



Mapa del sistema de salut de Catalunya

Grup de treball de governança

Febrer 2026

Autoria

Lideratge:

David Elvira

Secretaries tècniques:

Celia Calvo

Bea Cruañas

Encarna Grifell

Membres:

Jordi Amblàs

Núria Bosch

Ignasi Carrasco

Manel del Castillo

Josep Comín-Colet

Josep Maria Corominas

Esteve Fernández

Roser Fernández

Montserrat Figuerola

Oriol Fuertes

Salut González

Jaume Heredia

Francesc José Maria

Estela Mas

Pilar Otermín

Manel Peiró

Ismael Peña-López

Elisenda de la Torre

Pere Vallribera

Joan Vegué

Antoni Vidal

Tamyko Ysa

Anna Zarzosa

Índex de continguts

0.	Introducció	4
1.	Resum executiu	5
2.	Context	7
2.1.	Introducció.....	7
2.2.	Reptes, limitacions, punts forts i febles.....	7
2.3.	Revisió literatura i experiències internacionals	9
2.4.	Espais de treball conjunt i de participació (intersectorials, multinivell, i amb la ciutadania/pacients) existents actualment	11
3.	Visió compartida	15
4.	Model de governança territorial.....	16
4.1.	Estructura de governança territorial.....	16
4.1.1.	Pacte de l'AIS	16
4.1.2.	Comissió Operativa de l'AIS	16
4.1.3.	Taula de participació i transparència.....	17
4.1.4.	Notes sobre pilotatge i heterogeneïtat territorial.....	17
4.2.	Principals àmbits d'actuació de la governança de les AIS	18
4.2.1.	Dotar-se d'eines per millorar els resultats de salut de la població	18
4.2.2.	Facilitar els mecanismes adequats per garantir les capacitats, reduir les desigualtats i assegurar la cohesió mitjançant polítiques intersectorials integrades	18
4.2.3.	Impulsar la creació de mecanismes de coordinació i resposta integrada territorial	19
4.2.4.	Impulsar els mecanismes per incentivar l'atracció i retenció de professionals al territori.....	19
4.3.	De l'estratègia a l'operativització: el Pla de l'AIS	19
5.	Pla de Treball	21
5.1.	Fase 1: Constitució de l'estructura de governança	21
5.2.	Fase 2: Definició d'estratègies i implementació de processos	24
5.3.	Fase 3: Desplegament del Pla de l'AIS	26
6.	Referències	27

0.Introducció

Aquest document s'emmarca en el procés d'elaboració del nou **Mapa del sistema de salut de Catalunya**, amb l'objectiu d'ordenar territorialment el sistema i avançar en la seva transformació operativa.

En aquest context, la Direcció General de Planificació en Salut ha impulsat la constitució de vuit grups de treball, en els quals han participat més de 230 professionals de la salut, com també representants d'altres sectors i de la ciutadania. A aquests grups se'ls ha encarregat l'elaboració de propostes per avançar en els deu eixos de transformació transversal identificats com a prioritaris per al conjunt del sistema de salut (figura 1).

Figura 1. Deu eixos de transformació del nou mapa del sistema de salut



Aquest encàrrec parteix de la convicció que la transformació del sistema només és possible des de la construcció col·lectiva. Els professionals i la ciutadania són actors clau del canvi: coneixen la realitat dels territoris, l'organització dels serveis i les necessitats de la població, i aporten una mirada imprescindible per garantir la viabilitat, la qualitat i l'efectivitat de les propostes formulades.

En aquest marc, s'ha elaborat un document de bases del **Grup de treball de governança** que recull el conjunt d'anàlisis i propostes elaborades en aquest marc. Aquest document n'exposa els elements essencials amb una orientació operativa, amb la finalitat de facilitar-ne la comprensió i el debat, i de servir de guia per a la seva implementació.

Tot plegat forma part del procés de configuració del nou **Mapa del sistema de salut de Catalunya**, concebut com una eina de planificació dinàmica, capaç de planificar i actuar de manera simultània, orientada als resultats i a l'evidència, i que permeti aprendre i retroalimentar-se a mesura que el procés avança.

1. Resum executiu

Context

El document defineix les bases del nou model de governança territorial de les Àrees Integrades de Salut (AIS) de Catalunya i el seu pla de desplegament. El sistema de salut català opera en un entorn complex, amb una provisió mixta, descentralització, múltiples actors i reptes creixents —envelliment, cronicitat, desigualtats i fragmentació assistencial— que limiten la coherència i l'eficàcia de les respostes territorials. Malgrat comptar amb experiència en models d'atenció integrada, col·laboració entre proveïdors i ús compartit de dades, persisteixen febleses en la governança, la coordinació intersectorial i la participació de professionals i ciutadania. L'anàlisi internacional reforça que els models exitosos d'atenció integrada requereixen lideratge territorial, estabilitat, espais de corresponsabilitat i mecanismes de seguiment orientats a resultats. Aquest marc justifica la necessitat de definir un model de governança territorial robust, coherent i compartit per al desplegament de les AIS.

Model de governança territorial

El model s'articula en **tres àmbits complementaris**:

- **Pacte de l'AIS (estratègic)**: òrgan de direcció i orientació territorial, format per departaments de la Generalitat i món local. Defineix objectius, prioritats i criteris de planificació territorial, i valida i aprova el Pla de l'AIS.
- **Comissió operativa (operatiu)**: espai de gestió integrada, format per proveïdors sanitaris, actius comunitaris i món local. Està liderat per la Direcció de l'AIS i compta amb el suport d'una Oficina tècnica. Elabora i implementa el Pla de l'AIS i coordina serveis i recursos del territori.
- **Taula de Participació i Transparència (participatiu)**: garanteix participació estructurada de ciutadania i professionals i la rendició de comptes del desenvolupament del Pla.

El document incorpora també criteris per al pilotatge territorial i per gestionar l'heterogeneïtat del país.

Principals àmbits d'actuació

Els principals àmbits d'actuació de les AIS són:

1. Elaborar i implementar el **Pla de l'AIS** i adaptar les polítiques nacionals al territori.
2. Facilitar mecanismes per reduir desigualtats i garantir la cohesió mitjançant polítiques intersectorials.
3. Impulsar xarxes territorials de serveis i col·laboracions supraterritorials.
4. Desenvolupar una estratègia territorial de talent per atraure i retenir professionals.

Pla de treball

Fase 1: Constitució de l'estructura de governança (1-10 mesos)

Inclou l'aprovació i creació del Pacte, la constitució de la Comissió i la constitució de la Taula de participació. Per al conjunt de Catalunya s'impulsa la simplificació i harmonització d'estructures de coordinació i participació. Aquesta fase estableix les condicions institucionals bàsiques per iniciar el funcionament de les AIS.

Fase 2: Definició d'estratègies i implementació de processos (11-24 mesos)

Desenvolupa els instruments clau del model: elaboració del Pla de l'AIS, fa el mapatge i l'activació dels actius, creació del quadre de comandament territorial, desplegament de sistemes d'informació interoperables i disseny de circuits i col·laboracions interterritorials. Aquesta fase defineix el marc operatiu, els objectius i els mecanismes d'avaluació.

Fase 3: Desplegament del Pla de l'AIS (3-5 anys)

Executa les accions definides en el Pla de l'AIS. Es desplega un cicle de millora contínua, que inclogui l'escalat d'experiències demostrades. Els indicadors mesuren resultats en salut, experiència ciutadana, autonomia funcional i evolució de desigualtats.

2. Context

2.1. Introducció

El sistema de salut català es caracteritza per una clara separació entre les funcions de planificació, finançament i avaluació —que recauen en l'autoritat pública— i la funció de provisió, amb una xarxa diversa de centres i entitats que formen part del SISCAT. Aquesta diversitat de proveïdors afavoreix l'autonomia organitzativa i la descentralització dels serveis. El sistema conviu, a més, amb un ampli ecosistema d'actors que incideixen en la salut i el benestar de la població, com ara les administracions locals, els serveis socials, els centres educatius, els agents comunitaris i les entitats del tercer sector o del sector privat, que desenvolupen funcions essencials en la prevenció i la promoció de la salut.

Aquesta multiplicitat d'agents reforça la necessitat d'un enfocament intersectorial per abordar problemes complexos com l'envelliment, la cronicitat, les desigualtats socials, o el canvi climàtic. Alhora, la ciutadania reclama una participació més estructurada i significativa en el disseny i l'avaluació de les polítiques públiques.

En aquest context, es fa evident la necessitat d'un sistema de governança territorial capaç d'alinear actors diversos, facilitar la corresponsabilitat i garantir respostes coherents, integrades i orientades al valor. El Departament de Salut va encarregar a aquest grup de treball la definició d'unes bases de governança territorial de la nova ordenació territorial dels serveis sanitaris -les àrees integrades de salut (AIS)- i un pla de treball per a la seva implementació.

2.2. Reptes, limitacions, punts forts i febles

Actualment el sistema de salut s'enfronta a una sèrie de reptes. L'**envelliment** progressiu de la població ha provocat un augment de les **patologies cròniques**, de la dependència i de les necessitats socials, fet que **incrementa la demanda tant de serveis sanitaris com socials**. Paral·lelament, **la despesa sanitària ha crescut de manera sostinguda i per sobre del creixement econòmic**, posant en risc la viabilitat econòmica del sistema. A més, l'enfocament predominant en l'atenció sanitària ha relegat la **prevenció, la salut pública i l'atenció comunitària**, que són claus per millorar la salut de la població a llarg termini. La **fragmentació** entre nivells assistencials i proveïdors dificulta la coordinació i la continuïtat de l'atenció, mentre que la pèrdua de consensos en la governança genera tensions entre els diferents actors implicats. Finalment, la **manca d'accions intersectorials** sobre els determinants estructurals, socials i comercials de la salut limita la capacitat del sistema per millorar els resultats de salut de la població, reduir desigualtats i reduir les conductes no saludables ([Departament de Salut, 2024](#)).

El Grup de treball de governança del Mapa del sistema de salut ha identificat una sèrie de punts forts i febles de la governança territorial actual. Entre els punts forts destaca la **separació de funcions, la descentralització territorial i la capacitat de planificació a llarg termini**, que afavoreixen una gestió més eficient, adaptada i

professionalitzada. També sobresurt l'**expertesa clínica**, la **col·laboració existent entre proveïdors**, l'**ús compartit de dades**, i l'**experiència en models d'atenció integrada i projectes amb autonomia territorial**. Tanmateix, el sistema encara arrossega febleses significatives com ara el **finançament orientat a activitat**, confusió en alguns àmbits i territoris sobre **rols i responsabilitats en un model de separació de funcions**, la **fragmentació i model hospitalocentrista**, la **diversitat territorial**, la **feblesa institucional**, la **manca de lideratges clínics i institucionals** que assegurin una millor integració assistencial en el territori, la **participació limitada del territori, de la ciutadania i dels professionals**, la **burocràcia excessiva**, l'**escassa coordinació institucional en salut pública i comunitària**, i la **inestabilitat vinculada als cicles electorals**. Aquestes tensions dificulten la implementació d'un model de governança més integrador, equitatiu i sostenible, tot i el consens generalitzat sobre la necessitat de canvi.

Durant l'elaboració del Pacte Nacional de Salut ([Departament de Salut, 2024](#)), es van identificar diferents accions recomanades per enfortir la governança del sistema. D'una banda es recomanaven diferents accions per fer la **governança més estable i no condicionada als cicles polítics, amb capacitat d'adaptació als canvis de necessitats i amb més participació de professionals i ciutadania**. També es recomanava **alinejar la governança territorial amb la global del sistema de salut**. Es proposava **consolidar el contracte entre el CatSalut i els proveïdors com a eina clau, fomentar aliances entre proveïdors a partir d'objectius i pressupostos comuns, i professionalitzar els òrgans de govern de les entitats proveïdores**.

[L'OMS, el 2020](#), va fer una anàlisi de la planificació sanitària a Catalunya durant els darrers 30 anys. Algunes de les seves aportacions estan relacionades amb l'àmbit de la governança. El **Pla de salut** compta amb una bona participació de professionals i institucions, però encara és limitada la implicació ciutadana i comunitària. Les seves prioritats s'han integrat adequadament en els contractes amb les entitats proveïdores i en els incentius professionals, però encara tenen poc impacte en la definició del pressupost general. La implementació presenta incongruències entre expectatives i resultats, especialment en accions intersectorials, a causa de la complexitat i fragmentació de la governança. Tot i que existeixen mecanismes sòlids de suport a la **governança intersectorial** en un nivell alt, cal reforçar l'alineació de recursos humans amb els objectius. El **treball intergovernamental multinivell** és present però dificultat per la complexitat administrativa dels ens locals i la rendició de comptes. Malgrat això, s'ha assolit una bona coherència entre polítiques i nivells de govern en l'àmbit de la **salut pública**, gràcies a la col·laboració entre l'Agència de Salut Pública i l'atenció comunitària, tot i que persisteix el risc de manca de rendició de comptes per la dispersió de responsabilitats.

Recentment s'ha realitzat, a Catalunya, una enquesta al món local per conèixer la seva opinió sobre la governança territorial en salut (Grifell, 2025). Els agents enquestats – responsables municipals i responsables del sistema de salut – opinen de manera generalitzada que actualment **el món local té limitades competències formals en salut però les polítiques de proximitat de les quals són responsables tenen un impacte en la salut i el benestar de la ciutadania, fent que ultrapassin les seves**

responsabilitats competencials i els recursos disponibles per proveir els serveis demandats per la ciutadania. Creuen que hi ha una manca d'espais estructurats de planificació i col·laboració entre el Departament de Salut i els governs locals.

Reconeixen el paper facilitador de les regions sanitàries i les diputacions, però també creuen que la col·laboració tant vertical com horitzontal no sempre és fàcil per les divergències d'interessos. En aquest sentit, per tal de millorar la governança territorial, proposen:

1. **Estructurar una governança territorial compartida:** entre tots els nivells i agents, amb un marc estratègic, una planificació territorial, i la participació ciutadana
2. **Implementar instruments que facilitin la coordinació entre el Departament de Salut i el territori:** objectius, responsabilitats, contraprestacions i indicadors d'avaluació compartits.
3. **Establir una xarxa de serveis territorials** entre proveïdors sanitaris, socials i els municipis, amb capacitat de decisió operativa orientada a resultats i amb rendició de comptes, i amb informació i eines compartides.
4. **Crear un itinerari formatiu** intersectorial per a tots els agents
5. **Aprendre de les experiències nacionals i internacionals**

2.3. Revisió de la literatura i les experiències internacionals

En l'àmbit acadèmic existeixen pocs estudis sobre la governança dels sistemes de salut. Entre ells, l'estudi [d'Exley et al. \(2024\)](#) analitza diversos casos de governança de l'atenció integrada salut i social a Itàlia, Escòcia i Països Baixos. L'enfocament dels **Països Baixos** es basa en **acords voluntaris bottom-up**, mentre que a **Escòcia** s'està duent a terme una **integració per mandat top-down**. Els participants en l'estudi van destacar incongruències entre els objectius que persegueixen els governs nacionals o regionals i les accions que duen a terme per fer-los realitat, fet que genera una repartició de les responsabilitats confusa —i en alguns casos contradictòria— entre l'administració central i els territoris. Es considera essencial disposar de temps i flexibilitat per adaptar les polítiques nacionals als contextos locals, com també comptar amb lideratges locals compromesos. Les polítiques, recursos i sistemes de seguiment nacionals estaven més dirigits a l'abordatge de l'atenció sanitària, especialment l'atenció aguda hospitalària, per sobre l'atenció social, fet que dificulta una col·laboració més efectiva a nivell local.

Si analitzem la governança que s'ha implementat en altres països per a l'atenció integrada, com a part específica dels models generals de governança, trobem **dos tipus de models** (Parés i Trapé, 2025):

- **Governança i prestació unificada a nivell territorial:** trobem com a exemple els **Integrated Care Systems (ICS) del Regne Unit**, que integren proveïdors de l'NHS, administracions locals i altres actors. Els ICS tenen responsabilitat sobre una població concreta, un finançament conjunt, i una orientació cap a la millora de resultats en salut i reducció de les desigualtats. Han creat un índex d'integració amb el qual mesuren la percepció ciutadana sobre el nivell

d'integració assolit. Per altra banda, els **centres integrats de salut i serveis socials del Quebec** gestionen i planifiquen la majoria de serveis de salut i socials de manera unificada en una sola organització d'àmbit territorial.

- **Xarxes de coordinació i col·laboració:** un exemple són les **Versorgungsnetzwerke (xarxes d'atenció) alemanyes**, que fomenten la integració funcional entre hospitals i serveis comunitaris i ambulatoris, dos sistemes fortament separats pel que fa a estructura i finançament. També **Portugal** ha creat circuits de transició de cures, sobretot en l'àmbit de la salut mental. I **Noruega** ha implementat des de 2019 les **Helsefelleskap (comunitats de salut)**, que formalitzen la col·laboració entre municipis –que gestionen els serveis d'atenció primària- i hospitals per millorar el *patient journey* i planificar serveis de manera conjunta ([Saunes et al., 2024](#)). Ho fan mitjançant incentius econòmics per a una cooperació real i planificació conjunta dels serveis. A **Suïssa** existeixen centres com la Unisanté a Lausana que treballen en el disseny de trajectòries transversals en salut. Per altra banda, a la regió de **Campània (Itàlia)** s'han creat xarxes clíniques per al seguiment homogeni de malalties cròniques i oncològiques.

En l'àmbit de la intervenció comunitària també existeixen estructures de governança que faciliten la integració dels diferents serveis i nivells assistencials. Per una banda, el **Regne Unit** compta amb les **Primary Care Networks**, xarxes que agrupen equips de medicina general i serveis comunitaris per a poblacions concretes. Al **Quebec**, els **centres locals de serveis comunitaris** integren serveis sanitaris, socials i de salut pública, i compten amb la implicació del teixit social. A **Nova Zelanda**, les **Localities** promouen la governança conjunta de serveis públics, actors locals i comunitats indígenes.

La governança territorial dels serveis de salut a Catalunya, tant amb els GTS, com les AGA i les AIS, ha seguit un model de xarxa de coordinació i col·laboració entre proveïdors i nivells assistencials, però amb uns mecanismes encara poc estructurats i amb un grau limitat d'integració. Les experiències de les xarxes d'atenció alemanyes, o de les comunitats de salut noruegues poden ser bons exemples per extreure'n aprenentatges de cara a la implementació de les noves AIS.

Per últim, l'informe elaborat per Antares Consulting per al Departament de Salut, que analitza diferents mapes sanitaris a nivell internacional, troba que la creació de xarxes territorials coordinades i els avenços en l'autonomia de gestió de les entitats proveïdores ha fet que **la planificació ja no se centri tant en la distribució de recursos (mapa de recursos), sinó en la consecució de resultats que han d'assolir els proveïdors**.

D'altra banda, l'informe també troba que la **planificació dels professionals** de la salut és un tema cada cop més central en els mapes de salut (en contraposició a l'oferta de serveis, que predominava en mapes més antics), i també hi guanya pes la **planificació horitzontal per problemes de salut** (deixant de banda la planificació vertical per línies assistencials, a excepció de l'atenció primària i comunitària, que sí que segueix estant present en molts mapes sanitaris).

2.4. Espais de treball conjunt i de participació (intersectorials, multinivell, i amb la ciutadania/pacients) existents actualment

Per tal de conèixer els espais estables de treball conjunt i de participació existents actualment, s'ha realitzat una enquesta a les regions sanitàries del CatSalut, que s'ha complementat amb una revisió dels òrgans interdepartamentals i dels òrgans de govern, participació i assessorament de les entitats del sector públic adscrites al CatSalut.

Actualment **existeixen 686 espais** de treball conjunt i de participació dels quals forma part el Departament de Salut o el Servei Català de la Salut –sigui liderant l'espai o participant-hi–.

Pel que fa a la presa de decisions, destaquen:

- el **Consell de direcció del CatSalut**
- els **Consells de direcció de les regions sanitàries del CatSalut**
- la **Comissió de les entitats proveïdores del CatSalut**
- **Diverses comissions o reunions d'entitats proveïdores de les regions sanitàries del CatSalut**

A nivell de participació estables per ciutadania i pacients existeixen:

- **Consell de salut de Catalunya**
- **Consell consultiu de pacients de Catalunya**
- **Consells de salut de les regions sanitàries del CatSalut**

El Departament de Salut participa també en diferents **òrgans interdepartamentals i de col·laboració amb els ens locals**, com ara:

- la Comissió de cooperació Local de Catalunya
- la Comissió de coordinació amb Ens Locals
- o la Comissió interdepartamental per a la Sostenibilitat Econòmica del Sistema Sanitari de Catalunya

En l'**àmbit local**, les regions del CatSalut participen principalment en:

- Consells de salut municipals
- Taules de salut mental municipals

Les regions sanitàries del CatSalut també participen en molts espais de treball estables amb altres actors. **No s'han detectat gaires espais comuns a totes les regions** (només els Consells de salut, els Consells de direcció i les Comissions territorials d'urbanisme), **però hi ha algunes temàtiques que es repeteixen en diferents regions**. Per exemple:

- Transport sanitari no urgent
- Abordatge de les violències masclistes
- Salut mental
- Farmàcia
- Pediatria
- Barnahus (atenció als infants i adolescents víctimes d'abusos sexuals)

Dels 686 espais, **354 (51,6%) són d'adscripció o liderats pel Departament de Salut, el CatSalut o una entitat proveïdora de serveis de salut (en endavant, òrgans de salut)**¹. N'hi ha 159 (23,2%) interdepartamentals², 77 (11,2%) liderats pel món local³, 53 (7,7%) òrgans de governança, participació o assessorament de les entitats proveïdores de serveis sanitaris i 43 (6,3%) pels quals no coneixem l'organisme que el lidera⁴.

Taula 1. Espais estables de treball conjunt i participació, per tipologia d'espai

	n	%
Salut	354	51,60%
Món local	77	11,22%
Interdepartamental	159	23,18%
Entitats proveïdores	53	7,73%
Desconeguda		
adscripció/lideratge	43	6,27%
Total general	686	100,00%

Dels 354 espais de salut, el 94,1% són d'àmbit territorial. Existeix una gran varietat entre les diferents regions. La regió que més òrgans té és la RS Barcelona Metropolitana Sud (155), seguida de la RS Barcelona Ciutat (57), i la RS Barcelona Metropolitana Nord (30). Les regions amb menys òrgans de salut són la RS Terres de l'Ebre (2) i la RS Penedès (3). Quant als espais del món local, les regions al capdavant són la RS Barcelona Metropolitana Sud (20), la RS Barcelona Metropolitana Nord (17) i la RS Barcelona Ciutat (15). Hi ha regions que no tenen cap òrgan del món local: RS Terres de l'Ebre, RS Alt Pirineu i Aran i RS Girona.

¹ Sense incloure els òrgans de governança, assessorament i participació de les entitats proveïdores. Sí que inclou òrgans interdepartamentals adscrits al Departament de Salut.

² Només inclou els òrgans interdepartamentals liderats o d'adscripció a un Departament diferent al de Salut.

³ Òrgans amb participació del món local liderats o regulats per un ajuntament, consell comarcal o associació de veïns.

⁴ Generalment són òrgans no regulats, fet que de vegades no permet establir formalment quin organisme el lidera.

Taula 2. Espais estables de treball conjunt i participació de salut, per regió sanitària

	n
Regió Sanitària Barcelona Metropolitana Sud	155
Regió Sanitària Barcelona Ciutat	57
Regió Sanitària Barcelona Metropolitana Nord	30
Regió Sanitària Lleida	28
Regió Sanitària Camp de Tarragona	24
Àmbit nacional	21
Regió Sanitària Girona	18
Abasta més d'una regió sanitària	
Regió Sanitària Lleida; Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran	8
Regió Sanitària Catalunya Central	7
Regió Sanitària Penedès	3
Regió Sanitària Terres de l'Ebre	2
Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran	1
Total general	354

La majoria dels òrgans de salut i del món local no estan regulats: 85,6% i 74% respectivament. Per a aquesta classificació s'han considerat regulats per normativa aquells òrgans que estan explícitament regulats per una norma (lleí, decret, acord de govern, instrucció o resolució del CatSalut, estatuts d'entitats proveïdores del sector públic, ordre del/la conseller/a, acord del Ple municipal, etc.)⁵.

Més de la meitat (52,6%; 186) dels òrgans de salut tenen el seu abast definit en el nivell d'AGA o de sector sanitari. Per tant, es veuran afectats pel canvi d'AGA a AIS. També ho estan 5 òrgans del món local.

Taula 3. Espais estables de treball conjunt i participació de Salut, per unitat territorial que en defineix l'abast

	n	%
AGA o Sector sanitari	186	52,54%
Regió sanitària	124	35,03%
Abast nacional	21	5,93%
Municipi	14	3,95%
Comarca	2	0,56%
Vegueria	2	0,56%
Província	2	0,56%
ABS	1	0,28%
Territori referència entitat proveïdora	1	0,28%
Altres	1	0,28%
Total general	354	100,00%

En el 88,1% dels òrgans de salut participen entitats proveïdores, només en el 14,1% hi participen ajuntaments o altres administracions del món local; en un 5,4% i un 5,9% hi

⁵ No inclou aquells òrgans regulats per Plans o estratègies.

participen representants de la ciutadania i de pacients respectivament, i en un 6,2% hi participen altres departaments de la Generalitat. Aquests percentatges varien molt entre territoris.

Pel que fa als òrgans del món local, en un 67,5% hi participen entitats proveïdores, en un 64,9% hi participen representants de la ciutadania, en un 53,2% hi participen representants de pacients, i en un 9,1% hi participen altres departaments de la Generalitat. Aquests percentatges varien molt entre territoris.

Taula 4. Espais estables de treball conjunt i participació de salut i del món local, segons la participació de diferents tipus d'actors

	Salut		Món local	
	n	%	n	%
Entitats proveïdores	312	88,14%	52	67,53%
Ajuntaments o altres administracions d'àmbit local	50	14,12%	74 ⁶	96,10%
Ciutadania	19	5,37%	50	64,94%
Pacients o associacions de pacients	21	5,93%	41	53,25%
Altres Departaments de la Generalitat	22	6,21%	7	9,09%
Total	354		77	

Els resultats confirmen un ecosistema ric i dinàmic d'espais de governança i participació al sistema de salut. Tanmateix, aquesta diversitat es produeix en un context de fragmentació i desequilibri entre les diferents àrees geogràfiques. Aquesta situació evidencia la necessitat d'establir marcs d'actuació estandarditzats i mecanismes d'oficialització que garanteixin tant l'harmonia institucional com l'equitat en el territori. Així mateix, cal tenir en compte que la gran quantitat d'òrgans que abasten territoris corresponents a AGA o a sectors sanitaris hauran d'adaptar-se a la nova ordenació territorial.

El fet que la majoria dels òrgans dependents de Salut i del món local no disposin d'una regulació formal evidencia una governació parcialment no formalitzada. Això pot suposar reptes en termes de retiment de comptes, si bé en certes situacions podria dotar-los d'una major rapidesa en les seves tasques.

Finalment, l'elevada representació de les entitats proveïdores de serveis sanitaris, en comparació amb la més modesta implicació de les administracions locals, dels pacients i de la ciutadania en els òrgans de Salut, posa de manifest la importància d'ampliar els canals de participació per integrar plenament altres actors clau de l'ecosistema.

⁶ La RS Barcelona Ciutat participa en 3 reunions d'associacions de veïns, que es consideren espais del món local, però en què no consta participació de l'Ajuntament.

3. Visió compartida

El grup de treball ha consensuat una visió compartida sobre la governança territorial que guia el model i pla de treball proposats en aquest document:

“Volem una governança de les àrees integrades de salut que defineixi, de manera compartida, els objectius, les accions, els sistemes de finançament, l’activació de recursos disponibles i els mecanismes d’avaluació, a través d’espais de diàleg, col·laboració i corresponsabilitat.

Aquesta governança ha de permetre donar una resposta integrada a les necessitats i a les desigualtats en salut de la població, mitjançant una xarxa territorial de serveis sanitaris i d’actius socials i comunitaris resilients i sostenibles, i incorporant la perspectiva ciutadana, l’evidència i el lideratge professional.”

4. Model de governança territorial

4.1. Estructura de governança territorial

Es proposa un model de governança territorial de les AIS articulats en tres espais complementaris —estratègic, operatiu i participatiu— que assegurin coherència, corresponsabilitat i transparència.

4.1.1. Pacte de l'AIS

El Pacte constitueix l'òrgan de direcció estratègica i territorial de les polítiques de salut i benestar de l'AIS. És el responsable de **definir els objectius de les AIS**, d'acord amb els criteris de planificació dels departaments competents de la Generalitat de Catalunya i del món local. Funciona com un ecosistema no jeràrquic basat en la corresponsabilitat i en les competències de cada part.

El Pacte de l'AIS estarà integrat per **representants de la Generalitat de Catalunya** —del Departament de Salut on s'integra el CatSalut, i com a mínim els de Drets Socials i Educació, amb la possibilitat d'incorporar-ne d'altres segons les necessitats del territori—, **per representants de les entitats municipals** i, quan s'escaigui, altres organitzacions rellevants del territori. Cada actor actuarà en el marc de les seves competències. Es podran establir diferents models de representativitat del món local segons la realitat territorial. A tall d'exemple: representants dels consells comarcals de l'AIS per als municipis amb menys de 20.000 habitants (d'acord amb el marc legislatiu vigent), i representants designats per acord dels municipis amb més de 20.000 habitants.

El Pacte designarà una **Presidència**, en una persona de reconegut prestigi en el territori, consensuada entre les parts i amb un mandat de cinc anys.

El Pacte encomanarà a la Comissió Operativa l'elaboració d'un **Pla de l'AIS** a curt i mitjà termini i, un cop finalitzat, el valida i l'aprova. El Pla de l'AIS haurà de definir les accions operatives necessàries per assolir els objectius estratègics, donar resposta al Pla de salut i al Mapa del sistema de salut, determinar els nivells de resolució territorial i garantir l'alineació amb els instruments de planificació nacional i local.

El Pacte fixarà la direcció estratègica de l'AIS, incloent-hi el **mapatge d'actius**, i impulsarà la **simplificació de les plataformes de coordinació assistencial i participació** que afecten les AIS, tenint en compte el desplegament futur de l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària. La consolidació d'aquesta simplificació pot requerir una Norma o Llei tipus "òmnibus".

El Pacte s'aprovarà mitjançant la **normativa que correspongui i que en faciliti la seva adaptació en el temps** —per exemple, una ordre dels/les Consellers/es o un acord de Govern.

4.1.2. Comissió operativa de l'AIS

La Comissió operativa és l'**àmbit operatiu** de la governança i és responsable de **coordinar els serveis sanitaris, socials i de salut pública del món local, així com els actius comunitaris vinculats al territori**. La Comissió de l'AIS estarà **integrada per proveïdors sanitaris, representants del món local i agents comunitaris**.

La Comissió és l'encarregada d'**elaborar i implementar el Pla de l'AIS** a curt i mitjà termini, alineat amb el Pla de salut, el Mapa del sistema de salut de Catalunya i els plans locals de salut dels municipis de l'AIS. Aquest Pla haurà de ser aprovat pel Pacte.

La Comissió serà liderada per la **Direcció de l'AIS**, una figura de perfil tècnic-assistencial escollida per consens entre les parts d'acord amb la seva trajectòria, expertesa professional i capacitat d'orientació a resultats, negociació i facilitació de la cohesió i alineació entre proveïdors, professionals i CatSalut.

La Comissió Operativa de l'AIS comptarà amb un **Oficina tècnica** configurada com un equip mixt entre el CatSalut i els serveis municipals, que actuarà de manera coordinada amb la comissió operativa pel desplegament del Pla de l'AIS. L'Oficina tècnica serà l'encarregada de concretar els objectius, els resultats esperats, especificarà els incentius i donarà suport al seu desplegament. Al mateix temps, el CatSalut exercirà les seves competències en compra i sistemes de finançament per a la implementació del Pla: arbitrarà els mecanismes de contractació i pagament, i coordinarà, conjuntament amb els representants del món local, l'activació del recursos municipals, comunitaris o de la Generalitat necessaris.

4.1.3. Taula de participació i transparència

La Taula de participació i transparència constitueix **l'espai formal de participació territorial** de cada AIS, integrant representants de la **ciutadania, dels professionals i dels agents comunitaris amb vinculació al territori**. És l'òrgan destinat a garantir el retiment de comptes, la participació estructurada i la incorporació de les diferents perspectives en la governança de l'AIS.

Caldrà diferenciar clarament els espais d'escolta activa dels professionals dins les organitzacions, de la seva participació en aquesta Taula com a experts vinculats al professionalisme i al territori.

El Pacte de l'AIS activarà i simplificarà les plataformes i organismes de participació existents mitjançant harmonització normativa, i establirà mecanismes de retiment de comptes directes.

La Taula serà també un espai estable de seguiment i avaluació del desenvolupament del Pla de l'AIS. Les decisions de l'estructura de governança hauran de tenir en compte les aportacions d'aquest espai, i s'haurà d'establir un mecanisme clar i estructurat de resposta.

Així mateix, la participació en el disseny de les iniciatives proposades en el marc de les AIS es vehicularà a través de processos participats que garanteixin la incorporació de tots els punts de vista i perspectives rellevants.

4.1.4. Notes sobre pilotatge i heterogeneïtat territorial

Es proposa establir proves de concepte de l'estructura de governança de les AIS en diversos territoris demostratius, amb l'objectiu d'avaluar-ne els resultats i definir els criteris de funcionament. Aquest procés haurà de tenir en compte la convivència i les transicions necessàries amb les estructures i normatives existents, així com la seva harmonització amb el desplegament de l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària, per tal de determinar les modificacions que calgui introduir.

La composició de l'estructura de governança de les AIS haurà de reflectir la singularitat de cada territori i, al mateix temps, garantir uns criteris mínims d'homogeneïtat que permetin una adaptació flexible a la realitat i a les necessitats específiques de cada territori.

En aquells territoris on ja existeixin dinàmiques de governança consolidades d'atenció integrada social i sanitària (AISS), la governança de les AIS haurà de garantir-ne l'alineació, complementarietat i no duplicació. El model proposat s'haurà d'articular de manera coherent amb el desplegament futur de l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària (AGAISS), assegurant una arquitectura institucional integrada que permeti una única lectura territorial de la governança

4.2. Principals àmbits d'actuació de la governança de les AIS

La principal funció de la governança de les AIS és dotar-se d'eines i mecanismes per donar una resposta integrada a les necessitats i les desigualtats en salut de la població. Això inclou emprendre accions de manera prioritària en els següents àmbits: 1) dotar-se d'eines que permetin millorar els resultats de salut de la població, 2) facilitar els mecanismes per garantir les capacitats, reduir les desigualtats i assegurar la cohesió de la població 3) impulsar la creació de mecanismes de coordinació i resposta integrada territorial i 4) impulsar mecanismes per incentivar l'atracció i retenció de professionals al territori. Els diferents àmbits d'actuació prioritzats s'articularan a través de l'adaptació del model d'atenció integrada basada en valor a les necessitats i realitats del territori.

4.2.1. Dotar-se d'eines per millorar els resultats de salut de la població

L'objectiu general de les AIS serà millorar la salut de la població —d'acord amb les fites establertes en el Pla de salut i els plans locals de salut— com també l'autonomia funcional i l'experiència ciutadana, garantint la qualitat, la seguretat i la sostenibilitat del sistema en un horitzó temporal de cinc anys.

4.2.2. Facilitar els mecanismes adequats per garantir les capacitats, reduir les desigualtats i assegurar la cohesió mitjançant polítiques intersectorials integrades

La governança de l'AIS promourà intervencions territorials dirigides a garantir la igualtat d'oportunitats de la població en matèria de salut i abordar els determinants socials de la salut. La governança territorial vetllarà per adaptar les polítiques proposades pel Pla de salut i el Mapa del sistema de salut a la realitat del territori, eliminant barreres d'accés, reforçant la participació activa, informada i autònoma de les persones en les decisions sobre la seva salut, i garantint les condicions necessàries per a una presa de decisions autònoma.

La governança incorporarà les estratègies i accions per reduir les desigualtats en el Pla de l'AIS, que promourà especialment la implementació de polítiques en aquells àmbits on l'AIS presenti resultats en salut significativament pitjors que altres territoris, adaptant-les al seu context i abordant-ne les causes per reduir les desigualtats i reforçar la capacitat de la població per millorar la seva salut.

4.2.3. Impulsar la creació de mecanismes de coordinació i resposta integrada territorial

La governança de l'AIS definirà i implementarà mecanismes de coordinació i resposta integrada entre serveis i actors de diferents territoris, d'acord amb les prioritats del Departament de Salut, amb l'objectiu de garantir una resposta integral i integrada a les necessitats de la població.

Aquests mecanismes podran adoptar diferents formes d'articulació, com ara xarxes de serveis, acords de col·laboració, dispositius compartits, circuits supraterritorials o altres fórmules organitzatives, en funció de les necessitats identificades i del context territorial.

La governança de l'AIS incorporarà una anàlisi prèvia per identificar les necessitats, els àmbits prioritaris i les col·laboracions d'interès, especialment en aquells casos en què la resposta no pugui ser resolta dins la mateixa AIS. Les coordinacions supraterritorials tindran com a finalitat garantir l'equitat, la qualitat i la sostenibilitat de l'atenció.

Els mecanismes de coordinació i resposta integrada acordats quedaran explicitats en el Pla de l'AIS.

4.2.4. Impulsar els mecanismes per incentivar l'atracció i retenció de professionals al territori

Es definirà i desplegarà una estratègia territorial de talent orientada a incrementar la satisfacció i el benestar dels professionals, atraure nous perfils i retenir els existents en tots els àmbits necessaris per garantir la sostenibilitat assistencial. Aquesta estratègia quedarà recollida en el Pla de l'AIS.

L'estratègia abordarà de manera integral els factors d'atracció i de retenció —com la visibilitat del territori, les aliances acadèmiques, els itineraris d'incorporació, les mesures d'acollida, el desenvolupament professional, les condicions de treball, la qualitat de vida, l'estabilitat i el sentiment de pertinença—.

La seva definició i implementació estaran alineades amb el Pla de salut, el Mapa del sistema de salut i la resta d'instruments de planificació nacional i local, garantint coherència i complementarietat.

L'objectiu és que, en un horitzó de cinc anys, augmenti la satisfacció professional, s'incrementi la incorporació de nous professionals al territori i es redueixi la sortida respecte als valors actuals.

4.3. De l'estratègia a l'operativització: el Pla de l'AIS

L'AIS planificarà i operativitzarà els àmbits d'actuació mitjançant un Pla de l'AIS a curt i mitjà termini, elaborat per la Comissió i aprovat pel Pacte de l'AIS. Aquest Pla haurà d'especificar la coordinació entre nivells assistencials i àmbits d'atenció, la corresponsabilitat, els recursos i actius aportats per cadascun dels membres de l'estructura de governança, això com el model d'avaluació de resultats.

En aquest marc, el desenvolupament del Pla de l'AIS haurà de facilitar l'adaptació territorial de les transformacions i prioritats marcades pel mapa del sistema de salut i

per les polítiques nacionals, incloses aquelles orientades a reduir barreres d'accés, reforçar les capacitats de la població i promoure l'autonomia de les persones, en coherència amb els objectius específics definits en aquest document. Aquest desplegament haurà d'establir una vinculació explícita entre prioritats territorials, actius disponibles, incentius existents i resultats esperats, amb criteris d'avaluació contínua i de retiment de comptes orientats a la millora de la salut de la població.

El Pla de l'AIS serà intersectorial i incorporarà l'impacte pressupostari corresponent a cada actor de la governança.

5. Pla de treball

El Pla de treball estableix la seqüència d'accions necessàries per al desplegament de la governança territorial de les AIS, garantint una implementació homogènia en els criteris essencials però flexible per adaptar-se a la singularitat de cada territori. El Pla s'articula en tres fases consecutives, complementades per un conjunt d'accions de suport nacional.

La durada de les tres fases fa referència al temps previst per dur a terme l'acció en totes les AIS. Cada AIS pot adaptar la calendarització de les accions a la seva realitat i necessitats, sempre que no superin el temps màxim previst.

Les fites i els indicadors estan dividits entre aquells relatius a cadascuna de les AIS, i aquells que es fixa el Departament de Salut en el Mapa per al conjunt de les AIS.

S'explicita quins són els agents implicats en cada acció. Quan es parla de Pacte i de Comissió, s'inclou els actors que en formen part.

5.1. Fase 1: Constitució de l'estructura de governança

Durada: 10 mesos

Accions	Durada	Fites	Indicadors	Implicats
1. Constitució del Pacte - Consensuar una visió compartida entre els diferents actors. - Elaboració del document (incloent visió i criteris de funcionament) del Pacte - Adhesió dels diferents actors i signatura del Pacte - Aprovació per acord de Govern o ordre de conselleria - Nomenament de la Presidència	<10 mesos	<u>AIS:</u> - Visió consensuada - Pacte signat per totes les parts - Pacte aprovat formalment (AdG/OdC) - Presidència nomenada	<u>AIS:</u> % d'organismes adherits al Pacte - Satisfacció dels organismes amb el procés <u>Mapa:</u> % d'AIS amb Pacte constituït i aprovat % d'organismes adherits als Pactes % Presidències nomenades	- Departament de Salut - Altres departaments de la Generalitat - Administracions locals

Mapa del sistema de salut de Catalunya. Grup de treball de governança

2. Constitució de la Comissió operativa territorial a. Formalització de la Comissió operativa territorial b. Nomenament de la Direcció de l' AIS c. Constitució de l'Oficina Tècnica d. Definició d'eines de gestió, criteris de funcionament i mecanismes de presa de decisions e. Definició d'alineació contractual i ús d'eines de monitoratge	<10 mesos	<u>AIS:</u> • Comissió constituïda • Direcció de l' AIS nomenada • Oficina tècnica en funcionament • Criteris de funcionament aprovats	<u>Mapa:</u> • % d' AIS amb Comissions constituïdes • % de Direccions de l' AIS nomenades • % d' Oficines tècniques en funcionament	• Pacte • Proveïdors sanitaris, representants del món local i agents comunitaris • CatSalut
3. Constitució de la Taula de participació i transparència a. Formalització de la Taula b. Sistema de resposta i integració de les aportacions c. Mecanismes d'accessibilitat a la informació i a la participació	<10 mesos	<u>AIS:</u> • Taula constituïda • Criteris de funcionament aprovats	<u>AIS:</u> • N sessions realitzades • % propostes incorporades • % materials accessibles • Grau de participació de col·lectius prioritaris (a definir) <u>Mapa:</u> • % d' AIS amb Taula constituïda	• Pacte • Representants de la ciutadania, dels professionals i dels agents comunitaris amb vinculació al territori • Oficina tècnica

Mapa del sistema de salut de Catalunya. Grup de treball de governança

4. Elaboració i aprovació de la Llei o norma de simplificació i harmonització d'estructures de coordinació i participació territorial a. Inventari d'òrgans existents b. Establiment de criteris de simplificació i harmonització c. Elaboració del Pla de simplificació (calendari de cessament o absorció) d. Processos de comunicació institucional	<10 mesos	<u>Mapa:</u> • Llei o norma aprovada	<u>Mapa:</u> • % òrgans simplificats • N òrgans finals	• Govern de la Generalitat o Departament de Salut (segons correspongui) • Pactes de les AIS
--	-----------	---	--	--

5.2. Fase 2: Definició d'estratègies i implementació de processos

Durada: 10-24 mesos

Accions	Durada	Fites	Indicadors	Implicats
5. Elaboració del Pla de l'AIS a. Inclou, no de manera exclusiva, els àmbits de reducció de desigualtats, coordinació interterritorial i atracció i retenció de professionals b. Elaboració del mapa d'actius c. Model d'avaluació de resultats d. Avaluació inicial de resultats com a línia basal de comparació. e. Pot incloure objectius i resultats clau, portafolis de projecte i matrius de responsabilitat.	11-24 mesos	<u>AIS:</u> • Pla elaborat per la Comissió • Pla aprovat pel Pacte • Mapa de desigualtats establert • Mapa de necessitats, àrees prioritàries i col·laboracions amb altres territoris que poden ser d'interès per la pròpia AIS • Mapa de perfils crítics elaborat • Mapa d'actius elaborat	<u>Mapa:</u> • % d'AIS amb Pla territorial aprovat	• Comissió • Pacte • Departament de Salut (suport per a la identificació de necessitats) • Altres departaments de la Generalitat que no formen part del Pacte si s'escau
6. Implementació d'un quadre de comandament territorial de resultats en salut, autonomia funcional i experiència ciutadana. a. El quadre de comandament permetrà el seguiment dels indicadors del Pla de l'AIS. b. Es concep com un instrument de seguiment, aprenentatge i millora contínua, combinant indicadors quantitatius i qualitatius, i no únicament com una eina de control.	11-24 mesos	<u>AIS:</u> • Indicadors definits/seleccionats • Quadre de comandament implementat	<u>Mapa:</u> • % de quadres de comandament territorials implementats	• Comissió • Pacte • <u>AQuAS</u>

Mapa del sistema de salut de Catalunya. Grup de treball de governança

7. Implementar sistemes d'informació interoperables en el territori d'acord amb el Pla estratègic de salut digital de Catalunya a. Defineix l'arquitectura, els rols d'accés i els requisits de privacitat i seguretat. b. Pot incloure inventaris de fonts, catàlegs d'API, models de governança de dades i mecanismes d'integració	11-24 mesos	<u>Mapa:</u> • SSII interoperables definits i implementats		• Departament de Salut • Altres departaments de la Generalitat • CatSalut • Fundació TIC Salut i Social • Pactes i Comissions de les AIS
8. Operativització de circuits, acords i eines de coordinació interterritorial a. Pot incloure eines de redisseny de processos, quadres de comandament i alineació contractual.		<u>AIS:</u> • Plans operatius creats	<u>AIS:</u> • % de col·laboracions prèviament prioritzades que s'han establert	• Comissió

5.3. Fase 3: Desplegament del Pla de l'AIS

Durada: 3-5 anys

Accions	Durada	Fites	Indicadors	Implicats
9. Desplegament del Pla de l'AIS	3-5 anys		<u>AIS:</u> • % d'assoliment dels objectius del Pla de l'AIS • Grau d'acompliment de les accions o intervencions definides en el Pla de l'AIS • % col·laboracions interterritorials establertes (en relació amb les identificades) • Temps mitjà de cobertura de vacants • Satisfacció professional • % professionals que romanen al territori >3 anys <u>Mapa:</u> • Evolució de les desigualtats territorials • Temps mitjà de cobertura de vacants • Satisfacció professional	• Pacte • Comissió • Altres departaments de la Generalitat que no formen part del Pacte si s'escau
10. Establir el cicle de millora contínua territorial	3-5 anys		<u>Mapa:</u> • N de casos escalats	• Pacte • Comissió

6. Referències

- Costa-Vilar, N., Figueras-Nadal, À., Lejardi, Y., Robert-Isart, R., Cruañas, B., & Serra i Fabregà, R. (2023). Pacte Nacional de Salut: Document d'anàlisi. Scientia. <https://doi.org/10.62727/DSalut/11497>
- Costa-Vilar, N., Cruañas, B., Figueres-Nadal, À., Lejardi, Y., Robert-Isart, R., Serra, R. (2024). Pacte Nacional de Salut: document de bases. Departament de Salut. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/11496>
- Departament de Salut. (2008). Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública Volum I.
- Exley, J., Glover, R., McCarey, M., Reed, S., Ahmed, A., Vrijhoef, H., Manacorda, T., Vaccaro, C., Longo, F., Stewart, E., Mays, N., & Nolte, E. (2024). Governing Integrated Health and Social Care: An Analysis of Experiences in Three European Countries. *International Journal of Integrated Care*, 24(1). <https://doi.org/10.5334/ijic.7610>
- Grifell, E. (2025). Governança Territorial de Salut: Opinió dels agents implicats. No publicat
- Organització Mundial de la Salut. (2020). Retrospectiva de trenta anys de la planificació sanitària a Catalunya: El motor de transformació del sistema de salut. Scientia. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4650>
- Parés, N., Trapé, J. (2025). Planificació sanitària a escala internacional. Prioritats, tendències i innovacions. Departament de Salut. No publicat.
- Saunes IS, Durvy B, Litvinova Y Norway: Health System Summary, 2024 Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible a <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/norway-health-system-summary-2024>