment de l'atenció primària, a més de pagar bonificacions per rendiment. Una cadena totalment connectada vincula alguns objectius, indicadors i fites, especialment en aquelles àrees que es poden abordar mitjançant serveis assistencials.

Figura 5. Mortalitat per ictus, objectius del Pla de salut i control de la hipertensió. Catalunya, 1983-2016



La prioritització per mitjà d'objectius i intervencions ha passat d'un enfocament molt tecnocràtic a un enfocament multidimensional més flexible, que permet ampliar la visió de millora de la salut. Fins al 2011, la prioritització es feia mitjançant un mètode de classificació adaptat de Hanlon per a les intervencions

sanitàries, que tenia en compte els factors següents: magnitud del problema, existència i eficàcia de la intervenció, viabilitat i potencial per millorar l'esperança de vida en bona salut. Des del 2011, amb la introducció de línies i projectes estratègics, la prioritització per problemes de salut no s'aplica de manera exclusiva. També s'hi inclouen criteris transversals com ara l'accessibilitat, l'equitat, la recerca, la cronicitat i les tecnologies de la informació i l'opinió experta i professional hi té un paper més important. Aquest enfocament permet eixamplar la visió més enllà dels problemes de salut.

Atribut 2.3. Vincle entre objectius, la planificació de polítiques i intervencions
En gran mesura, la planificació de polítiques i intervencions ha evolucionat al llarg del temps i ha respost bé a les prioritats i els objectius.

En general, els plans de salut són complets i aborden diverses àrees d'enfortiment del sistema de salut. Durant els darrers trenta anys, el focus de les polítiques i les activitats promogudes en els plans de salut han evolucionat. Els plans inicials de salut se centraven molt en la promoció de la salut i la prevenció d'acord amb les aspiracions de la política de l'OMS «Salut per a tothom l'any 2000». En el nou mil·lenni, els plans de salut es van orientar més cap al reforç dels serveis sanitaris, especialment per implementar un model d'atenció primària més fort i regionalitzat i adequat per a serveis especialitzats i hospitalaris, i avançar amb l'agenda de l'atenció integrada. L'últim Pla de salut ha tornat a una orientació estratègica i a un nivell polític més elevat tenint en compte cada vegada més els determinants socials de la salut (taula 5).

Taula 5. Evolució del disseny i la implementació de la planificació sanitària

| Període | Plans de salut | Responsabilitat | Eixos de planificació | Orientació | Àrees prioritàries | Implementació |
|-----------|---|----------------------|---|--------------------------------|---|---|
| 1979-1990 | Cap | Departament de Salut | Productivitat | Reformes dels serveis de salut | Desenvolupament territorial i qualitat de vida relacionada amb la salut | |
| 1991-2001 | (0) 1991 (1) 1993-1995 (2) 1996-1998 (3) 1999-2001 | CatSalut | Objectius de salut de l'OMS per al 2000 | Activitats preventives | Atenció primària i prevenció | Contracte de serveis per a l'atenció primària i els hospitals |

| | | | | | | |
|------------------|--------------------------------|----------------------|--|-------------------------------------|--|--|
| 2002-2010 | (4) 2002-2005 (5) 2006-2010 | Departament de Salut | Principals problemes de salut | Programes específics | Atenció primària i prevenció, atenció especialitzada i malalties | Plans directors |
| 2011-2015 | (6) 2011-2015 | Departament de Salut | Serveis de salut | Reordenació dels serveis sanitaris | Atenció especialitzada | Reordenació dels serveis sanitaris |
| 2016-2020 | (7) 2016-2020 | Departament de Salut | Desigualtats en salut, participació i col·laboració intersectorial | Polítiques sanitàries estratègiques | Visió sistèmica | Equitat, participació i polítiques intersectorials |

^a Estratègia mundial salut per a tothom l'any 2000

El desenvolupament de polítiques i intervencions per als plans de salut té en compte l'evidència i les bones pràctiques europees, inclosa la consideració d'eficàcia, eficiència i sostenibilitat.

Destaca la gran quantitat d'innovació i bones pràctiques que hi ha en l'àmbit comunitari i dels proveïdors. Els plans de salut podrien contribuir més a integrar i dimensionar les bones pràctiques basades en l'evidència. És el cas concret de les noves actuacions en salut com ara el reforç dels serveis de salut mental en l'àmbit comunitari, la integració vertical de l'atenció, la integració de l'atenció social i sanitària, els enfocaments amb sensibilitat de gènere, etc. Això requereix sistematitzar i avaluar les innovacions existents a Catalunya, crear un procés amb un intercanvi més gran pel que fa a les innovacions i incorporar-les al procés de planificació sanitària; tot i això, s'ha d'equilibrar amb el motiu pel qual Catalunya té una riquesa d'enfocaments innovadors: la pluralitat en la provisió de serveis i l'autonomia del proveïdor.

Atribut 2.4. Adequació del finançament i altres recursos a les prioritats del Pla de salut

Un dels punts forts del cicle polític és la traducció de les prioritats del Pla de salut en contractes de serveis i, per tant, en processos d'assignació pressupostària mitjançant mecanismes contractuals del CatSalut. El CatSalut, que lidera la implementació del Pla pel que fa als serveis, ha posat en marxa un sistema per convertir els objectius estratègics del Pla en accions: a) mitjançant l'orientació de l'assignació de recursos segons aquestes prioritats, i b) reflectint-los

en els contractes negociats amb els proveïdors. Els contractes de prestació de serveis reflecteixen objectius i finalitats del Pla de salut. A més, el 5% del pressupost s'assigna explícitament a través de pagaments per resultats (P4P) en l'àmbit de l'atenció primària i hospitalària, vinculant els resultats amb l'acompliment de les prioritats del Pla de salut. Els incentius dels proveïdors també es tradueixen en incentius individuals mitjançant la part variable dels sous dels professionals de la salut (quadre 1).

Quadre 1. Bona pràctica: Transferència de les prioritats del Pla de salut per mitjà de la contractació de serveis del CatSalut

El contracte de serveis del CatSalut és el mecanisme d'implementació fonamental per transferir les prioritats del Pla de salut a les intervencions dels proveïdors de salut. A través dels diferents sistemes de contractació del CatSalut, que abasten l'atenció primària, l'hospitalització d'aguts i de llarga durada, salut mental i urgències, les prioritats de salut s'incorporen com a objectius anuals en el marc del sistema de pagament per resultats, que representa entre l'1% i el 5% de la facturació dels proveïdors sanitaris. Aquests objectius es transfereixen als professionals de la salut com la part variable del seu salari, connectant les polítiques de salut amb iniciatives i comportaments individuals. En conjunt el contracte de serveis del CatSalut representa un instrument potent per a l'alineació dels serveis sanitaris, que integra la prestació de serveis de salut i orienta l'atenció a les prioritats de salut a llarg termini.

Alhora, l'impacte del Pla de salut en la priorització del pressupost general per a la salut sembla feble. Si bé el procés contractual esmentat proporciona un vehicle excel·lent per fer coincidir els recursos amb les prioritats, és més probable que funcioni en aquelles àrees que entren dins dels serveis assistencials contractables proporcionats per les actuals estructures de proveïdors. Tanmateix, cada vegada és més petita la part de les prioritats del Pla de salut que s'inscriu en aquestes categories de serveis contractables. En l'actual Pla de salut de Catalunya 2016-2020, per exemple, tres de les dotze línies estratègiques (línies 4 a 6) entren en la categoria d'aquests serveis fàcilment contractables (apartat 3.5, figura 1). Una configuració prioritària similar per a despeses de funcionament, de capital i de recursos humans per a les prioritats restants semblen menys explícites i sistemàtiques. L'equip de revisió no va trobar exemples d'anàlisi de l'impacte pressupostari ni revisions retrospectives de la despesa pública en relació amb les prioritats estratègiques del Pla de salut. Sembla que el procés de seguiment i avaluació de la implementació del Pla de salut no se centra en aquestes àrees.

Atribut 2.5. Claredat i acords d'implementació adequats

Molts informants clau van assenyalar que hi ha un desfasament d'implementació entre les expectatives del Pla de salut i dels seus resultats reals. Crida l'atenció que es va destacar aquest fet de manera reiterada. Tanmateix, els informants van fer descripcions divergents d'aquest desfasament i de la causa. El fil conductor és la creixent complexitat i ambició de la planificació sanitària per afrontar una àmplia gamma de determinants de la salut que continuïn pressionant per millorar els resultats i l'equitat en salut i mantenir els costos baixos. Aquest debat també s'ha traduït en dilemes sobre fins a quin punt el Pla de salut hauria de ser més estratègic i visionari o bé hauria de ser més pragmàtic i operatiu. La figura 2 mostra com ha evolucionat la planificació sanitària durant les tres darreres dècades: des d'aquesta perspectiva estratègica de la dècada de 1990 fins a la màxima operativització dels anys 2000 i, de nou, cap a un nivell de visió estratègica del període actual.

A mesura que el focus del Pla ha evolucionat al llarg del temps, els seus acords d'implementació també han evolucionat. Actualment el Pla inclou un conjunt complex d'actors i una àmplia gamma d'acords d'implementació. Per exemple, els acords d'implementació més destacats són:

- **Implementació directa** per part d'organismes governamentals com el Departament de Salut, el CatSalut, l'ASPCAT mitjançant capacitat institucional pròpia.
- **Compra i contractació estratègica** de proveïdors de serveis.
- **Polítiques reguladores:** algunes intervencions requereixen un desenvolupament legal mitjançant instruccions del CatSalut, com criteris per a prestacions complementàries.
- **Col·laboració intersectorial:** alguns objectius necessiten projectes interdepartamentals que impliquen altres sectors com el PINSAP per a la salut pública, el PAISS per a la integració social i sanitària o el PISMA⁷ per a la salut mental i les addiccions.
- **Col·laboració intergovernamental** per a accions sanitàries locals i comunitàries.
- **Governança clínica:** el Pla de salut promou l'excel·lència en la pràctica clínica mitjançant directrius clíniques, vies d'atenció, protocols i recomanacions basades en l'evidència per evitar un diagnòstic i un tractament excessius.

⁷ PISMA: Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions.

Hi ha plantejaments pragmàtics però possiblement incomplets per traduir el Pla de salut en plans d'implementació o plans operatius. Hi ha diversos instruments que cobreixen una gran part de l'actuació sanitària, però no tota.

- **Plans directors.** Des de l'edició 2002-2005, aquests plans específics són coneguts com a plans directors, dirigits per metges eminents designats pel Departament de Salut. Aquests plans es defineixen entorn a un problema de salut o malalties i impliquen la col·laboració de diversos agents del sistema de salut, junt amb societats científiques destacades. La implementació del Pla de salut 2016-2020 inclou diverses unitats del Departament de Salut i del CatSalut, associacions i professionals de la salut, sense una estructura jeràrquica. Per a cada línia estratègica i projecte es nomena un responsable que informa dels avenços periòdicament. La Direcció General de Planificació en Salut fa un seguiment dels projectes i de l'evolució dels objectius de salut.
- **El CatSalut i els plans de salut de les regions sanitàries.** Els territoris tenen unes dimensions diferents i una composició diversa de proveïdors de salut, motiu pel qual la implementació homogènia és un repte. És per això que es planifiquen plans de salut en l'àmbit de la regió sanitària per incorporar-hi els condicionants locals. A través de les seves branques regionals, el CatSalut desenvolupa instruments de planificació i implementació territorial que reflecteixen les prioritats del Pla de salut i proporciona entorns de participació professional per desenvolupar projectes locals. Les prioritats del Pla de salut, les compres, els incentius i la planificació de la prestació de serveis s'agrupen en els àmbits regional i territorial per tenir coherència. Es tracta d'una enorme força que cal extreure i aprofitar. Un exemple d'aquesta expansió és la integració de determinats serveis socials.

Tot i això, no totes les prioritats del Pla de salut es poden implementar mitjançant plans directors específics per a malalties i processos contractuals del CatSalut. Cal analitzar els mecanismes d'aplicació de noves àrees, especialment per a l'acció intersectorial i intergovernamental, tal com es descriu a les dimensions 4 i 5. En el moment de dur a terme la present avaluació, no s'havia implementat encara cap pla amb més d'un grup d'interès.

En particular, encara queden oportunitats per identificar i reduir les llacunes d'aplicació en l'acció intersectorial (dimensió 4). La major part del treball intersectorial se circumscriu al projecte, fet que aporta beneficis grans i cobeneficis immediatament visibles. En aquestes circumstàncies, hi ha diferents sectors que treballen junts, però paral·lelament, i disposen dels seus propis pressupostos i

activitats separades (com ara el PAISS amb el sector social). L'experiència adquirida a partir del PINSAP s'ha convertit en un element fonamental per al treball intersectorial a Catalunya. La fortalesa del mecanisme d'implementació del PINSAP permet l'acció voluntària dins d'un marc estratègic fort. Tanmateix, no s'han desenvolupat mecanismes d'implantació de múltiples organismes per a accions intersectorials a Catalunya i per a aquells tipus d'accions intersectorials en què el voluntarisme i els cobeneficis no són suficients (per exemple, el control del tabac).

Localitzar la implementació a les regions i territoris és una direcció important, però la implicació ha estat variable i hi ha mancances en la definició de responsabilitat (dimensió 5). La implementació constant de vegades es veu afectada per la complexitat de les gestions de govern i de la rendició de comptes. La governança entre diferents organismes administratius públics i altres organismes està força fragmentada. No sempre s'especifica els resultats conjunts i la responsabilitat compartida dels resultats conjunts. La rendició de comptes és interna, en lloc de distribuir-se i ser de propietat conjunta, i és en gran part assumida pel Departament de Salut mitjançant mecanismes formals de rendició de comptes i informes al govern i al Parlament.

Dimensió 3. Dimensions de l'equitat en la planificació sanitària

El procés de planificació sanitària de Catalunya s'ha centrat cada cop més en l'equitat en salut amb un compromís notable amb l'equitat i la solidaritat pel que fa als valors. Queden oportunitats per passar dels valors a l'acció mitjançant l'enfortiment de la planificació, la implementació, l'avaluació i la rendició de comptes per a l'equitat en salut. Treballar per a l'equitat en salut és crucial per poder implementar l'Agenda 2030 per al desenvolupament sostenible i un dels objectius estratègics del marc polític de la regió europea de l'OMS (22).

Atribut 3.1. Priorització dels objectius d'equitat i accions de millora de l'equitat

El lideratge i el compromís polític per identificar i reduir les desigualtats de gènere i socioeconòmiques ja s'han incorporat a l'agenda, i els plans de salut constitueixen un bon marc per avançar. Des de 2011, en els plans de salut es tenen en compte el sexe, el grup d'edat, el territori, el nivell socioeconòmic i el nivell d'estudis, i al Pla de salut de Catalunya 2016-2020 la reducció de les desigualtats en salut per classe social, educació i ocupació es relaciona amb diversos factors de risc. L'equitat també s'hi inclou com a principi rector per garantir la justícia social, i pel que fa al gènere es fa referència sobretot als projectes relacionats amb la salut sexual i reproductiva i la violència contra les dones.

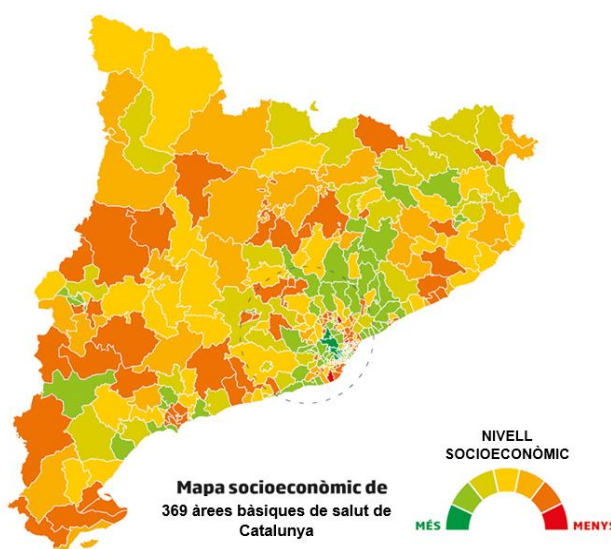
El Pla de salut i del sistema sanitari català potencien la lluita contra les desigualtats en salut mitjançant perspectives territorials, especialment relacionades amb l'atenció primària. Gràcies a unes dades excel·lents, s'entén amb gran precisió la variació del nivell socioeconòmic dins de les àrees bàsiques de salut. Les eines d'anàlisi s'han relacionat amb el seguiment de les polítiques de diverses maneres, i per això aquest àmbit és una bona pràctica europea: primer, la variació socioeconòmica ha provocat un ajustament en el sistema de pagament en base capítativa dels proveïdors de l'atenció primària; segon, ha influït en l'enfocament d'estratificació del risc utilitzat a l'atenció primària per identificar pacients complexos i d'alt risc; tercer, dona suport a la dimensió del treball social en l'atenció primària, i finalment, informa de les accions sanitàries de la comunitat i els fons que s'hi destinen.

Quadre 2. Bona pràctica: Abordatge de les desigualtats socioeconòmiques

Abordar els determinants socials de la salut i reduir les desigualtats de la salut són principis i objectius del Pla de salut actual.

El 2016, l'AQuAS va elaborar un índex socioeconòmic per mesurar la privació en l'àmbit de les àrees bàsiques de salut. L'índex s'ha incorporat al mecanisme de finançament dels serveis d'atenció primària, i actualment s'utilitza per ajustar l'assignació de recursos per a cada equip d'atenció primària basada en el nivell socioeconòmic de la població atesa.

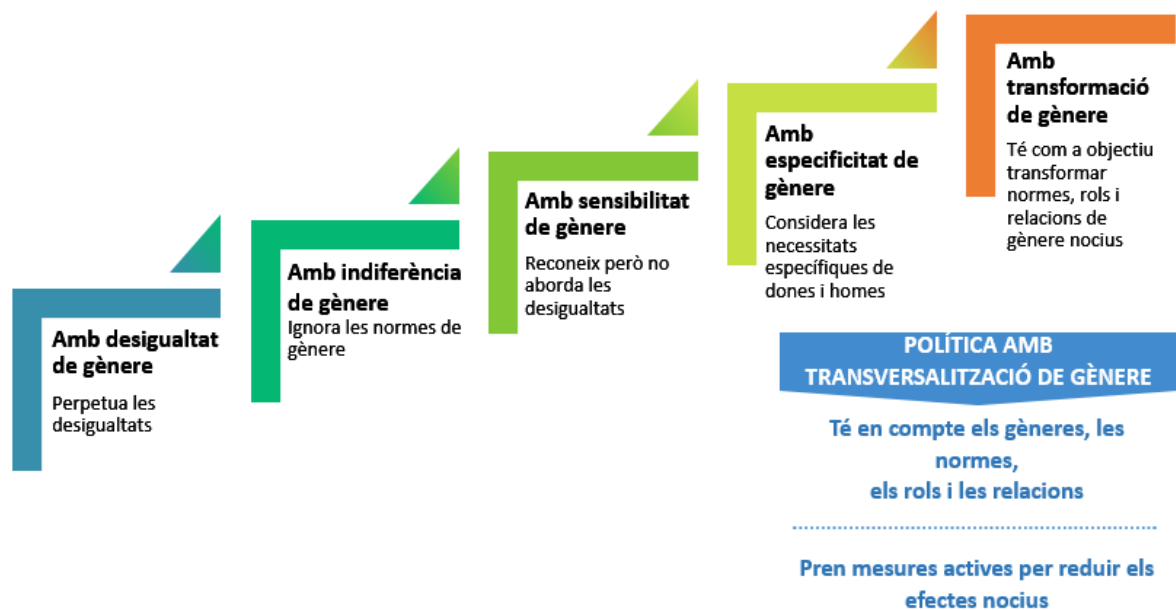
Els equips d'atenció primària poden utilitzar aquest finançament addicional per proporcionar serveis addicionals o reforçats als més vulnerables.



Pel que fa a la igualtat de gènere, l'article 48 de la Llei 17/2015, del 21 de juliol, d'igualtat efectiva de dones i homes inclou la necessitat d'incorporar una perspectiva de gènere en totes les fases de la planificació sanitària, però això encara no és una realitat i continua sent una oportunitat per al proper exercici de planificació sanitària. Mitjançant l'escala d'avaluació de l'OMS sobre el grau de sensibilitat respecte al gènere, els plans de salut catalans reflecteixen, de mitjana, enfocaments amb sensibilitat de gènere (figura 6). En els darrers plans de

salut, hi ha objectius de salut específics per gènere, tot i que queda molta feina per fer en aquest sentit. És difícil veure si la inclusió d'aquests objectius ha estat impulsada per una anàlisi de gènere. Les diferències de sexe en els resultats o l'ús dels serveis no s'utilitzen ni per redefinir prioritats ni per dissenyar intervencions. Per tant, les accions per avançar en equitat de gènere són de caràcter implícit i voluntari sense forts instruments de política com ara el finançament addicional, els mecanismes de prestació de serveis o la creació de capacitats, per exemple.

Figura 6. Escala d'avaluació de la transversalització de gènere de l'OMS



Font: Gender mainstreaming for health managers: a practical approach.

Atribut 3.2. Ús de l'evidència: nivell de desagregació i anàlisi

L'actiu més sòlid per abordar i reduir les desigualtats a Catalunya és l'elevat nivell de desagregació de dades. Els bons indicadors generals de salut de Catalunya, que es van mantenir estables fins i tot durant la crisi econòmica, poden amagar desigualtats socioeconòmiques i de gènere. Les dades permeten fer anàlisis de gènere i equitat de gairebé qualsevol resultat en salut, accés i ús dels serveis, accés a medicaments, desigualtats en la plantilla, etc. Els informes anuals sobre l'estat de salut i l'Enquesta de salut de Catalunya presenten desagregació de dades respecte al sexe, l'edat i el nivell socioeconòmic. Els serveis recullen aquestes dades en els àmbits de l'atenció primària i hospitalària.

Malgrat aquesta riquesa, les dades no sempre es presenten desagregades. Quan és així, es mantenen pel que fa a les diferències sense abordar l'equitat d'aquestes diferències ni les causes. Per exemple, s'aplica el mateix percentatge

als objectius de malaltia isquèmica del cor masculina i femenina, malgrat que les diferències entre ambdues són significatives. De la mateixa manera, els objectius per reduir les desigualtats socioeconòmiques no es desagreguen per sexe: objectiu 1.2 sobre reduir les desigualtats socials en l'autopercepció de bona salut; objectiu 15.1 sobre una activitat física saludable, o objectiu 16.1 sobre l'excés de pes. L'Enquesta de salut de Catalunya i els informes de salut anuals són una bona base per identificar prioritats, tot i que s'hi podrien incloure més indicadors amb sensibilitat de gènere i l'equitat. Més enllà dels esforços de supervisió, l'encàrrec d'avaluacions específiques podria ajudar a identificar els motius de l'èxit en algunes dimensions i comprendre els obstacles per avançar més en d'altres (atribut 2.5). Per exemple, una bretxa del 10% en un resultat pot semblar petita, però també s'ha d'haver entès qui és la població del grup diana i com implicar-s'hi i arribar-hi per no deixar ningú enrere.

Atribut 3.3. Mecanismes de participació i rendició de comptes

La participació de diferents agents d'interès en el cicle polític de la planificació és un dels elements fonamentals per abordar les desigualtats, i aquesta és una oportunitat per aprofitar-les encara més en el futur. El compromís amb diferents actors per desenvolupar el Pla de salut de Catalunya 2016-2020 es va centrar en col·legis professionals, pacients i representació territorial a través d'organismes institucionals amb una participació força rígida. Actualment, hi ha un gran interès d'implicar més directament la ciutadania en diverses dimensions de la formulació de les polítiques, i es tracta d'un instrument important de millora de l'equitat. Hi ha òrgans establerts específicament per les institucions tant al Departament de Salut (Secretaria d'Atenció Sanitària i Participació) com interdepartamental (Direcció General de Participació Ciutadana i Processos Electorals). Aquests passos demostren compromís amb aquest enfocament, i serà important procurar relacionar-lo amb la definició de prioritats quant a l'assignació de recursos i els plans de personal.

Hi ha diversos mecanismes de col·laboració multisectorial i de participació de diferents grups que es poden utilitzar més com a mecanismes per reduir les desigualtats. El mapa d'actors implicats, requisit previ per a la col·laboració i participació intersectorials es pot fer a través del Consell de Salut de Catalunya, els consells de salut de les regions sanitàries, el Consell Consultiu de Pacients de Catalunya i el Consell Assessor de Polítiques de Gènere en Salut, tots sota la direcció del Departament de Salut. Altres òrgans de participació rellevants són el Consell Assessor per al Desenvolupament Sostenible, la Nova Agenda Urbana, el Consell de les Dones, etc. És important aprendre de múltiples experiències regionals i reforçar els mecanismes de participació en els tres nivells: Catalunya, regions i municipis.

Atribut 3.4. Adequació de recursos

Hi ha vincles entre el nivell socioeconòmic de les àrees bàsiques de salut i l'assignació de recursos mitjançant el procés de contractació de serveis sanitaris i recursos per a iniciatives particulars. Tal com s'ha descrit més amunt (atribut 3.1), l'assignació de recursos en l'àmbit de l'atenció primària és especialment sensible al nivell socioeconòmic, i les respostes polítiques a aquestes dades es poden considerar una bona pràctica europea. Així mateix, hi ha diverses iniciatives individuals i una bona comprensió en l'àmbit dels serveis de les desigualtats de gènere, que es relacionen majoritàriament amb àrees temàtiques o grups de població: violència contra les dones, salut sexual i reproductiva, protocol de serveis per a col·lectius vulnerables, etc.

Hi ha més oportunitats per reforçar l'alineació dels recursos (financers, humans i d'altres) a objectius d'equitat i accions de salut que incrementen l'equitat. Especialment, destaquen les àrees següents per estudiar-les amb més detall:

- No hi ha hagut una distribució de recursos basada en objectius d'equitat i en el Pla de salut no hi ha identificada cap partida pressupostària de gènere com a eina de planificació i gestió.
- Hi ha poca capacitat dels proveïdors de salut i del Departament de Salut per abordar el gènere i l'equitat. Les iniciatives per destinar-hi recursos són ad hoc i no s'han integrat. Encara no es disposa de prou instruments nous, com ara la guia per introduir el gènere en la planificació.
- Algunes iniciatives, com ara l'Observatori de les Desigualtats en Salut (AQuAS), podrien ser una bona oportunitat per enfortir la dimensió de l'equitat.

Dimensió 4. Acció intersectorial i coherència externa per abordar els determinants de la salut

Catalunya té un llarg compromís amb el treball intersectorial, i els plans de salut recents inclouen aquest tema, però cal analitzar l'establiment de prioritats davant dels principals reptes de la salut pública (per exemple, el tabaquisme i l'obesitat) i reforçar els mecanismes d'implementació. Catalunya ha demostrat, tant a través de la seva política com de la pràctica, la comprensió de la necessitat d'introduir altres sectors com a part d'un enfocament modern de la salut pública per millorar els resultats en salut de la població. Entre els exemples de polítiques sanitàries transversals i de plans interdepartamentals s'inclouen el PINSAP, el PAISS, el PISMA; l'abordatge de la violència de gènere contra dones, infants i gent gran, els joves migrants sols, i el Pla de seguretat alimentària. Alguns

es poden considerar bones pràctiques per a la regió europea⁸, ja que mostren la cooperació amb diferents sectors (especialment amb educació, serveis socials, economia i interior) per tenir un impacte més ampli en els determinants de la salut. Tot i que hi ha un elevat volum d'activitat, hi ha bretxes d'implantació tant en els territoris (per exemple, zones amb un compromís baix) com en relació amb els principals objectius de salut pública (per exemple, el control del tabaquisme). Així, encara resten oportunitats per identificar i reduir les llacunes en la implementació.

L'experiència del PINSAP té una importància especial i ha evolucionat al llarg del temps des del projecte «Horitzó 2020» fins a un element bàsic per a la implementació del Pla de salut i per al treball intersectorial a Catalunya. Les activitats es duen a terme mitjançant un enfocament cooperatiu, avalat per una inversió important, amb 1.226 accions identificades i un enfocament important en els determinants socials de la salut com a dimensió per portar a terme més accions. L'eix estratègic del PINSAP és molt fort i és un exemple de bones pràctiques per a la regió europea amb una estratègia d'implementació basada en l'acció voluntària territorial (tant dins com fora dels serveis de salut). Aquest enfocament dual per definir i implementar prioritats té avantatges i algunes mancances, tal com es posa de manifest a continuació.

Atribut 4.1. El compromís i el mandat d'acció intersectorial s'integren en el cicle de polítiques

El context de col·laboració entre sectors a Catalunya és favorable amb un mandat legal clar, la qual cosa esdevé un impuls important. La Llei de salut pública de Catalunya de 2009 preveu aquest mandat legal que permet l'actuació del Govern i l'Administració pública en l'àmbit de la salut pública, el treball intersectorial i la participació. Així mateix, destaca una base sòlida pel que fa als drets d'equitat en relació amb la prestació de serveis de salut pública que proporciona un impuls important per abordar els determinants socials de la salut. Hi ha un fort suport polític en els diferents nivells de govern, que es demostra a través de l'acció. Hi ha una marcada cultura de la col·laboració i de la creació de consens, centrada en els avantatges i en els enfocaments basats en evidències. Hi ha nivells elevats de confiança social i institucional, també cap al sector sanitari. El personal tècnic està motivat i compromès a diferents nivells i en diferents organismes, especialment en relació amb el PINSAP, tot i que no hi ha l'obligació legal d'implementar-lo.

⁸ Per exemple: l'eix estratègic del PINSAP, la prova de salut: avaluació de l'impacte en la salut « primer, no fer mal » (*primum non nocere*), prescripció social, mapatge d'actius, acord de col·laboració i relació laboral amb el Ministeri d'Educació i Formació Professional i «més acció pressupostària» per a objectius socials.

Des dels sectors associats es demostra un nivell elevat de confiança envers el sector sanitari, que és un factor que propicia de manera important de la bona governança. El sector sanitari es percep amb una alta professionalització i organització, amb un «pes» polític entre els departaments del Govern i orientat a la ciutadania. Això es pot explicar en part a causa del domini del pressupost sanitari en termes de despesa general del Govern, i també a causa del llarg historial de col·laboració que el sector sanitari ha mostrat com a soci; el seu enfocament professional en la planificació i els processos; la força i la confiança en les professions sanitàries en l'àmbit social; i la confiança en el sistema basat en la universalitat i un enfocament basat en els valors. Aquest poder i aquesta confiança del sector sanitari es consideren un actiu. Les persones entrevistades van identificar que es podria utilitzar més, per exemple, amb vista a:

- sensibilitzar sobre els determinants socials de la salut, tant entre professionals de la salut com en l'àmbit públic més ampli;
- desenvolupar un sistema universal de serveis socials, i
- professionalitzar la política social, incloses les professions socials.

Els mecanismes de suport a la governança del treball intersectorial apareixen ben desenvolupats al màxim nivell, tal com preveu la Llei de salut pública de Catalunya, amb el Pla interdepartamental i intersectorial de salut defensat per la Secretaria de Salut Pública, i són presents fins als nivells departamentals i territorials, tant amb consells polítics com amb comissions tècniques. Estan establerts per facilitar la coordinació i els enfocaments participatius i intersectorials per a la implementació. És una base excel·lent per governar les accions intersectorials tot i que es pot reforçar encara més la seva funció. El domini dels actors sanitaris en aquests processos —tot i que és important buscar l'acceptació i el suport del mateix sector sanitari— es podria abordar en la següent etapa de planificació, mitjançant la inclusió de sectors associats en la planificació i el disseny de l'agenda d'acció, els mecanismes d'aplicació, i l'acció conjunta. Alguns informants clau van manifestar una forta necessitat de celebrar un fòrum anual de coordinació, formació contínua, innovació i manteniment de suport i compra d'acció conjunta per permetre als professionals de tots els territoris reunir-se, compartir experiències i identificar enfocaments i temes comuns per a la implementació posterior.

Atribut 4.2. Priorització de l'acció intersectorial i la seva coherència política
La coherència política sembla que és elevada entre les polítiques que reflecteixen les prioritats generals del desenvolupament. Els plans de salut informen i reben informació dels principals projectes intersectorials, com ara el PINSAP i el PAISS, i demostren vincles forts amb el Pla de Govern i l'*Agenda 2030: transformar Catalunya, millorar el món* (25). Per exemple, l'actual Pla de salut de

Catalunya 2016-2020 ha utilitzat el PINSAP per desenvolupar el seu component intersectorial, i el PINSAP es considera territorialment com el marc d'implementació i de vegades un vehicle per al component intersectorial del pla de salut. Aquest doble enfocament per establir prioritats de salut pública presenta alguns avantatges com ara proporcionar un marc sòlid, basat en valors, per a l'acció intersectorial i recompensar la motivació, la iniciativa i la innovació per a l'acció. La interacció entre el PINSAP i un pla de salut posterior serà important per maximitzar la sinergia entre prioritats i objectius i assegurar accions complementàries.

Malgrat la bona coherència de les polítiques, resulta preocupant que alguns reptes importants de salut pública quedin atrapats en un enfocament dual. Tot i els excel·lents resultats en salut en general, els índexs de tabaquisme i obesitat encara que han millorat, són elevats, i les tendències recents no milloren prou ràpidament. Aquestes àrees poden requerir un enfocament descendent més fort i una confiança més gran en els instruments normatius.

Seria útil fer una avaluació exhaustiva del progrés respecte de les principals prioritats de la salut pública en el context europeu per entendre algunes dels motius del lent avenç en aquestes àrees.

Atributs 4.3 i 4.4. Recursos per a l'acció conjunta i accions d'implementació per catalitzar i liderar l'acció intersectorial

L'acció intersectorial ha tingut més èxit quan dos agents del sistema català han pogut operar en zones amb cobeneficis visibles, amb diferents sectors col·laborant però en pistes paral·leles: cadascuna dins del seu propi mandat i realitzant activitats amb els seus propis pressupostos (p. ex., el projecte «Escola inclusiva», com ara a través del PAISS amb el sector social). Alts nivells de capital social i institucional i una gran confiança operativa han facilitat aquest enfocament de col·laboració satisfactòria. El focus en els instruments i la provisió d'una caixa d'eines per donar suport a l'acció intersectorial és una bona pràctica. El sector sanitari ha confiat en els cobeneficis com a punts naturals d'entrada per treballar conjuntament. Aquests mecanismes no vinculants són molt importants per catalitzar l'acció conjunta.

Tot i que hi ha un gran volum d'activitat intersectorial, encara hi ha bretxes d'implementació, tant en els territoris (per exemple, zones amb un compromís baix), com també en relació amb els principals objectius de salut pública (per exemple, el control del tabaquisme). Cal identificar i reduir sistemàticament aquests desfasaments en la implementació, i complementar els instruments no vinculants, basats en el voluntarisme i la confiança, amb instruments «rígids» o processos institucionalitzats adequats als recursos. Fins ara la institucionalització ha consistit en la creació de comitès i grups de treball. Aquest és un primer pas

important per impulsar l'acceptació i un canvi de cultura. Tanmateix, a la institucionalització li ha mancat fins ara una alineació sistemàtica dels recursos humans i financers i uns mecanismes d'implantació amb múltiples agents d'interès (atribut 2.5).

Per garantir la sostenibilitat dels enfocaments intersectorials, el fet d'avançar cap a accions més sistemàtiques i institucionalitzades facilitarà la sostenibilitat de les accions i en reforçarà l'impacte. En particular, això és més rellevant quan els cobeneficis són menys immediats, o fins i tot quan sorgeixen conflictes. Es pot aconseguir mitjançant enfocaments estructurals i integrats, com ara la planificació conjunta, pressupostos compartits o agrupats, personal compartit i responsabilitat compartida per als resultats, però s'han identificat molts obstacles sistèmics i institucionals. No sembla que hi hagi cap evidència que això es produeixi actualment, ni tan sols que això sigui possible estructuralment: la base jurídica permet crear mecanismes dins l'àmbit de la jurisdicció dels sectors i potser es podria estudiar la possibilitat de nous mecanismes que creïn enfocaments accessibles. Això es pot veure, per exemple, en la implementació del Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions (PISMA), amb intervencions d'atenció primària en l'àmbit escolar i intervencions d'educació en l'àmbit assistencial, però amb pressupostos, línies d'informació i rendició de comptes ben diferenciats. I també es pot veure en l'estratègia de prevenció del suïcidi en l'àmbit de Catalunya i en les activitats paral·leles, però que es reforcen mútuament, com ara la formació del Departament de Salut i del Departament d'Interior. Entre les possibles oportunitats per enfortir aquest treball s'inclou l'ús de l'article 4 de la Llei de salut pública de Catalunya, que preveu el Pla interdepartamental i intersectorial de salut pública (PINSAP), integrat en el Pla de salut de Catalunya.

L'avenç cap a nous enfocaments de la gestió ja s'inclou com un dels objectius instrumentals del PINSAP. Cal un enfocament revisat que es basi en les experiències provinents de projectes o accions específiques, i es dirigeixi cap a sistemes i institucionalització de processos. Això s'aplica tant a la governança intersectorial com a la intergovernamental, però també a la participativa, inclòs l'ús de les comunitats i la participació més àmplia de la societat. Es tracta d'una agenda ambiciosa que es beneficiaria d'una teoria del canvi. L'Agència de Salut Pública de Barcelona en pot ser un bon exemple, amb la seva teoria del canvi: crear capacitat interna, fomentar el canvi de cultura i, finalment, el canvi de paradigma. La cooperació entre els departaments de Salut i d'Educació és un exemple de bones pràctiques per institucionalitzar l'acció conjunta sorgida del projecte «Escola inclusiva». Amb una planificació de treball conjunta, supervisió i aportacions directes del Ministeri d'Educació i Formació Professional als components del PINSAP pertinents. El projecte «Escola inclusiva» preveu institucionalitzar la

cooperació mitjançant un mandat legal (que data del 2017), impartir educació en entorns sanitaris i serveis sanitaris en entorns educatius, però mantenint pressupostos i rendició de comptes separats.

L'alineació dels recursos humans és especialment important per a aquesta agenda de reforç de la governança per a l'acció intersectorial. Es reitera la importància del paper de la professió de salut pública en el procés de desenvolupament d'enfocaments intersectorials, que proporciona la base empírica i el lideratge de l'acció. Un dels factors clau de l'èxit és la confiança que mostren els altres sectors i la mateixa ciutadania en el sector sanitari i en els professionals de la salut. Hi ha una gran bretxa de recursos humans entre els serveis centrals, inclosa la ciutat de Barcelona, i els dels territoris. Aquesta distribució desigual de l'expertesa és una dificultat. La Llei de salut pública de Catalunya estableix alts nivells de multidisciplinarietat als equips de salut pública, però això no sembla reflectir-se encara en la composició del personal bàsic de salut pública, tot i que s'han fet esforços per reunir equips multidisciplinaris en l'àmbit local en la implementació del Pla de salut de Catalunya i del PINSAP. És important destinar recursos econòmics específics, així com fer una inversió continuada tant en recursos com en les competències del personal per dur a terme aquesta tasca.

Dimensió 5. Coordinació de les actuacions de la Generalitat de Catalunya amb les actuacions dels governs regionals i locals en matèria de salut

L'operativització i la implementació del Pla de salut s'ha basat en gran manera en l'acció intergovernamental que ha permès localitzar les prioritats del Pla de salut i la integració de les prioritats locals. Hi ha una base jurídica sòlida i àmplia per a la coordinació intergovernamental, demostrada a través de les entrevistes a grups d'interès i manifesta a la pràctica. Hi ha exemples inspiradors d'acció local que es converteixen en polítiques regionals, i polítiques regionals que inspiren l'acció i la innovació locals. No obstant això, tenint en compte la complexitat i el grau de fragmentació en l'Administració pública, fins i tot la implementació i la sostenibilitat de l'acció de salut pública local han estat una dificultat.

Atribut 5.1. El treball intergovernamental està integrat en el cicle de polítiques
Hi ha una llarga història i evolució de la col·laboració a diferents nivells de govern (Catalunya, regional i municipal i, en general, s'informa bé de la coordinació i col·laboració intergovernamentals tant en la implementació del Pla de salut de Catalunya, a través del marc del PINSAP, com en altres plans específics com el PISMA o l'estratègia de prevenció del suïcidi. El context descrit a la dimensió 4 també facilita la coordinació entre els actors intergovernamentals i la cultura del

treball a Catalunya del consens, i la col·laboració facilita la cooperació i l'anàlisi d'enfocaments compartits i conjunts.

Tanmateix, la complexitat de l'administració pública suposa un repte. La Llei 18/2009, del 22 d'octubre, de salut pública preveu una gran harmonització i cooperació entre departaments i organismes governamentals (inclòs en l'àmbit territorial) amb un mandat per a una definició més àmplia de salut pública. La separació de les funcions polítiques de la salut pública —que correspon al Departament de Salut— i la prestació del servei —que va esdevenir el mandat de l'ASPCAT— es va dissenyar amb la intenció legal de permetre una funció de prestació de serveis públics de salut molt descentralitzada. Inclou una àmplia comprensió dels departaments i agències de salut pública, que s'estén als governs locals i alcaldies, i obliga les autoritats sanitàries a treballar amb tots els òrgans governamentals necessaris per exercir el seu mandat. Aquesta base jurídica és sòlida i àmplia per a l'alineació intergovernamental i és demostrable que l'Administració sanitària de Catalunya ja han començat a avançar en l'ús d'aquest mandat més ampli.

Els diferents mandats per a la prestació de serveis de salut pública entre els diferents actors són clars, inclosos els ajuntaments. Tot i que les relacions són clares pel que fa als actors del sistema sanitari, en el sistema de salut pública català no ho són tant en relació amb els serveis de salut pública municipals, amb l'excepció de la participació en equips de salut pública locals, quan cal. Els forts vincles institucionals entre el Departament de Salut, l'ASPCAT i l'ASPB són molt evidents, amb responsabilitat mútua a través de la participació dels responsables als consells directius. Els vincles territorials també són evidents, amb finançament directe de les funcions territorials.

L'Administració pública local (ajuntaments, estructures supramunicipals) és complexa, amb més de 900 ajuntaments tan sols a Catalunya, organitzats en quatre províncies i 42 comarques amb representació política elegida indirectament. Això es complica encara més a causa de la regionalització i la descentralització territorial dels sectors sanitaris i de salut pública, que no estan coordinats amb els organismes administratius públics. La legislació preveu una flexibilitat dins d'aquesta arquitectura pública d'actors de salut pública directes i indirectes, i per això crea un mandat complex amb una responsabilitat final que recau en l'ASPCAT (en forma d'un sòlid principi de subsidiarietat).

Atribut 5.2. Contextualitzar les prioritats del Pla de salut segons les necessitats locals

És complex voler traslladar la lògica del PINSAP i el Pla de salut a una acció coherent en l'àmbit local. Tot i que la decisió de mantenir el lideratge del PINSAP a l'ASPCAT en lloc de dur-lo per part del Govern ha permès un lideratge tècnic fort i un enfocament basat en l'evidència, en l'àmbit territorial es transmet el ferm missatge que això no facilita el funcionament intergovernamental en l'àmbit local: que el fet de mantenir-lo com a projecte tècnic i no polític territorialment constitueix una dificultat per a la cooperació interinstitucional i, per tant, per a la coordinació intergovernamental, l'acció intersectorial, la coherència política i la implementació (i, en definitiva, per a la prestació de serveis integrats). Això contrasta amb el Pla de salut de Catalunya, en el qual la implementació territorial està sota la direcció administrativa del Govern. A més, la manca d'un mandat legal per al PINSAP i les mancances pel que fa a recursos humans en l'àmbit territorial podrien ser factors agreujants de les dificultats que sorgeixen a aquest nivell. Potser cal orientar la propera fase del PINSAP i el Pla de salut de manera que se centrin més en el territori. A més, aprofitant l'enorme paper de coordinació i la visibilitat de la importància de l'acció intersectorial desenvolupada pel PINSAP, cal un treball addicional per donar suport a l'operativització de la coordinació intergovernamental en l'àmbit territorial. Aquesta funció es podria exercir amb un sistema de salut pública fort en l'àmbit territorial, que no s'ha posat en pràctica: l'absència deixa un buit de coneixement i competència local, però es podria pal·liar mitjançant un lideratge polític local més fort del PINSAP.

Atributs 5.3. i 5.4. Assignació de recursos i implementació

La implementació coherent de vegades es veu dificultada per la complexitat dels mecanismes de governança i de la rendició de comptes. La governança entre diferents organismes públics administratius en general està fragmentada i individualitzada (el PAISS, el PINSAP i el Pla de salut de Catalunya preveuen mecanismes de governança diferents: no hi ha disposicions per a l'atenció integrada), però hi ha una absència tant de resultats conjunts com de rendició de comptes conjunta de tot el sistema i la rendició de comptes continua sent interna. Malgrat els mecanismes de coordinació d'alt nivell, hi ha un encavalcament entre diferents departaments del Govern i fins i tot òrgans del mateix departament a causa d'una fragmentació en l'Administració, fet que comporta la manca de transparència.

L'exemple de Tarragona en la localització del Pla de salut de Catalunya es pot presentar com a bona pràctica tant pel que fa a la metodologia com al procés. Va sorgir d'entendre que calia un procés d'adaptació i localització regionals (quadre 3). El procés va ser participatiu, receptiu, s'hi va implicar l'alta direcció, va proporcionar un bucle de retroalimentació, dirigit per personal tècnic «seleccionat»

(autoseleccionat) que es troba a la primera línia de la implementació i mitjançant una negociació que va crear acceptació i promeses tant de canvi a la pràctica com de creació de condicions per a la sostenibilitat. El procés va crear sentiment de pertinença, inspiració i motivació, i se'n va considerar fonamental la col·laboració amb el personal tècnic central del Departament de Salut. Sembla que això no s'ha repetit en altres regions de Catalunya, i cal destacar tant la importància del lideratge local com les limitacions de la implementació ascendent. De cara a la propera fase del Pla de salut de Catalunya es preveu més compromís directe i suport des del centre cap a les regions per tal de preparar-ne la implementació. El fet de proporcionar un fòrum anual per compartir informació i bones pràctiques entre les regions podria resoldre aquest desfasament o implementació desigual a tot Catalunya.

Quadre 3. Bona pràctica: la Comissió Tècnica d'Oci Saludable del PINSAP a Tarragona

En Comissió Tècnica d'Oci Saludable del PINSAP, hi ha una participació majoritària de la comunitat, amb representació dels grups diana (com els joves), la qual esperen els representants de les regions sanitàries (que no hi han participat activament). Això comporta el risc d'esbiaixar el propòsit / objectius de la Comissió i impedeixen que altres sectors i comunitats diana es facin seu el projecte, especialment les prioritats s'han establert abans de la finalització de la composició del Comitè. Una manera d'abordar-ho podria ser mitjançant la sensibilització i el foment de la competència en l'àmbit de la salut pública moderna i els determinants socials (de manera semblant a la teoria del canvi experimentada a Barcelona) abans d'implicar altres sectors. Si les comissions tenen l'objectiu de saltar directament a l'acció intersectorial, s'haurà d'abordar amb cura l'equilibri de les parts interessades, especialment el lideratge del procés, ja que l'ajuntament és l'agent conductor i propietari dels determinants i el compromís i la propietat són fonamentals per a l'èxit. Si l'objectiu del Comitè és crear connectivitat i alineació entre les administracions i els organismes públics, potser s'hi adequaria millor un procés diferent.

5 Aplicació I. Planificació sanitària i transformació dels serveis de salut pública

5.1 Evolució de les prioritats i dels serveis de salut pública perquè la població obtingui millors resultats en salut

La prestació de serveis de salut pública ha evolucionat contínuament durant els darrers trenta anys a Catalunya i ha contribuït a un èxit considerable en la millora dels resultats en salut. L'esperança de vida és bona per a les dones (86,3 anys) i bastant bona per als homes (80,8). La bretxa de gènere desapareix pel que fa a l'esperança de vida en bona salut (gairebé 70 anys en els dos casos). La mortalitat per malalties cardiovasculars prematures i per ictus ha disminuït ràpidament en les últimes dècades. Hi han contribuït la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia, la detecció precoç i les bones pràctiques d'abordatge de la malaltia. Les taxes de mortalitat infantil estan per sota de les del conjunt d'Espanya i de la Unió Europea.

La protecció de la salut i la gestió dels brots infecciosos també són àrees de fortalesa en el sistema sanitari públic català. La protecció de la salut inclou la protecció de la població contra els riscos ambientals o factors que s'hi relacionen (per exemple, la seguretat alimentària, la contaminació atmosfèrica, la qualitat de l'aigua, els productes químics i les toxines), i aquesta àrea de salut pública sembla ben desenvolupada en el sistema sanitari català. En general, s'ha descrit una bona relació de treball entre el personal de l'Agència de Salut Pública de Catalunya i els professionals en els àmbits local o provincial. De la mateixa manera, el control de malalties infeccioses i la gestió de brots són àrees que semblen ben cobertes. Els entrevistats van comentar que els sistemes moderns d'informació sanitària a Catalunya donen bon suport a aquesta important funció de la salut pública.

Aquests resultats contrasten amb altres reptes importants encara pendents per a la salut pública, com el consum de tabac i l'obesitat. Els nivells de sobrepès són elevats en homes adults (43,2 %), però no tant en les dones (27,3 %). Aquesta diferència entre sexes es reflecteix en els nivells d'obesitat en els infants. El consum de tabac en persones de més de 15 anys s'eleva al 25,6 % (30,9 % per als homes i 20,5 % per a les dones). Durant les dues darreres dècades, les taxes han baixat per als homes, però gairebé gens per a les dones. Malgrat els nivells de prevalença del tabaquisme, les taxes de supervivència en accidents

cerebrovasculars són elevades, fet que reflecteix l'avenç positiu de la reducció de la hipertensió i els bons serveis de salut. El consum d'alcohol de manera compulsiva és un problema greu en els joves amb edats compreses entre els 14 i 18 anys. Aquestes prioritats de la salut pública es beneficiarien de més prioritització i d'accions estratègiques que combinen l'enfocament descendent i l'ascendent.

En general, es considera que el Pla de salut és útil per impulsar l'agenda de salut pública amb bones connexions amb el Pla intersectorial (PINSAP). Els plans de salut han tingut un paper important a l'hora d'establir unes línies estratègiques d'acció en salut pública (atribut 1.1). Els plans de salut han defensat uns objectius de salut ambiciosos centrats en àrees susceptibles de gran mortalitat i han garantit que les accions estiguessin vinculades a objectius. Alguns objectius de salut importants han passat de Pla de salut a Pla de salut amb unes fites cada cop més ambicioses (per exemple, la mortalitat per ictus), però també s'han establert de forma equilibrada nous objectius i prioritats sanitàries en cada pla de salut (atribut 2.2).

El paper dels plans de salut d'establir una visió cada cop més ambiciosa per a l'acció en salut pública continua sent especialment important en la pròxima dècada a mesura que les perspectives de salut pública canvien a tot el món. L'Agència i el sistema de salut pública de Catalunya s'han d'adaptar consegüentment i la planificació sanitària pot encaminar aquest procés de transformació. Fins ara, el model de l'Agència de Salut Pública de Catalunya i del sistema públic de salut a Catalunya és força tradicional, encara no estructurat per afrontar els problemes de salut pública del futur. Les tres àmplies àrees d'activitats clàssiques de la salut pública (protecció de la salut i control de malalties transmissibles; educació per a la salut i promoció de la salut; i serveis per a la població o comunitat) estan cobertes i, com s'ha esmentat, semblen àmpliament adequades. Però la naturalesa dels reptes de salut pública canvia i les prioritats sanitàries també. Per exemple, el canvi climàtic és el repte de salut pública més gran dels nostres temps i la major amenaça per al futur del planeta, amb la responsabilitat d'haver d'actuar localment i pensar globalment. No obstant això, hi ha relativament poc compromís local i regional de combatre el canvi climàtic, garantir la sostenibilitat ambiental i contribuir a assolir els objectius de desenvolupament sostenible (ODS). L'Estratègia catalana d'adaptació al canvi climàtic (ESCACC) és bona, però, tal com indica el títol, es tracta més aviat d'adaptació que no pas de mitigació, i no està clar que hagi passat a la pràctica després d'haver-se creat. Altres àrees emergents que requeriran més reflexió són abordar l'amenaça global de la resistència microbiana i els determinants socials de la salut.

És important continuar abordant el desenvolupament de coneixement i l'intercanvi d'evidència. La creació d'un portal web per a dades relacionades amb la salut pública accessibles per a la ciutadania (per exemple, dades sociodemogràfiques, de salut, d'educació, de comportaments relacionats amb la salut) per a tot el territori (com «Fingertips» de l'Agència de Salut del Regne Unit) permetria compartir evidències de «què funciona» en tots els àmbits de la salut pública, inclosa una orientació rellevant. Aquest portal l'hauria de crear i gestionar l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT), però desenvolupar-se amb una àmplia participació dels grups d'interès en el disseny i la configuració. És fonamental que l'usuari final (personal sanitari públic local o regional, ajuntaments, grups d'interès, ciutadania) pugui consultar fàcilment les dades i l'experiència de salut pública de la seva localitat, mitjançant uns mecanismes d'accés fàcils per compartir bones pràctiques i la innovació en les formes de celebrar els èxits en salut pública.

Quadre 4. Bona pràctica: el Pla d'activitat física, esport i salut

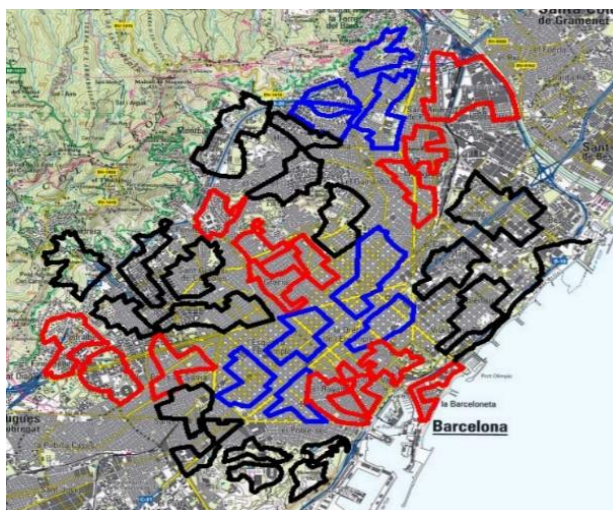
El Pla d'activitat física, esport i salut (PAFES) és un projecte interdepartamental que es va iniciar com a pla pilot el 2005 pel Departament de Salut i la Secretaria General de l'Esport, i es va consolidar mitjançant un acord de Govern del 2007. El Pla té l'objectiu de difondre les recomanacions d'activitat física per a una bona salut i aconseguir una població més activa. La població diana del Pla són els adults sedentaris entre 15 i 69 anys, especialment aquells amb un factor de risc cardiovascular: tensió arterial alta, diabetis mellitus de tipus 2, dislipèmia i sobrepès o obesitat. El canvi d'hàbits es registra en l'eCAP, que és el programa d'història clínica informatitzada de l'atenció primària.

Els objectius de reducció del risc relacionats amb l'activitat física van estar presents des de la primera generació de plans de salut. En el Pla de salut de Catalunya 2016-2020, es van fixar dos objectius: a) incrementar per sobre dels nivells de 2016 la prevalença d'activitat física saludable en població de 15 a 69 anys i b) monitorar la prevalença d'excés de pes en la població de 18 a 74 anys des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut.

Rutes saludables

Molts municipis de Catalunya han creat rutes saludables per facilitar la incorporació de l'activitat física en la vida diària i evitar el sedentarisme, tal com promou el PAFES.

Actualment, es considera que els municipis adherits al PAFES proporcionen cobertura a més del 80% de la població.



D'acord amb l'avaluació del PAFES, el 2014, el 100% dels equips d'atenció primària de Catalunya van implementar el PAFES i el 28,3% de les persones que reben aconsellament, segueixen les recomanacions del PAFES.

Rutes saludables a Barcelona

5.2 Coherència de les polítiques intersectorials i intergovernamentals

Els èxits de la salut pública a Catalunya exposats fins aquí s'han aconseguit en un sistema sanitari públic molt complex institucionalment, amb un grau elevat de coherència de les polítiques entre els diferents sectors i nivells de govern (vegeu l'atribut 5.1). Si es compara amb els sistemes de salut públics de tot el món, tant amb els països amb rendes més elevades com els de rendes més baixes, el sistema a Catalunya és extremadament complex. Com en molts altres entorns mundials, el sistema sanitari públic de Catalunya consta de dos grans braços: el component del sistema sanitari del Departament de Salut, que inclou l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) amb uns professionals que són operatius a les quatre províncies; i el component del govern local (ajuntaments) amb personal en els àmbits urbà, regional i local, que contribueix a les activitats i projectes de salut pública. Si bé la salut és fonamentalment una funció transferida (Catalunya pot establir les pròpies estratègies sanitàries, gestionar els seus propis serveis sanitaris i triar com gastar el seu pressupost sanitari traspasat), el sistema municipal a tota la regió continua supervisat pel Govern de l'Estat espanyol, inclòs l'establiment de polítiques nacionals i control pressupostari.

El context polític diferent i els diversos fluxos de finançament entre els dos braços de salut pública s'alineen raonablement amb uns forts principis subjacents de solidaritat i civisme, que actuen com a vincle en un conjunt institucional complex. A la pràctica, això es deu principalment al Pla interdepartamental i intersectorial de salut pública (PINSAP) força innovador, que ajuda a aglutinar aquests dos braços (a més d'altres departaments governamentals) en suport d'una agenda de salut pública compartida (que cobreix la relació entre salut i diversos factors com el medi ambient, l'alimentació, l'ocupació, l'habitatge, l'urbanisme, l'educació, l'activitat física i la cultura). El PINSAP és sòlid (líder mundial en termes d'*ethos*), i s'hauria de treballar i compartir com a exemple de bones pràctiques. En part, l'èxit de l'acció de salut pública a Catalunya en aquest entorn complex es deu a unes xarxes socials extraordinàries, que reflecteixen un elevat grau de civisme (vegeu l'atribut 4.1), la qual cosa és infreqüent en l'àmbit mundial i il·lustra el poder de la comunitat, que té un paper important en la salut i el benestar. De fet, pot ser que expliqui millores dels resultats en salut pública durant el recent període de dificultats econòmiques. Aquestes xarxes socials s'han de documentar i impulsar encara més.

Hi ha una «tasca conjunta» impressionant entre el personal de l'Agència de Salut Pública de Catalunya i el personal d'atenció comunitària en activitats de salut pública seleccionades i en determinats entorns, que contribueix a la coherència de les polítiques. A través d'entrevistes grupals i de visites a centres d'atenció sanitària integrats (Salt – Girona, La Mina - Barcelona), es va evidenciar una estreta col·laboració entre el personal de l'Agència de Salut Pública, altre personal sanitari i professionals no sanitaris, que van contribuir col·lectivament a diverses iniciatives de salut pública (per exemple, salut mental, drogodependències, activitat física). En les visites de camp es va observar que la ciutadania aprecia les iniciatives en salut pública i la implicació de l'Administració local. Tanmateix, cal treballar més per comprovar el nivell de variació de les bones pràctiques de treball a tot Catalunya i cal pensar en com es poden compartir exemples de bones pràctiques entre diferents àrees geogràfiques. A més, aquesta bona pràctica no explica per què hi ha nivells elevats de comportaments adversos per a la salut a tot Catalunya, per exemple fumar, l'obesitat i (en alguns llocs) la drogodependències, tot i que aquestes diferències són degudes principalment a la distribució desigual dels determinants socials de la salut.

No obstant això, l'acció de salut pública és propensa a una «manca de rendició de comptes» a causa de les complexitats del sistema públic de salut a Catalunya, i les responsabilitats es troben entre diverses organitzacions responsables. Això és particularment cert quan es tracta de la protecció de la salut i les malalties transmissibles. En diversos casos, no queda gens clar qui és el

responsable final i de quina manera el càrrec que té la responsabilitat pot influir sobre els qui han de dur a terme una acció complexa; en aquest sentit, es pot millorar la governança.

5.3 Alineació dels recursos humans amb els objectius de salut pública

El personal que treballa en activitats de salut pública a Catalunya és un actiu magnífic pel que fa a competències i aportacions, i cal potenciar aquesta sòlida base de recursos humans. Tant a les reunions de grup com a les entrevistes individualitzades i les visites a instal·lacions, un tema destacat va ser la passió, el compromís, la intel·ligència i l'ètica laboral del personal, tant el de l'Agència de Salut Pública de Catalunya com el que contribueix des d'altres llocs a les activitats de salut pública. És infreqüent que aquest grau d'entusiasme i esperit positiu es vegi amb tanta força i s'ha de apreciar, potenciar i recompensar. Hi ha indicis que la situació econòmica (amb incidència en els fons disponibles i els nivells de personal) pot començar a afectar la bona voluntat i la positivitat de la mà d'obra existent, de manera que cal tenir cura de preservar el que hi ha i no donar res per descomptat.

Alhora, cal prestar més atenció al desenvolupament de la força de treball de salut pública: hi ha bretxes existents i emergents que repercuteixen en l'èxit de les activitats de salut pública. La planificació sanitària pot constituir una bona oportunitat per vincular noves prioritats a noves competències i habilitats. Els recursos de l'Agència de Salut Pública per al personal són baixos, i un augment modest podria marcar una gran diferència. El clima econòmic des de 2009 ha tingut un impacte negatiu i la contractació de personal ha estat problemàtica, cosa que afecta la moral del personal i no s'aborden les seves necessitats; consegüentment, s'ha vist afectada la varietat de competències del personal de l'Agència, la qual cosa cal esmenar. El fet que gairebé la meitat del personal de l'Agència siguin veterinaris és inusual i probablement no sigui adequat o sostenible a llarg termini, ateses les prioritats de la salut pública. També hi ha una manca d'experiència especialitzada en diverses àrees, que marcaria una diferència real en els programes de treball de salut pública (per exemple, economistes de la salut, sociòlegs, experts en promoció de la salut, antropòlegs). Sembla també que hi ha la necessitat d'impulsar el desenvolupament de lideratge, i els plans ja estan en procés d'incrementar les fortaleses en el lideratge i les habilitats en salut pública (p. ex. pensament estratègic, promoció del treball col·lectiu, reunions i comunicació, aprofitant al màxim les habilitats dels altres professionals), tenint en compte que el personal més antic té com a fortalesa les habilitats tècniques.

6 Aplicació II. Planificació sanitària i transformació dels serveis sanitaris individuals

6.1 Evolució de les prioritats de prestació dels serveis individuals i serveis per obtenir millors resultats en salut de la població

El procés de planificació ha tingut un impacte significatiu i positiu en la forma i l'eficàcia des del punt de vista del proveïdor del sistema sanitari. Es presenten diverses oportunitats per capitalitzar els avenços que ja s'han obtingut i desenvolupar enfocaments nous. D'aquesta manera, el sistema sanitari continuarà el seu camí d'adaptació a la naturalesa canviant de la demanda d'assistència sanitària i a la dinàmica creada per un envelliment de la població i els increments associats de la multimorbiditat.

6.1.1 L'avenç cap als serveis d'atenció primària integrats

El sistema català d'atenció primària té molts punts forts. En particular, el model de treball en equip multidisciplinari, que inclou l'atenció a la salut mental i la cronicitat i l'atenció social, que es veu afavorida per sistemes de registre electrònic i l'estratificació de riscos. Seria molt útil que les innovacions en l'atenció primària se centressin en les àrees d'integració de l'atenció, gestió de la innovació i transformació del model assistencial.

Es presenta la possibilitat d'incrementar l'ús del telèfon i el web per substituir una gran part de les consultes presencials, fet que podria alliberar temps professional per millorar encara més la gestió dels pacients més complexos. S'estan desenvolupant les eines per fer-ho, però caldrà treballar més per aprofitar al màxim aquestes noves fórmules de prestació de serveis (quadre 6).

Sembla que hi ha molta innovació local a l'atenció primària desenvolupada amb el suport local de l'ICS i del CatSalut. No obstant això, pot haver-hi un marge per augmentar l'autonomia de l'àrea bàsica de salut. Val la pena considerar el desenvolupament d'un sistema per proporcionar petites quantitats de suport econòmic i assistència metodològica a les àrees que intenten innovar i crear mecanismes d'identificació i difusió de bones pràctiques. Això també fomentaria un enfocament més ascendent en la creació del Pla de salut ara que entra en l'etapa següent. També hi ha algunes experiències de treball coordinat amb especialistes que tracten malalties cròniques, tot i que encara es pot fer més en aquest àmbit.

El desenvolupament de xarxes integrals d'atenció primària (XAP) per coordinar les àrees bàsiques de salut podria ser un pas important cap a més integració de l'atenció. Els models en els quals tota la prestació està continguda en una sola organització, inclosa la salut mental, l'atenció a la cronicitat i els serveis socials (per exemple, la BSA de Badalona) acostumen a ser molt més fàcils de

contractar i serà més fàcil coordinar l'atenció entre entorns. Tot i això, hi ha motius per ser prudents a l'hora d'arribar a la conclusió que el canvi estructural serà la resposta. Val la pena tornar a la qüestió de com desenvolupar una forma de treball més integrada entre l'atenció primària i els hospitals, i com facilitar un millor intercanvi d'informació, pagaments capitatius i contractes que permetin la integració.

Quadre 5. Bona pràctica: Estudi de casos d'empoderament dels pacients i alternatives a les visites presencials

Primer model web de visites amb el servei de medicina de família

A mesura que augmenta l'ús del telèfon intel·ligent, és probable que augmenti el nombre de pacients que sol·liciten que alguns dels seus serveis de salut es tramitin virtualment. Catalunya disposa del portal La Meva Salut, adreçat als pacients, que proporciona una plataforma per a l'atenció no presencial i inclou l'historial clínic dels pacients, tot i que caldrà acabar-lo d'adaptar. Exemples pràctics en altres llocs són els següents:

- Les consultes mitjançant l'aplicació askMyGP al Regne Unit representen de mitjana el 57% de les consultes en línia. El 62% dels motius de consulta dels pacients es resolen per mitjà de l'enviament de missatges de forma segura i confidencial o per telèfon, i el 20% dels pacients fan autocura. Tots els pacients reben atenció.
- Amb l'eConsulta – també present al Regne Unit – fins al 70% dels casos es resolen sense recórrer a l'atenció presencial, cosa que permet als metges de família entendre el problema en 2–3 minuts.
- General Health Cooperative de Puget Sound ofereix el 60% de l'atenció primària per mitjà del telèfon o del web.

Aquests sistemes representen un estalvi de temps per a metges i pacients, tot i que poden comportar un augment de la demanda que compensarà parcialment aquest benefici.

Suport a la gestió dels problemes de salut crònics

També és possible utilitzar les aplicacions dels telèfons intel·ligents o exploradors web per donar suport a la gestió d'aquests problemes, tot i que actualment aquestes tecnologies només existeixen per a un únic aspecte de les malalties; per exemple, myCOPD és una aplicació que ajuda les persones amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) per tenir una millor cura la seva malaltia:

- ofereix un programa d'autocura;

- ofereix informació, seguiment dels símptomes, entrenament en la tècnica d'ús dels inhaladors i rehabilitació pulmonar, atenció 7x24;
- permet els facultatius accedir a l'escriptori per:
 - Monitorar els seus pacients i oferir-los atenció virtual.
 - Monitorar les càrregues de les reaguditzacions en temps real.
 - Gestionar un historial de la població.
 - Revisar les desigualtats en salut per planificar serveis de suport de manera eficaç.

6.1.2 La regionalització dels serveis hospitalaris

L'increment de la multimorbiditat significa que cal revisar el model d'especialització mèdica. Sembla que és prioritari el desenvolupament de més especialistes en la gestió dels pacients multimòrbids complexos i, en particular, els més fràgils i de més edat, tant en quadres d'emergència com en l'abordatge a llarg termini. S'han de tenir en compte els programes locals per oferir formació o més oportunitats perquè els metges locals adquireixin noves qualificacions, especialment si hi continua havent un desajust entre el que es requereix i el que produeixen els programes formatius.

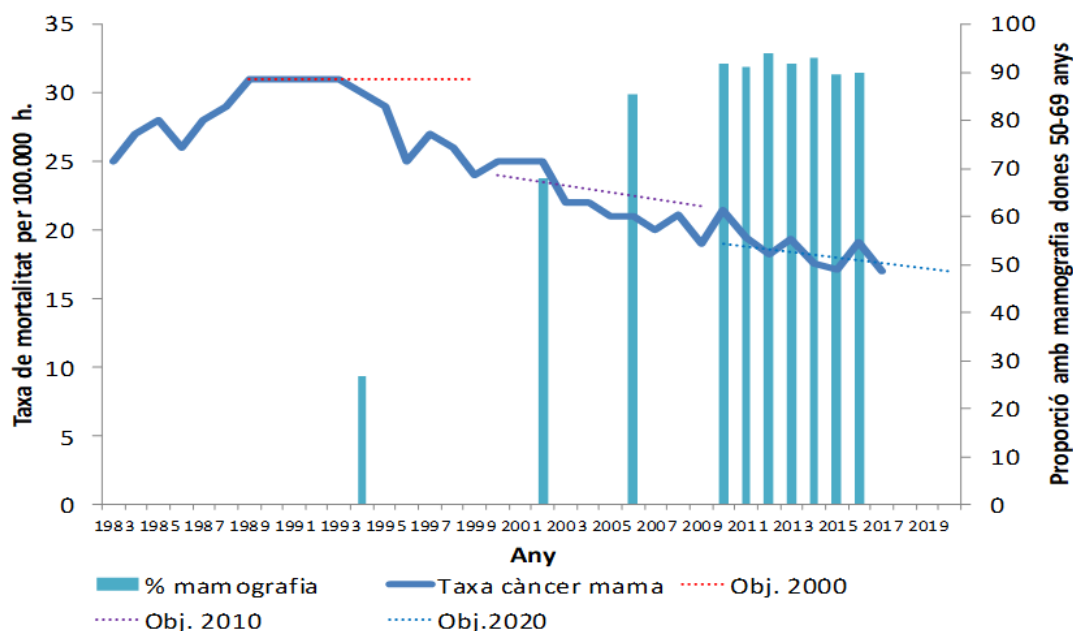
Bona part de la centralització del treball d'alta especialització que requereix la pràctica clínica moderna ha tingut lloc com a part de processos de planificació anteriors; per exemple, la cirurgia complexa, l'íctus i l'angioplastia per tractar l'infart de miocardi s'han regionalitzat. El procés ha finalitzat de moment, però hi ha 69 hospitals que presten serveis d'hospitalització amb cures intensives. El model de formació mèdica implica que hi ha pocs metges hospitalaris generalistes amb perfil de medicina interna o geriatria que puguin donar resposta global adequada a situacions de multimorbiditat i complexitat. Alguns d'aquests hospitals també són massa petits per ser econòmicament viables. Això vol dir que cal tornar a la qüestió de la configuració òptima de l'hospital. Algunes unitats es poden reorientar per proporcionar atenció subaguda, intermèdia, rehabilitació o cures paliatives. El fet que Catalunya tingui un nombre de llits hospitalaris relativament baix pot comportar que calgui una inversió de capital per traslladar alguns serveis. Això es pot minimitzar mitjançant mesures posteriors que millorin l'ús de l'atenció postaguda, hospitals de dia, urgències ambulatories i el tractament de la malaltia crònica en l'atenció primària. Catalunya té experiència en aquest tipus de plantejament de la planificació en versions anteriors del Pla que sembla que han tingut èxit (quadre 6).

L'extensió del model d'atenció integrada ha d'anar aparellat amb desenvolupament d'un pla de racionalització. Això oferiria l'oportunitat de proposar als hospitals una manera de fer front als canvis en la seva activitat, i el finançament derivat de la reducció de l'activitat hospitalària (ingressos i dies al llit) que hauria de ser el resultat.

Quadre 6. Bona pràctica: el Programa de detecció precoç del càncer de mama

El Pla director d'oncologia coordina el Programa de detecció precoç del càncer de mama de Catalunya i n'avalua els resultats. El programa es divideix territorialment en 16 oficines tècniques de cribratge, els quals s'encarreguen de citar les dones de la població diana, fan el seguiment i coordinen les activitats del cribratge. Les mamografies es duen a terme en 58 centres diferents, la majoria hospitals, però també alguns centres d'atenció primària. En 47 hospitals es duen a terme estudis addicionals i el diagnòstic i el tractament del càncer de mama es fa en 39 centres. Pel que fa als resultats del Programa, el Programa es va oferir a 426.196 dones (de 50 a 69 anys) el 2017 i hi van participar el 65,2% (277.925 dones). Es van fer estudis addicionals en un total de 15.672 dones (5,6%), i es van detectar 941 càncers invasius i 203 in situ. La participació en el Programa es manté en el 65% en els darrers anys, la qual pot arribar al 75-80% si es compten dones que refusen participar en el programa de cribratge poblacional pel fet que ja se sotmeten a detecció precoç en centres privats.

Figura 7. Mortalitat per càncer de mama en dones. Objectius del Pla de salut i mamografies a Catalunya, 1983-2017



6.1.3 Polítiques farmacèutiques

Les etapes anteriors del procés de planificació han establert sistemes d'elaboració d'informes i millora de la seguretat i la pràctica de la prescripció, seguida de l'adopció completa de la prescripció electrònica en l'atenció primària i sistemes d'informació per donar suport a la gestió de medicaments. També s'ha treballat per sistematitzar i harmonitzar l'ús de fàrmacs als hospitals i l'atenció primària. El desenvolupament de registres també ha permès establir i gestionar els pressupostos per a l'ús de fàrmacs d'una manera més racional.

Els reptes als quals s'enfronten ara els responsables polítics tenen més a veure amb la sostenibilitat del sistema i la gestió del pressupost en resposta al creixement del nombre de nous medicaments d'alt cost que s'adrecen a petits subgrups. Aquest és un repte al qual s'enfronten tots els sistemes de salut i continuarà sent un problema a Catalunya.

Sembla que els professionals amb més experiència estan cada cop més compromesos en l'avaluació dels nous medicaments de cost elevat, sobre la base del seu valor a l'hora de finançar-los. Es diu que hi ha una comprensió compartida dels reptes i un compromís per fer front a les amenaces per a la sostenibilitat del sistema. L'AQuAS i un comitè clínic monitoren, assessoren i

proporcionen informació que ajuda a l'assignació de recursos i la presa decisions basades en el valor.

Com passa amb altres aspectes de la planificació i la política sanitàries, podria ser útil incrementar el diàleg amb la societat i els mitjans de comunicació sobre alguns dels reptes als quals s'enfronta el sistema a causa dels canvis en la naturalesa i el cost dels nous medicaments.

6.2 Coherència política intersectorial i intergovernamental en serveis individuals

6.2.1 Salut mental

El desenvolupament del Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions (PISMA) és un pas endavant positiu de cara a augmentar el potencial de Catalunya per reduir l'estigmatització, augmentar la inclusió i promoure polítiques més generals de suport al desenvolupament d'una salut mental millorada i de suport a persones amb problemes de salut mental i les seves famílies. L'estratègia crea un vincle important amb les presons i el sistema de justícia penal basant-se en el treball dels plans anteriors.

Un aspecte important és la millora de la transició dels infants i adolescents des dels serveis de salut mental infantojuvenils als serveis de salut mental d'adults. Es valora positivament la proposta de crear l'especialització en psiquiatria infantil. Hi ha una escassetat de personal amb formació en psicologia clínica, per la qual cosa caldrà un temps per observar-ne l'impacte. El Pla estratègic posa un gran èmfasi en el desenvolupament de serveis millorats per a infants i adolescents. Hi ha idees interessants sobre la incorporació de suport a la salut mental a les escoles, que hauria de millorar la intervenció precoç i promoure una salut mental millor.

A l'altre extrem de la franja d'edat hi ha els problemes de salut mental en persones grans, particularment quan hi ha demència i problemes socials.

Una part important de l'estratègia és la continua ampliació dels serveis de salut mental a l'atenció primària. Tot i que hi ha alguns enfocaments per treballar coordinats amb especialistes que tracten malalties cròniques, es poden fer més coses en aquest camp, com ara ampliar el model d'incloure personal de salut mental a l'equip d'atenció primària.

Encara queda molt per fer per desenvolupar serveis comunitaris i per reduir l'ús d'instal·lacions d'hospitalització per al tractament de les malalties de salut mental més greus. Es requerirà la cooperació completa d'altres departaments per crear solucions comunitàries i garantir que les persones amb

problemes de salut mental puguin treballar i mantenir el lloc de treball, tinguin accés a l'habitatge i se'ls tracti correctament si són detingudes o condemnades.

6.2.2 Enfortir la integració de l'atenció sociosanitària

L'acció intersectorial entre atenció social i sanitària ha estat una prioritat constant per als plans de salut i ha destacat en els dos darrers mitjançant els plans interdepartamentals. La creació del PAISS subratlla la necessitat d'accions de col·laboració entre els departaments que tenen la competència en salut i en afers socials per afrontar els reptes d'un creixement de l'envelliment de la població i de la fragilitat. Des de 2011 s'han desenvolupat diverses intervencions i instruments d'integració social i sanitària com ara la identificació de casos de pacients crònics complexos amb eines d'estratificació de riscos o plans d'intervenció individualitzada i compartida. Tot i així, els obstacles institucionals i estructurals dificulten el progrés, com ara la fragmentació de les entitats de compra i la manca d'interoperabilitat entre els sistemes d'informació sociosanitària.

La incorporació de treballadors socials és un complement molt positiu per al model, però cal destacar que es tracta d'empleats assistencials i hi ha algunes qüestions importants amb la variabilitat en termes de finançament i els serveis que ofereixen els diferents ajuntaments. Seria molt beneficiós prendre mesures per crear un paquet mínim uniforme de prestacions d'atenció social de manera que hi hagi més uniformitat entre ajuntaments. Això ajudarà a eliminar les barreres per desenvolupar enfocaments més integrats a tot Catalunya.

6.3 Alineació dels recursos amb les prioritats dels serveis

Per als serveis individuals, el CatSalut, mitjançant els plans de salut regionals i l'harmonització del procés de contractació, materialitza les prioritats del Pla de salut. Aquests forts lligams entre el Pla de salut, els plans regionals i els contractes de serveis és un mecanisme d'implementació fonamental i reflecteix la prioritització explícita dels recursos.

Tot i això, l'objectiu establert en els plans d'atenció primària anteriors d'augmentar la part del pressupost total destinat a l'atenció primària del 15% al 21% encara no s'ha fet realitat. Hi ha diverses raons, algunes de les quals estan relacionades amb la crisi financera i d'altres amb decisions preses pels responsables polítics. A mesura que el finançament estigui disponible, es pretén que la participació augmenti i això requerirà una gestió activa per garantir que s'assoleixi aquest objectiu. Per fer-ho, serà important assegurar-se que la contractació de metges de capçalera i infermeres d'atenció primària sigui suficient per complir els requisits del sistema, tot i que també es podrà utilitzar una despesa nova per incorporar un altre tipus de personal que treballi en atenció primària. Això

serà important fins i tot si es pot influir en el Govern central per augmentar el nombre de metges de família i infermeres en formació.

7 Recomanacions per les polítiques de salut

Els plans de salut de Catalunya constitueixen una institució molt valuosa en el genoma del sistema sanitari català. El procés de planificació de la salut a Catalunya s'ha dut a terme amb una coherència notable durant un període de trenta anys i s'ajusta a les necessitats canviants en el temps. Els problemes emergents s'han integrat de manera coherent, tot i que han sorgit reptes pel que fa a la implementació. Tots els actors del sistema coneixen bé els plans de salut i els respecten perquè estableixen una visió i una direcció per a la millora de la salut i el benestar. Un lideratge clar, una bona assignació de les funcions i relacions institucionals, el diàleg inclusiu i obert i l'aplicació coherent d'un cicle de planificació complet han contribuït, en gran mesura, a l'èxit dels plans de salut de Catalunya per complir aquest paper fonamental en el sistema. No obstant això, la planificació sanitària necessita evolucionar contínuament per afrontar nous reptes que, en l'era dels ODS, requereixen una major atenció per afrontar l'equitat sanitària, més confiança en l'acció intersectorial i la interacció intergovernamental sinèrgica. Per reforçar la planificació sanitària, es podrien considerar les recomanacions polítiques següents.

Recomanació 1: Preservar els punts forts del procés català de planificació en salut a mesura que evolucioni per assolir nous reptes. La planificació sanitària és molt valorada perquè estableix la visió i la direcció del sistema. Capta i legitima les indicacions principals per millorar la salut de la població. El procés de planificació de la salut es basa en un mandat legal sòlid i en un procés ben regulat. El Departament de Salut ha exercit un fort paper de lideratge en el seu desenvolupament, implementació i avaluació. El CatSalut i el seu procés contractual han constituït un instrument fonamental en la implantació. El desenvolupament del Pla de salut es caracteritza per la participació dels actors del sector i les funcions atribuïdes a les regions, que hi han aportat exemples inspiradors. Hi ha una gran innovació en l'àmbit territorial i pel que fa als proveïdors tant en serveis de salut pública com en serveis individuals, que ha estat facilitada pels valors del pluralisme, l'autonomia i el voluntarisme. Són punts forts importants que cal preservar i aprofitar en el procés d'evolució.

Recomanació 2: Enfortir la capacitat institucional del Departament de Salut per a la gestió dels àmbits emergents, com l'equitat en salut i l'acció intersectorial. A mesura que l'objectiu del Pla de salut s'està orientant cap a l'abordatge d'un conjunt més ampli de determinants de la salut, la planificació

sanitària s'ha d'adaptar en major mesura als enfocaments intersectorials. Això requereix revisar la capacitat institucional del Departament de Salut en aquestes àrees. Una acció intersectorial satisfactòria no implica necessàriament l'execució, sinó la gestió per catalitzar les accions realitzades en col·laboració amb altres sectors. Això requereix un conjunt més ampli d'habilitats enfocades a establir una missió comuna, la creació de col·laboracions, la comprensió de diferents sectors públics, la col·laboració publicoprivada i fortes habilitats de comunicació.

Recomanació 3: Garantir més implicació del CatSalut en la fase de planificació, tenint en compte el seu paper fonamental en la implementació de bona part del Pla de salut. Alhora, això requerirà que el CatSalut estableixi un mecanisme per coordinar, recollir, sintetitzar internament i, després, portar a la taula de treball de la planificació, els temes clau que tenen les regions sanitàries. Això es podria fer a partir de les bones pràctiques locals, i ampliar-les a tota la regió. També podria proporcionar aportacions per identificar i seleccionar objectius i prioritats estratègiques del Pla. D'aquesta manera, es podria ajudar a aclarir les responsabilitats dels plans directors i dels grups de treball temàtics per maximitzar la contribució al Pla.

Recomanació 4: Crear oportunitats de participació ascendent, incloent-hi la ciutadania, els proveïdors i els ajuntaments en el procés de planificació en salut, per captar i aprofitar les innovacions. La participació dels grups d'interès en el procés de planificació s'organitza d'una manera descendent que permet fer consultes sobre prioritats desenvolupades per experts i temes bàsics. Es pot avançar cap a un procés més participatiu que permeti captar i aprofitar les innovacions locals. Hi ha una sorprenent riquesa d'innovació i bones pràctiques en l'àmbit comunitari i pel que fa als proveïdors, i els plans de salut podrien fer més per integrar i estendre bones pràctiques demostrades. Cal utilitzar el Pla de salut com a instrument per propagar les innovacions amb èxit de cara a les prioritats estratègiques. Per avançar cap a un procés més participatiu, cal repensar la contribució del Departament de Salut, del CatSalut i dels altres actors en l'àmbit regional per participar en la planificació, implementació, seguiment i avaluació. Es poden desenvolupar una sèrie de plataformes participatives per implicar-hi un conjunt més ampli d'actors. Caldria recuperar una via formal perquè les regions i els proveïdors contribueixin al debat sobre planificació de la salut.

Recomanació 5: Preservar l'actual procés d'establiment de prioritats centrat en àrees susceptibles de gran mortalitat, però reforçar l'atenció i l'acció en els altres reptes i les noves prioritats emergents en salut pública. El consum de tabac i l'obesitat continuen sent importants reptes de salut pública amb un nivell d'èxit variable demostrat en la reducció dels índexs. Es poden obtenir resultats més ambiciosos mitjançant una priorització més destacada d'aquestes qüestions i accions estratègiques, tot combinant enfocaments descendents i ascendents i

l'adequació dels recursos. La naturalesa dels reptes de salut pública canvia i, per tant, les prioritats de la salut pública també. El canvi climàtic, la resistència microbiana i l'abordatge dels determinants socials de la salut són prioritats fonamentals i requereixen noves polítiques que combinen el pensament global amb l'acció local. Algunes d'aquestes àrees emergents no s'han prioritzat adequadament fins ara.

Recomanació 6: Centrar el focus en l'equitat i implementar-la en l'àmbit territorial en el proper pla de salut. Això podria incloure l'enfortiment de l'anàlisi i la definició d'objectius que reflecteixin diferents trajectòries i necessitats de recursos adreçats a diferents grups. Un enfocament estratègic més clar podria contribuir a decidir si es pretén reduir la bretxa d'equitat o arribar als més vulnerables. A més de centrar-se en la reducció de les desigualtats, es podria explorar i integrar un abordatge més explícit i directe que tingui en compte les dimensions socioeconòmiques i de gènere. També es podrien aplicar mecanismes similars per assolir l'equitat territorial (per exemple, plataformes de participació, incentius, distribució pressupostària, ús de dades, prestació de serveis i capacitar la comunitat). A més, la integració en el proper Pla de salut de la intersectorialitat en la planificació sanitària i l'acció de salut pública, també contribuirà a assolir els objectius. Per dissenyar les accions, es podria adoptar una «doble via» i iniciar un enfocament transversal d'equitat i integració de gènere, junt amb les intervencions específiques segons les necessitats i les prioritats en salut.

Recomanació 7: Reforçar els mecanismes d'implementació per en les àrees que no siguin susceptibles de contractació per part del CatSalut. Els mecanismes d'implementació funcionen bé per a aquelles àrees del Pla de salut que es poden traduir en contractes de serveis a través del CatSalut. Per a aquestes àrees, els objectius del Pla de salut, les accions prioritàries i els acords d'aplicació estan ben adaptats. Però no totes les prioritats del Pla de salut es poden traduir en contractes. Per a aquestes àrees, els mecanismes d'implementació no són clars. Per al proper Pla de salut, les prioritats estratègiques que no entren dins dels serveis que es poden contractar les haurien de poder implementar de manera autònoma els diferents actors, i aclarir-ne les responsabilitats i els terminis.

Recomanació 8: Adequar els recursos financers a les prioritats estratègiques del Pla de salut i reforçar el seu impacte en la prioritització dels pressupostos generals de salut. El procés contractual del CatSalut proporciona un vehicle excel·lent per fer coincidir els recursos amb les prioritats. És més probable que funcioni per a aquelles àrees que entren de serveis individuals prestades pels proveïdors i susceptibles de ser contractades. Tanmateix, cada vegada són menys les prioritats del Pla de salut que entren en aquestes categories de serveis susceptibles de contractació. Això afecta la implementació i els resultats que van

més enllà dels serveis individuals. Per progressar, és important crear processos d'establiment de prioritats explícits i sistemàtics per a les despeses d'explotació i recursos de capital per a les altres prioritats. Una bona manera de començar és dur a terme una revisió retrospectiva de l'anàlisi d'impacte pressupostari o revisions retrospectives de la despesa pública en relació amb les prioritats estratègiques del Pla de salut i després integrar-les regularment en el procés de seguiment i avaluació de la implementació del Pla de salut.

Recomanació 9: Adequar les polítiques de recursos humans a les prioritats del Pla de salut començant pels de salut pública. No sembla que hi hagi un vincle entre el pla de recursos humans i les prioritats del Pla de salut, que tingui en compte les habilitats i les competències emergents, tant pel que fa a la població com en els serveis assistencials. El pla de desenvolupament de recursos humans de salut pública hauria d'abordar les competències, la formació, la multidisciplinarietat, i les condicions de treball, per permetre que el sistema sanitari públic s'adapti a les necessitats del futur. Per aconseguir-ho, cal afrontar el finançament dels recursos humans de salut pública, amb una inversió modesta però necessària per protegir el sistema. El pla de treball s'hauria d'elaborar amb la inclusió de tots els actors rellevants. A les competències tècniques del personal amb més expertesa, cal afegir-ne d'altres, per afrontar els reptes moderns de salut pública. Per exemple, els responsables hauran de ser més competents en la gestió del canvi, a l'hora d'aglutinar l'activitat en diferents sectors i entre diferents camps professionals. Cal establir mecanismes per fomentar una cultura d'aprenentatge i d'intercanvi de coneixements entre tots els professionals de la salut pública.

Recomanació 10: Complementar els esforços actuals de monitoratge amb l'avaluació en àrees específiques. Les eines d'avaluació s'han d'utilitzar d'una manera més sistemàtica. L'avaluació ajuda a entendre les variacions en la implementació del Pla de salut en diferents àrees i identifica els principals factors d'èxits o les mancances. En molts països, l'avaluació s'externalitza a institucions d'anàlisi de polítiques i del sector acadèmic. A Catalunya, l'AQuAS i determinades institucions acadèmiques podrien involucrar-se en el procés d'avaluació i efectuar anàlisi de la relació causa-efecte de la implementació del Pla. Diversos entrevistats han comentat l'evolució del paper de l'AQuAS des de l'avaluació de la tecnologia fins a una anàlisi més àmplia de la política sanitària, i que podria complir satisfactòriament amb aquest paper conjuntament amb altres institucions.

Recomanació 11: Reforçar l'acció intersectorial a través dels canvis estructurals i institucionals que facilitin una col·laboració entre sectors i organismes governamentals. Tot i que Catalunya és avançada i moderna en matèria de planificació i polítiques, per afrontar els buits d'implementació del Pla de salut, caldrà efectuar canvis estructurals i institucionals que permetin afavorir la

col·laboració entre sectors i organismes governamentals. La coordinació, la formació contínua, la innovació i el manteniment del suport a la participació es podrien facilitar a través d'un fòrum anual que permeti els professionals de tots els territoris reunir-se, compartir experiències i problemes comuns. La informalitat, l'origen del projecte i la naturalesa «flexible» del PINSAP —que són justament els punts que han contribuït a la cultura del consens, els cobeneficis i els enfocaments cooperatius— es podrien complementar amb més sistematització i institucionalització del treball intersectorial. Serà difícil continuar avançant sense això. Alguns recursos econòmics específics, així com la inversió continuada tant en recursos com en capacitats dels professionals, seran importants per continuar avançant en aquesta direcció. En el futur Pla de salut de Catalunya, caldrà treballar per implicar més altres sectors en el disseny del procés, la definició de prioritats i el disseny dels mecanismes d'implementació.

Recomanació 12: Crear un fòrum global que impliqui els diversos grups d'interès i sectors. Això, a banda de ser inspirador, tindria el valor afegir de compartir aprenentatges, rendir comptes i ser avaluat per experts. Es considera de gran valor tenir en compte, a partir de l'experiència del personal tècnic sobre el terreny, la participació territorial en el procés de desenvolupament i planificació. S'hauria de tenir en compte més implicació dels actors territorials i de les diferents institucions governamentals en el procés de planificació del futur Pla de salut de Catalunya. Seria valuós disposar d'un pla orientat a l'acció elaborat amb eines i guies (per exemple, fulls de treball), per donar suport als recursos humans escassos en l'àmbit de les regions.

Recomanació 13: Revisar l'abast i la prioritització dels serveis de salut pública d'acord amb els ODS. Els nous reptes intersectorials de salut pública, com ara l'emergència climàtica, requereixen una resposta estructurada dels serveis de salut pública per millorar la informació, generalitzar les bones pràctiques locals i reduir la variabilitat. Les accions són, entre d'altres, reforçar la col·laboració amb els governs locals, augmentar la multidisciplinarietat dels recursos humans de salut pública i millorar-ne les habilitats amb formació continuada per liderar els futurs projectes comunitaris.

Recomanació 14: Continuar avançant cap a uns serveis de salut integrats. Sobre la base dels avenços i les innovacions anteriors que ja hi havia a Catalunya, el proper Pla de salut podria promoure més sistemàticament la integració de serveis posant l'èmfasi en la coherència de les polítiques i l'alineació dels recursos. Els exemples inclouen facilitar la relació entre l'atenció primària i la salut pública a través dels serveis comunitaris, proporcionar més autonomia als centres sanitaris, promoure la recerca en innovació i organització de serveis de l'atenció primària o millorar la coordinació i l'intercanvi d'informació entre proveïdors de salut amb nous

acords pel que fa a la contractació. S'ha d'abordar una millor integració dels serveis de salut mental comunitària i els serveis socials amb l'atenció primària mitjançant la implementació regional del Pla de salut, definint un conjunt de serveis. Per continuar la transformació del sector hospitalari, caldrà adaptar els serveis i les especialitats professionals a les necessitats de salut de la població, incloent-hi la reorientació dels llits d'aguts a subaguts, la rehabilitació i les unitats de cures pal·liatives.

Recomanació 15: Consolidar l'ús de les tecnologies per a la salut mitjançant una millor harmonització dels sistemes d'informació ja existents. La col·laboració intersectorial eficaç i l'atenció sociosanitària integrada exigeixen un intercanvi fluid d'informació entre els agents de salut i solucions digitals d'atenció sanitària que empoderin pacients i professionals. La reducció de l'actual fragmentació dels sistemes d'informació sanitària millorarà la coordinació i integració dels serveis, i la planificació a llarg termini, la gestió de la recerca i la innovació en salut a tots els nivells del sistema.

8 Referències bibliogràfiques⁹

1. Sustainable Development Goals [Internet]. New York: United Nations; 2020. Disponible a: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>.
2. Joint Assessment of National Health Strategies and Plans. Version 2, September 2011. Geneva: International Health Partnership; 2011. Disponible a: https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Tools/JANS/JAN_S_tool_%26_FAQ.pdf.
3. Milton B, Moonan M, Taylor-Robinson D, Whitehead M, ed. How can the health equity impact of universal policies be evaluated? Insights into approaches and next steps. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health; 2011. Disponible a: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/155062/E95912.pdf.
4. Multisectoral and intersectoral action for improved health and well-being for all: mapping of the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018. Disponible a: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/371435/multisectoral-report-h1720-eng.pdf?ua=1.
5. Greer SL, Wismar M, Pastorino G, Kosinska M, ed. Civil society and health: contributions and potential. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2017 (Observatory Studies Series, núm. 48). Disponible a: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/349526/Civil-society-web-back-cover-updated.pdf?ua=1.
6. Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva: World Health Organization; 1981. Disponible a: https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/6967/WPR_RC032_GlobalStrategy_1981_en.pdf.
7. Targets for health for all. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1985. Disponible a: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/109779/WA_540_GA1_85TA.pdf.
8. Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999. Disponible a: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf.
9. Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial: llibre blanc. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1993.
10. Criteris comuns mínims per a l'atenció a problemes de salut. (Quaderns del Pla de Salut). Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1996.

⁹ S'ha accedit a tots els llocs web el 27 de gener de 2020

11. Pla de salut de Catalunya 2000 [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; 2020. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/plans-de-salut-anteriors/pla-de-salut-de-catalunya-2000/.
12. Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) [Internet]. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2020. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/.
13. Els serveis per a la salut: mirant cap al futur: mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació; 2010. (Planificació i avaluació;45). Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/2808>.
14. Presentació institucional del Pla de salut al Saló Sant Jordi del Palau de la Generalitat (25 juliol 2016). Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2016. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020/documents/#bloc2.
15. Informe de salut de Catalunya 2017. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2018. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/dades-de-salut-serveis-sanitaris/Informe-de-salut-de-Catalunya/informe-salut-2017-cat.pdf.
16. Informe de salut de Catalunya 2017. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2018. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/dades-de-salut-serveis-sanitaris/Informe-de-salut-de-Catalunya/informe-salut-2017-cat.pdf.
17. Marc de participació ciutadana en salut: facilitem i potenciem la participació ciutadana; fem-ho entre tots. Barcelona: Secretaria d'Atenció Sanitària i Participació; 2017. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Participacio-en-salut/ciutadania/marc_participacio_web.pdf.
18. Marcant fites per al 2020: els objectius de salut del Pla de salut de Catalunya 2016-2020. 2a ed. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2018. Disponible a: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3224/Marcant_fites_2020_objectius_salut_Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
19. Essencial [Internet]. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2020. Disponible a: <http://essencialsalut.gencat.cat/ca/inici>.
20. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. A: Sustainable Development Knowledge Platform [website]. New York: United Nations; 2016. Disponible a: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.

21. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013. Disponible a: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>.
22. Health Equity Status Report Initiative. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018. Disponible a: <http://www.euro.who.int/en/countries/italy/publications/flyer-health-equity-status-report-initiative-2018>.
23. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Geneva: World Health Organization; 2011. Disponible a: https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/health_managers_guide/en/.
24. Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP). Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2017.
25. L'Agenda 2030: transformar Catalunya, millorar el món. Informe 3/2016. Barcelona: Departament d'Acció Exterior, Relacions Institucionals i Transparència; 2018. Disponible a: http://cads.gencat.cat/web/.content/Documents/Informes/2016/Agenda_2030_CAT/20160923_InformeAgenda2030_lliurat_vf.pdf.
26. Gonzalez-Viana A, Fors MV, Castell Abat C, Rubinot Masot M, Oliveras L, Garcia-Gil J, et al. Promoting physical activity through primary health care: the case of Catalonia. BMC Public Health 2018;18:968. doi: 10.1186/s12889-018-5773-2.
27. Llei 18/2009, del 22 d'octubre, de salut pública. (DOGC núm. 5495, 30.10.2009). Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2009. Disponible a: http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?documentId=532871&action=fitxa; in Catalan.