

# El sector salut a Catalunya

## Resum executiu. Consideracions i recomanacions



Col·lecció Estudis i Informes. Número 68

# EL SECTOR SALUT A CATALUNYA

## INFORME

aprovat pel Ple del Consell de Treball, Econòmic i Social en la sessió extraordinària del dia 11 de març de 2024.



Consell de Treball,  
Econòmic i Social  
de Catalunya

**Ponent**

Salvador Guillermo Viñeta

**Director**

Joan Antoni Santana García

**Gestors**

Lluís Ferrer Trullols  
Diego Herrera Aragón

**Autors**

Lluís Ferrer Trullols  
Diego Herrera Aragón

**Membres del grup de treball**

Carlos Domínguez Rodríguez, Comissió Obrera Nacional de Catalunya (CCOO)  
Álex Duque Triviño, Comissió Obrera Nacional de Catalunya (CCOO)  
Albert Ferrer Escrig, Comissió Obrera Nacional de Catalunya (CCOO)  
Núria Solé Domingo, Unió General de Treballadores i Treballadors de Catalunya (UGT)  
Roser Fernández Alegre, Foment del Treball Nacional  
Salvador Guillermo Viñeta, Foment del Treball Nacional  
Lluís Viguera Espejo, Petita i Mitjana Empresa de Catalunya (PIMEC)  
Anna Zarzosa Güell, Petita i Mitjana Empresa de Catalunya (PIMEC)  
Daniel Ramia Sanz, Confederació de Cooperatives de Catalunya (CCC)  
Marta Poll i Borràs, Taula d'entitats del Tercer Sector Social

**Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya**

Barcelona, 2024



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència Creative Commons del tipus reconeixement d'autoria, usos no comercials i sense obra derivada. Se'n permet la reproducció, distribució i comunicació pública sempre que se'n citi l'autor o autors i l'editor i no es faci un ús comercial de l'obra original ni se'n creïn obres derivades. Podeu consultar un resum dels termes de la llicència a: [Llicència Creative Commons](#)

© Generalitat de Catalunya

Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya  
Diputació, 284  
08009 Barcelona  
Tel. 93 270 17 80  
Adreça Internet: [ctesc.gencat.cat](http://ctesc.gencat.cat)  
A/e: [ctesc@gencat.cat](mailto:ctesc@gencat.cat)

Imatges: Imatge de Freepik. Aquesta portada s'ha dissenyat utilitzant imatges de Freepik.

Barcelona, març de 2024

Aquest document compleix les pautes d'accessibilitat WCAG (Web Content Accessibility Guidelines) 2.1.

# 1. Resum executiu

## 1.1. Introducció

El Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya (CTESC) acorda realitzar, a iniciativa pròpia, un informe sobre el sector salut. L'objectiu últim d'aquest informe és elaborar un conjunt de consideracions i recomanacions al Govern en compliment de la finalitat del CTESC, reconeguda a l'article 72.2 de l'Estat d'Autonomia de Catalunya.

L'informe es divideix en dues grans parts:

- Una part primera, dedicada a l'**anàlisi quantitativa del sector salut**, el qual inclou tant l'atenció sanitària com totes aquelles activitats econòmiques associades directament o indirecta amb la salut. Aquesta part es centra en l'anàlisi de diverses fonts estadístiques que permeten descriure el sector salut des del punt de vista econòmic.

L'objectiu d'aquesta part de l'informe és **explicitar i objectivar l'impacte estratègic del sector salut a l'economia i la cohesió social** a Catalunya, per fer palesa la seva rellevància central com a clau d'un model d'economia productiva.

- Una part segona, dedicada a l'**anàlisi qualitativa del sistema de salut**. Aquesta part gira a l'entorn de l'anàlisi de disset compareixences sobre àmbits específics del *sistema de salut*: economia i salut; atenció centrada en la persona (ACP); salut pública i comunitària; atenció primària i comunitària; professionals de la salut; i transferència tecnològica i digitalització.

L'objectiu d'aquesta part de l'informe és **identificar actuacions potencialment cost-efectives** orientades a millorar la sostenibilitat del *sistema de salut* i a reforçar la resiliència del *sector salut* en el seu conjunt.

## 1.2. El sector salut

El sector salut és un **sector estratègic** tant des del punt de vista econòmic com social. D'una banda, genera activitat econòmica, recerca, innovació, llocs de treball i efectes d'arrossegament significatius. D'altra banda, el sistema de salut públic i universal és garant de la cohesió social perquè permet reduir desigualtats socioeconòmiques a través de l'atenció directa i de la generació d'entorns més saludables.

El CTESC ha definit un **perímetre del sector salut** que està configurat per les activitats que permeten, directament o indirectament, la prestació serveis sanitaris: serveis sanitaris, farmàcia, comerç a l'engròs de productes farmacèutics, serveis socials, R+D de salut, comerç al detall de productes farmacèutics, instruments mèdics, assegurances lligades a la salut, serveis centrals de l'Administració públic de salut, i equips mèdics.

El sector salut ocupa la **tercera posició de l'economia catalana** en termes de valor afegit, i el seu pes en percentatge del PIB ha passat del 7,1% al 9,0% (20.334 milions d'euros) entre els anys 2002 i 2020. També ocupa la tercera posició en termes d'ocupació, i la seva participació en el total de l'ocupació ha passat del 7,1% al 10,9% (369.000 persones) en el mateix període.

El Marc Input-Output de Catalunya 2016 (MIOC 2016) revela que **les activitats sanitàries son intensives en valor afegit**. Així, el VAB representa el 62% de la producció, sent la remuneració dels assalariats el seu principal component (44% de la producció).

Des del punt de vista dels **consums intermedis** de les activitats sanitàries (que representen el 38% de la seva producció), destaca de forma positiva una **elevada participació (68,5%) dels productes i serveis d'origen local (Catalunya)**. Els consums intermedis procedents de la resta del món tenen una participació del 24,1% en el total que recau en productes farmacèutics i subministraments mèdics.

A partir de la MIOC 2016, s'estima que les activitats sanitàries tenen **importants efectes multiplicadors de valor afegit (0,80) i ocupació (15,01)**, que estan per sobre del conjunt de l'economia catalana (0,70 i 14,35, respectivament). Per aquest motiu, **el sector salut es considera un sector clau de l'economia catalana**. Tot i això, s'observa una lleugera tendència a la baixa si es comparen aquests resultats amb els de les taules input-output realitzades des del 2001 (2001, 2005, 2011, i 2014).

L'anàlisi dels **serveis socials**, a través de les dades del Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials (RESES), constata una **presència majoritària de serveis d'iniciativa social (54,6%)**, seguida dels serveis d'iniciativa pública (24,9%) i d'iniciativa mercantil (20,5%).

El serveis més nombrosos i amb més capacitat són els **serveis per a persones grans**, que sumen 2.910 unitats (el 34,8% de tots els serveis enregistrats al RESES), i tenen una capacitat de 150.052 places (el 72,2% de totes les places enregistrades al RESES). La categoria de servei més nombrosa és la de residència assistida per a gent gran – temporal o permanent.

**La despesa en Salut augmenta en el finançament de la R+D+I de la Generalitat fins a situar-se en el 30,9% l'any 2021 (315,1 milions d'euros)**. D'altra banda, en els darrers pressupostos del conjunt del sector públic de la Generalitat, **el programa 573 d'R+D biomèdica i en ciències de la salut representa a l'entorn del 50%** (421,8 milions d'euros l'any 2023) del total del programa 57 d'R+D+I. Malgrat això, el CTESC demana **que es mantingui l'esforç d'inversió en R+D sanitària**.

**La BioRegio es configura com un sector important en termes econòmics**, amb capacitat de creixement, que atreu talent i inversió, i que manifesta especialització en àmbits com l'oncologia o la neurologia. L'acció política hauria de preservar aquest ecosistema com un nou model d'economia productiva per fer front als reptes futurs que necessiti el sistema de salut.

Les dades mostren que **la despesa pública és majoritària** en el total de la despesa sanitària però **la despesa privada sanitària ha guanyat presència** passant del 25,3% l'any 2009 al 29,0% l'any 2021.

La despesa sanitària pública sobre el PIB a Catalunya (6,7% l'any 2021) és inferior a la d'Espanya (7,7%) i de la UE (7,5%). El CTESC estima que **si Catalunya tingués una intensitat de despesa sanitària pública sobre el PIB com Espanya, aquesta despesa s'incrementaria en més de 2 mil milions d'euros l'any 2021**.

La classificació econòmica-pressupostària de la **despesa sanitària de la Generalitat** (14.016,6 milions d'euros l'any 2021) indica que les partides amb més recursos són la remuneració de personal (37,1%), seguida dels concerts (24,1%) i del consum intermedi (23,1%).

**El pes dels concerts en el total de la despesa sanitària de la Generalitat revela un model propi a Catalunya.** La resta de Comunitats Autònomes tenen una participació molt inferior. Madrid, que és la segona comunitat autònoma amb un pes més elevat, té un percentatge de l'11,7%.

La **despesa privada en salut creix amb molta intensitat** en el període analitzat i passa de 3.670 milions d'euros l'any 2006 a 6.055 milions d'euros l'any 2022. La despesa en **assegurances lligades a la salut** es duplica entre els anys 2010 i 2022. Però el component més dinàmic de la despesa privada en salut ha estat la **protecció social**, que s'ha més que duplicat entre els anys 2010 i 2019 (darrer any en què es disposa de dades).

Es constata un augment significatiu de les persones assegurades i de les primes en entitats d'assegurança lliure en el període 2013-2021. Així, el percentatge de persones que tenen **dobla cobertura sanitària** ha augmentat sense interrupció del 24,1% al 31,4% en aquest període. Catalunya és la segona comunitat autònoma amb el percentatge més alt de doble cobertura sanitària. Per davant de Catalunya se situa Madrid (37,7%).

L'impacte econòmic derivat de la COVID-19 va fer palesa la **importància de la salut en el sistema productiu**. Es posa en valor la resposta col·lectiva davant la pandèmia i, en general, les mesures COVID-19 que els diferents governs van aplicar, com per exemple els ER-TES.

### 1.3. El sistema de salut

Els indicadors d'activitat del sistema salut evidencien l'evolució a l'**alça de les llistes d'espera** de la xarxa sanitària en els darrers anys.

La diferència entre la despesa executada i el pressupost inicial del Servei Català de la Salut manifesta un problema d'**infrafinançament del pressupost**.

Els indicadors d'activitat assistencial de l'atenció primària del SISCAT mostren un augment d'activitat. Tot i això, cal avançar cap a la **potenciació de l'atenció primària** i també de les xarxes sociosanitària i de salut mental.

Es constata una baixa representació de les **Entitats de Base Associativa** tot i que tenen uns indicadors d'activitat amb bons resultats.

Les projeccions indiquen que la població de 80 anys i més sobre el total de la població catalana seguirà creixent fins l'any 2060, en què passarà del 5,6% l'any 2021 (451 mil persones) al 12,8% l'any 2060 (1.112.600 persones). Aquestes estadístiques posen de manifest un **envelliment de la població**.

En base a les compareixences, l'informe detecta les següents **amenaces estructurals** del sistema de salut:

- Les **dificultats per introduir canvis** que permetin millorar l'atenció a les necessitats de les persones. Aquestes dificultats tenen a veure amb l'existència de rigideses polítiques i administratives, la manca de consens polític, un corporativisme mal entès, les barreres per adoptar la innovació i els problemes per avançar en la integració de les atencions social i sanitària.
- Les **dificultats per garantir el relleu generacional** del personal sanitari i per atreure i fidelitzar el talent. Les dificultats tenen a veure amb els problemes d'accés a la formació, amb l'elecció de superespecialitats per part dels i les estudiants, amb la manca de reconeixement de la infermeria familiar i comunitària, i amb un canvi cultural a l'hora de valorar la conciliació.
- L'**augment de la cronicitat** en un context demogràfic caracteritzat per l'envelliment poblacional. S'interpreta no tant com una amenaça sinó com un **revulsiu o oportunitat** per desplegar l'ACP, l'atenció geriàtrica especialitzada i millorar els resultats. A l'informe es té en compte la hipòtesi de l'envelliment saludable i el fet que el component residual (preus, tecnologia i polítiques) explica en més gran mesura que el component demogràfic l'increment de la despesa sanitària.
- La **insuficiència de recursos** econòmics i humans per mantenir la qualitat del model d'atenció. Un dels factors explicatius és el model de finançament autonòmic, orientat envers el pes poblacional i que no té suficientment en compte el PIB, la capacitat fiscal o la taxa d'envelliment de Catalunya.
- Els **dèficits que pateix el sistema d'atenció social**. En aquest sentit, l'infrafinançament actua com a barrera per atreure i fidelitzar el talent, dificulta donar una resposta adequada a les necessitats i medicalitza l'atenció de manera innecessària.
- La **desafecció d'una part de la població** envers el sistema públic de salut degut a les dificultats d'accés a determinats serveis.
- El **procés de digitalització i tecnificació**, atès que, més enllà de les oportunitats que representa també planteja amenaces en termes de bretxa digital, la qualitat de l'atenció i l'equilibri entre l'atenció virtual i presencial.
- Les dificultat que té el sistema per donar resposta a l'**increment dels problemes de salut mental**, que la pandèmia ha fet aflorar.
- Els **riscos globals** relacionats amb l'emergència climàtica, les emergències sanitàries per malalties infeccioses i els bacteris resistents a fàrmacs.
- Les **desigualtats en salut** per raó de gènere, nivell d'estudis i classe social, i les dificultats per reduir-les.
- La **manca de separació** entre la governança de les institucions i els interessos polítics.

En base a les compareixences, l'informe detecta un conjunt d'actuacions estructurals que poden representar una **resposta a les amenaces del sistema de salut**. Aquestes



actuacions estan orientades a reforçar les interrelacions que es produeixen dins el propi sector salut (entre el sistema productiu, l'R+D+I, serveis sanitaris, etc.):

- **Posar en valor el lideratge** de Catalunya en l'àmbit de la salut, el sector farmacèutic i la biotecnologia.
- **Impulsar la col·laboració públicoprivada** en el sector salut entre les empreses, les universitats, els parcs científics, els instituts de recerca, el sistema públic de salut, etc.
- **Crear una agència d'avaluació sanitària independent**, equivalent al *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) d'Anglaterra. Reforçar la representació i el paper de la societat civil en els òrgans de govern de les institucions.
- **Fomentar el finançament en funció dels resultats** en benestar i salut, i no tant en funció de volum d'activitat.
- **Aprofitar els fons europeus** de recuperació *Next Generation* per impulsar el desenvolupament i l'articulació de les capacitats del sector salut.
- **Fomentar la responsabilitat i l'autonomia dels i les professionals**, abandonar pràctiques que no aporten valor i invertir en recursos i tecnologia, incloent els CAP i l'atenció social.

L'informe considera que l'ACP, la salut pública i comunitària, l'atenció primària i comunitària, els i les professionals de la salut, i la transferència tecnològica i la digitalització són àmbits estratègics per a la sostenibilitat del sistema de salut.

En base a les compareixences, l'informe identifica un conjunt d'**actuacions potencialment cost-efectives** per a cadascun d'aquests àmbits:

#### **Atenció centrada en la persona (ACP):**

- **Integrar les atencions social i sanitària**, amb l'objectiu d'afavorir la continuïtat assistencial, evitar atencions potencialment innecessàries, incrementar el nivell de satisfacció de les persones (professionals i pacients) i millorar els resultats en salut.
- **Elaborar plans individuals d'atenció integrada** social i sanitària, i també educativa en el cas de la infància.
- **Potenciar un model d'atenció basat en el suport a l'autonomia personal** que ajudi a mantenir les persones que així ho desitgen en la seva la comunitat.
- **Millorar la lluita contra la soledat no volguda** i posar en valor els projectes de voluntariat que complementen aquest tipus d'actuacions.
- **Potenciar l'ús de la prescripció social**. De les 9.000 persones que van rebre una prescripció social el 2022, el 65% va millorar el seu benestar emocional.

- **Oferir prestacions econòmiques vinculades a serveis** que s'adaptin a les necessitats de les persones, com ara els "*personal budgets*".

#### Salut pública i comunitària:

- **Promocionar la salut en el territori**, adaptant les intervencions a les característiques de l'entorn i de la població.
- **Promocionar la salut mental** i, concretament, estendre les experiències d'èxit basades en la prevenció i el reforç dels factors protectors davant de l'aïllament i la soledat.
- **Vacunar**, atès que es tracta d'una de les actuacions més cost-efectives i fins i tot permet estalviar diners.
- **Desenvolupar programes de cribratge** ("*screening*"), com ara la prova del taló.
- **Regular els hàbits i els estils de vida** relacionats amb el tabaquisme, el consum d'alcohol i sal, l'addicció a Internet i el joc patològic.
- **Millorar la coordinació amb els ajuntaments** per crear una xarxa de salut pública i comunitària amb recursos suficients.
- Impulsar les polítiques d'habitatge "**Primer la llar**" ("*Housing First*").

#### Atenció primària i comunitària:

- **Desenvolupar un model d'atenció més proactiu**, centrat en l'atenció a les necessitats derivades del manteniment de la bona salut i no tant en l'atenció a les necessitats derivades dels tractaments.
- **Millorar en temps i forma l'accés** a l'atenció primària i comunitària i garantir la continuïtat assistencial entre metge o metgessa i pacient al llarg del temps.
- Incrementar el nombre de **metges i metgesses** de família i el d'**administratius i administratives sanitaris**.
- **Incorporar nous perfils professionals als CAP**, com ara nutricionistes, referents del benestar emocional, higienistes, fisioterapeutes i treballadores i treballadors socials.
- **Millorar la coordinació** entre l'atenció primària i comunitària, d'una banda, i els hospitals i la resta de nivells assistencials, de l'altra.
- Revisar els protocols per **evitar el retorn de les derivacions** proposades pels metges i metgesses d'atenció primària i comunitària i **avançar en la implementació de les interconsultes**.
- **Reforçar l'atenció domiciliària**, amb l'objectiu d'afavorir l'autonomia de les persones i evitar institucionalitzacions potencialment innecessàries.

- **Fomentar el desenvolupament de la recerca** a l'atenció primària i comunitària i millorar la inversió tecnològica en aquest àmbit.

### Professionals:

- **Revisar les polítiques de personal** des de la perspectiva de la promoció del treball en equip, l'autonomia professional i els incentius laborals.
- **Enfortir el rol del personal sanitari** i dotar-lo de capacitat resolutiva, concretament en el cas de les infermeres i els infermers, els administratius i administratives sanitaris i les treballadores i treballadors socials.
- Reconèixer l'especialitat d'**infermeria familiar i comunitària** i millorar el reconeixement professional dels **TCAI** (tècniques i tècnics en cures auxiliars d'infermeria).
- **Incrementar el nombre d'infermeres i infermers** i definir les dotacions de personal en base a les **necessitats biopsicosocials** de les persones i no en base al volum de població assignada.
- **Instaurar un sistema més àgil d'homologacions** de títols per a professionals de la salut d'origen extracomunitari que compleixin amb tots els requisits.

### Transferència tecnològica i digitalització:

- Vetllar perquè els debats a l'entorn de l'adopció tecnològica i la generació i ús de les dades girin al voltant de **la millora dels resultats i el benestar de les persones**.
- **Desenvolupar processos sofisticats de contractació** orientats a valor i no només a preu. Paral·lelament, disposar de mecanismes ràpids d'adopció de la innovació.
- **Reconèixer la salut com un sector industrial**, assignar un lideratge operatiu i garantir un marc normatiu estable per atraure inversions. Impulsar el paper del sector en projectes d'economia circular.
- **Democratitzar i impulsar un accés inclusiu a les innovacions** tecnològiques sanitàries i, més concretament, a les anomenades "tecnologies exponencials".
- Avançar en la implementació de les **tecnologies d'atenció remota** dels i les pacients, la **telesalut** i la **telemedicina**.
- **Fer possible la liquiditat de les dades** i l'intercanvi d'informació entre els diferents actors del sector salut i del sistema de salut.
- Evitar el risc potencial de **deshumanització tecnològica** i els riscos derivats de la **bretxa digital**.

#### **1.4. Consideracions i recomanacions**

En el capítol 5 de l'informe el CTESC aporta al Govern les consideracions i recomanacions acordades per tots els seus membres en relació amb el sector salut. Cal tenir present que, com és habitual en els informes d'aquest organisme, algunes de les recomanacions poden requerir d'un marc competencial superior al que disposa la Generalitat de Catalunya. Tot i això, el CTESC valora la capacitat del Govern per negociar i/o consensuar amb les altres administracions la possibilitat d'implementar-les bé directament o bé incorporant l'esperit d'aquestes.

## 2. Consideracions i recomanacions

En aquest darrer capítol, el CTESC aporta al Govern les consideracions i recomanacions acordades per tots els seus membres en relació amb la rellevància estratègica del sector salut a l'economia i la societat de Catalunya. Cal tenir present, com és habitual en els informes d'aquesta institució, que algunes de les recomanacions poden requerir un marc competencial superior al que disposa la Generalitat. Tot i això, el CTESC valora la capacitat del Govern per negociar i consensuar amb altres administracions la possibilitat d'implementar-les, ja sigui directament o incorporant l'esperit d'aquestes.

Els objectius de l'informe en què es basen aquestes consideracions i recomanacions són, d'una banda, explicitar i objectivar l'impacte estratègic del sector salut a l'economia i la cohesió social de Catalunya per fer palesa la seva rellevància central com a clau d'un model d'economia productiva. De l'altra, valorar el funcionament del sistema de salut i identificar actuacions potencialment cost-efectives en cinc àmbits: l'atenció centrada en la persona (ACP); la salut pública i comunitària; l'atenció primària i comunitària; els i les professionals de la salut; i la transferència tecnològica i la digitalització. Les actuacions en aquests àmbits estratègics estan orientades a millorar la sostenibilitat del sistema de salut i a reforçar la resiliència del sector salut en el seu conjunt.

### 2.1. El sector salut

#### 2.1.1. Consideracions generals

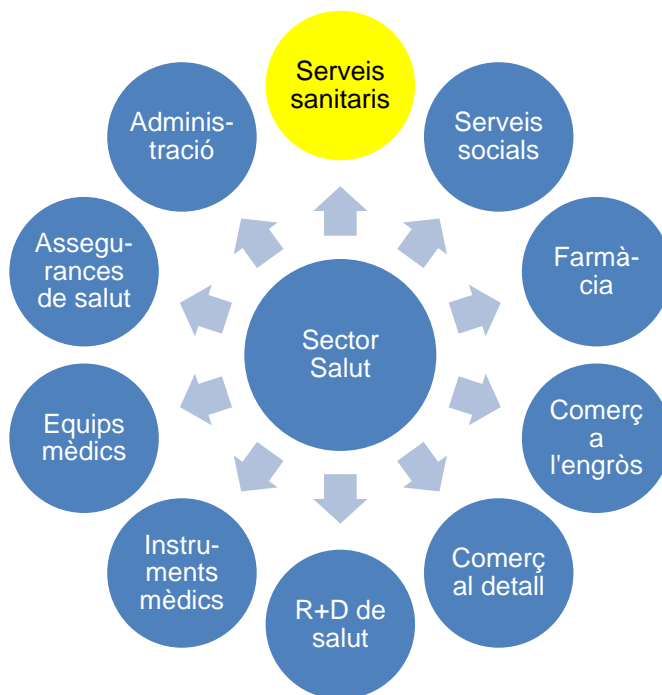
1. En base als resultats de l'informe, el CTESC constata que **el sector salut és estratègic tant des del punt de vista econòmic com social**. Economia i societat no es poden dissociar quan es tracta de valor la rellevància d'aquest sector, atès que fan referència a aspectes i dinàmiques estretament relacionats entre si. Durant la pandèmia de la COVID-19, per exemple, es va posar de manifest la centralitat que té la salut en l'activitat econòmica i la vida social.
2. D'una banda, **el sector salut és estratègic en tant que generador d'activitat econòmica, recerca, coneixement, innovació, llocs de treball i efectes d'arrossegament i retorn**. Destaca pel volum i la qualitat de la recerca, l'ocupació i la inversió que representa. Així, per exemple, la Bioregió ofereix capacitats úniques i punteres en genòmica, biologia estructural, química mèdica, nanomedicina, bioinformàtica, Big data i realització d'assajos clínics, especialment en l'àmbit de l'oncologia, on el territori català és referent a nivell mundial.
3. D'altra banda, **el sistema de salut públic i universal és garant de la cohesió social**, atès que permet reduir les desigualtats socioeconòmiques a través de l'atenció directa i de la generació d'entorns més saludables. A més, des de la visió que ofereix el paradigma "Una sola salut" o "Salut Global", la salut afecta totes les polítiques i aquestes (treball, educació, habitatge, territori, etc.) afecten la salut.

#### 2.1.2. Perímetre del sector salut

4. El CTESC ha definit un **perímetre del sector salut que està configurat per les activitats que permeten, directament o indirecta, la prestació de serveis**

**sanitaris.** Així, el perímetre del sector salut inclou: serveis sanitaris, farmàcia, comerç a l'engròs de productes farmacèutics, serveis socials, R+D de salut, comerç al detall de productes farmacèutics, instruments mèdics, assegurances lligades a la salut, serveis centrals de l'Administració pública de salut, i equips mèdics.

### II-lustració 1. Perímetre del sector salut

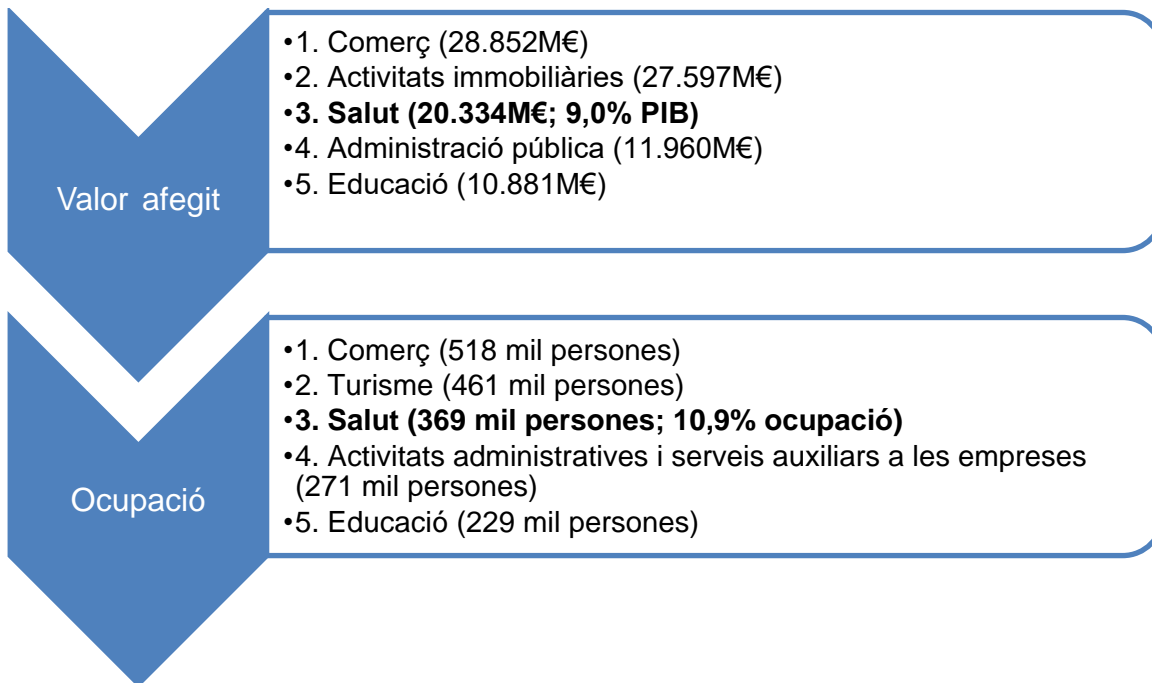


Font: CTESC.

5. **El sector salut ocupa la tercera posició de l'economia catalana en termes de valor afegit** (II-lustració 2). Així, entre els anys 2000 i 2020, el VAB del sector augmenta dels 9.060 milions d'euros als 20.334 milions d'euros. La participació dels Serveis sanitaris en el total del sector salut, en termes de VAB, s'ha mostrat bastant estable al llarg del període considerat 2000-2020 (50,0%-50,3%).
6. El **pes del sector salut en percentatge del PIB** ha passat del 7,1% al 9,0% entre els anys 2002 i 2020. Els Serveis sanitaris han passat del 3,6% al 4,5% (0,9pp més) i el sector Resta Salut ha passat del 3,5% al 4,5% (1pp més).
7. Els tres sectors principals de la distribució del VAB del sector Resta Salut de l'any 2020 són la **Farmàcia** (32,5%), el **Comerç a l'engròs de productes farmacèutics** (24,7%), i els **Serveis socials** (22,1%). En termes d'evolució, el canvi més destacat en relació amb la distribució de l'any 2000 és el guany de 10,6 punts percentuals del sector de **Serveis socials**, seguit de la disminució de 6,1pp del Comerç a l'engròs de Productes farmacèutics, i de la disminució de 3,9pp dels Equips mèdics.
8. **El sector salut ocupa la tercera posició de l'economia catalana en termes d'ocupació.** Així, l'evolució de l'ocupació del sector salut mostra una expansió entre els

anys 2000 (229 mil) i 2020 (369 mil) amb l'excepció dels anys 2011, 2012 i 2013 (313 mil).

## II-lustració 2. Classificació del sector salut entre les principals activitats econòmiques. Catalunya, 2020



Font: elaboració a partir de l'IDESCAT, Observatori del Treball i Model Productiu, i CTESC.

9. **L'ocupació del sector salut en termes de l'ocupació** augmenta del 7,1% al 10,9% en els anys 2000 i 2020. Els Serveis sanitaris han passat del 3,9% al 5,7% (1,8pp més) i el sector Resta Salut ha passat del 3,2% al 5,2% (2pp més).

10. Els tres sectors més importants de la distribució de l'ocupació del sector Resta Salut de l'any 2020 són els **Serveis socials** (57,3%), la **Farmàcia** (13,2%), i el **Comerç a l'engròs** (11,4%). En comparació amb els percentatges de distribució del 2000, el sector que més canvi ha experimentat és el de **Serveis socials**, amb un augment de 31,1 punts percentuals, seguit de les disminucions dels Instruments mèdics (9,4pp), la Farmàcia (8,0pp) i del Comerç a l'engròs (6,2pp).

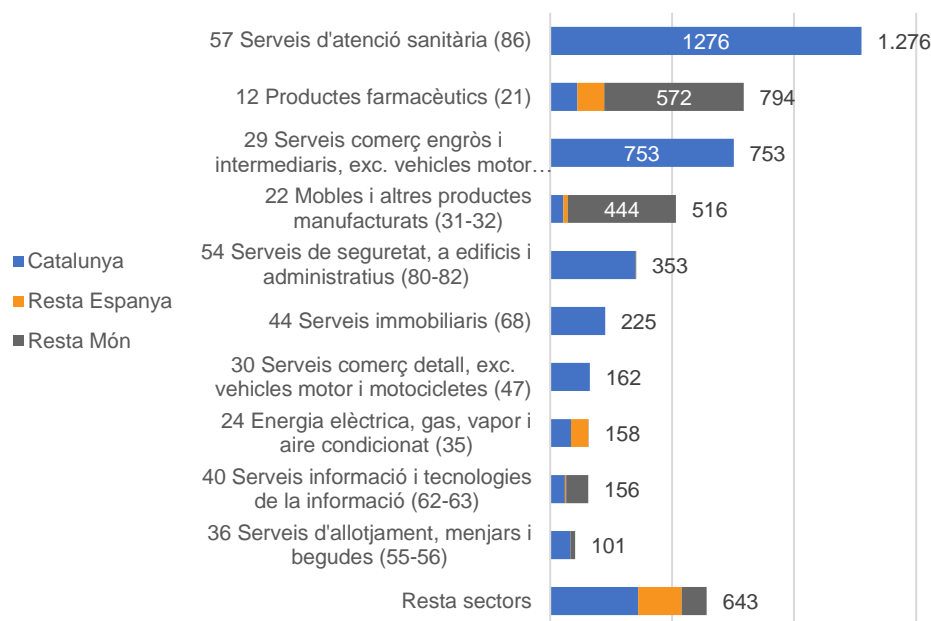
### 2.1.3. Les activitats sanitàries en el Marc Input-Output de Catalunya 2016

11. **Les Activitats sanitàries són intensives en valor afegit.** Així, el VAB (9.408 milions d'euros) representa el 62,0% de la producció de la branca d'Activitats sanitàries, i es compon de la Remuneració dels assalariats (44,0% de la producció), l'Excedent brut d'explotació (17,9%) i els Altres impostos sobre la producció (0,1%).

12. El CTESC recomana una **bona gestió de les compres de les Activitats sanitàries que tingui en compte criteris d'economia, eficiència i eficàcia.** En particular, de les compres de productes i serveis que superen els 100 milions d'euros, atès que la seva suma assoleix la xifra de 4.494 milions d'euros i representen el 87,5% del

Consum intermedi total. I, concretament, de les compres que ocupen les primeres posicions d'aquesta classificació: les compres de serveis d'atenció sanitària, els productes farmacèutics d'origen estranger, els serveis de comerç a l'engròs, i els mobles i altres productes manufacturats d'origen estranger (que contenen instruments i subministraments mèdics i odontològics).

**Gràfic 1. Consums intermedis de les Activitats sanitàries per branques d'activitat principals (més de 100M€) i origen (Catalunya, Resta Espanya i Resta Món). MIOC 2016**



Unitats: milions d'euros. Font: elaboració a partir de l'IDESCAT.

13. El CTESC valora positivament l'**elevada participació dels productes i serveis d'origen Catalunya en els consums intermedis**. Així, el 68,5% del Consum intermedi total és d'**origen Catalunya** (3.519 milions d'euros), el 7,4% és d'origen Resta d'Espanya (382 milions d'euros) i el 24,1% és d'origen Resta del món (1.236 milions d'euros). El consum intermedi d'origen Catalunya més important són els **Serveis d'atenció sanitària** (1.276€) i representen el 100,0% del consum intermedi total de productes d'aquesta branca d'activitat. Segueixen en ordre d'importància els consums intermedis de **Serveis de comerç a l'engròs** (753 milions d'euros; 100,0%), els **Serveis de seguretat, a edificis i administratius** (349 milions d'euros; 98,9%), els Serveis immobiliaris (225 milions d'euros; 100,0%), els Serveis de comerç al detall (162 milions d'euros; 100,0%) i els Productes farmacèutics (112 milions d'euros; 14,1%).

14. El CTESC valora positivament els **elevats multiplicadors de valor afegit i ocupació de les Activitat sanitàries** en el Marc Input-Output de Catalunya 2016 (MIOC 2016):

- a. Un **multiplicador de la producció** de les Activitats sanitàries d'1,32, inferior al del total de l'economia (1,43).



- b. Un **multiplicador de valor afegit** de les Activitats sanitàries de 0,80; superior al del conjunt de l'economia (0,70).
- c. Un **multiplicador de l'ocupació** de les Activitats sanitàries de 15,01; superior al del conjunt de l'economia (14,35).

15. El **multiplicador de la producció** de les Activitats sanitàries ha variat poc en les taules i marcs input output que s'han anat elaborant des del 2001. Pel que fa al **multiplicador del valor afegit** (MIOC 2016: 0,80), s'aprecia una disminució lleugera respecte el de la MIOC 2014 (0,82), que seguiria una tendència a la disminució, sent el valor de les Taules Input-Output 2001 (TIOC 2001) de 0,84. Tot i això, algunes estimacions de la TIOC 2005 (IDESCAT) van donar un multiplicador de valor afegit de 0,85. Per últim, el **multiplicador de l'ocupació** segueix una tendència a la baixa que mostra un màxim amb alguna estimació (CatSalut) de la TIOC 2001 (22,00) i un mínim amb la MIOC 2011 (12,46).

**Taula 1. Evolució dels multiplicadors del sector sanitari. Catalunya, 2001-2005**

Indicador	TIOC 2001	TIOC 2001				TIOC 2005		
	Sanitari	Sanitari	Total	Sanitari	Total	Sanitari ampliat	Sanitari	Total
Producció	1,31	1,30	1,44	1,31	1,45	1,32	1,32	1,46
Valor afegit	0,84	0,84	0,66	0,83	0,66	0,85	0,83	0,66
Ocupació (x 1M€)	21,68	22,00	19,00	21,60	16,40	19,06	18,00	14,00
Font	IDESCAT	CatSalut		Caixa Catalunya		IDESCAT	CatSalut	

**Taula 2. Evolució dels multiplicadors del sector sanitari. Catalunya, 2011-2016**

Indicador	MIOC 2011	MIOC 2014		MIOC 2016	
	Sanitari	Sanitari	Total	Sanitari	Total
Producció	1,31	1,32	1,46	1,32	1,43
Valor afegit	0,84	0,82	0,70	0,80	0,70
Ocupació (x 1M€)	12,46	16,13	15,31	15,01	14,35
Font	IDESCAT	CTESC		CTESC	

16. El CTESC considera **el sector salut un sector clau de l'economia**. Coincideix amb les conclusions de l'informe "[La Salut com a sector econòmic de Catalunya](#)", Argenter, Álvarez, Martínez etc. (2010), (consulta: febrer de 2024), que va publicar el CatSalut a l'octubre del 2010. Aquest document destacava els multiplicadors de valor afegit i ocupació de les Activitats sanitàries amb valors superiors a la mitjana, tant a la TIOC 2001 com a la TIOC 2005. A partir d'aquí, considerava la sanitat com una activitat d'alt valor afegit, intensiva en mà d'obra qualificada i coneixement, que podia ser considerada tan valuosa com qualsevol dels sectors industrials que havien estat classificats com a sectors claus de l'economia.

#### 2.1.4. El sector de serveis socials

17. El CTESC destaca que **la majoria de serveis i places del Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials (RESES) són d'iniciativa social**. Així, el resum dels serveis socials inscrits al RESES dona un total de 8.351 serveis amb una capacitat de 207.844 places. Els serveis d'iniciativa mercantil són 1.715 (20,5% del total de serveis) i tenen una capacitat de 56.047 places (27,0% del totals de places). Els serveis d'iniciativa pública són 2.080 (24,9%) i tenen una capacitat de 54.730 places (26,3). Finalment, els serveis d'iniciativa social són 4.556 (54,6%) i tenen una capacitat de 97.067 places (46,7%).

**Taula 3. Resum dels serveis socials inscrits al RESES per qualificació de l'entitat. Catalunya, 3 de febrer de 2023**

Entitat	Serveis	Subtotal	Places	Subtotal
<b>Total</b>	<b>8.351</b>	<b>100,0</b>	<b>207.844</b>	<b>100,0</b>
Iniciativa Mercantil	1.715	20,5	56.047	27,0
Iniciativa Pública	2.080	24,9	54.730	26,3
Iniciativa Social	4.556	54,6	97.067	46,7

Unitats: nombre de serveis, nombre de places, i percentatges.

Places: les places corresponen a serveis que requereixen un establiment per prestar-se i s'inscriuen en règim d'autorització administrativa. Són 5.337 serveis, el 63,9% del total. La resta de serveis (3.014, 36,1% del total) no necessiten un establiment per prestar-se i s'inscriuen en règim de comunicació prèvia, sense capacitat registral (0 places).

Font: elaboració a partir del Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials (RESES).

18. **Els serveis més nombrosos i amb més capacitat són els serveis per a persones grans**, que sumen 2.910 unitats (34,8%) i tenen una capacitat de 150.052 places (72,2%). Segueixen, en termes quantitius, els Serveis generals per a població diversa, amb 1.590 unitats (19,0%) i 1.664 places (0,8%), i els Serveis a les persones amb discapacitat, amb 1.165 unitats (14,0%) i 24.001 places (11,5%).

19. Per als serveis socials per a persones grans, la qualificació de l'entitat majoritària és la iniciativa mercantil, amb el 44,5% dels serveis, i la iniciativa social, amb el 36,6% de les places. Per la seva banda, la categoria de servei més nombrosa és la **Residència assistida per a gent gran – temporal o permanent**, amb 953 serveis i 58.620 places.

20. Per als serveis socials generals per a població diversa, la qualificació de l'entitat majoritària és la iniciativa social, amb el 44,2% dels serveis i el 59,7% de les places. Per la seva banda, la categoria de servei més nombrosa és el **Servei de suport social als serveis socials especialitzats**, amb 593 serveis i 1.089 places.

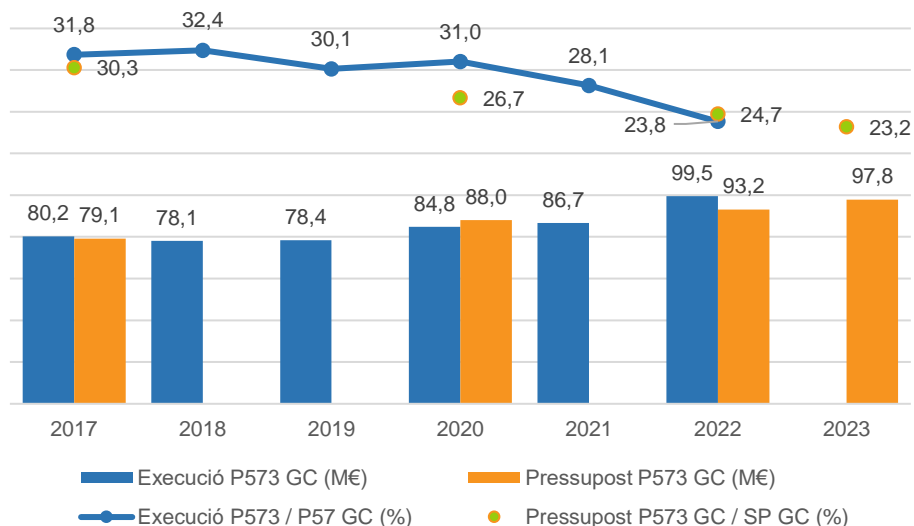
21. Per als serveis socials per a persones amb discapacitat, la qualificació de l'entitat majoritària és la iniciativa social, amb el 87,3% dels serveis i el 85,6% de les places. Per la seva banda, la categoria de servei més nombrosa és la **Llar residència temporal o permanent – discapacitats intel·lectuals**, amb 276 serveis, i el **Centre residencial temporal o permanent - discapacitats intel·lectuals**, amb 4.200 places.

### 2.1.5. L'R+D+I sanitària

22. El CTESC valora positivament l'**augment de la despesa en Salut en el finançament de l'R+D+I de la Generalitat**. Així, segons les partides destacades en el finançament de l'R+D+I de la Generalitat de l'any 2021, la despesa directa en Salut (bàsicament, aportacions a centres de recerca) representa el 4,6% (47 milions d'euros) de la despesa total en R+D+I de la Generalitat. Per la seva banda, la despesa indirecta en Salut (bàsicament, la part dedicada a l'R+D+I del personal assistencial del sistema públic de salut) representa el 26,3% (269 milions d'euros). La suma d'aquests dos conceptes, és a dir, la despesa R+D+I en Salut de la Generalitat (2021) és de 315,1 milions d'euros i representa el 7,7% sobre la despesa total en R+D de Catalunya. L'any 2006 aquest import era de 134 milions d'euros i el percentatge del 5,1%.
23. **El CTESC demana que es mantingui l'esforç d'inversió en R+D sanitària**. El CTESC valora positivament l'augment dels recursos destinats a la R+D de salut en els pressupostos de la Generalitat de Catalunya. Al mateix temps, mostra preocupació per la disminució de la quota que representen aquests recursos en el total de la despesa executada en R+D del subsector de la Generalitat i en el total de la despesa pressupostada en R+D de salut del conjunt del sector públic de la Generalitat (Gràfic 2).

Això vol dir que, en els darrers anys, **els recursos destinats a la R+D de la Generalitat estan prioritzant altres destins diferents al de la salut** (bàsicament, R+D executada pel Departament de Recerca i Universitats). També significa que els altres subsectors del sector públic de la Generalitat que fan R+D de salut (Fundacions, Consorcis) han de finançar la seva despesa amb més recursos diferents de les aportacions del subsector de la Generalitat (convocatòries competitives, contractes amb la indústria, convenis de col·laboració). Aquests esdeveniments preocupen atesa la importància de la R+D sanitària per afrontar amb èxit els problemes de salut que puguin venir en un futur.

**Gràfic 2. Obligacions reconegudes del Programa 573 (R+D biomèdica i en ciències de la salut) del subsector de la Generalitat i percentatge sobre les obligacions del Programa 57 (R+D+I) del subsector Generalitat de Catalunya. Pressupost del Programa 573 del subsector de la Generalitat i percentatge sobre el pressupost del Programa 573 del Sector públic de la Generalitat. Catalunya, 2017-2023**



Unitats: milions d'euros i percentatges.

Font: elaboració a partir dels Pressupostos de la Generalitat de Catalunya.

24. El CTESC valora positivament l'**aportació del sector salut en l'oferta total de serveis d'R+D**. Així, l'aplicació del perímetre del sector salut a les magnituds d'R+D de la MIOC 2016 donaria una producció de Serveis d'R+D de 1.550 milions d'euros, que representaria una quota del 26,6% sobre la producció total de Serveis d'R+D.

### 2.1.6. La Biotecnologia

25. Es constata un **augment de la despesa i el personal ocupat en R+D biotecnològica**. Així, la despesa interna en R+D en biotecnologia no ha parat de créixer entre els anys 2014 (416 milions d'euros) i 2021 (721 milions d'euros). En termes d'ocupació, el personal ocupat en tasques d'R+D en biotecnologia també ha crescut de 6.242 a 9.002 persones en el mateix període. La pandèmia ha significat un impuls d'aquestes magnituds.

26. El CTESC constata la **importància de la BioRegió en termes de valor afegit**. Així, l'any 2021, el valor afegit del subsector industrial de la BioRegió representa el 4,3% del VAB de Catalunya i els Serveis sanitaris representen el 4,5%. En total, la BioRegió representa el 8,7% del VAB de Catalunya. L'import del VAB dels sectors de la BioRegió que no inclou el perímetre del sector salut que considera el CTESC permetria augmentar en aproximadament 1 punt percentual el pes d'aquest perímetre estimat en l'informe del CTESC.

27. El CTESC valora positivament l'**augment del nombre de molècules i teràpies en desenvolupament clínic de la BioRegió**. S'observa com l'oncologia i la neurologia

encapçalen l'R+D de les companyies biotec i farma de l'any 2022, seguides a certa distància per la dermatologia i les malalties òrfenes i minoritàries.

**Taula 4. Pipeline clínic. Catalunya, 2020-2022**

Àrees terapèutiques	2020	2021	2022	2020-2022
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>55</b>	<b>57</b>	<b>16</b>
Malalties òrfenes i minoritàries	2	5	5	3
Cardiovascular i sang	4	7	3	-1
Diabetis i inflamació	2	1	1	-1
Oftalmologia	2	5	4	2
Sistema nerviós central	6	9	10	4
Musculoesquelètic, dolor, nefrologia	5	3	2	-3
Oncologia	9	10	14	5
Vacunes i malalties infeccioses	4	6	4	0
Dermatologia	6	4	6	0
Fertilitat	1	2	2	1
Malalties de l'oïda	-	1	2	-
Malalties respiratòries	-	1	1	-
Aparell digestiu	-	1	1	-
Altres	-	-	2	-

Unitats: nombre de molècules i teràpies en desenvolupament clínic.  
Font: elaboració a partir de Biocat.

28. La BioRegió configura un sector important en termes econòmics, amb capacitat de creixement, que atrau talent i inversió, i que manifesta especialització en àmbits com l'oncologia, o la neurologia. **L'acció política hauria de preservar aquest ecosistema com un nou model d'economia productiva amb efectes multiplicadors.** La BioRegió, a més a més, genera un esforç de formació considerable ateses les noves capacitacions que emergeixen dels nous perfils professionals lligats a les noves tendències del sector.

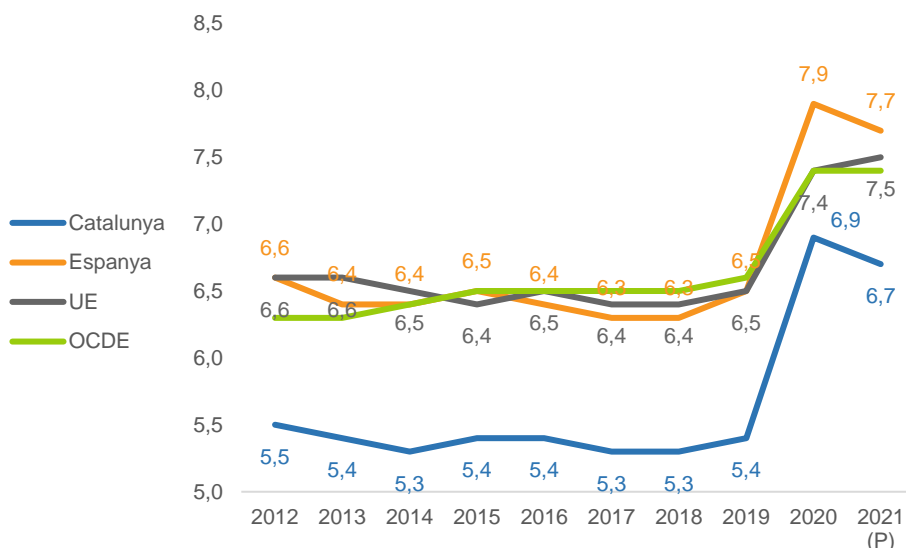
### 2.1.7. Evolució de la despesa sanitària

29. **La despesa pública sanitària és majoritària** en el total de la despesa sanitària durant tot el període d'anàlisi (2002-2021) però la despesa privada sanitària ha guanyat presència passant del 25,3% l'any 2009 a un màxim del 31,8% el 2014, per acabar assolint una quota del 29,0% el 2021.

30. **La despesa sanitària sobre el PIB a Catalunya (9,5%),** avaluada segons el criteri de comparació internacional, és inferior a la d'Espanya (10,8%) i la UE (9,6%). La despesa sanitària pública sobre el PIB a Catalunya (6,7%) també és inferior a la d'Espanya (7,7%) i de la UE (7,5%). En canvi, la despesa sanitària privada sobre el PIB a

Catalunya (2,8%) és inferior a la d'Espanya (3,1%) i superior a la de la UE (2,1%). Aquests resultats es reproduïxen en termes de despesa per càpita.<sup>1</sup>

**Gràfic 3. Evolució de la despesa sanitària pública en percentatge del PIB. Comparació internacional. Catalunya, Espanya, UE, OCDE, 2012-2021**



Unitats: despesa sanitària en percentatge del PIB. Nota: les xifres de l'any 2021 són provisionals. Font: elaboració a partir del SCS..

31. El CTESC estima que **si Catalunya es fixés com a objectiu assolir una intensitat de despesa sanitària pública sobre el PIB com Espanya**, aquesta despesa s'incrementaria en més de 2 mil milions d'euros l'any 2021. Si el percentatge de despesa sanitària pública sobre el PIB fos el de la UE, l'increment de recursos seria de més de 1.800 milions d'euros. Segons López i Casasnovas<sup>2</sup>, a Catalunya, el pressupost sanitari públic requereix entre 4.600 i 6.000 milions d'euros més per estar en línia amb països similars.

**Taula 5. Estimació del guany de recursos econòmics si la despesa sanitària pública de Catalunya sobre el PIB fos la d'Espanya o la de la UE, 2012-2021**

Indicadors	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
CAT si % PIB ESP	2.120	1.923	2.150	2.253	2.139	2.228	2.294	2.640	2.124	2.309
CAT si % PIB UE	2.120	2.308	2.346	2.048	2.353	2.451	2.523	2.640	1.062	1.847

Unitats: despesa en milions d'euros.

Font: elaboració a partir del Servei Català de la Salut.

<sup>1</sup> La despesa sanitària total per càpita en dòlars segons paritat de poder adquisitiu (\$PPA) de Catalunya, Espanya, i UE és de 3.892, 4.087, i 4.730 \$PPA, respectivament. La despesa sanitària pública de Catalunya, Espanya i UE és de 2.756, 2.926, i 3.745 \$PPA, respectivament. Finalment, la despesa sanitària privada de Catalunya, Espanya i UE és de 1.136, 1.161, i 986 \$PPA, respectivament.

<sup>2</sup> López-Casasnovas (2020).

### 2.1.7.1. Evolució i classificació de la despesa sanitària de la Generalitat

32. Segons l'Estadística de despesa sanitària pública (EGSP) del Ministeri de Sanitat, la partida més important de la **classificació econòmica-pressupostària de la despesa sanitària de la Generalitat** és la dels Concerts (2.038,2 milions d'euros) l'any 2002, seguida de les Transferències corrents (1.391,8 milions d'euros) i de la Remuneració del personal (1.333.3 milions d'euros). A partir de l'any 2010, la partida amb més recursos és la de **Remuneració de personal**, seguida dels **Concerts** i del **Consum intermedi**. L'any 2021 la Remuneració de personal (5.205,5 milions d'euros) representa el 37,1% de la despesa sanitària de la Generalitat, els Concerts (3.372,5 milions d'euros) representen el 24,1% d'aquesta despesa, i el Consum intermedi (3.235,1 milions d'euros) representa el 23,1%. La partida més dinàmica entre els anys 2010 i 2021 de la classificació econòmica-pressupostària ha estat el **consum intermedi**, amb un índex de 157,6 (2010=100).
33. L'Estadística de despesa sanitària pública (EGSP) del Ministeri de Sanitat defineix els Concerts com la prestació de serveis amb mitjans aliens efectuada amb entitats de fora de l'Agrupació Salut de la Generalitat, és a dir, a fora del SISCAT. Si considerem el criteri del CatSalut a l'hora de comptabilitzar els Concerts, el pes de la prestació de serveis amb mitjans aliens també té en compte les entitats del SISCAT diferents de l'ICS. Així, per a l'any 2021, el pes dels Concerts en la despesa del CatSalut representa el 61,6% (8.277,7 milions d'euros).<sup>3</sup>
34. El **pes dels Concerts en el total de la despesa sanitària** de la Generalitat (24,1%, segons l'EGSP del Ministeri de Salut) és una especificitat de Catalunya. La resta de comunitats autònomes tenen una participació dels Concerts en la despesa sanitària molt inferior. Madrid, que és la segona comunitat autònoma amb un pes més elevat, té un percentatge de l'11,7%, seguit de les Illes Balears (8,6%) i de les Canàries (7,3%).
35. La partida més important de la **classificació funcional** són els **Serveis hospitalaris i especialitzats**, seguida a molta distància de la Farmàcia i dels Serveis primaris de salut. Això passa en tot el període analitzat, a excepció dels darrers dos anys 2020 i 2021, en què els **Serveis primaris de salut** se situen al davant de la **Farmàcia**. L'any 2021, els Serveis hospitalaris i especialitzats (9.096,2 milions d'euros) representen el 64,9% de la despesa sanitària de la Generalitat, els Serveis primaris de salut (1.926,3 milions d'euros) representen el 13,7% d'aquesta despesa i la Farmàcia (1.696,9 milions d'euros) representa el 12,1%. La partida més dinàmica entre els anys 2010 i 2021 ha estat la Despesa en **salut pública** amb un índex de 194,0 (2010=100).
36. El pressupost de la Generalitat de Catalunya mostra -tal com ho fan les dades del Ministeri de Sanitat- que **la pandèmia ha significat un creixement interanual notable de la despesa en Salut pública**. Així, d'una despesa liquidada de 119,6 milions d'euros l'any 2019 -incloses les vacunacions sistemàtiques- el Programa 414 de la Generalitat assoleix un import de 214,1 milions d'euros l'any 2022. En termes de PIB,

<sup>3</sup> El pes del Concerts en la despesa del CatSalut va ser del 55,3% (5.264,0M€) l'any 2017 i del 56,5% (7.283,9M€) l'any 2022.

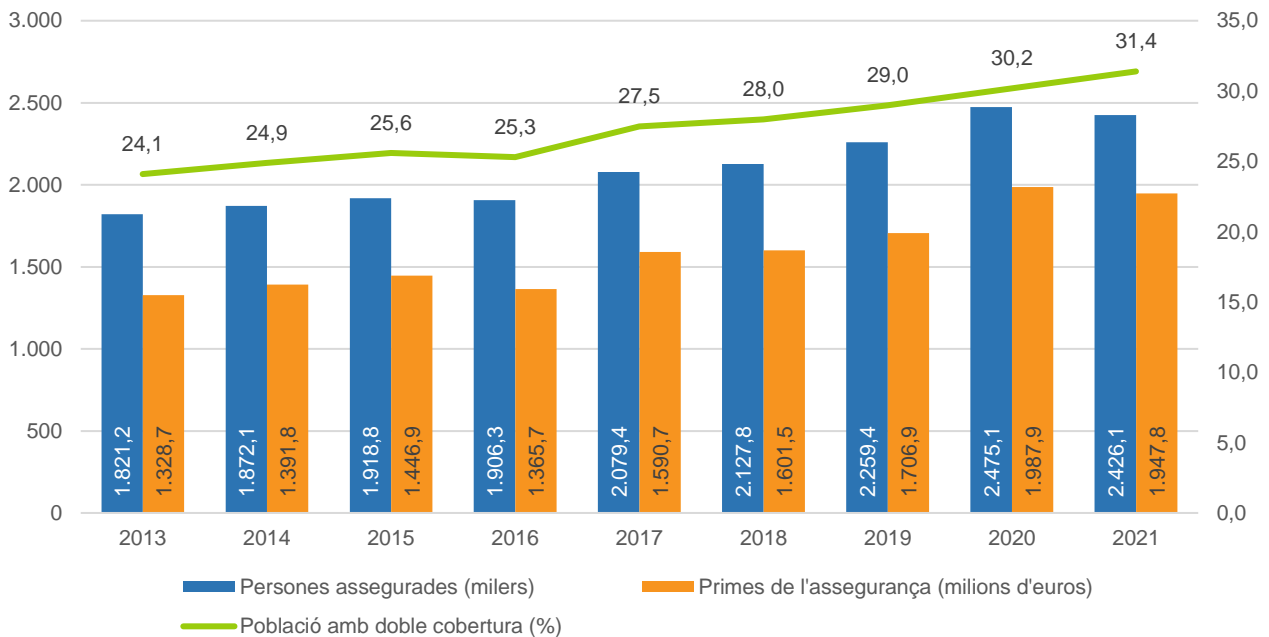
la despesa liquidada en Salut pública passa de l'1,0% a l'1,6% en aquests darrers anys.

### 2.1.7.2. Evolució i desagregació funcional de la despesa privada en salut

37. **La despesa privada en salut creix** entre els anys 2006 (3.670 milions d'euros) i 2010 (4.163 milions d'euros) però, a partir d'aquí, l'efecte de la crisi econòmica iniciada l'any 2008 provoca una lleugera reducció d'aquesta despesa fins al 2013 (4.018 milions d'euros). Coincidint amb el període de recuperació econòmica, mostra una tendència a l'alça i assoleix un import de 5.312 milions d'euros l'any 2019, amb interrupcions els anys 2015 i 2016. L'arribada de la pandèmia significa una forta disminució dels seus registres (2020: 4.826 milions d'euros) però els anys immediatament posteriors la despesa privada en salut protagonitza un creixement sense precedents i l'any 2022 se situa en 6.055 milions d'euros.
38. Les **Assegurances lligades a la salut** mostren una evolució positiva per tots els anys analitzats 2006-2021. Al seu torn, la **Protecció social** és el component més dinàmic si només considerem el període en el qual es disposen dades per tots tres components. Així, l'any 2019 el seu índex de despesa és de 220,3 en comparació amb l'any base (2010=100).
39. Es constata un **augment significatiu de les persones assegurades i de les primes en entitats d'assegurança lliure en el període 2013-2021** (Gràfic 4). L'any 2021, el nombre de persones assegurades en entitats d'assegurança lliure d'assistència sanitària és de 2.426.110 i la quantitat de diners pagada en concepte de primes és de 1.947,8 milions d'euros. El percentatge de persones que tenen **dobla cobertura sanitària** ha augmentat sense interrupció en el període considerat i ha passat del 24,1% al 31,4% entre els anys 2013 i 2021.
40. L'IDIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, PwC España (2023)) ha fet una estimació del **grau de penetració de l'assegurança privada** a partir del càlcul del nombre de persones assegurades dividit per la població de cada comunitat autònoma. Els seus resultats indiquen que la Comunitat de Madrid (37,7%), Catalunya (31,2%) i les Illes Balears (30,3%) tindrien els percentatges més elevats de penetració. Amb percentatges de penetració del 20% se situen Astúries (23,0%), Aragó (22,2%), Castella la Manxa (21,7%), País Basc (21,5%), Andalusia (21,0%) i Canàries (20,8%).



**Gràfic 4. Persones assegurades i primes en entitats d'assegurança lliure. Percentatge de persones que tenen doble cobertura sanitària. Catalunya, 2013-2021**



Unitats: milers de persones, milions d'euros i percentatge.

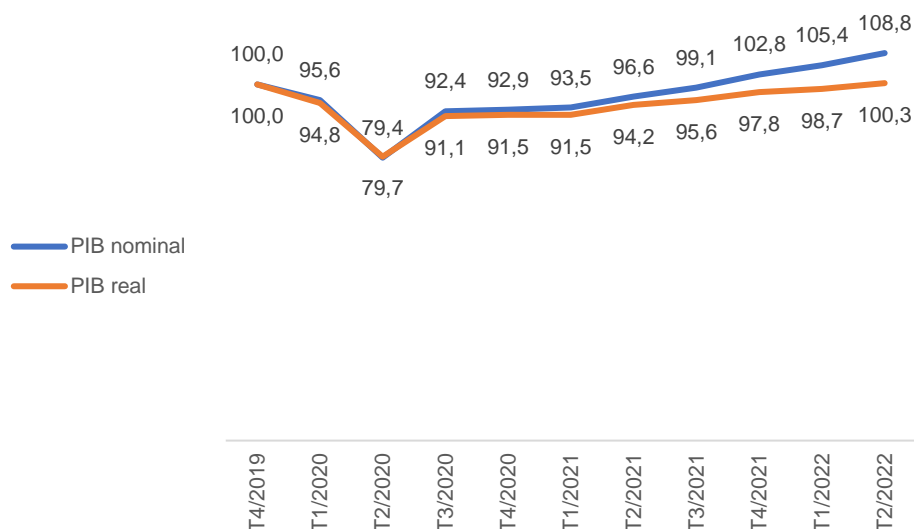
Font: elaboració a partir de les Entitats d'assegurança sanitària lliure de Catalunya.

Nota: L'estudi "El sector salut a Catalunya", elaborat per la Cambra de Comerç de Barcelona l'any 2010, informa que el percentatge de persones assegurades amb doble cobertura sanitària va créixer lleugerament del 1999 (20,6%) al 2005 (21,5%), i va seguir creixent amb més intensitat fins el 2008 (23,2%).

### 2.1.8. L'impacte econòmic de la COVID-19

**41. La pandèmia ha tingut un impacte negatiu que ha durat 7 trimestres i que equival a gairebé 32 mil milions d'euros (el 12,6% del PIB del 2019).** El PIB trimestral nominal va experimentar una contracció immediata amb l'arribada de la pandèmia en el primer trimestre de l'any 2020 (amb un índex del 95,6% si el PIB del quart trimestre de l'any 2019 és igual a 100) i va tocar fons en el segon trimestre del 2020 (amb un índex del 79,4%). El tercer trimestre de l'any 2020, el PIB trimestral nominal ja es va recuperar fins al 92,4% i, a partir d'aquí, segueix una trajectòria a l'alça. En el quart trimestre de l'any 2021 (102,8), es recupera el nivell de PIB trimestral nominal anterior a la pandèmia (el del quart trimestre de l'any 2019). Per tant, la pandèmia ha tingut un impacte negatiu sobre el PIB que ha durat 7 trimestres, és a dir, gairebé dos anys. En termes monetaris, aquest impacte equivaldria a 31.609 milions d'euros, la qual cosa significa el 12,6% del PIB anual nominal de l'any 2019.

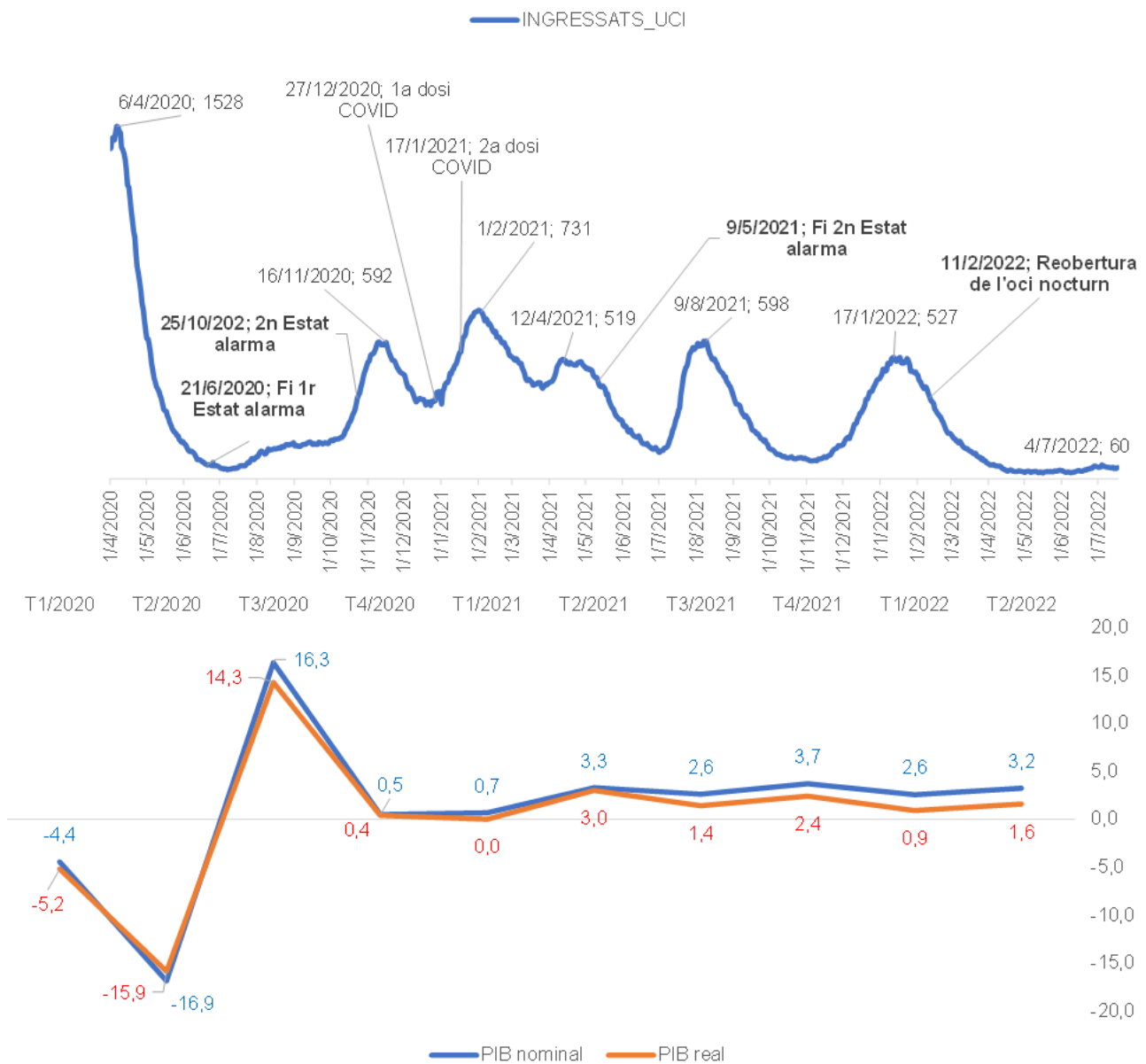
**Gràfic 5. Evolució del PIB durant la pandèmia (T4/2019=100). Catalunya, T4/2019-T2/2022**



Unitats: nombres índex del PIB trimestral sent el del T4/2019=100.  
 Font: elaboració a partir de l'IDESCAT.

42. Es constata un primer impacte negatiu sobre el PIB amb l'arribada de la pandèmia i la declaració del primer estat d'alarma (14/3/2020). Els bons resultats sanitaris van convidar a posar fi el primer estat d'alarma (21/6/2020) i això va tenir una repercussió positiva sobre el PIB. L'inici de la segona onada de la COVID-19 provoca la declaració del segon estat d'alarma (25/10/2020) i el PIB se'n ressent. El CTESC considera que **l'èxit de les vacunes (1a dosi el 27/12/2020 i 2ona dosi el 17/01//2021) i del procés de vacunació** van permetre donar fi al segon estat d'alarma (9/5/2021) i, a partir d'aquí (segon trimestre de 2021), el PIB trimestral manté una taxa de creixement a l'entorn del 3% fins a la reobertura de l'oci nocturn (11/2/2022).

**Gràfic 6. Evolució diària del nombre de persones ingressades a la UCI per COVID-19 i de la variació intertrimestral del PIB. Catalunya, abril 2020-juliol 2022**



Unitats del gràfic superior: nombre diari de pacients COVID-19 ingressats a la UCI. Unitats del gràfic inferior: variació intertrimestral del PIB en percentatge.

Font: elaboració a partir del Departament de Salut i de l'IDESCAT.

**43. El CTESC posa en valor la resposta col·lectiva davant la COVID-19 i, en general, les mesures COVID que els diferents governs van aplicar, com per exemple els ERTES. El CTESC considera que les autoritats sanitàries haurien de mantenir una capacitat de resposta àgil i decidida davant dels riscos sanitaris.**

## 2.2. El sistema de salut

### 2.2.1. El model sanitari català

44. El CTEESC dona **suport al model sanitari català** que es va concretar el 1990 amb la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC). Aquesta llei va crear el Servei Català de la Salut consolidant un sistema de salut mixt, que integra en una sola xarxa d'utilització pública tots els recursos sanitaris, siguin o no de titularitat pública. Aquest model recull una tradició d'entitats històricament dedicades a l'atenció de la salut, segueix les orientacions de l'OMS per al segle XXI, evoluciona cap a un sistema de salut orientat a les persones i disposa de diversos elements de planificació per afrontar els reptes de futur. Tot i això, el CTEESC proposa una sèrie de **consideracions destinades a la millora del funcionament del model sanitari català**.
45. El CTEESC comparteix el **Document de bases per al Pacte nacional de la salut a Catalunya** (Comissió per a l'elaboració del Document de bases per al Pacte Nacional de la Salut a Catalunya (2014)) (consulta: febrer de 2024), de març 2014. En particular els aspectes destacats a continuació:
- Convergència del nivell de despesa amb la de països amb renda per càpita i sistema de salut similar.
  - Desenvolupar models d'atenció en xarxa considerant les estratègies de prevenció de la malaltia i promoció de la salut, la integració assistencial, la gestió dels casos des d'una visió sanitària i social, la proximitat dels serveis i el desplegament de les TIC, el reforç de l'atenció primària i comunitària i la continuïtat assistencial amb altres serveis sanitaris i socials, i el desenvolupament de la història clínica compartida perquè la informació rellevant per a l'atenció sanitària i social de la ciutadania sigui accessible als professionals.
  - Reforçar la planificació estratègica tenint en compte les necessitats de la població i coordinar el serveis de salut amb els socials.
46. El CTEESC està d'acord amb les "**30 mesures per enfortir el sistema de salut**" (Adroher, Ara del Rey, Basora et al. (2020)) (consulta: febrer de 2024), del **Comitè d'Experts per a la transformació del Sistema Públic de Salut** (consulta: febrer de 2024), aprovades el 21 de setembre de 2020. El sistema de salut s'ha de basar en els principis inspiradors següents: finançament suficient, salut pública sòlida, modernització de la gestió dels centres, model assistencial integrat, lideratge professional, participació ciutadana, recerca i innovació competitives i transformació digital.

### 2.2.2. Indicadors principals d'activitat assistencial

47. El CTEESC valora de forma negativa l'evolució a l'alça que han seguit les **l·listes d'espera de la xarxa sanitària** en els darrers anys. L'any 2020 significa una treva per a les l·listes d'espera per motius de la COVID-19. L'any 2021 es tornen a reactivar amb força en gran part per la concentració de recursos orientats a l'atenció de la COVID-19.

**Taula 6. Llistes d'espera de la xarxa sanitària. Catalunya, 2010-2022**

Indicadors	2010	2014	2019	2020	2021	2022
Llista d'espera cirurgia (milers)	154	160	181	145	162	184
Ídem proves diagnòstiques (milers)	102	102	147	139	160	175
Ídem consultes externes (milers)	-	-	497	357	416	461

Font: elaboració a partir de les Memòries d'activitat anual del CatSalut i de les MSEL del CTESC.

48. Es constata un augment progressiu de la **diferència entre la despesa executada i el pressupost inicial del CatSalut** en el període analitzat (2002-2022) que arriba al 25% l'any 2022. El CTESC valora positivament els Acords del Govern del dimarts dia 7 de novembre de 2023. En aquests Acords es preveu dotar, en el pressupost del 2024, un fons extraordinari de salut per un import inicial de 800 milions d'euros amb l'objectiu de normalitzar la despesa desplaçada sanitària. Tanmateix, aquest fons es considera insuficient i es demana un pla de xoc per atendre els processos sanitaris que s'han desviat per motius de la COVID-19. Alhora, la diferència entre la despesa executada i el pressupost inicial del CatSalut constata la insuficiència del pressupost inicial per satisfer totes les despeses de salut, i això mostra un infrafinançament de caràcter estructural.

**Taula 7. Pressupost i execució de la despesa del CatSalut. Catalunya, 2002-2022**

Indicadors	2002	2010	2014	2019	2020	2021	2022
Pressupost CatSalut (milers euros)	5.089,0	9.547,8	8.044,5	8.568,1	9.458,5	9.458,5	10.316,3
Despesa executada (milers euros)	5.163,3	9.361,5	8.716,8	10.243,5	13.097,0	13.427,0	12.887,2
Execució / Pressupost inicial	1,01	0,98	1,08	1,20	1,38	1,42	1,25

Nota: els PGC del 2023 assignen un pressupost d'11.294,0 M€ al CatSalut.

Font: elaboració a partir de les Memòries d'activitat anual del CatSalut i del Departament d'Economia.

49. El Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT) ha de **garantir una resposta eficient a la nova distribució de les visites als Equips d'Atenció Primària (EAP)**. Aquesta distribució es caracteritza per una pluralitat d'atenció assistencial amb una presència més elevada de les visites TIC i per telèfon. Es constata que en el període 2010-2022, el nombre total de visites ha crescut el 21,0%, un creixement que s'ha concentrat durant la COVID-19 i que ha provocat tensió.

**Taula 8. Indicadors d'activitat assistencial de l'atenció primària del SISCAT. Catalunya 2002-2022**

Indicadors	2002	2010	2014	2019	2020	2021	2022
Nombre d'EAP	337	367	369	377	374	374	374
Visites EAP (milers)	41.430	48.339	45.298	49.345	52.898	63.403	58.479
Visites EAP (2010=100)	85,7	100,0	93,7	102,1	109,4	131,2	121,0
Al centre (%)	-	-	-	80,2	43,2	48,6	55,1
Per telèfon (%)	-	-	-	6,6	35,2	27,7	18,3

A domicili (%)	-	-	-	3,6	3,6	2,9	3,0
TIC: e-correu, LMS, etc. (%)	-	-	-	9,5	17,9	20,8	23,6

Font: elaboració a partir de les Memòries d'activitat anual del CatSalut i de l'ICS.

Llegendes: SISCAT: Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya; EAP: Equip d'atenció primària.

50. Cal avançar amb determinació cap a la **potenciació de l'atenció primària i de les xarxes sociosanitària i de salut mental del SISCAT**. El CTESC constata un pes molt elevat del personal equivalent dedicat a l'atenció d'aguts (61,0%) en relació amb les altres línies d'atenció sanitària: sociosanitària (9,6%), salut mental (6,8%) i primària (22,0%). Això és així malgrat que, entre els anys 2014 i 2021, el seu pes en la distribució del personal del SISCAT hagi perdut 1,1 punts percentuals i totes les altres línies d'atenció sanitària hagin guanyat importància en termes relatius: sociosanitària (1,1pp), salut mental 0,4pp), i primària (0,6pp). En termes absoluts, totes les línies d'atenció sanitària han augmentat el seu personal: aguts (17,7 mil), sociosanitària (3,1 mil), salut mental (2,5 mil), i primària (7,3 mil). El CTESC també constata l'elevat pes del personal de la Xarxa hospitalària (69,2%) en relació amb el personal total del SISCAT.

**Taula 9. Personal equivalent per xarxes i línies d'atenció sanitària del SISCAT. Catalunya, 2014-2021**

2021	Aguts	Sociosanitària	Mental	Primària	Altra	Total (milers)	Total (%)
Atenció primària ICS	0,0	0,0	0,0	24,7	0,0	24,7	19,4%
Xarxa hospitalària	77,6	3,9	2,9	2,9	0,7	88,0	69,2%
Xarxa sociosanitària	0,0	7,8	0,3	0,4	0,1	8,6	6,8%
Xarxa de Salut mental	0,0	0,5	5,4	0,0	0,0	6,0	4,7%
Total (milers de persones)	77,6	12,2	8,7	28,0	0,7	127,3	100,0%
Distribució (%)	61,0%	9,6%	6,8%	22,0%	0,6%	100,0%	-
Variació 2014-2021	Aguts	Sociosanitària	Mental	Primària	Altra	Total (milers)	Total (%)
Atenció primària ICS	0,0	0,0	0,0	6,3	0,0	6,3	0,4%
Xarxa hospitalària	17,7	0,8	1,5	0,7	0,2	20,9	-0,4%
Xarxa sociosanitària	0,0	2,1	0,1	0,3	0,1	2,4	0,4%
Xarxa de Salut mental	0,0	0,2	0,9	0,0	0,0	1,1	-0,4%
Total (milers de persones)	17,7	3,1	2,5	7,3	0,2	30,7	0,0%
Distribució (%)	-1,1%	0,1%	0,4%	0,6%	0,0%	0,0%	-

Unitats: milers de persones en EJC (Equivalència a Jornada Completa) i percentatges.

Font: elaboració a partir de les Memòries d'activitat anual de l'ICS i dels Informes economicofinancers de la Central de Balanços del CatSalut.

51. Malgrat l'evolució dels **indicadors d'activitat assistencial (visites EAP i Unitat de Mesura Estandarditzada (UME)) i del personal de les diferents xarxes del SISCAT**, el sistema de salut no ha estat absent de tensió des del 2010.

**Taula 10. Indicadors d'activitat i personal de la xarxa sanitària. Catalunya, 2002-2022**

Indicadors (índexs)	2002	2010	2014	2019	2020	2021	2022
Visites EAP SISCAT	85,7	100,0	93,7	102,1	109,4	131,2	121,0
Visites EAP ICS	76,4	100,0	95,9	99,1	104,5	132,6	119,9
Personal atenció primària ICS	83,6	100,0	87,4	96,9	104,9	117,5	-
UME assistencial d'aguts	90,8	100,0	106,4	110,1	111,1	124,6	-
Personal total xarxa AEIH	70,0	100,0	94,2	111,4	118,7	124,5	-
UMESS activitat assistencial	92,2	100,0	110,7	126,3	128,8	133,0	-
Personal xarxa Sociosanitària	-	100,0	140,7	175,2	189,2	195,8	-
UMEP d'activitat assistencial	74,5	100,0	110,6	132,5	130,6	133,2	-
Personal xarxa de Salut mental	63,4	100,0	104,7	119,2	124,7	127,7	-

Llegendes: SISCAT: Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya; ICS: Institut Català de la Salut, AEIH: Atenció especialitzada i hospitalària, UME: Unitat de Mesura Estandarditzada, UMESS: Unitat de Mesura Estandarditzada Sociosanitària, UMEP: Unitat de Mesura Estandarditzada Psiquiàtrica.

Font: elaboració a partir de les Memòries d'activitat anual del CatSalut i de l'ICS i dels Informes economicofinancers de la Central de Balanços del CatSalut.

52. El 74,8% del **col·lectiu de professionals** de l'ICS són **dones**. Es valora positivament l'elevat percentatge de personal assistencial amb un nivell d'estudis assolit de **grau superior** a la xarxa d'assistència hospitalària (32,4%) i a la xarxa de salut mental (21,9%). En canvi, es considera preocupant la disminució que ha experimentat en els darrers anys el percentatge de personal amb **contractes fixos** a totes les xarxes (hospitalària, salut mental i sociosanitària) del SISCAT. En el cas de la xarxa d'atenció especialitzada i hospitalària, aquest percentatge s'ha reduït del 73,0% al 55,9% entre els anys 2010 i 2021.

53. Es constata una baixa representació de les **Entitats de Base Associativa (EBA)** en el total de persones assignades i visites dels EAP del SISCAT. També constata uns indicadors d'activitat de les EBA amb millors resultats que la mitjana dels EAP del SISCAT. El CTESC considera que s'hauria d'eleva el nombre d'EBAS i que, en un àmbit més general, les decisions en el sistema de salut s'haurien de prendre en base a les estadístiques i els resultats.

**Taula 11. Dades generals i indicadors d'activitat EBA i EAP del SISCAT. Catalunya, 2018**

Dades generals	Persones assignades		Visites	ISE	Despesa
Total Catalunya	7.383.617		44.577.007	40,0	1.137.103.100
Total EBA	255.460		1.195.759	24,7	37.397.753
EBA / Catalunya (%)	3,5		2,7	61,7	3,3
Indicadors d'activitat	P0-2+20	P+74+12	Vacuna 60	Hospitalització DM	
Total Catalunya	13,7	34,7	48,6	5,6	
Total EBA	11,1	33,5	53,1	4,4	
EBA / Catalunya (%)	81,2	96,7	109,2	78,2	

Unitats dades generals: nombre de persones, visites, nombres índex i despesa en euros. ISE: Índex Sòcio-econòmic. Despesa: Despesa contractació. Unitats indicadors d'activitat: percentatges. P0-2+20: Pacients de 0 a 2 anys amb més de 20 visites (%). P+74+12: Pacients de més de 74 anys amb més de 12 visites (%). Vacuna 60: Cobertura vacunal antigripal de la població de 60 anys o més (%). Hospitalització: Taxa d'hospitalització per complicacions DM (Diabetes Mellitus) (%).

Font: elaboració a partir de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya.

54. La **població de 80 anys i més** sobre el total de la població catalana està previst que no pari de créixer fins l'any 2060, en què passarà del 5,8% l'any 2021 al 12,8% l'any 2060 (6,9% al 2030; 8,5% al 2040; i 10,6% al 2050). Per la seva banda, la **població de 60 a 79 anys** també augmentarà la seva participació en el total de la població catalana fins l'any 2040, en què passarà del 19,2% l'any 2021 al 24,9% l'any 2040. Aquestes previsions aconsellen fer un estudi específic atès el consum relativament elevat de recursos sanitaris de la població de més edat.

**Taula 12. Població projectada i per grups d'edat avançada en un escenari mitjà. Catalunya, 2021-2070**

Indicadors	2021	2030	2040	2050	2060	2070
Població a 1 de gener	7.739.758	8.073.329	8.388.817	8.608.919	8.693.530	8.705.831
2021=100	100,0	104,3	108,4	111,2	112,3	112,5
De 80 anys i més	451.425	558.406	712.190	911.201	1.112.600	1.101.146
% sobre població total	5,8	6,9	8,5	10,6	12,8	12,6
2021=100	100,0	123,7	157,8	201,8	246,5	243,9
De 60 a 79 anys	1.482.222	1.751.617	2.090.362	2.088.248	1.955.907	2.009.946
% sobre població total	19,2	21,7	24,9	24,3	22,5	23,1
2021=100	100,0	118,2	141,0	140,9	132,0	135,6

Unitats: nombre de persones, percentatges i nombres índex.

Font: Idescat. Projeccions de població (base 2021).

### 2.2.3. Reptes i amenaces del sistema de salut

La informació quantitativa i qualitativa d'aquest informe posa de manifest que la **sostenibilitat del sistema de salut** (i, per tant, la resiliència del sector salut) està condicionada per un conjunt de reptes i amenaces de caràcter transversal o estructural entre les quals el CTESC destaca les següents:



**55. La dificultat per introduir canvis que permetin millorar l'atenció a les necessitats de les persones en un entorn canviant:** augment de la cronicitat; emergència climàtica, riscos globals i noves malalties; adopció d'innovacions tecnològiques, etc. Preocupa la capacitat que té el sistema per fer front als reptes que té al davant, amb uns determinats recursos, si no introdueix els canvis que es consideren necessaris.

- a. Les dificultats d'adaptació tindrien a veure amb l'**existència de rigideses de tipus polític i administratiu**, així com amb un excés de centralisme i de burocràcia.
- b. Altres factors explicatius serien la **manca de consens polític i d'acords a llarg termini** (a diferència del que succeïa en el passat), l'**esgotament dels i les professionals** (cansament postpandèmic, excés de càrrega de treball, etc.) i la defensa aferrissada d'un **corporativisme malentès** (que dificulta l'atenció a les necessitats de les persones des d'una visió integrada o global).
- c. També destaquen les **dificultats del sistema de salut per adoptar la innovació**, principalment com a conseqüència de dos factors. D'una banda, un model de salut molt centrat en l'atenció hospitalària. De l'altra, les rigideses d'un sistema de pagament molt orientat al volum.
- d. De la mateixa manera, hi ha **dificultats per avançar en la integració de les atencions social i sanitària i l'ACP**, així com en la **revisió i redefinició dels rols professionals** (com en el cas de les infermeres i infermers).

**56. Les dificultats per garantir el relleu generacional del personal sanitari i per atraure i fidelitzar el talent.** És una de les amenaces principals del sistema de salut i afecta als metges i metgesses d'atenció primària i comunitària, a les infermeres i infermeres i a altres especialistes com els i les pediatres, els i les psiquiatres, els anestesiòlegs i les anestesiòlogues, els i les geriatres i les llevadores i els llevadors, etc.

- a. **En els propers anys es jubilarà un nombre important de personal sanitari** i una part d'aquestes jubilacions s'haurà de cobrir amb la contractació de professionals provinents de països extracomunitaris. Els problemes per homologar les especialitats d'aquest personal no fan més que agreujar la situació.
- b. Les dificultats per garantir el relleu generacional també tenen a veure amb **problemes estructurals relacionats amb l'accés a la formació**. La nota de tall és molt elevada i uns 5.000 candidats i candidates es queden sense poder accedir a les facultats de Medicina.
- c. Al mateix temps, **el perfilatge dels i les estudiants** que accedeixen i es formen en medicina fomenta unes determinades expectatives i l'elecció de "súper especialitats" en detriment de la medicina familiar i comunitària.
- d. **La salut pública i comunitària té dificultats per atraure i fidelitzar el talent**. Alguns i algunes professionals marxen cap a altres àrees del sistema

que ofereixen millors condicions retributives, laborals i de desenvolupament professional.

- e. També cal comentar que **a Catalunya no està reconeguda i categoritzada professionalment l'especialitat d'infermeria familiar i comunitària**. Això fa que moltes persones formades en aquesta especialitat marxïn a treballar a altres territoris on sí està reconeguda.
- f. Finalment, també es constata l'existència d'un repte pel sistema de salut derivat d'un **canvi cultural en la valoració de la conciliació entre el temps personal i de treball** per part de les noves generacions de professionals.

**57. L'atenció a la cronicitat en un context demogràfic marcat per l'envelliment poblacional** planteja un gran repte degut a les dificultats d'adaptació del sistema de salut a aquesta realitat.

- a. **L'envelliment i el canvi en el perfils de morbiditat són una oportunitat o revulsiu** que té el sistema de salut per adaptar-se als canvis i millorar els seus resultats.
- b. Canviar el model actual d'atenció de determinades condicions de salut (malalties cròniques, discapacitats, malalties mentals, etc.) és un repte que implicaria la coordinació i participació de l'atenció social i, de fet, **desenvolupar l'ACP i l'atenció integrada social i sanitària**.
- c. En ocasions, algunes patologies medicalitzades i ateses en l'entorn hospitalari requeririen una **mirada geriàtrica especialitzada** o una millor atenció social. De fet, les unitats assistencials que adopten la mirada geriàtrica eviten atencions en nivells superiors. Al mateix temps, el CTESC aconsella **no perdre de vista la hipòtesi de l'envelliment saludable** i el fet que la concentració de la despesa sanitària es produeix sobretot en les darreres fases de la vida de les persones (els "costos relacionats amb la mort").
- d. Cal tenir en compte **el component demogràfic (estructura d'edats i salut per edat) és el que explica en menys mesura l'increment de la despesa en salut que va tenir lloc als països de l'OCDE entre els anys 1995 i 2009**. Contràriament, el component residual (preus, tecnologia i polítiques) és el que ho explica en més gran mesura.

**58. La insuficiència de recursos econòmics i humans per mantenir la qualitat del model d'atenció** és una altra de les amenaces principals del sistema de salut. Més enllà de les necessitats i les dificultats per adaptar el sistema als canvis, hi ha una percepció compartida segons la qual falten recursos de tot tipus.

- a. Un dels factors explicatius tindria a veure amb **el model de finançament autònom**, basat en el pes poblacional i que no s'adequa suficientment al PIB, la capacitat fiscal o la taxa d'envelliment.

- b. La insuficiència de recursos topa frontalment amb una **demanda ciutadana creixent i cada vegada més exigent** com a conseqüència del desenvolupament econòmic i social. Aquesta contradicció, pressiona un sistema de salut que la societat desitja públic, universal, accessible i sostenible.

59. **Els dèficits que pateix històricament el sistema d'atenció social** també representen un problema per al sistema de salut, en termes tant de sostenibilitat com de dificultats per avançar envers la integració de les atencions social i sanitària.

- a. **El pressupost del sistema d'atenció social és insuficient** per atendre adequadament les necessitats de la població vulnerable.
- b. Els dèficits en el sistema d'atenció social actuen com a **barrera per atreure i fidelitzar el talent**.
- c. La fragilitat actual del sistema d'atenció social i les dificultats d'accés **sanitaritzen la resposta de manera inadequada** i actuen en detriment de les potencialitats atribuïdes a l'atenció social en l'àmbit de la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut.

60. **La possible desafecció d'una part de la població envers el sistema públic de salut** és una amenaça, especialment quan es produeix com a conseqüència de les dificultats d'accés a determinats serveis socials i sanitaris.

61. **El procés de digitalització i tecnificació** representa una oportunitat pel sistema de salut, però cal tenir en compte l'existència de reptes relacionats amb la bretxa digital, la qualitat de l'atenció i l'equilibri entre l'atenció virtual i la presencial.

62. També representen una amenaça les **dificultats que té el sistema de salut per donar resposta a l'increment dels problemes de salut mental**, que la pandèmia ha fet aflorar. La detecció de símptomes de depressió en persones joves s'ha més que doblat durant la pandèmia en diversos països de la UE. Al mateix temps, es constata l'increment dels hàbits no saludables i l'obesitat en la població infantil i jove.

63. El sistema de salut també s'enfronta a un conjunt d'amenaçes globals relacionades amb **l'emergència climàtica, les emergències sanitàries per malalties infeccioses i els bacteris resistents a fàrmacs**.

64. **També preocupen les desigualtats en salut i la dificultat per reduir-les**. D'acord amb l'evidència empírica que proporciona l'ESCA, existeixen desigualtats sistemàtiques en salut i factors de risc per raó de gènere, nivell d'estudis i classe social.

65. Finalment, **un altre repte consisteix en garantir la separació entre la governança de les institucions i els interessos polítics**.

#### 2.2.4. Oportunitats: l'exportació de bons paràmetres des del sector salut

El CTESC identifica un conjunt d'actuacions transversals o estructurals que haurien de permetre exportar bons paràmetres des del sector salut. Amb aquestes actuacions es pretén

**donar una resposta als reptes i amenaces del sistema de salut** en base al reforç de les interrelacions que es produeixen a dins del sector salut (sistema productiu, R+D+I, serveis sanitaris, etc.).

66. **Posar en valor el lideratge de Catalunya** en l'àmbit de la salut, el sector farmacèutic i la biotecnologia.
67. **Impulsar la col·laboració publicprivada** en el sector salut entre les empreses, les universitats, els parcs científics, els instituts de recerca, el sistema públic de salut, etc. Paral·lelament, és important mesurar els resultats d'aquestes aliances en funció de paràmetre d'eficiència, així com controlar la inducció de demanda addicional.
68. **Crear una agència d'avaluació sanitària independent**, equivalent al *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) d'Anglaterra. En aquest sentit, també seria convenient **reforçar la representació i el paper de la societat civil en els òrgans de govern** de les institucions sanitàries per poder orientar les prioritats en base a l'autonomia de gestió i l'avaluació pública i transparent de resultats.
69. **Fomentar el finançament en funció dels resultats en benestar i salut**, i no tant en funció de volum d'activitat.
70. **Aprofitament dels fons europeus de recuperació *Next Generation*** per impulsar el desenvolupament i l'articulació de les capacitats del sector salut.
71. **Desplegar la integració de les atencions social i sanitària i desenvolupar l'ACP**, atès que tenen com a objectiu millorar: 1) els resultats en salut, 2) les experiències de les persones i 3) l'ús dels recursos.
72. **Fomentar la responsabilitat i l'autonomia dels i les professionals, abandonar pràctiques que no aporten valor i invertir en recursos i tecnologia** (també en els CAP i serveis socials) amb l'objectiu de millorar la capacitat resolutiva dels sistemes.

## 2.2.5. Aportacions a la sostenibilitat del sistema de salut

El CTESC considera que **l'ACP; la salut pública i comunitària; l'atenció primària i comunitària; els i les professionals de la salut; i la transferència tecnològica i la digitalització són àmbits estratègics** per a la sostenibilitat del sistema de salut. D'una banda, existeixen marges per millorar l'assoliment de bons resultats en cadascun d'aquests àmbits. De l'altra, hi ha un consens ampli a l'entorn de la cost-eficiència de determinades actuacions que s'estan duent a terme o que es podrien dur a terme en aquests àmbits. Es parteix de la hipòtesi que el desenvolupament d'actuacions cost-efectives en aquests àmbits millora la sostenibilitat del sistema de salut i, conseqüentment, reforça la resiliència del sector salut en el seu conjunt.

### 2.2.5.1. L'atenció centrada en la persona

#### Reptes i oportunitats

73. **Un dels avantatges de l'ACP és que persegueix l'“eficiència multidimensional”**; és a dir, l'eficiència econòmica, en l'ús dels recursos i en l'assoliment de nivells de satisfacció de les persones (professionals i pacients). Val a dir que l'**atenció integrada social i sanitària és un mitjà** per assolir l'ACP, no pas al contrari.
74. En part, aquesta eficiència té a veure amb **les expectatives i demandes que formulen els usuaris i usuàries (sovint més senzilles i barates que allò que ofereix el sistema)**:
- Els i les pacients amb malalties cròniques o necessitats d'atenció de llarga durada** demanen principalment minimitzar la dependència o potenciar l'autonomia; reduir els tractaments el màxim possible; mantenir la vida social per evitar la soledat; i poder decidir i mantenir el control sobre la pròpia vida.<sup>4</sup>
  - Les persones que es troben en el seu darrer any de vida** demanen fonamentalment no ser una càrrega per a la família; no patir o experimentar dolor; sentir-se tranquil, tenir pau espiritual; que la família no hagi de prendre decisions difícils per elles; poder estar amb els éssers estimats; i ser ateses segons els seus valors i principis. No apareix fins a la setena posició intentar allargar la supervivència.<sup>5</sup>

### Actuacions potencialment cost-efectives

L'objectiu de l'ACP no ha de ser garantir la sostenibilitat del sistema de salut però **hi ha evidència empírica que demostra que és eficient**. El CTESC vol destacar un conjunt d'actuacions potencialment cost-efectives en l'àmbit de l'ACP, atès que podrien ajudar a millorar la sostenibilitat del sistema de salut i la resiliència del sector salut:

75. **Potenciar un model d'atenció basat en el suport a l'autonomia personal (teleassistències avançades, suport al domicili, etc.)** que ajudi a mantenir les persones que així ho desitgen en la seva la comunitat. Paral·lelament, cal **donar suport a les famílies cuidadores**.
76. **Elaborar plans individuals i integrats d'atenció**, des de la vessant social, sanitària i també educativa, sobretot quan parlem de la infància. Cal garantir la continuïtat de l'atenció a la infància i l'adolescència amb problemes de salut mental.
77. **Millorar la lluita contra la soledat no volguda**, la qual afecta principalment, però no només, les persones grans. En aquesta línia, cal posar en valor els projectes de voluntariat que millorin i complementin aquest tipus d'actuacions.
78. **Potenciar l'ús de la prescripció social, també en el cas de les situacions de soledat no volguda**. De les 9.000 persones que van rebre una prescripció social el 2022, el 65% va millorar el seu benestar emocional.

<sup>4</sup> Angela Coulter (2017). Measuring what matters to patients. *British Medical Journal*, núm. 356 (2017).

<sup>5</sup> David Kuhl, Matthew B. Stanbrook i Paul C. Hébert (2010). What people want at the end of life. *Canadian Medical Association Journal*, vol. 182 (2010), núm. 16.

79. **Oferir prestacions econòmiques vinculades a serveis** que s'adaptin a les necessitats de les persones, com ara els “*personal budgets*” que existeixen en altres països europeus.

80. Més genèricament, **afavorir l'atenció integrada social i sanitària**, el principal objectiu de la qual consisteix a millorar l'atenció a les persones des del punt de vista del benestar assolit, l'experiència i l'ús dels recursos.

## 2.2.5.2. La salut pública i comunitària

### Reptes i oportunitats

81. **La salut pública i comunitària engloba diversos àmbits d'actuació**, des de la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia fins a la vigilància epidemiològica, passant per la prevenció de les addiccions i la protecció de la salut a través de la seguretat ambiental i alimentària.

82. Entre les actuacions que es duen a terme des del Govern de la Generalitat per **reduir les desigualtats en salut**, el CTESC destaca:

- a. **L'accés a les vacunes** en el context d'un sistema de salut pràcticament universal. Les vacunes com la de la COVID-19 o la del meningococ b fan desaparèixer les desigualtats socials una vegada que han estat introduïdes dins del finançament públic.
- b. **Les actuacions en matèria d'habitatge** com, per exemple, aquelles relacionades amb polítiques de tipus “Primer la llar” (“*Housing First*”), el confort tèrmic i l'accés a l'energia. Cal tenir present que les onades de calor del 2022 van provocar un excés de mortalitat de 2.700 defuncions, sobretot en persones grans amb patologies i amb problemes de salut.
- c. **Les polítiques urbanístiques** que promouen l'activitat física, les relacions socials, l'aplicació de factors de sostenibilitat, etc., tal com recull el [document amb recomanacions sobre habitatge i urbanisme saludable](#) (consulta: setembre de 2023) que va elaborar el Col·legi d'Arquitectes de Catalunya en el marc del Pla Interdepartamental i Intersectorial de Salut Pública (PINSAP).
- d. Finalment, **l'educació universal i gratuïta fins el 16 anys**, atès que el sistema educatiu és un amortidor de les desigualtats socials en salut i permet fer a la persones un salt de nivell social. De fet, algunes veus consideren que la millor inversió en salut pública i comunitària és la que es fa en educació.

83. En relació amb els riscos sanitaris, cal subratllar que des de la pandèmia de la COVID-19 mai més **no es pot entendre la salut humana com una salut única i separada de la salut dels animals i dels ecosistemes**. La salut pública i comunitària és interdisciplinària, intersectorial i interadministrativa.

84. Entre les actuacions **de gestió de riscos sanitaris** que es duen a terme, el CTESC destaca les següents:

- a. **La coordinació amb les unitats de salut laboral i prevenció de riscos laborals** i, més concretament, una actuació anomenada “Empresa promotora de la salut”, que consisteix en el seguiment i avaluació d’una sèrie d’ítems i l’obtenció d’un diploma acreditatiu.
- b. **La garantia de la seguretat alimentària i ambiental**, a través de la supervisió de la indústria alimentària i, més concretament, els escorxadors.
- c. **Les actuacions d’autoritat sanitària**, les quals suposen en alguns moments prendre mesures cautelars, aplicar principis de precaució o bé restringir el comerç, immobilitzar mercaderies i, fins i tot, restringir alguns drets fonamentals de les persones, tal com va succeir durant la pandèmia.

### Actuacions potencialment cost-efectives

Hi ha un **consens polític i acadèmic molt ampli sobre la cost-efectivitat de la salut pública i comunitària**, concretament en relació amb determinades actuacions. El CTESC vol destacar un conjunt d’actuacions potencialment cost-efectives en l’àmbit de la salut pública i comunitària, atès que podrien ajudar a millorar la sostenibilitat del sistema de salut i la resiliència del sector salut:

85. **Les intervencions relacionades amb la promoció de la salut en el territori**, és a dir, adaptades a les característiques de l’entorn i de la població. Aquestes intervencions eviten el desenvolupament de malalties i contribueixen a reduir les desigualtats en salut.
86. **Les intervencions relacionades amb la promoció de la salut mental**. En aquest sentit, el CTESC considera **que cal reconèixer i estendre les experiències d’èxit que tenen a veure amb el sosteniment de les persones en les seves comunitats**. Aquestes experiències es caracteritzen per la prevenció i el reforç dels factors protectors davant de l’aïllament i la soledat, com ara les xarxes relacionals.
87. **Les vacunes, sovint considerades com les intervencions més cost-efectives** que hi ha des del punt de vista de la prevenció i de la reducció de les desigualtats en salut. Cada euro invertit en prevenció de la malaltia i promoció de la salut genera un retorn d’entre 5 i 6 euros. Aquest retorn és més gran en el cas de les vacunes, les quals, de fet, permeten estalviar diners.
88. **Els programes de detecció (“screening”)** també són en gran mesura cost-efectius.
89. **Les actuacions reguladores** com, per exemple, la llei del **tabac** del 2005 i del 2010. La prohibició del fum de tabac en entorns públics es va traduir en una reducció del nombre d’infarts. Altres actuacions destacables en aquest sentit són les orientades a regular el consum de **sal i alcohol**, així com els **comportaments addictius a Internet** i el **joc patològic**.
90. Les actuacions interdepartamentals i intersectorials que sovint passen desapercubudes, com ara **la potabilització de l’aigua** (que evita la transmissió de malalties), **la prova del taló** (un cribratge neonatal que permet detectar malalties minoritàries i

evitar casos de malalties amb desenllaços fatals) i **les polítiques d'habitatge** “Primer la llar”.

91. De la mateixa manera, el CTEESC considera que **cal treballar de manera coordinada amb els ajuntaments per crear una xarxa de salut pública i comunitària**. Les administracions locals tenen moltes competències de salut pública, però falten recursos per poder-les desenvolupar en coordinació amb la salut pública i comunitària.

### 2.2.5.3. L'atenció primària i comunitària

#### Reptes i oportunitats

92. D'entrada, cal posar de relleu que l'atenció primària i comunitària és el primer nivell d'atenció en salut, és accessible i propera als individus i la comunitat i contribueix a disminuir les desigualtats socials. **L'atenció primària i comunitària està molt enfocada en la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut**. Es calcula que resol al voltant del 90% de les demandes que se li plantegen sense necessitat de derivar cap a altres nivells assistencials.

93. Degut a tots aquests motius, **l'atenció primària i comunitària és cost-efectiva** i, en aquest sentit, es tracta d'un nivell assistencial molt rellevant per garantir la sostenibilitat del sistema de salut.

94. El CTEESC constata que **l'atenció primària i comunitària no gaudeix del nivell de reconeixement polític, mediàtic i social que sí tenen altres entorns assistencials** com, per exemple, l'atenció hospitalària. Aquest fet condiciona les percepcions i la confiança de les persones usuàries envers aquest nivell assistencial. D'acord amb algunes veus, això incrementa la demanda de derivacions cap a l'“especialista”, com si els metges i metgesses de família i salut primària i comunitària no ho fossin.

95. Pel que fa a l'accessibilitat de l'atenció primària i comunitària, val a destacar com a aspecte positiu que Catalunya disposa d'un sistema públic de salut pràcticament universal i gratuït, així com una **xarxa extensa de CAP en el territori**.

96. Tanmateix, l'accessibilitat també s'expressa com a desideràtum donats **els temps d'espera**, els quals **es poden dilatar en moments puntuals de l'any**. En aquest sentit, un dels reptes del sistema consisteix a **millorar en temps i forma l'accés a l'atenció primària (també especialitzada)**. De fet, al [capítol de salut](#) de la Memòria socioeconòmica i laboral de Catalunya 2022 del CTEESC (MSEL 2022) (consulta: juliol de 2023) s'indica que Catalunya és el territori on més temps s'ha d'esperar per ser atès o atesa pel metge o metgessa de família: 11,59 dies de mitjana vs. 8,80 en el conjunt de l'Estat.

97. En relació amb la longitudinalitat a l'atenció primària i comunitària, hi ha evidència empírica que posa de manifest que **els i les pacients que mantenen el mateix metge o metgessa durant molts anys obtenen millors resultats en salut**. Això deriva en una utilització més baixa dels serveis d'urgències i dels recursos hospitalaris de tercer nivell.



## Actuacions potencialment cost-efectives

De la mateixa manera que succeeix en relació amb la salut pública i comunitària, **hi ha un ampli consens acadèmic i polític a l'entorn de la cost-efectivitat de l'atenció primària i comunitària**. Les característiques i els resultats de l'atenció primària i comunitària s'entenen com a afavoridors de la sostenibilitat del sistema de salut i d'uns bons resultats en salut. De fet, **els països que tenen un model d'atenció primària i comunitària més potent són aquells que necessiten destinar menys recursos per obtenir millors resultats**.

El CTESC vol destacar un conjunt d'actuacions potencialment cost-efectives en l'àmbit de la salut primària i comunitària, atès que podrien ajudar a millorar la sostenibilitat del sistema de salut i la resiliència del sector salut.

**98. Reforçar l'atenció primària i comunitària**, atès que la sostenibilitat del sistema de salut passa per evitar que les persones emmalalteixin i s'incrementi l'esperança de vida en bona salut. Més concretament:

- a. **Desenvolupar un sistema de salut més proactiu, centrat en l'atenció a les necessitats derivades del manteniment de la bona salut** (prevenció de la malaltia i promoció de la salut), i no tant en l'atenció a les necessitats derivades dels tractaments.
- b. **Introduir models de pagament més ajustats als perfils de risc de les persones**, i no tant basats en l'activitat o la prestació de serveis.
- c. **Reorientar el model de negoci de les empreses proveïdores del sistema de salut cap a la prevenció i la promoció**, i no tant cap el diagnòstic i el tractament.

**99. Incrementar el nombre de metges i metgesses de família**, atès que hi ha una relació positiva entre aquesta inversió i els resultats de salut. Aquesta mesura no seria tan cost-efectiva en el cas dels metges i metgesses d'altres nivells assistencials, en què la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut tenen un paper menys important.

**100. Incrementar el nombre d'administratius i administratives sanitaris**, atès que aporten valor en descarregar de feina burocràtica i administrativa els i les professionals sanitaris.

**101. Incorporar nous perfils professionals als CAP, com ara nutricionistes, referents del benestar emocional, higienistes, fisioterapeutes i treballadores i treballadors socials**. La col·laboració entre aquests perfils professionals, els metges i metgesses i les infermeres i els infermers promou una visió més global (o menys medicalitzada) de la salut. Aquests perfils han de disposar d'autonomia per donar resposta a les demandes però dins d'una dinàmica de treball amb la resta de professionals.

**102. Millorar la coordinació entre l'atenció primària i comunitària, d'una banda, i els hospitals i la resta de nivells assistencials**: compartir recursos, disposar d'una

única bossa pressupostària, avaluar i retribuir en funció dels resultats, etc. Aquesta col·laboració entre entorns assistencials hauria de facilitar l'atenció integrada i l'ACP.

103. **Revisar els protocols per evitar el retorn de les derivacions proposades pels metges i metgesses d'atenció primària i comunitària.** Paral·lelament, cal garantir la capacitat d'atenció de les diverses especialitats per evitar el nombre actual de denegacions de derivacions.
104. **Avançar en la implementació de les interconsultes**, atès que són eines bàsiques de coordinació. A més, les interconsultes estan en la línia de reforçar el paper i el lideratge dels metges i metgesses i de les infermeres i els infermers dels CAP per tal de facilitar la resolució de problemes complexos des d'aquest nivell assistencial.
105. **Integrar les atencions social i sanitària**, amb l'objectiu d'afavorir la continuïtat assistencial, evitar atencions potencialment innecessàries, incrementar el nivell de satisfacció de les persones (professionals i pacients) i millorar els resultats en salut.
106. **Reforçar l'atenció domiciliària**, amb l'objectiu d'afavorir l'autonomia de les persones i evitar institucionalitzacions potencialment innecessàries.
107. **Reforçar l'atenció comunitària**, atesos els seus resultats positius en l'àmbit de la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut. L'atenció comunitària, a més, s'adapta a les característiques i necessitats de les persones i les comunitat, de manera que facilita l'obtenció de bons resultats de salut.
108. **Facilitar i fomentar el desenvolupament de línies de recerca a l'atenció primària i comunitària.** Aquest nivell assistencial atén les malalties més prevalents i té el potencial necessari per innovar en àmbits relacionats amb l'atenció a les persones (des de la perspectiva comunitària, integradora, etc.) i l'organització del sistema de salut.
109. **Millorar la inversió tecnològica en salut primària i comunitària**, actualment insuficient, per evitar la descapitalització dels seus actius.

#### 2.2.5.4. Els i les professionals de la salut

##### Reptes i oportunitats

110. El CTESC constata que el sistema de salut afronta grans reptes des del punt de vista dels i les professionals. Un d'aquests reptes consisteix a **reforçar quantitativament determinats perfils sanitaris i no sanitaris d'acord amb l'evolució de les necessitats** que es deriven dels canvis demogràfics i de l'adopció d'innovacions tecnològiques.
111. **És rellevant enfortir el rol del personal sanitari i dotar de capacitat resolutiva als i les professionals del sistema de salut.** Entre aquests professionals, cal fer una menció explícita a les infermeres i els infermers i als perfils que s'han incorporat a l'atenció primària i comunitària a través del [Pla d'enfortiment i transformació de l'atenció primària i comunitària](#): nutricionistes, referents del benestar emocional, higienistes i fisioterapeutes.

112. El CTESC constata una preocupació per la **crisi de prestigi que afecta l'especialitat d'infermeria familiar i comunitària**. En aquest sentit cal assenyalar la contradicció que existeix entre, d'una banda, una atenció primària i comunitària que reclama el seu lloc de centralitat i, de l'altra, les resistències al reconeixement professional de la infermeria familiar i comunitària.
113. Quant als perfils no sanitaris, **un dels reptes consisteix a enfortir el rol dels administratius i administratius sanitaris**. En aquest sentit, haurien de disposar de les competències, les capacitats i les accessibilitats necessàries per poder donar resposta a les necessitats de les persones.
114. **Cal millorar també el reconeixement professional dels TCAI** (tècniques i tècnics en cures auxiliars d'infermeria). Ençà de la pandèmia, han desenvolupat més funcions, com ara visites domiciliàries i consultes o proves complementàries de pacients amb malalties cròniques. En aquest sentit, s'hauria de posar a l'abast d'aquest col·lectiu de professionals una oferta formativa específica.
115. **Pel que fa a les treballadores i treballadors socials, els reptes principals rau en millorar el seu prestigi social, en incrementar la seva capacitat resolutiva i en garantir la coordinació** entre els equips del sistema de salut i els de serveis socials per tal d'evitar la duplicitat dels processos.
116. El CTESC considera que **cal abordar també la incorporació de professionals d'altres disciplines científiques relacionades amb les tecnologies emergents**, tant a l'atenció primària i comunitària com a l'hospitalària. Entre aquests perfils hi hauria els i les especialistes en física, enginyeria, informàtica, biologia i bioenginyeria. La contractació d'aquests perfils professionals hauria de permetre millorar la gestió de les dades, la planificació de l'activitat assistencial i l'autonomia i corresponsabilitat dels i les pacients.

### Actuacions potencialment cost-efectives

El CTESC vol destacar un conjunt d'actuacions potencialment cost-efectives en l'àmbit dels i les professionals, atès que podrien ajudar a millorar la sostenibilitat del sistema de salut i la resiliència del sector salut:

117. **Revisar les polítiques de personal des de la perspectiva de la promoció del treball en equip, l'autonomia professional i els incentius laborals** per guanyar eficiència, reforçar la fidelització del talent i millorar l'atenció a les persones.
118. De la mateixa manera, convé **canviar la manera de liderar els equips** a través de l'impuls d'una cultura de treball per delegació de responsabilitats que faciliti l'autoorganització.
119. **Repensar l'estructura de les plantilles a l'atenció primària i comunitària**: cal augmentar el nombre d'infermeres i infermers, així com el d'administratius i administratius sanitaris.

120. **Establir les dotacions de professionals sobre la base d'una perspectiva biopsicosocial**, és a dir, en funció de les necessitats de les persones, els nivells de cronicitat, les pluripatologies, les complexitats i del grau de patiment. Actualment, les ràtios de metges i metgesses i d'infermeres i infermers estan molt estandarditzades, tant a l'atenció primària i comunitària (per volum de població assignada) com a l'atenció hospitalària (per nombre de llits).
121. **Avançar en el reconeixement professional de les infermeres i els infermers i en l'ampliació de les seves funcions d'atenció i cura**. De fet, sovint s'identifica com a repte de cost-oportunitat la posada en valor de la professionalitat i autonomia de les infermeres i els infermers. La visió dels propers anys, enmig d'un context d'envelliment demogràfic, s'ha de basar en el reforç de l'autonomia de les infermeres i els infermers (sobretot a l'atenció primària i comunitària) i en l'impuls de treball en equip amb altres perfils professionals.
122. **Instaurar un sistema molt més àgil i intel·ligible d'homologacions de títols per a professionals de la salut d'origen extracomunitari** que compleixin amb tots els requisits. També es proposa delegar aquesta tasca als col·legis professionals, tal com s'ha fet al Regne Unit i en altres països del nostre entorn.
123. **Promoure aliances entre centres amb l'objectiu de fer xarxa, afavorir sinèrgies positives, facilitar l'intercanvi professional, la formació etc.** Aquest tipus d'actuació també hauria de servir per fer més atractius determinats llocs de treball.

#### 2.2.5.5. Transferència tecnològica, digitalització i salut

##### Reptes i oportunitats

124. **El CTESC constata que el sector salut compta a Catalunya amb un ecosistema de ciències de la vida i innovació que és punter en el context d'Europa**. Aquest sector està configurat per quatre subsectors: el farmacèutic, el biotecnològic, el de productes i serveis sanitaris i el de la salut digital.
125. Entre els actius de l'ecosistema de ciència de la vida destaquen tres elements. En primer lloc, **un dels hubs de recerca més dinàmics d'Europa**, gràcies al desenvolupament d'un model singular que té una estreta relació amb el sistema hospitalari. En segon lloc, **un ecosistema d'startups cada vegada més important**, encara que molt concentrat a l'Àrea Metropolitana de Barcelona. Finalment, **una capacitat important d'atracció de noves inversions** empresarials que creen llocs de treball.
126. La prestació de serveis assistencials, les activitats de formació i recerca i el desenvolupament econòmic lligat al sector salut configuren **un ecosistema que s'està expandint en cinc direccions**. Cada vegada hi ha **més actors** que entren en el sector salut en forma d'empreses de serveis; **més coneixements nous** procedents d'altres sectors; **més models de negoci**; **més instruments de pagament**; i **més mètodes de disseminació** del coneixement.
127. **El sector salut exerceix un control públic en els dos extrems de la cadena de valor**: d'una banda, la generació d'activitat de recerca i coneixement i, de l'altra, la

part final d'adopció o entrada d'aquest coneixement. Aquesta característica, que és exclusiva del sector salut i del sector de defensa, **situa en estrès l'entrada de nous models de negoci, així com l'esquema d'adopció i contractació d'innovacions tecnològiques.**

128. Aquest inconvenient s'ha atenuat lleugerament ençà de l'aprovació de la directiva europea de compra pública del 2014, atès que permet **incloure la innovació com a element clau en els processos de contractació.**
129. Tot i això, el *World Economic Forum* continua valorant com a altament deficitaris tres elements del cas espanyol. El primer element és la **baixa sofisticació dels compradors públics**, que actuen principalment amb contractacions en base a preu. El segon element és la **manca de col·laboració publicprivada**. Finament, el tercer element deficitari és **l'absència de responsabilitat de les administracions** en la gestió del canvi i la manca d'estratègia en aquest sentit.
130. **També és important reconèixer institucionalment el sector salut com un sector industrial.** Si bé és veritat que en el sector salut hi ha una política activa d'atracció d'inversions, la responsabilitat d'executar una estratègia de reindustrialització vinculada al sector salut no està ben definida. En aquest sentit, cal assignar un **lideratge operatiu** a aquesta estratègia, garantir uns **marcs normatius** estables i previsibles, disposar d'una **política activa d'atracció d'inversions** i facilitar la **col·laboració publicprivada**.
131. Una de les oportunitats per al desenvolupament de l'estratègia de reindustrialització es troba en **el paper que el sector salut podria jugar en projectes d'economia circular.** El sector salut podria tracturar empreses i actuar com a *early-adopter* de solucions relacionades amb l'autogeneració, l'estalvi energètica i la reducció i el tractament de residus, tal com ja s'ha fet en l'**Hospital Universitari de Mollet**.

### Actuacions potencialment cost-efectives

El CTESC vol destacar un conjunt d'actuacions potencialment cost-efectives en l'àmbit de la transferència tecnològica i la digitalització, atès que podrien ajudar a millorar la sostenibilitat del sistema de salut i la resiliència del sector salut:

132. **Vetllar perquè els debats a l'entorn de l'adopció tecnològica i la generació i ús de les dades s'emmarquin en coordenades tècniques** que girin al voltant de la millora dels resultats i el benestar de les persones.
133. **Desenvolupar processos sofisticats de contractació orientats a valor i no més a preu** per tal de facilitar l'atracció de capital. Paral·lelament, cal **disposar de mecanismes ràpids d'adopció de la innovació.**
134. **Democratitzar i impulsar un accés inclusiu a les innovacions tecnològiques sanitàries** i, més concretament, a les anomenades "tecnologies exponencials".
135. **Avançar en la implementació de les tecnologies de remotització dels i les pacients, la telesalut i la telemedicina.**

136. **Fer possible la liquiditat de les dades i l'intercanvi d'informació** entre els diferents actors del sector salut i del sistema de salut.
137. Al mateix temps, evitar el risc potencial de deshumanització tecnològica i els riscos derivats de la bretxa digital.