

Mapa Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública de Catalunya, 2008

María-Luisa de la Puente Martorell

Doctora en Medicina; Pediatra i Epidemiòloga; Consultora autònoma. Sant Cugat del Vallès.

Resum executiu

L'any 2004 es va crear la Direcció General de Planificació i Avaluació i el Mapa Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública (MSSSiSP), amb l'objectiu de reforçar la planificació estratègica del Departament de Salut i millorar l'eficiència, la qualitat i l'equitat dels serveis.

L'MSSSiSP de 2008 serveix per orientar decisions sobre el desenvolupament i l'adequació dels serveis de salut a nivell central i territorial. Es fonamenta en metodologies d'epidemiologia i economia de la salut i utilitza tècniques quantitatives i qualitatives. El Mapa no només defineix estructures, sinó que orienta el desenvolupament dels serveis amb una visió dinàmica. Defineix criteris per a tots els nivells d'assistència: primària, especialitzada, sociosanitària, salut mental, urgències i domiciliària. S'hi integren els plans directors i els plans d'ordenació de serveis. També s'hi inclou la planificació de serveis d'alta especialització.

Les regions sanitàries tenen la responsabilitat operativa i elaboren plans territorials. El Mapa també estableix quins serveis es poden descentralitzar i quins han de concentrar-se per tal de garantir la qualitat i l'equitat. La direcció del Mapa recau en el Comitè Director i el Servei Català de la Salut és qui l'aprova formalment.

El Mapa de 2008 va ser un gran exercici de planificació i un avenç en la integració entre la planificació de salut i la de serveis. Basat en coneixement i consens, va anticipar moltes tendències actuals. No obstant això, la seva continuïtat i utilitat pràctica es van veure limitades per la manca de suport i de recursos per mantenir-lo actualitzat.

Introducció

La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya de l'any 1990 va determinar la creació del Servei Català de la Salut (SCS) com a entitat asseguradora i també planificadora. Aquesta institució va assumir la responsabilitat de planificació que fins llavors exercia el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (DS) des de les transferències de l'any 1980. Aquesta reforma va acostar la planificació a la compra de serveis, però, amb el pas dels anys, la planificació va perdre poder i visibilitat. Paral·lelament, des de 1993 el DS

elaborava els plans de salut, que definien de manera sistemàtica, i amb rigor científic, les polítiques del Govern en matèria de salut, així com les intervencions sanitàries i interdepartamentals necessàries per a fer-les operatives. Tanmateix, aquests plans de salut van resultar poc eficaços en la seva aplicació, ja que tenien una influència limitada sobre els pressupostos i l'organització de l'activitat sanitària. Això es devia, principalment, a la dificultat de vincular-los a les accions del món de la provisió de serveis sanitaris, que generalment s'impulsa, s'organitza i es finança d'acord amb altres paràmetres: les inversions i l'activitat.

Per reforçar la planificació estratègica, el 2004 es va crear la Direcció General de Planificació i Avaluació i el Mapa Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública (MSSSiSP)^{1,2}. El Mapa es va justificar per diverses raons:

- Absència d'un pla de serveis integrat que complementés el Pla de Salut.
- Diversitat de proveïdors i models amb poca avaluació de resultats.
- Problemes d'eficiència i capacitat assistencial davant canvis demogràfics i tecnològics.
- Noves expectatives dels ciutadans sobre els serveis.
- Necessitat de millorar eficiència, qualitat i coherència clínica, basant-se en l'evidència científica.
- Limitacions pressupostàries i creixement de la despesa per sobre del PIB.
- Voluntat de fomentar la participació municipal i ciutadana en la planificació.

El nou Mapa va ser una eina estratègica, participativa i territorialitzada que busca garantir l'equitat, l'eficiència i l'adaptació dels serveis sanitaris a les necessitats reals de la població catalana, tot combinant planificació central amb autonomia regional i basant-se en l'evidència científica. La seva funció principal és definir línies estratègiques i criteris de planificació que orientin les decisions sobre el desenvolupament i l'adequació dels serveis de salut, tant a nivell central com territorial.

Metodologia

Com a marc teòric i metodològic, l'exercici de planificació de l'MSSSiSP es basa en les metodologies de planificació sanitària provinents dels camps de l'epidemiologia i de l'economia de la salut. Hi destaquen els desenvolupaments teòrics i les línies d'investigació sobre les variacions en la pràctica clínica, la utilització dels serveis, la relació entre el volum d'activitat i els resultats en salut, l'accessibilitat i la

Correspondència: María-Luisa de la Puente Martorell
Sant Cugat del Vallès
Adreça electrònica: mluisa.delapuate@outlook.es

integració assistencial, així com el treball en xarxa entre centres i professionals per a procediments complexos.

Es van combinar eines quantitatives i qualitatives: anàlisi de dades i enquestes, projeccions demogràfiques, anàlisi geogràfica, estudi d'experiències internacionals, entrevistes, grups focals i debats de consens. L'objectiu era unificar en un mateix òrgan la planificació estratègica de salut i de serveis, incorporant les visions de ciutadans, professionals i gestors.

El procés d'elaboració es va estructurar en les fases següents:

- 1) Disseny del procés i identificació de productes esperats, amb consulta a experts i anàlisi d'experiències internacionals.
- 2) Anàlisi de la situació i tendències dels serveis de salut (estudis demogràfics, fluxos assistencials, opinions d'actors del sistema).
- 3) Formulació de línies estratègiques mitjançant una jornada amb 125 professionals, gestors i experts.
- 4) Definició de criteris de planificació per àmbits i serveis, amb grups de treball i revisió científica.
- 5) Elaboració d'escenaris de desenvolupament adaptats a les realitats territorials, debatuts amb responsables regionals.
- 6) Redacció i aprovació de l'avantprojecte.
- 7) Debat públic (presentacions, web amb 2.822 consultes i espais de participació).
- 8) Audiència i informació pública del projecte final, amb la incorporació de millores.
- 9) Aprovació pel Govern de la Generalitat.
- 10) Publicació oficial mitjançant el Decret 37/2008, de 12 de febrer.

L'MSSSiSP es va desenvolupar amb una metodologia rigorosa, participativa i basada en l'evidència; va integrar l'anàlisi científica amb la participació d'experts, professionals i ciutadans; i va culminar en un instrument normatiu per orientar la planificació sanitària a Catalunya.

Característiques del Mapa Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública

El nou Mapa Sanitari va recuperar el nom del primer Mapa de 1980, però amb un enfocament diferent: ja no busca només definir estructures futures, sinó orientar i adequar els serveis sanitaris amb una visió dinàmica i flexible, planificant estructures, serveis i processos assistencials.

Els continguts principals del Mapa són: 1) anàlisi de la situació del sistema de salut; 2) línies estratègiques per orientar els serveis amb visió de futur; 3) criteris de planificació explícits, però adaptables a cada territori, i 4) escenaris de desenvolupament dels serveis per zones territo-

rials.

Línies estratègiques i criteris

Defineix 10 línies estratègiques que estableixen valors, model i objectius centrals del sistema sanitari.

Els criteris de planificació es basen en aquestes línies, en l'anàlisi de problemes, les tendències de futur, els criteris científics i l'experiència dels serveis actuals.

S'aborden tant per tipus de servei (atenció primària, hospitalària, etc.) com per àmbits prioritaris (càncer, salut mental, etc.).

Perspectiva territorial i organitzativa

La majoria dels serveis tenen una base territorial de proximitat, per això les decisions s'han de prendre prop del lloc on es presten els serveis.

Les regions sanitàries són responsables de la planificació operativa i adapten les polítiques estratègiques als seus territoris.

El Mapa dona suport general i criteris comuns, però respecta la singularitat territorial.

Les decisions regionals es concreten en plans territorials dins dels governs territorials de salut (GTS).

Descentralització i concentració de serveis

El Mapa identifica serveis i tècniques susceptibles de descentralització (més propers al ciutadà) i serveis que han de romandre concentrats (per baixa casuística o alta complexitat). Aquest model s'aplica amb criteris de terciarisme basats en l'evidència científica i garanteix equitat territorial en l'accés als recursos i serveis.

Governança del Mapa

El Mapa el dirigeix el Comitè Director del Mapa, presidit pel/per la Conseller/a de Salut, i integrat pel/per la Director/a General de Planificació, el/la Director/a Tècnic/a del Mapa, experts, gestors, representants acadèmics i civils, i altres responsables governamentals.

L'aprovació oficial correspon al Consell de Direcció de l'SCS. Les aprovacions successives del Govern actualitzen el Mapa amb noves estratègies o revisions. Cada aprovació s'acompanya d'una memòria econòmica, que condiciona l'aplicació de les prioritats del Mapa a la disponibilitat pressupostària.

Contingut del Mapa Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública

Incorporació de les visions dels ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària en el procés de planificació sanitària

Mitjançant una metodologia qualitativa, van participar-hi 254 persones (98 professionals, 93 usuaris, 13 gestors, 31

cuidadors, etc.). Els resultats es van relacionar amb aspectes com els recursos disponibles, la sobrecàrrega de treball, la sobreutilització i la sobremedicalització, la definició dels processos assistencials, la variable temps, la coordinació, el coneixement i la competència professional, i les condicions de la pràctica clínica.

Anàlisi de la situació de l'oferta de serveis

Es va analitzar l'oferta de recursos existent l'any 2005 i la seva accessibilitat. Per a fer-ho, es van definir els punts d'atenció, es van classificar les línies assistencials (atenció primària i comunitària, hospitalització d'aguts, salut mental i addiccions, atenció sociosanitària) i els tipus de servei. Es van descriure els recursos existents i les seves dades d'utilització. L'accessibilitat es va mesurar mitjançant un sistema d'informació geogràfica amb variables de georeferenciació i càlcul de temps de desplaçament.

Els resultats mostren que els recursos tendeixen a concentrar-se en les grans zones urbanes. En general, es determina que hi ha una bona adequació de la xarxa assistencial catalana a la distribució de la població, amb una elevada proximitat geogràfica i un alt grau de capillaritat, especialment pel que fa a l'atenció primària. Les zones muntanyoses amb nuclis dispersos de població són les que presenten pitjors resultats.

L'organització territorial del sistema públic de salut

El territori de Catalunya es va organitzar en 7 regions sanitàries, 37 GTS i 361 àrees bàsiques de salut (ABS). Les ABS es constitueixen sobre la base de factors geogràfics, socials, epidemiològics i de comunicació viària. Els GTS i les regions són agrupacions d'ABS. Els GTS es van crear l'any 2006 com a evolució dels antics sectors sanitaris, esdevenint el nivell intermedi entre les ABS i les regions sanitàries. S'estableix que tots els GTS han de disposar, a més de les estructures d'atenció primària, de dispositius d'atenció hospitalària, de salut mental i sociosanitària.

Utilització de serveis i fluxos assistencials

L'objectiu d'aquesta anàlisi era estudiar la variabilitat territorial en la utilització pública dels serveis de salut i identificar els fluxos assistencials entre els 37 GTS. Els coeficients de variació de la utilització mostren una menor dispersió territorial en l'hospitalització d'aguts i en l'atenció primària, i una major dispersió en l'atenció sociosanitària.

Els fluxos assistencials entre l'atenció especialitzada prestada en hospitals d'aguts, la salut mental i l'assistència sociosanitària no mostren associacions significatives, a diferència dels serveis vinculats a l'estructura hospitalària (hospitalització, consulta externa i urgències) i dels serveis d'internament sociosanitari (mitjana i llarga estada). Es conclou que l'associació entre fluxos es refereix sobretot als serveis que habitualment es presten des d'un mateix

dispositiu assistencial, més que no pas a dinàmiques de relació entre territoris.

Línies estratègiques de futur

Les 10 línies estratègiques que defineix l'MSSSiSP són:

- 1) Política de salut i política de serveis: orientació per prioritats i objectius comuns per al sistema.
- 2) El paper protagonista dels ciutadans.
- 3) La interacció entre professionals i pacients i el valor real de l'atenció.
- 4) Atenció integral i continuïtat assistencial, passant de la fragmentació a la integració.
- 5) Col·laboració entre equips de professionals en xarxes multicèntriques.
- 6) Desenvolupament professional orientat a la qualitat assistencial i al prestigi de la pràctica clínica.
- 7) Tecnologies de la informació i la comunicació com a suport a les decisions clíniques i a la relació entre professionals i serveis.
- 8) La trilogia accessibilitat, qualitat i eficiència ("el que és efectiu, allà on sigui adequat, en el moment oportú i el més a prop possible, però no tot és possible ni a tot arreu").
- 9) Participació dels ciutadans, institucions, professionals i organitzacions en el funcionament dels serveis.
- 10) Avaluació per retre comptes i actuar.

Criteris de planificació de serveis en l'horitzó 2015

S'establiren criteris de planificació per als serveis d'atenció primària i comunitària, atenció especialitzada, atenció sociosanitària, atenció a la salut mental i a les addiccions, atenció urgent i atenció domiciliària. A la Taula 1 es presenta un resum de les tendències identificades per l'MSSSiSP per a cada tipus de servei.

Planificació segons prioritats de salut. Els plans directors i els plans d'ordenació de serveis

Els plans directors van ser creats pel Departament de Salut per millorar la conjugació entre l'estratègia i l'operativitat, i per unificar la planificació de salut i la de serveis. Aquests plans aborden problemes de salut de major impacte, com ara les malalties oncològiques, les malalties de l'aparell circulatori, la salut mental i les addiccions, la immigració i els problemes sociosanitaris. En cadascun s'exposen els principals elements de referència del model assistencial, l'estructura organitzativa, les funcions, la cartera de serveis implicats i els procediments d'avaluació.

També es van prioritzar altres serveis que requerien una reordenació per motius diversos com són canvis en les recomanacions científiques, en la demanda, o en els rols professionals. En aquest sentit, el Mapa estableix com s'han d'abordar —defineix la visió, la cartera de serveis i els requeriments professionals segons el nivell d'atenció— diversos àmbits d'ordenació, com la salut sexual i reproductiva i la maternoinfantil, la pediatria territorial en

TAULA 1. Tendències assenyalades pels criteris de planificació segons tipus de serveis en el Mapa Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública de Catalunya

Atenció primària de salut	↑ Accessibilitat. ↑ Capacitat de resolució en salut. Contenció de la freqüentació mèdica. ↑ Activitat infermera. ↑ Nombre de professionals. ↑ Paper de la infermeria (gestió de casos, primer contacte en visites espontànies, etc.). ↑ Tecnologia (capacitat diagnòstica i terapèutica, telemedicina). ↑ Suport a l'atenció primària (salut mental, consultoria, etc.). v Atenció comunitària, familiar, grupal i domiciliària. Desenvolupament del sistema d'informació.
Atenció especialitzada	Manteniment de la taxa d'hospitalització ajustada per edat (↓ variabilitat). ↑ Alternatives a l'internament (cirurgia major ambulatoria, hospital de dia). Desplegament d'hospitals lleugers. Treball en xarxa, equips de professionals compartits.
Atenció sociosanitària	Consolidació de la xarxa actual i reequilibri territorial. Δ Cures pal·liatives; ampliació horària dels equips PADES*. Línies de futur: prevenció d'urgències, subaguts, atenció a malalties neurològiques discapacitants i atenció al final de la vida.
Atenció a la salut mental i a les addiccions	↑ Suport a l'atenció primària. ↑ Atenció en l'àmbit comunitari. ↑ Rol d'infermeria. ↓ Internaments de llarga durada. Reconversió psiquiàtrica. Integració funcional de les xarxes de salut mental i d'addiccions. Col·laboració interdepartamental.
Atenció urgent	↑ Capacitat d'atenció immediata a la demanda d'atenció primària. = o ↓ Freqüentació urgències hospitalàries. Reordenació dels dispositius ambulatoris específics segons volum de població. Adaptació organitzativa a diferents realitats territorials. Sistemes de triatge i coordinació. Sistemes d'informació compartits.
Atenció domiciliària	↑ Atenció domiciliària. Coordinació entre diferents línies assistencials i amb els serveis socials. Gestors de casos (infermers/es).

*PADES: Programa d'atenció domiciliària, equips de suport.

atenció primària, la rehabilitació ambulatoria i domiciliària i la insuficiència renal crònica.

Planificació de serveis d'alta especialització

L'MSSSiSP estableix que la concentració de serveis ha de permetre garantir la qualitat de la prestació i els millors resultats possibles. Descriu els criteris de referència per a la reordenació de serveis d'alta complexitat, el seu impacte en els centres i les condicions necessàries que han de reunir els dispositius. S'hi descriuen diversos processos de reordenació, com ara la cardiologia terciària (cirurgia cardíaca, angioplàstia coronària terapèutica), l'oncologia (cirurgies oncològiques poc freqüents), el trasplantament renal, l'atenció al politraumatisme greu, i el desplegament de la tomografia per emissió de positrons (PET).

Actuacions en territoris d'especial interès des del punt de vista de les necessitats socials i de salut

L'estratègia "Salut als barris" va ser una oportunitat per reduir les desigualtats de salut a Catalunya. Es defineixen les poblacions diana a partir de la seva vulnerabilitat i es proposen intervencions per a la promoció d'estils de vida saludable, millora de la capacitat comunitària per ser activa en la seva salut, adaptació dels recursos sanitaris a les necessitats específiques de poblacions i territoris vulnerables, i la cooperació institucional. Tot això, amb metodologies participatives.

Així es van concretar, a cada GTS, projectes locals de

salut en els barris beneficiaris de la Llei de barris.

Factors crítics d'èxit del Mapa Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública

- *El Mapa Sanitari complementa els plans de salut.* El Mapa determina quins serveis són adequats per cobrir les necessitats assistencials i com s'han de coordinar entre ells. El Pla de salut analitza fins a quin punt aquests serveis milloren la salut i la qualitat de vida de la població i si hi ha alternatives més eficients. Tots dos són inseparables i es reforcen mútuament.
- *Lideratge i participació professional.* El Mapa és una oportunitat per traduir les prioritats de salut en accions concretes i canvis organitzatius. Requereix la participació activa dels professionals sanitaris, que han de sentir-se partícips en el seu disseny i aplicació. El lideratge dels gerents territorials és essencial per superar les dificultats operatives i pressupostàries del procés de canvi.
- *Diversitat i equitat.* La diversitat de proveïdors del sistema sanitari català fa necessari disposar d'un marc organitzatiu comú, que no limiti la innovació, sinó que promogui l'equitat i l'eficiència i permeti mantenir la riquesa i varietat del model català de provisió de serveis.
- *Avaluació i millora contínua.* El Mapa impulsa una cultura d'avaluació permanent en tots els nivells, de les

polítiques sanitàries a la gestió clínica, amb mecanismes d'avaluació periòdica; es basa en l'anàlisi sistemàtica de la informació i estudis específics per reorientar els serveis segons els resultats.

- *Instruments operatius del Mapa.* El Mapa descriu les eines per fer efectives les seves polítiques: plans d'inversions en infraestructures, assignació de recursos, compra de serveis, avaluació de serveis, acreditació de la qualitat, sistemes d'informació, recerca aplicada en salut pública i en serveis i desplegament dels GTS i les relacions interdepartamentals. L'SCS, juntament amb els proveïdors, és l'encarregat de la planificació operativa, és a dir, de transformar les estratègies del Mapa en accions concretes i de definir objectius, processos, criteris de qualitat i resultats esperats.
- *Finançament i model de compra de serveis.* El Mapa estableix criteris per vincular el finançament a resultats assistencials i a una millor resposta a les necessitats de la població. Destaca el model de compra capitativa (implantat parcialment des de 2001), que assigna un pressupost per població atesa i fomenta la integració i l'eficiència del sistema.
- *Formació, recerca i qualitat assistencial.* El Mapa subratlla la importància d'establir estàndards d'atenció i guies de pràctica clínica, impulsar la formació i la recerca, i coordinar esforços entre l'administració sanitària, el món acadèmic i els professionals.

Conclusions

L'MSSSiSP de 2008 va constituir un gran exercici de planificació sanitària i va representar un important avenç en la vinculació entre la planificació de la salut i la planificació dels serveis. El Mapa ha estat una eina estratègica, integradora i orientada a resultats, que va connectar la planificació sanitària amb l'efectivitat real dels serveis; potencia la participació professional, millora l'eficiència, la qualitat i l'equitat del sistema de salut català; i enforteix la gestió basada en l'evidència, l'avaluació i la innovació.

El seu disseny metodològic va garantir que es basés en el coneixement científic disponible i en el consens dels principals actors del sistema: ciutadans, professionals i gestors.

El Mapa va assenyalar estratègies i tendències de futur, moltes de les quals s'han demostrat, 17 anys després, premonitòries dels esdeveniments que s'han produït. Tanmateix, per haver pogut continuar essent un instrument actualitzat i útil a la presa de decisions dins el sistema sanitari, hauria necessitat d'un suport polític i institucional sostingut, així com de recursos i instruments adequats, que no s'han pogut —o no s'han volgut— mantenir en el temps.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Els serveis per a la salut: mirant cap al futur. Mapa Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública. Volum I, Volum II, Cartografia. Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Novembre 2008.
2. De la Puente ML, Fusté J. Mapa Sanitario: una visión dinámica de la planificación de servicios en Cataluña. Medicina Clínica. 2008;131(supl 4):3-8. Consultable a: <https://www.sciencedirect.com/journal/medicina-clinica/vol/131/suppl/S4>. Accés el 15 d'octubre de 2025.