

AVALUACIÓ DE TRES PROPOSTES DE PLANIFICACIÓ SANITÀRIA

Maria Jesús Pueyo Sánchez

TESI DOCTORAL UPF / 2018

DIRECTOR DE LA TESI

Dr Vicente Ortún

CENTRE DE RECERCA EN ECONOMIA I SALUT
UNIVERSITAT POMPEU FABRA



Agraïments

Arribo al final d'un viatge que va començar ja fa molts anys, doncs aquesta és la tercera vegada que intento fer la tesi doctoral. Tot i que tard, ha valgut la pena.

I el primer que cal es donar les gràcies a la persona que m'ha acompanyat en tot aquest temps, el meu marit Marcel, que ha aguantat amb estoïcisme, bon humor i sempre, sempre, amb ganes de cooperar i animar, tots els caps de setmana que he dedicat a escriure les pàgines que ara teniu entre les mans.

Gràcies també als meus fills, que ja havien perdut el compte de quan feia o deixava de fer la tesi. Ells són sens dubte la millor cosa que m'ha passat a la vida i agraeixo profundament tenir-los al meu costat.

Gràcies a Vicente, el meu director i, sobre tot, veritable mestre en el més profund sentit de la paraula: el que albira més enllà del que es veu a simple vista i empeny cap a la superació d'un mateix. Aquesta tesi hagués estat molt diferent sense ell.

Gràcies als amics i companys de feina, als amics de Mapa (Pep, Anna, Herminia, Imma, Anna, Carme, Margarita, Jordi), els del Pla director de locomotor (Xavi, Marta, Eva), les del Pla director de cardiologia (Fina, Alba), a Ricard, als amics de CatSalut i del Departament, i entre ells al Ramón, culpable d'haver-me enredat de nou a fer la tesi quan ja ho havia descartat. Amb tots he passat un munt d'hores de converses, treballs, riures i cafès junts i totes, totes han valgut la pena.

Resum

A partir de l'anàlisi de tres propostes de planificació sanitària fetes des del Departament de Salut, es reflexiona sobre quins són els factors clau per implementar-les amb èxit. Malgrat les tres propostes eren factibles, acceptables, amb evidència i sostenibles, no es van implementar per tres raons: la manca d'alineació entre el Departament i l'asseguradora pública, la manca d'incentius òptims, i l'absència d'una estratègia de difusió de bones pràctiques.

L'administració sanitària té el deure de vetllar per l'equitat i l'eficiència dels serveis. L'equitat suposa que els ciutadans, sense capacitat d'elecció en un sistema públic organitzat territorialment, han de poder rebre la mateixa atenció de qualitat independentment d'on visquin. La millora de la qualitat assistencial esdevé una responsabilitat de l'administració. Això es contradiu amb la filosofia de no-interferència en el funcionament dels serveis sanitaris que es deriva de la separació de funcions de compra i provisió del sistema sanitari català.

Es proposa un canvi en la filosofia de fons per passar a una planificació promotora que, impulsi l'avaluació transparent i amb rigor de les innovacions organitzatives, la difusió i promoció de bones pràctiques, la comparació per qualitat dels proveïdors i el reconeixement dels bons resultats mitjançant incentius òptims.

Summary

Based on the analysis of three health-planning proposals made by the Department of Health, we reflect on the key factors for its successful implementation. Although the three proposals were feasible, acceptable, evident and sustainable, their implementation failed due to three reasons: the lack of alignment between the Department and the public insurer, the lack of optimal incentives, and the absence of a strategy for the dissemination of good practices.

The health administration must ensure the equity and efficiency of the services. Equity means that citizens, without being able to choose the provider in a public system organized territorially, must be able to receive the same quality care regardless of where they live. The improvement of quality of care becomes a responsibility of the administration. This goes against the non-interference philosophy in the functioning of health services that derives from the separation of functions of purchase and provision in the Catalan healthcare system.

The suggestion is to change the philosophy of the public administration in order to move to a more proactive planning that impels the transparent and rigorous evaluation of organizational innovations, the dissemination and promotion of good practices, the comparison by quality of the providers and the recognition of the good results through optimum incentives.

Pròleg

Aquesta tesi s'emmarca en un context molt determinat: el de la planificació sanitària feta des del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya en els últims 10 anys. L'entorn, els elements dels que es parla, els factors que s'examinen, els actors i la correlació de forces que s'analitzen, són propis d'aquest sistema sanitari en aquest moment concret. Cal dir que és una tesi que neix de l'experiència personal i del recorregut vital dels últims 10 anys, en els que he estat implicada en l'elaboració i seguiment, primer del Pla director de locomotor i altres productes de planificació, i des de fa poc en la coordinació dels diferents plans directors.

El contingut de la tesi parteix de l'experiència d'haver col·laborat en l'elaboració d'una sèrie de propostes de millora de l'atenció sanitària que finalment, i malgrat els esforços esmerçats, no han aconseguit ser implementades amb èxit. L'objectiu és contestar les preguntes: per què no s'han implementat? Quins elements ha de tenir una proposta de planificació per ser implementada amb èxit? Com es podia haver fet millor?

L'anàlisi de les tres experiències concretes que es presenten va començar per les característiques tècniques de les mateixes. Des de la meua perspectiva de professional sanitària, semblava que el més important havia de ser el rigor, la consistència, la fiabilitat, la sòlida evidència científica que sustentaven les propostes. Però aviat va ser evident que hi havia altres factors importants i amb els que no estava tan familiaritzada: els criteris explícits i implícits de prioritització de propostes, el procés de decisió en un entorn de política sanitària, les actuacions dels diferents actors, el conflicte entre parts del sistema, les asimetries de poder, la influència dels valors culturals, la participació dels professionals, els incentius.

Aquesta anàlisi de política sanitària va desvetllar la contradicció existent en el sistema sanitari català entre dues filosofies: per una banda, la de no-interferència en el funcionament dels serveis sanitaris que es deriva de la separació de funcions de compra i provisió de CatSalut; per l'altre, la filosofia planificadora, que es deriva dels plans directors, i que ofereix com a solucions als problemes de salut canvis en la pràctica clínica i en l'organització de serveis.

I davant d'aquesta contradicció: què és el correcte? Quina és la funció de l'administració sanitària? Ha d'ocupar-se de la qualitat assistencial, o és un assumpte dels proveïdors i professionals? Fins a quin punt ha d'immiscir-se en els serveis sanitaris?

L'opció defensada aquí és la de que l'administració ha d'implicar-se més en la millora de la qualitat assistencial. Per què? Perquè la defensa del valor de l'equitat en un sistema que organitza els serveis sanitaris de forma territorial i sense capacitat d'elecció, obliga a vetllar perquè el ciutadans de Catalunya rebin la mateixa qualitat assistencial independentment d'on visquin. Això comporta unes responsabilitats que actualment ja s'estan exercint però de forma parcial, tímida i sense coordinació. La proposta final és adoptar, clarament, la filosofia de planificació per involucrar-se més en el coneixement i anàlisi dels processos

assistencials. Caldria estructurar l'administració per mantenir un diàleg fluid amb els professionals sanitaris, estar amatent a les innovacions organitzatives que apareguin, fer l'avaluació de resultats amb rigor i transparència i impulsar, de forma decidida, la difusió i implementació de les bones pràctiques. Cal desvetllar en l'administració el compromís per la qualitat, la credibilitat en l'avaluació i el reconeixement de la bona feina.

Metodològicament la tesi presenta un discurs narratiu propi en el que els articles s'incardinen com a peces independents que recolzen part del discurs. Pels articles s'han fet servir eines estadístiques habituals: regressions logístiques i anàlisi de supervivència. També s'han fet les revisions bibliogràfiques adients tant per la metodologia com pel contingut. La participació en el projecte COST 1405 em va permetre una curta estada a la seu de la OMS a Ginebra, on vaig tenir l'oportunitat de revisar aspectes relacionats amb les preferències sobre el tipus de part de les dones i els professionals. Per la resta del discurs, apart de recollir l'experiència viscuda, s'ha contrastat el discurs amb moltes persones de l'entorn de la planificació sanitària a partir de converses i revisions dels textos. Però finalment el que es diu, amb encerts i errors, és tot responsabilitat pròpia.

La comparabilitat de la planificació sanitària feta a Catalunya amb la que es fa en altres països és difícil de fer. Els processos de decisió polítics i les estructures administratives, així com les característiques dels sistemes sanitaris, marquen diferències que fan molt complexa la comparació. Però han resultat molt inspiradores, per la discussió, les lectures de com s'organitzen a altres països de l'entorn, especialment Holanda, el Regne Unit i algunes organitzacions dels EEUU, pel contrast i la diferència de perspectives.

Finalment, i crec que afortunadament, la tesi representa un punt de partida més que un final. Estic convençuda que quan la presenti algunes de les reflexions i conclusions hauran evolucionat respecte al que queda escrit aquí. De totes les sensacions experimentades al llarg d'aquests 4 anys (entusiasme, cansament, tedi, insignificança, inutilitat, garbuix, inseguretat.) la més gratificant i la que persistirà és, sens dubte, la sensació d'haver obert una porta per començar un viatge cap a nous espais que cal explorar. I això és el millor de tot.

Índex

Resum	v
Pròleg	vii
1. INTRODUCCIÓ	1
1.1. La planificació sanitària	2
1.2. Material i mètodes	3
2. PRESENTACIÓ DE LES PROPOSTES	5
2.1. Proposta per a la disminució de la incidència de les fractures de fèmur	5
2.2. Atenció integral als pacients ingressats per fractura de fèmur	23
2.3. Disminució de les intervencions obstètriques	39
3. DISCUSSIÓ	53
3.1. Bones propostes però sense implementació efectiva	53
3.2 El corrent dels problemes: el Pla de salut	57
3.3 El corrent polític: el procés de decisió	61
a) Fragmentació en l'administració sanitària	61
b) La qualitat assistencial com a criteri de prioritització	62
c) La prioritització participativa	65
3.4. El corrent de les alternatives	67
a) La participació dels professionals en la planificació sanitària	67
b) El procés de formulació de propostes	68
3.5 Millora de les estratègies operatives	71
a) Definir els interlocutors	71
b) Avaluació coherent i disseny d'incentius òptims	72
c) Difusió de les propostes	73
3.6 Proposta de millora	75
a) Un mur de contenció esquerdat	75
b) Compromís, credibilitat i reconeixement	76
3.7 Propostes per a la recerca	79
4. CONCLUSIONS	81
5. ANNEXOS	85
5.1 Annex 1	85
5.2 Annex 2	95
5.3 Annex 3	105
5.4 Annex 4	119
5.5 Annex 5	129
5.6 Annex 6	135
6. BIBLIOGRAFIA	147

1. INTRODUCCIÓ

El recorregut d'aquesta tesi comença l'any 2007 en què, coincidint amb l'inici d'una nova legislatura, la Lliga Reumatològica de Catalunya, com a federació de pacients reumàtics, va demanar la creació d'una estratègia per millorar l'atenció a aquestes malalties. L'any 2008 es va crear el Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor en el si de la Direcció general de Planificació i Avaluació del Departament de Salut. L'objectiu final del Pla era, i és, millorar l'atenció sanitària, no només de les patologies reumàtiques inflamatòries, sinó també d'altres més prevalents com la lumbàlgia, l'artrosi, l'osteoporosi o les patologies de parts toves. El Pla, necessàriament pluridisciplinari, - ja que aplegava reumatòlegs, traumatòlegs, metges de família, infermeres, fisioterapeutes, rehabilitadors i professionals de la clínica del dolor-, va començar a treballar en grups en les línies estratègiques abans anomenades i va acabar presentant les seves propostes l'any 2010 (1). L'inici de la crisi econòmica, que va suposar una forta retallada de l'activitat sanitària i del pressupost farmacèutic, va implicar també dificultats per a la implementació de les propostes del pla director.

A més de les tasques del Pla director he pogut participar en altres equips de treball relacionats amb la planificació sanitària en camps tan diversos com la salut materna, la planificació de serveis sanitaris territorials, la reordenació de procediments quirúrgics d'alta especialització, l'elaboració de models assistencials de determinades especialitats, o aspectes relacionats amb la salut pública i la pediatria, especialitat en la que em vaig formar i en la que he treballat durant 16 anys primer a l'hospital i després a l'atenció primària. La meua perspectiva és la d'una metgessa que treballa per procurar una sanitat pública, accessible, adequada a les necessitats, participativa i transparent en les decisions i en la gestió dels diners, i de qualitat.

L'objectiu avaluador de la tesi, inicialment de caire epidemiològic, ha permès un treball de reflexió sobre la meua experiència en el camp de la planificació sanitària. Partint del més concret i específic he intentat aixecar la mirada cap a una visió més àmplia de les peces i els actors que juguen un paper en aquest terreny per, finalment, tornar a la realitat i intentar millorar-la.

1.1 La planificació sanitària

Existeixen moltes definicions del que és la planificació de qualsevol activitat però totes inclouen dos elements: la definició de metes i objectius que es volen aconseguir i el disseny d'estratègies o plans per aconseguir-los. La planificació sanitària s'entén llavors com l'esforç

de dissenyar estratègies i plans per aconseguir els objectius de salut i funcionament dels serveis sanitaris prèviament prioritzats.

- per un economista, la planificació és l'assignació de recursos, sempre limitats, per donar resposta a les necessitats de salut;
- per un salubrista, és el disseny d'intervencions efectives per millorar la salut de la població;
- per un professional assistencial són els plans de millora del funcionament dels serveis sanitaris.

La planificació sanitària té camps de joc diferents però entrelligats: la interrelació entre pacient i professional on es prenen decisions (micro-gestió), que és el camp de la pràctica clínica; l'organització dels serveis, que inclou la meso-gestió, i les directrius de política sanitària i assignació de recursos (macro-gestió) que permeten i suporten la possibilitat d'aquest acte. Els tres camps estan profundament interrelacionats ja que l'estil de pràctica clínica s'adapta a l'oferta disponible i a la política sanitària però a efectes de propostes de planificació representen camps, actors i condicionants diferents. El camp de joc d'aquesta tesi es situa en la meso-gestió.

La planificació comença per la definició dels objectius de salut i provisió dels serveis sanitaris que es formalitza a través d'un procés implícit o explícit de priorització. El procés de priorització és una de les activitats fonamentals del procés de decisió política i respon a un sistema de interessos i valors, sense que hi hagi una única resposta tècnica. Els interessos dels diferents actors, la necessitat de donar resposta a la demanda dels ciutadans de forma acceptable, la constricció de recursos, i molts altres factors influeixen sobre el procés de decisió política.

L'elaboració de plans de salut i el disseny de propostes per a la millora de l'atenció són un pas imprescindible però no assegura l'assoliment dels objectius. Més enllà del contingut de les propostes són importants altres factors com: Qui decideix? Com es decideix? Quins factors intervenen? Quins recursos es dedicaran? Quines conseqüències té la decisió? Així el contingut de les propostes no es pot separar del procés de decisió política. La planificació sanitària és un element essencial del govern del sistema sanitari d'un país i, tant en els seus objectius com en la seva organització i metodologia, reflecteix el context polític, social, econòmic i cultural en el que es desenvolupa (2). El treball que segueix a continuació intenta reflexionar, a partir de l'anàlisi de tres propostes concretes de planificació, sobre la pregunta de quins són els factors que fan possible, o no, que una proposta de planificació feta des de l'administració sanitària tingui èxit a l'hora de ser implementada en el nostre entorn.

1.2 Material i mètodes

L'anàlisi de les tres propostes de planificació segueix la metodologia proposada per Kent Buse (3), professor a la London School of Hygiene and Tropical Medicine. L'anàlisi intenta incorporar el context en el que es formulen les propostes de forma sistemàtica i contempla els següents aspectes:

- Contingut de la política: la proposta tècnica que es fa per donar resposta a una situació identificada com un problema. Inclou els objectius que es persegueixen i les intervencions que es proposen.
- Context: es refereix als factors estructurals, culturals, exògens o conjunturals que poden tenir efecte sobre les polítiques sanitàries concretes. El sistema polític i econòmic, les qüestions culturals, determinats esdeveniments que polaritzen un debat o qüestions que són d'àmbit internacional.
- Procés: la forma en que les polítiques es prioritzen, es desenvolupen i formulen, es negocien, es comuniquen, s'implementen i s'avaluen. Una forma d'analitzar el procés és a partir del model heurístic de Sabatier (4) que distingeix diferents fases en el procés de decisió: el reconeixement del problema i la seva incorporació a l'agenda política; la formulació de les propostes; la implementació i l'avaluació. La principal crítica al model heurístic és que descriu el procés de decisió com un procés racional i lineal quan en la pràctica totes les fases són simultànies i interrelacionades entre si. Una altre teoria ben coneguda és la dels tres corrents de Kingdon (5) sobre la incorporació de temes en l'agenda política.
- Actors: es refereix als individus, organitzacions, proveïdors, agents, funcionaris, polítics i totes les institucions que poden intervenir en el procés de decisió. Els diferents actors exerceixen la seva influència a diferents nivells i amb diferents interessos. Per l'anàlisi dels stakeholders o actors s'utilitzen dues dimensions: la seva capacitat d'influència o poder, i el seu interès a favor o en contra de la proposta.

El model dels tres corrents de Kingdon (5)

Segons aquesta teoria, per a l'adopció de determinats temes com a prioritaris en l'agenda política cal la confluència de tres corrents que van fluint al seu propi ritme:

- el corrent del problema (*problem stream*): les condicions o fets es tornen en problemes quan entren en conflicte amb els valors socials, quan surten malparats en la comparació amb altres països, o quan es classifiquen de forma diferent. Els problemes s'identifiquen a partir de dades, comparacions, crisis o aconteixements.
- el corrent de les alternatives o solucions (*policies stream*): es refereix a l'aparició en diferents sectors de respostes al problema. Les alternatives viables han de ser possibles tècnicament, compatibles amb els valors socials, acceptables i factibles.
- el corrent polític (*politics stream*): es refereix als moments o episodis, com canvis de govern, determinats successos o campanyes, que fan que es puguin adoptar decisions diferents.

Segons Kingdon només quan coincideixen els tres corrents s'obre una finestra d'oportunitat i el problema i les seves solucions entren en l'agenda política. Les finestres d'oportunitat s'obren, habitualment, per canvis en el corrent polític o en el del problema, per un període de temps limitat i s'han d'aprofitar.

2. PRESENTACIÓ DE LES PROPOSTES

2.1 Proposta per a la disminució de la incidència de les fractures de fèmur

Article 1: Secular trend in the incidence of hip fractures

L'any 2008, el Pla director de malalties reumàtiques va entrar a formar part d'una sèrie de plans directors que des de l'inici de la dècada del 2000 intentaven aprofitar l'expertesa dels professionals assistencials en la planificació sanitària. La constitució del pla director va suposar incorporar a l'agenda de prioritats de la legislatura les patologies de l'aparell locomotor. Aquestes patologies són el primer problema crònic de salut declarat pels ciutadans catalans, segons les diferents edicions de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) (6). Són més freqüents en dones i presenten un fort gradient social (7); originen el 30% de les consultes a atenció primària i un gran volum d'activitat en altres nivells assistencials; són el primer motiu de consulta dels serveis de rehabilitació; el primer motiu d'ingrés en l'atenció sociosanitària; un dels motius més importants de pacients incorporats a les llistes d'espera quirúrgiques, i la primera causa de dies perduts per baixa laboral (Annex 1).

Entre les línies treballades en el si del Pla director, la millora de l'atenció a l'osteoporosi i la seva manifestació més greu que és la fractura de fèmur, van ser objecte de sengles grups de treball que van publicar una sèrie de propostes de les quals analitzo dos a continuació (8).

Contingut de la proposta

La fractura de terç proximal de fèmur en persones de més de 65 anys té com a base la fragilitat òssia provocada per l'osteoporosi que es caracteritza per una disminució de la massa òssia i una alteració de la micro-arquitectura dels ossos. Segons el registre del Conjunt Mínim de Base de Dades d'hospitalització (CMBD-AH) de 2008, la taxa era de 74,2 casos per cada 10.000 habitants majors de 64 anys d'edat, xifra que convertia a Catalunya en la comunitat autònoma amb la incidència més alta (9).

Cada any s'ingressen al voltant de 8.000 pacients per fractura de maluc a Catalunya, quantitat que, previsiblement, anirà en augment per l'increment de població envellida. El perfil d'un pacient amb fractura de maluc és el d'una dona de 85 anys amb un 30% de probabilitat de passar a ser dependent després de la fractura. Aproximadament un terç precisen un ingrés sociosanitari posterior.

La reducció de la incidència de fractura de maluc és un objectiu que apareix per primera vegada en el Pla de salut de Catalunya en el 2002 (10). L'objectiu estava formulat com:

“La reducció, entre 2002 i 2010, de la incidència de fractura en un 20% en les persones entre 65 i 84 anys”

Les estratègies proposades llavors eren la realització d'una revisió sobre si convenia fer un cribratge o no, i la prevenció del risc de caigudes. Tot i que es va treballar en la prevenció de caigudes, no es va arribar a definir una proposta amb intervencions concretes. Ja l'any 2003 el 42% dels pacients tenien més de 85 anys (11). L'any 2011, el Pla director va ampliar el tram d'edat de l'objectiu a les persones de 65 anys o més, per incloure el 50% de pacients que quedaven fora. L'objectiu es va formular com (12):

“Reduir la incidència de la fractura de coll de fèmur en un 10% en les persones de 65 anys i més”

Les estratègies proposades pel pla director eren les actuacions preventives sobre els grups de més risc de fractura: pacients en tractament crònic amb corticoides, pacients institucionalitzats i pacients amb una fractura osteoporòtica prèvia. En els tres casos, la proposta suposava un canvi en la pràctica clínica ja que aquests pacients s'havien de detectar per iniciar un tractament farmacològic preventiu amb una durada de 5-7 anys.

La proposta establia que s'havien d'identificar aquests pacients; establir el risc de nova fractura, i en cas de estar indicat, iniciar tractament farmacològic, a més d'una sèrie de recomanacions sobre estils de vida saludable i prevenció de caigudes, d'acord al que publicaven les guies de pràctica clínica (13). Es va considerar necessari la creació d'una alarma en la història clínica electrònica d'atenció primària relacionada amb la prescripció de corticoides.

Quin és el procés pel que les recomanacions de canvi de pràctica clínica arriben a la rutina dels professionals?

La literatura sobre la difusió de les innovacions en l'àmbit mèdic comença amb l'obra de Rogers "Diffusion of innovations" en 1962. En aquest model es descriuen quatre elements que tenen influència sobre l'adopció d'innovacions: la innovació mateixa, els canals de comunicació, el temps d'adopció i el sistema social.

La revisió sistemàtica feta per Greenhalg (14) en 2004, mostra com diferents teories han donat cos a la literatura al voltant d'aquest tema. Les teories inicials es basaven en els estudis de comunicació, màrqueting i sociologia rural. Segons aquestes tradicions el factor més important era el comportament individual, la personalitat de l'adoptant i l'adaptació de la innovació, que era contemplada com una cosa positiva sempre. Posteriorment les teories provinents de l'àmbit de l'antropologia, la sociologia i l'economia, i estudis sobre desenvolupament comunitari van posar de relleu el paper del context, i el fet que les innovacions poden tenir significats diversos pels actors i no sempre positius. El desenvolupament de la promoció de la salut i la perspectiva aportada por G Rose (15) sobre la prevenció poblacional, va posar de relleu el valor de les actuacions comunitàries. El corrent de la medicina basada en l'evidència va aportar la necessitat de fer un anàlisi de les innovacions per comprovar-ne l'efectivitat. Les evidències són ambigües i canviant, no sempre ben acceptades, i s'han d'adaptar al context, posant de relleu la necessitat de canvis a nivell organitzatiu i el rol que poden jugar diferents grups professionals. Del model inicial basat en el comportament individual es va arribar als estudis sobre la importància de les organitzacions i la seva capacitat d'adaptar-se al canvi, teories desenvolupades a partir dels estudis de gestió i de la psicologia de les organitzacions, o de les teories de la complexitat.

S'han elaborat molts models que intenten recollir quins són els elements essencials per a la modificació del comportament dels professionals: Health Belief Model (16), Theory of planned behaviour, Normalization Process Theory (17), Knowledge to action (18) o el Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARiSH) (19) entre altres. A partir de l'examen de les diferents teories existents, Damschroder va elaborar el Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (20), un dels més utilitzats actualment..

Taula 1. Dimensions clau per a una implementació efectiva segons el Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)(20)

Dimensions	Contingut
Innovació	<ul style="list-style-type: none"> - L'origen de la intervenció i la qualitat de la comunicació i presentació de la proposta, - La qualitat de l'evidència de la seva efectivitat tot tenint en compte un context en el que les pràctiques inútils triguen molt a desaparèixer mentre que les efectives també s'implanten molt lentament - La millora de l'actuació clínica en els àmbits de l'eficiència, la resolució, la qualitat o la seguretat. Aquest és un criteri decisiu per l'administració sanitària, - La compatibilitat amb els valors i les competències del professional, - La capacitat per ser assajada, el risc o la incertesa de l'adopció - La formació necessària, la simplicitat o complexitat de la mesura, la corba d'aprenentatge - El cost que suposa introduir la innovació
Professionals	<ul style="list-style-type: none"> - La psicologia individual, l'autoeficàcia, la predisposició al canvi - Les creences sobre les intervencions, el significat que li donen a l'adopció de la intervenció, - El nivell de coneixement i les dificultats pràctiques en l'adopció de la innovació. - La identificació amb l'organització o altres atributs personals
Pacients (21)	<ul style="list-style-type: none"> - L'acceptabilitat, expectatives i preferències dels pacients. Les preferències dels pacients que no sempre són les mateixes que las dels metges. Alguns estudis mostren que són les preferències dels metges, i no les dels pacients, les que marquen la pràctica clínica (22) - L'anàlisi de les barreres i facilitadors per a l'adopció d'un canvi de comportament.
Les organitzacions (nivell meso)	<ul style="list-style-type: none"> - Qüestions estructurals, l'equilibri de poders, el compromís, el lideratge - La cultura de l'organització, el clima per la implementació, la receptivitat i la capacitat de canvi, - Les xarxes i comunicacions amb l'entorn, - Els recursos destinats
Context	<ul style="list-style-type: none"> - El clima sociopolític, les regulacions, les polítiques públiques, les xarxes de poder i les normes que regulen els comportaments entre altres - La distribució geogràfica, - Els incentius, els recursos financers, tecnològics o humans
Procés d'adopció	<ul style="list-style-type: none"> - Com es comuniquen, es difonen i s'implementen les idees; qui les adopta entre els companys o entre els professionals de referència, l'existència de líders o paladins; - el suport de l'entorn tant el més proper (companys) com l'extern (institucional, polític, social); els incentius; - la credibilitat de la font o qui promou el canvi, qui decideix implementar-la, qui la lidera o si hi ha avaluació i feedback sobre el progrés

Una revisió dels elements que tenen influència sobre el canvi en la pràctica clínica citats abans ens mostra, en referència a la proposta del pla director, que:

- Existia evidència de bona qualitat sobre la prevenció secundària que demostrava que el tractament podia disminuir la incidència de noves fractures en un 40% (23). Aquesta reducció suposava un guany pels pacients ja que la qualitat de vida s'afecta considerablement en el primer any de vida amb unes utilitats de 0,797 en el primer any post-fractura i de 0,899 en els següents (24).
- El professional responsable de la detecció i el tractament havia de ser el metge d'atenció primària. Les fractures osteoporòtiques, per la seva alta prevalença i baixa complexitat, eren pròpies d'aquest àmbit. Els metges de família tenen prou competències i coneixements per abordar el tractament de l'osteoporosi. La intervenció no era difícil ni es requeria un alt grau de coneixement ni habilitats especials
- La recomanació tenia el seu origen en el Pla director i per tant tenia el recolzament del Departament de Salut. Per aquesta recomanació no era necessari destinar finançament, excepte el que es derivava de la prescripció. L'increment de la medicació no suposava un gran increment de la despesa farmacològica, ja que el fàrmac de primera línia era barat.
- La prevenció secundària implicava aspectes no farmacològics com la prevenció de caigudes, la desmedicalització i la millora d'estils de vida. La prevenció de caigudes implicava, retirar medicació depressora del sistema nerviós central i inhibidors de la bomba de protons, que augmenten el risc i que són força freqüents en les persones de més de 65 anys. Els aspectes relacionats amb estils de vida són difícils de canviar i impliquen formació i determinades habilitats i temps per part dels professionals.
- La prevenció de les fractures, encara que augmenta la qualitat de l'atenció, és un canvi de pràctica clínica lligada a la prescripció farmacèutica i, per tant, sotmesa a les limitacions de regulacions i pressupostàries establertes per l'administració sanitària. Els incentius o penalitzacions a Catalunya s'estableixen a través dels contractes anuals que es signen entre l'asseguradora (CatSalut) i els proveïdors. El contracte amb els centres d'atenció primària especifica el finançament que reben els centres per realitzar una activitat que està expressada en el contracte de forma general com *"l'atenció especialitzada familiar i comunitària i de salut pública en l'àmbit d'atenció primària"*, terme que engloba totes les activitats. A més del contracte, existeix una contraprestació per resultats (CPR) que representa el 5% del pressupost total de cada equip d'atenció primària i que es paga en funció de l'assoliment d'alguns objectius assistencials establerts per l'asseguradora pública.

En resum, es pot establir que la intervenció proposada estava avalada per l'evidència, era acceptable, factible i no massa cara, i podia implementar-se en l'àmbit de l'atenció primària.

Només calia millorar la formació dels professionals sanitaris per impulsar el canvi en estils de vida i assumir el cost de la medicació necessària.

Procés

Les propostes relacionades amb canvis de pràctica clínica inclouen la inclusió de noves prestacions en la cartera de serveis pública; la incorporació de noves tecnologies per l'abordatge de proves diagnòstiques; o els canvis en l'abordatge terapèutic de les malalties que inclouen tant fàrmacs com noves tecnologies, o nous abordatges com ara tractament grupals, e-consulta o altres.

Les principals estratègies reconegudes per la implementació de canvis en la pràctica clínica són la formació dels professionals, l'elaboració de consensos, l'establiment de guies i protocols i la seva implementació en la pràctica clínica mitjançant recordatoris, alertes, feedback (25)

El pla director, a més de publicar la proposta, va elaborar un objectiu per ser inclòs en la CPR per tal de millorar la prescripció de fàrmacs antiosteoporòtics en els pacients amb fractura de maluc i/o en tractament amb corticoides. Després de sotmetre'l al procés de selecció d'objectius per a la CPR no va ser prioritzat i per tant no va ser inclòs. En aquell moment no es va elaborar cap estratègia de formació o sensibilització als professionals ni als pacients sobre el tema, ni el desenvolupament de guies clíniques o protocols adequats.

Actors i context

- En el context de crisi econòmica dels anys 2010-2014, en els que es va produir una reducció del pressupost dedicat a sanitat del 14% (26), el CatSalut va promoure una retallada dràstica dels fàrmacs indicats per a la prevenció de les fractures. Es va assolir una reducció d'un 40% del nombre de pacients en tractament per bifosfonats (27), de forma lineal en tots els grups d'edat i sexe sense tenir en compte els diferents graus de risc de la població.
- Altres factors culturals van influir en la disminució de la prescripció. Les fractures de maluc s'associen a la vellesa i tenen una connotació d'inevitables, mentre que l'osteoporosi, després de molts anys de campanya d'empreses farmacològiques, s'associava a la menopausa. La medicació antiosteoporòtica es va indicar sovint a dones post-menopàusiques que tenien un risc baix de fractura i en les que la prescripció no estava justificada. L'abús de la indicació en grups de poc risc, que s'ha quantificat en el 45% dels tractaments en la població femenina de 50 anys o més (28), i l'aparició d'efectes secundaris (29) va contribuir a descartar el tractament també en els grups poblacionals de més risc.

- En aquest cas, com en altres patologies, no existia cap associació de pacients que demanés millora de la qualitat de l'atenció. Entre les dificultats de la proposta, cal dir que els pacients mostren baixa adherència al fàrmac motivat en part per les condicions d'administració del mateix i per la poca importància que se li dona al tractament, ja que no s'associa l'osteoporosi a les fractures.
- Les societats científiques de metges de família i de geriatria estaven interessades en millorar l'actuació dels seus professionals en aquest aspecte. La Societat catalana de metges de família (CAMFIC) va publicar una guia de pràctica clínica l'any 2014 (13) que s'alineava amb les propostes del pla director.

Anàlisi de la correlació de forces (Anàlisi de stakeholders)

Per l'anàlisi es consideren 2 dimensions: poder i interès.

Les dues dimensions es classifiquen en tres categories cadascuna:

Poder: Molt / Mig / Baix

Interès: A favor / en contra / indiferent

Per tal de poder crear una imatge gràfica a les tres categories se'ls hi assigna un valor.

Poder: Molt=3 / Mig=2 / Baix=1

Interès: A favor=1 / En contra= -1 / indiferent=0,5

El producte de les dues variables dona un valor que és el que es representa gràficament en un cercle categoritzat en tres: valors a favor, en contra o indiferents.

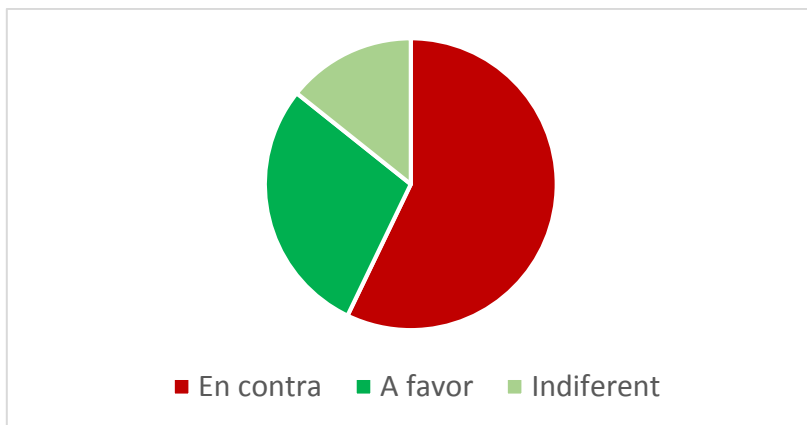
Taula 2. Anàlisi de stakeholders per la primera proposta

	Poder	Posició	Producte	Resultat
CatSalut	3	-1	-3	-6
Proveïdors	3	-1	-3	
Pla director	2	1	2	3
CAMFIC	1	1	1	
SCCOT	1	0,5	0,5	1,5
SCR	1	0,5	0,5	
SCGG	1	0,5	0,5	

Poder: 1=baix; 2=mig; 3=alt;

Posició: 1=a favor; -1=en contra; 0,5=indiferent

Figura 1. Representació gràfica de l'anàlisi de stakeholders de la primera proposta



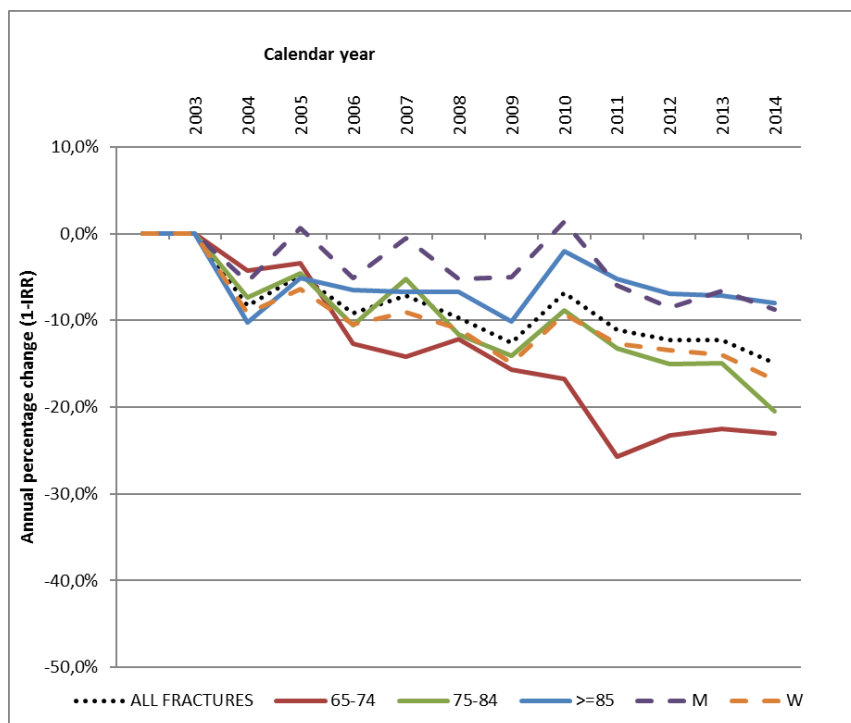
Com a resum, el pla director, i per tant el Departament de Salut, estava a favor de la proposta junt amb un seguit de professionals de la geriatría i la medicina de família. En contra hi havia l'asseguradora pública que va establir una sèrie de penalitzacions per la prescripció que els diferents proveïdors van haver de seguir. La correlació de forces era clarament negativa per l'èxit de la proposta.

Avaluació

El primer article presentat **“Secular trend in the incidence of hip fractures”** mostra que l'evolució de la incidència de fractura de coll de fèmur entre 2003 i 2014 a Catalunya té tendència a disminuir al voltant d'un 1% cada any, amb una davallada important en les dones i en el grup d'edat inferior a 85 anys, i sense canvis en el grup de 85 anys i més que és el més nombrós (Figura 2). S'ha assolit l'objectiu del Pla de Salut en les dones però no en els homes. Aquests resultats són similars als observats en la resta d'Espanya i en altres països europeus. Les possibles raons per la disminució de la incidència observada són l'arribada de generacions més sanes (30), amb un envelliment més actiu, i potser també l'efecte protector de la medicació indicada a dones post-menopàusiques de baix risc que ara arriben a edats avançades (31).

Al 2013, només l'11% dels pacients ingressats per fractura de coll de fèmur van rebre tractament farmacològic posterior a l'ingrés (32). La prevenció secundària es fa en molt pocs casos. La millora en la prevenció secundària segurament aconseguiria una reducció més important de la incidència tant en homes com en dones.

Figura 2. Canvi anual en la ratio de la taxa d'incidència estandarditzada de fractura de coll de fèmur en persones de ≥ 65 anys a Catalunya 2003-2014 per sexe i edat (2003 any de referència)



Actualment, el pla director ha posat en marxa el **Projecte APROP**, com una prova pilot per avaluar l'efectivitat de la prevenció secundària feta a l'atenció primària. Diversos estudis mostren un augment del risc relatiu de segona fractura del 23% a l'any (33) i fins als 54% en els 5 anys posteriors a la fractura (34)(35). Les principals guies clíniques sobre el maneig de l'osteoporosi recomanen l'estudi i tractament d'aquests pacients al més aviat possible. Malauradament, la detecció i tractament de l'osteoporosi en pacients amb fractura incident està molt per sota del que seria desitjable ja que se n'estudien menys del 50% i la proporció de persones que reben tractament després d'una fractura estava entre l'11% i el 28% al Regne Unit (36), i, com ja s'ha dit abans, al voltant de l'11% a Catalunya (2014). En els últims anys, hi ha diverses experiències publicades que demostren l'efectivitat i l'eficiència d'implementar programes de detecció i gestió de pacients amb fractura osteoporòtica basats en gestores de casos o serveis de gestió de fractures (Fracture Liason Services, FLS) (37). Aquests serveis cerquen els pacients amb fractura osteoporòtica, fan una avaluació del seu estat de salut, incloent-hi l'existència de causes d'osteoporosi secundària, el risc de nova fractura, el risc de caiguda i dades sobre dieta i activitat física. La intervenció consisteix en fer recomanacions sobre dieta, activitat física i prevenció de caigudes, a més de la instauració de fàrmacs antiosteoporòtics quan calgui. Es fa un seguiment proper al malalt per aconseguir millorar l'adherència a les mesures proposades (38). Habitualment la intervenció i el seguiment es fan des d'un servei hospitalari a càrrec d'un coordinador clínic

(39) que sol ser una infermera. Hi ha molt poques experiències publicades sobre la intervenció des d'atenció primària.

El projecte APROP és un projecte pioner a nivell europeu que avalua la intervenció de prevenció secundària feta a l'atenció primària. Actualment hi participen 54 EAP que s'ampliaran a 75 durant el 2018.

Article 1

Pueyo-Sánchez MJ Larrosa M, Surís X, Casado E, Auleda J, Fusté J, Ortún V
Secular trend in the incidence of hip fracture in Catalonia, Spain, 2003-2014

Age Ageing. 2017 Mar 1;46(2):324-328

doi: 10.1093/ageing/afw196

<https://academic.oup.com/ageing/article/46/2/324/2398977>

1.1 Atenció integral als pacients ingressats per fractura de fèmur

Article 2: Association of orthogeriatric services with long-term mortality in patients with hip fracture

Una altre de les propostes del Pla director de l'aparell locomotor va ser la millora de la gestió del pacient ingressat per fractura de fèmur focalitzat en dos elements: la cirurgia abans de les 48 h i el maneig integral del pacient des del principi de l'ingrés. Els objectius eren disminuir la mortalitat, les complicacions durant l'ingrés i l'estada mitja.

Context: l'atenció al pacient ingressat per fractura de maluc a Catalunya

El nombre de pacients amb fractura de maluc augmenta cada any i també ho fa l'edat mitjana el que significa que cada cop hi ha més comorbiditat i és més difícil que els pacients tornin a la seva vida habitual. Això comporta aproximadament un 30% d'altres a recursos socio-sanitaris. Durant el període 2010-2014, l'estada mitjana ha millorat passant de 13,4 a 10,9 dies, i la mortalitat intra-hospitalària ha disminuït passant del 5,2% al 4,7%.

Pel que fa a la despesa associada, al 2009 (40) (Annex 2), sobre un total de 9.262 fractures, es va calcular que la despesa directa va ser de 55 milions d'euros (5.943,4 € per pacient). La despesa total (directa i indirecta) en un període de 10 anys es va calcular en 9.233,6 € per persona a 20 anys.

Contingut de la proposta

La proposta del pla director va ser la implementació de l'abordatge multidisciplinari des de l'inici de l'ingrés per fractura osteoporòtica de maluc (1). L'abordatge integral significava que des del principi de l'ingrés el malalt havia d'estar sota la supervisió d'un metge internista o d'un geriatra per a facilitar l'estabilització del malalt, la intervenció en les primeres 48 h en la majoria dels casos, la prevenció de complicacions, la rehabilitació precoç i la planificació de l'alta. L'objectiu era que al 2014 el 60% dels pacients ingressats per fractura de coll de fèmur fossin atesos amb un abordatge integral.

En aquest cas la proposta del pla director suposava una reordenació dels serveis hospitalaris que atenen aquests pacients amb la instauració d'un nou servei d'ortogeriatría, o la intensificació de la intervenció de les Unitats Funcionals Interdisciplinàries Socio-sanitàries (UFISS).

Els elements que afavoreixen la reordenació de serveis són similars als que afavoreixen el canvi en la pràctica clínica. Les qüestions referents a l'organització i l'entorn tenen més pes

que no les referents al comportament individual. La proposta d'implantar unitats d'ortogeriatria complia amb molts dels criteris abans esmentats:

- Hi havia evidència de que el tractament en aquestes unitats disminuïa les complicacions, millorava la recuperació de la funcionalitat i disminuïa les estades a l'hospital (41,42) El segon article presentat, ***“Association of orthogeriatric services with long-term mortality in patients with hip fracture”***, ve a reforçar aquesta evidència.

L'article mostra que la mortalitat, ajustada per edat, sexe i índex de Charlson, dos anys després de ser atès en un hospital amb atenció integrada des de l'inici de l'ingrés per fractura, és inferior respecte a la dels que no han estat atesos en serveis d'atenció integrada (Taula 3)

- Els professionals assistencials (geriatres, traumatòlegs) donaven suport a la proposta, ja que era compatible amb els seus valors. El rol d'ortogeriatria el podia assumir bé un geriatra o un metge internista amb formació específica.
- En el cas dels hospitals i altres organitzacions sanitàries, l'adopció de pràctiques organitzatives que en altres llocs han donat bon resultat no es sol fer de manera immediata (43). És important que les organitzacions puguin assajar les innovacions organitzatives i les puguin adaptar a la seva idiosincràsia. La instauració d'un circuit d'atenció ortogeriàtrica podia ser provat abans d'estendre-ho al conjunt dels pacients diana en molts hospitals que disposaven d'UFISS.
- Els hospitals que més es podien beneficiar d'aquesta mesura eren els hospitals grans que atenien moltes fractures de fèmur o bé disposaven de suficients professionals geriatres o de medicina interna que poguessin exercir aquesta funció.
- El suport institucional i polític és un factor important. En aquest cas, tan el Pla director d'aparell locomotor com el Pla director sociosanitari propugnaven l'adopció d'aquesta organització (44). En aquest sentit, es va organitzar una Jornada d'intercanvi d'experiències al 2012, amb força èxit de participació.

Taula 3. Valors de la regressió logística (OR i interval de confiança del 95%) associats a mortalitat als 12 i 24 mesos per subgrups

	N	Mortality	%	OGM (non-OGM as reference)		
				OR	95%CI	p
12 months mortality						
All	9215	2122	23,0%	0.858	0.772-0.954	0.005
Men	2206	713	32,3%	0.899	0.740-1.091	0.899
Women	7009	1409	20,1%	0.842	0.74-0.96	0.008
<80 years	2137	270	12,6%	0.92	0.70-1.21	0.549
>=80 y	7078	1852	26,2%	0.866	0.77-0.97	0.013
Cervical	3989	863	21,6%	0.824	0.698-0.97	0.021
Trochanteric	5152	1241	24,1%	0.888	0.77-1.02	0.094
Charlson 0-1	7589	1482	19,5%	0.856	0.76-0.97	0.014
Charlson>1	1626	640	39,4%	0.906	0.74-1.11	0.343
Home discharge	4439	818	18,4%	0.948	0.80-1.12	0.527
Nursing home discharge	4300	916	21,3%	0.824	0.72-0.94	0.005
24 months mortality						
All	9215	3000	32,6%	0.84	0.76-0.92	<0.001
Men	2206	982	44,5%	0.828	0.69-0.99	0.045
Women	7009	2018	28,8%	0.843	0.75-0.94	0.003
<80 years	2137	389	18,2%	0.847	0.67-1.08	0.176
>=80 y	7078	2611	36,9%	0.846	0.76-0.94	0.002
Cervical	3989	1238	31,0%	0.789	0.68-0.91	0.002
Trochanteric	5152	1737	33,7%	0.877	0.77-0.99	0.045
Charlson 0-1	7589	2163	28,5%	0.833	0.75-0.93	0.001
Charlson>1	1626	837	51,5%	0.902	0.74-1.10	0.313
Home discharge	4439	1268	28,6%	0.906	0.78-1.05	0.182
Nursing home discharge	4300	1332	31,0%	0.813	0.71-0.94	0.004

Procés

Les eines per facilitar la implementació de propostes de canvis organitzatius són l'avaluació de resultats, la difusió de bones pràctiques, la competència per comparació (benchmarking), la regulació, i el suport institucional i econòmic.

La proposta es va fer com a recomanació sense que es portés a terme cap política activa d'implementació. El Pla director va proposar, a més del desplegament de l'abordatge integral, la inclusió d'un objectiu en la CPR relacionat amb la disminució de la durada de les estades mitges de les fractures de maluc que va ser acceptat al 2015 i l'any posterior.

Actors i correlació de forces

- Els professionals assistencials (geriatres, traumatòlegs) donaven suport a la proposta, tot i que segurament en algun cas l'aparició d'un nou rol professional com és el de l'ortogeriatria podia restar part del protagonisme que fins aquell moment havien tingut els traumatòlegs.
- Els gestors dels centres tenien autonomia per decidir si organitzaven els serveis o no. La disponibilitat de recursos, en aquest cas humans i de finançament, són elements clau per la incorporació de canvis en els serveis. La implementació d'una atenció geriàtrica integrada tenia com a incentiu una possible reducció de les estades i, per tant, la capacitat de poder generar més altes. L'increment d'altes suposava un increment del finançament amb límits, ja que el nombre global d'altes finançades es pacta amb l'asseguradora. Això suposava que la reducció d'estades podia actuar com a incentiu, o no, depenent dels hospitals.
- La implantació de la proposta venia determinada pel lideratge o la iniciativa dels professionals geriatres o internistes i per l'estil de direcció de les gerències dels hospitals.
- En aquest, com en altres processos assistencials, no existia un lobby de pacients que pogués vetllar pels seus interessos.

De la correlació de forces es pot extreure que hi havia elements que afavorien la implantació de les unitats però de forma parcial i arbitrària en funció dels acords presos a cada proveïdor.

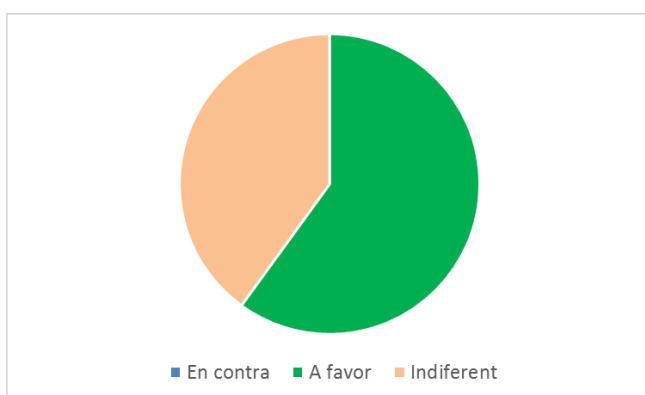
Taula 4. Anàlisi de stakeholders per la segona proposta

	Poder	Posició	Producte	Resultat
Pla director locomotor	2	1	2	6
Pla director sociosanitari	2	1	2	
SCGG	2	1	2	
CatSalut	3	0,5	1,5	4
Proveïdors	3	0,5	1,5	
SCCOT	2	0,5	1	

Poder: 1=baix; 2=mig; 3=alt;

Posició: 1=a favor; -1=en contra; 0,5=indiferent

Figura 3. Representació gràfica de l'anàlisi de stakeholders de la segona proposta



En resum, es tractava d'una proposta organitzativa, acceptable, factible, avalada pel Departament de Salut i basada en l'evidència que suposava un canvi en l'equilibri de poder entre diferents professionals a l'hospital i que quedava a l'elecció del gerent de cada hospital.

Avaluació

Tres anys després de la publicació del Pla director es va fer una enquesta per saber si l'atenció integrada s'havia implementat en els hospitals catalans. Al 2013, les unitats d'ortogeriatria atendien el 24% de pacients ingressats per fractures de maluc. L'objectiu d'atendre al 60% dels pacients en el 2014 quedava lluny d'assolir-se.

Les primeres unitats van començar l'any 2009 i majoritàriament es tractava d'hospitals amb una capacitat de 200-450 llits i entre 120 i 600 altes per fractura de maluc.

Sobre l'objectiu de la reducció de les estades mitjanes inclòs a la CPR al 2015 i 2016, l'avaluació mostra que l'estada mitjana està estable al voltant dels 10 dies.

Un dels principals problemes que els proveïdors tenen a l'hora d'incorporar una innovació, organitzativa o tecnològica, és que el fet que s'hagi demostrat que sigui cost-efectiva a llarg termini no vol dir que ho sigui en el moment de la implantació. En el cas de les unitats d'ortogeriatria, els estalvis que es podien produir es donaven en un termini de temps molt llarg, o a partir de determinada quantitat de pacients, i per tant la seva implantació no convindria a tots els hospitals.

Aquestes ineficiències a curt termini en proveïdors que tenen pressupostos anuals són un dels factors que fan que algunes innovacions tecnològiques o organitzatives no s'implementin (45). Les estratègies per superar aquestes ineficiències poden ser endògenes, fent els factors fixes de producció (capacitat, personal, despeses estructurals) més flexibles, o exògenes, és a dir canviant la forma de pagament per tal de tenir en compte l'eficiència a llarg termini. La forma de pagament dels hospitals, basada en altes, amb una tarifa molt influïda pel pes de l'estructura, no representa cap incentiu a favor d'una forma organitzativa que permet una reducció d'estades.

Article 2

Pueyo-Sánchez MJ, Larrosa M, Surís X, Sánchez-Ferrin P, Bullich-Marin I, Frigola-Capell E, Ortún V

Association of orthogeriatric services with long-term mortality in patients with hip fracture

Eur Geriatr Med 2018; doi.org/10.1007/s41999-018-0028-4

<https://link.springer.com/article/10.1007/s41999-018-0028-4>

1.1 Disminució de les intervencions obstètriques

Article 3: Health policies for the reduction of obstetric interventions in singleton full-term births in Catalonia

Les propostes presentades anteriorment, una de canvi en la pràctica clínica i l'altre d'ordenació de serveis, no van tenir una estratègia d'implantació més enllà de la comunicació al sector. Es presenta a continuació una altra proposta que va anar acompanyada d'una estratègia per afavorir la seva implementació.

Context: les intervencions obstètriques a Catalunya

La taxa dels procediments obstètrics en el part ha augmentat en els últims anys de forma substancial i amb una alta variabilitat entre països i entre proveïdors. La revisió sistemàtica realitzada per l'Organització Mundial de la Salut va mostrar que una taxa superior al 10% de cesàries no s'associa a disminució de la mortalitat materna o fetal. La recomanació de la OMS va ser mantenir la taxa de cesàries per sota del 16% en global (46). L'any 2015 la mateixa organització(47) va recomanar la classificació de Robson(48) per ajustar millor la taxa de cesàries segons les característiques de les dones embarassades.

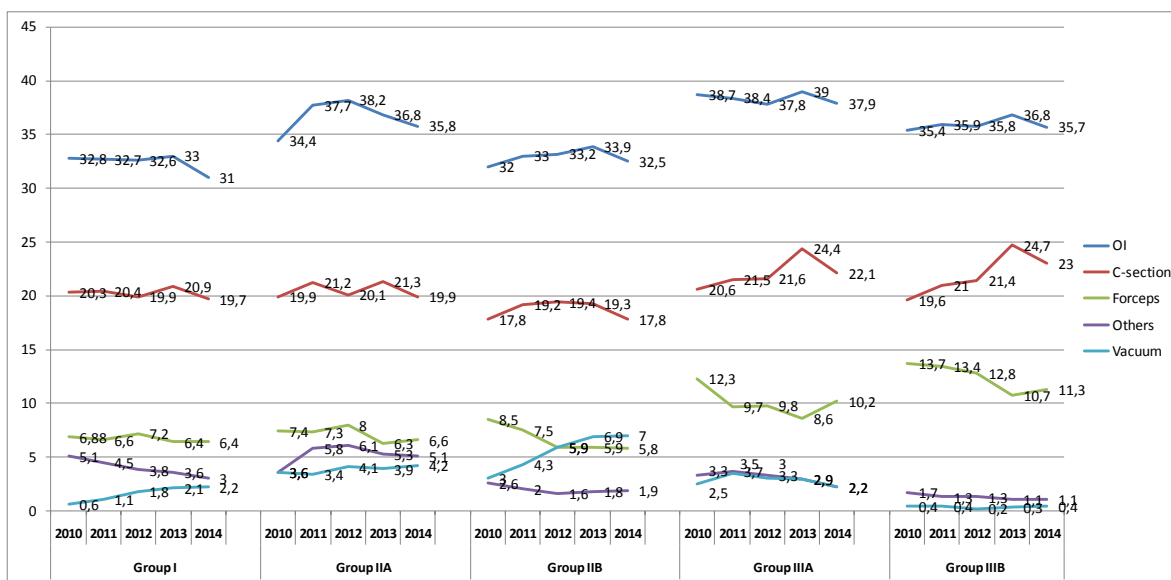
A Catalunya, l'any 2011 sobre 78.570 naixements el percentatge de cesàries va ser del 27,6%(49) (Annex 3) en tots els parts. El tercer article presentat, ***“Health policies for the reduction of obstetric interventions in singleton full-term births in Catalonia”*** mostra que durant el període 2010-2014 en els parts a terme d'un sol fetus el percentatge de cesàries es va mantenir estable al voltant del 20,6%.

Els factors que influeixen sobre la taxa de cesàries i altres intervencions obstètriques són:

- Factors materns com l'antecedent de cesària prèvia o l'edat materna: a més edat més probabilitat de realitzar una cesària
- El tipus de finançament: la probabilitat d'acabar en una cesària és més alta en els hospitals de finançament privat (OR 2,01; IC95% 1,94-2,09) tenint en compte l'edat materna i el volum de parts a l'hospital.
- El volum de parts: les intervencions obstètriques i especialment les cesàries s'incrementen en els hospitals amb baix volum de parts. Així en els embarassos a terme d'un sol fetus, l'any 2011 el percentatge de cesàries va ser de 26% en l'estrat 1 (<600 parts); 19,8% en els estrats 2 (entre 600 i 1200 parts) i 3 (entre 1200 i 2400); i 21,4% en l'estrat 4 (>2400 parts).

- Segons el nivell de complexitat que l'hospital pot atendre, els hospitals de Catalunya es classifiquen en 5 categories. Els hospitals que atenen més complexitats tenen percentatges superiors d'intervencions obstètriques en el període 2010-14 (Figura 4)

Figura 4. Evolució de la taxa de cesàries i parts instrumentats per nivell de complexitat de l'hospital en parts únics a terme. Catalunya 2010-14



Altres factors coneguts que poden tenir influència sobre la taxa de cesàries són:

- Factors institucionals com la càrrega de treball d'obstetres i llevadores, la restricció dels recursos necessaris (anestestes, llevadores, sales de part), o la forma de pagament dels professionals (50).
- La composició de l'equip que atén el part ja que les unitats portades per llevadores (51) s'associen a menys intervencionisme durant el part: menys episiotomies, menys intervencions obstètriques i menys anestesia epidural o analgèsia regional.
- També factors del professional com la fatiga, l'hora del dia o la possibilitat de tornar a casa que actua com un incentiu pel professional per evitar parts llargs (50).

Contingut de la proposta i procés

Seguint les recomanacions de la OMS i les propostes del Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció Maternoinfantil als Hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública a Catalunya del Departament de Salut (52), l'administració sanitària a Catalunya va establir com a objectiu mantenir la taxa de cesàries per sota del 21%. Amb aquest objectiu es van posar en marxa dues estratègies:

1. la inclusió d'un objectiu en la CPR des del 2006 fins el 2011 per mantenir la taxa de cesàries en l'objectiu acordat, i
2. el desenvolupament a partir del 2007 de l'Estratègia d'atenció natural al Part (53), que va coincidir amb l'Estratègia desenvolupada a la resta de l'estat (54). Aquesta estratègia va dotar de pressupost als 32 hospitals que es van adherir i va permetre l'adaptació d'espais per a la realització de parts no medicalitzats, l'elaboració de protocols adequats, la millora de la informació que es facilitava a les dones per animar-les a participar en la presa de decisions, i un canvi cultural entre els professionals amb la promoció del part natural i la incorporació de bones pràctiques com la restricció de l'ús de les episiotomies (55) (annex 4).

Les dues estratègies han significat un canvi en la pràctica clínica. Seguint l'esquema anterior veurem els elements que poden intervenir en l'adopció del canvi:

- Evidència de la bondat de no fer cesàries per la mare: la pràctica d'una cesària implica els riscos associats a una intervenció quirúrgica. Hi ha evidència de l'associació entre la realització d'una cesària i l'increment d'histerectomies, especialment les urgents (56), transfusions sanguínies i lesions quirúrgiques i increment de la placenta prèvia en embarassos posteriors (57). També s'ha observat una disminució de la fertilitat posterior, tot i que els estudis no presenten bona qualitat metodològica (58). La lactància materna costa més d'instaurar-se quan la cesària es fa abans de començar el treball de part (59). També s'associa a un risc més elevat (del 23%) de mort perinatal en embarassos posteriors (60)
- Evidència sobre els riscos de les cesàries pels nadons: s'han publicat diversos estudis que constaten l'associació entre el naixement per cesària i l'alteració en la resposta immune en els primers mesos de vida (61), amb un risc més elevat de desenvolupar diabetis tipus I, asma i altres afeccions al·lèrgiques i malaltia de Crohn (62). També s'ha trobat associació amb el desenvolupament d'obesitat infantil (63). S'està avançant en el coneixement del paper que la microbiota i el pas pel canal del part poden tenir sobre el funcionament del sistema immunitari en els primers mesos de vida (64)
- Millora de l'actuació: des del punt de vista clínic i de gestió, el Part normal no suposa necessàriament una millora en eficiència, ni en seguretat del pacient, ni en la capacitat

de resolució. Només seria una millora en el cas que la qualitat de la provisió dels hospitals fos avaluada per la taxa de cesàries.

- Competències, valors, formació dels professionals: Els obstetres, formats en unitats altament tecnificades, estan preparats per a la realització d'una cesària que és més ràpida i es veu com una intervenció segura, per la qual es disposa de tots els mitjans. Les enquestes realitzades a obstetres i llevadores mostren que els obstetres toleren com a correcte una taxa de cesàries més alta que les llevadores (65). Quan es pregunta sobre les preferències personals sobre el propi part o el de la parella, al voltant d'un 7-10% (66-67) dels obstetres expressen preferència per una cesària en cas d'un embaràs únic a terme.
- La disminució de la taxa de cesàries respon a una millora de l'atenció centrada en el pacient, encara que no totes les pacients estarien d'acord. A l'octubre del 2016 vaig poder realitzar una estada a la OMS (Annex 5) que em va permetre revisar el tema de les preferències de les dones pel que fa al tipus de part. Els factors culturals que influeixen en la preferència per una cesària inclouen la percepció de que és una intervenció innòcua i que te avantatges sobre el part vaginal, per la disminució del dolor, l'evitació del dany perineal o la possibilitat de planificar el dia del part, entre altres. El percentatge de dones que, si poguessin escollir, preferirien una cesària oscil·la entre el 5-7% en els països nòrdics (68-69) i el 20% a Itàlia (70) o Hong Kong (71). En els últims anys ha aparegut un canvi cultural incipient entre les dones que reclama una atenció més natural al part, menys medicalitzada.
- L'equilibri de poder entre diferents estaments professionals, en aquest cas obstetres i llevadores, pot influir en l'estil de pràctica clínica de l'hospital
- Adopció per altres professionals de referència: Alguns hospitals estan adoptant ja una altre filosofia del part amb bons resultats.
- Suport institucional: L'estratègia del Part Normal, recolzada institucionalment des del Departament de Salut i amb recursos econòmics, va ser adoptada voluntàriament pels hospitals. Es van poder instal·lar banyeres i sales adequades per a l'atenció més natural del part. També es van promoure els Plans de Part com a eines de participació de les dones en la presa de decisions (annex 6).
- Impacte econòmic: El valor monetari de l'objectiu de la CPR equivalia al 0,23% del pressupost de l'hospital dividit entre 10-12 objectius a complir, entre els que hi havia l'objectiu de mantenir la taxa de cesàries per sota d'un determinat valor. Per altre banda el valor de la tarifa que es paga als hospitals per alta està basada en el GRD, que s'incrementa en el cas de les cesàries degut a la seva major complexitat. Hi havia contradicció entre l'incentiu de la CPR i el pagament per tarifes basat en GRD.

Actors i correlació de forces

- Els obstetres estan formats en unitats altament tecnificades que poden atendre parts de baix i alt risc i pels que la pràctica de la cesària forma part de la rutina habitual. Tan per obstetres com per llevadores alguns factors com la seguretat en la pràctica del procediment, la medicina defensiva, la càrrega de treball, o l'horari poden des-incentivar l'atenció natural al part.
- Les dones, com ja s'ha vist, tenen diferents opinions sobre el tema. Des de l'any 2000 existeixen cases de part a Catalunya que ofereixen atenció per un part natural. En la última dècada han aparegut associacions de dones que reclamen un part sense medicalització i han augmentat les peticions de parts a domicili.
- No existeix cap incentiu pel gestor de l'hospital per promoure la realització de parts no medicalitzats, excepte en el cas de rebre diners per l'Estratègia de Part Normal. Els incentius aplicats a la CPR no estan alineats amb el finançament de l'hospital per tarifes relacionades amb la complexitat de les altes.
- El Departament de Salut i el CatSalut donaven suport a la difusió del Part Normal i la disminució de la taxa de cesàries seguint les recomanacions de la OMS.

La proposta de disminuir la taxa de cesàries tenia doncs poques probabilitats d'èxit, ja que de la correlació de forces s'extreu que les forces a favor de la proposta eren dèbils (en el cas de les dones/usuàries) o van aplicar estratègies poc clares (en el cas de l'objectiu de la CPR) mentre que els actors que eren indiferents o estaven en contra (gestors i obstetres) tenien força capacitat de decisió (Taula 5).

En canvi l'Estratègia de Part Normal tenia a favor seu l'administració sanitària amb un incentiu potent com era la dotació de pressupost puntual i per tant també tenia el favor dels gestors. La seva limitació era que els hospitals rebien un pressupost per realitzar el canvi d'infraestructures una sola vegada sense continuïtat en el temps. De la correlació de forces es pot extreure que l'Estratègia havia de ser un èxit però per poc temps sinó es posaven en marxa més mesures per mantenir la cultura de Part Normal.

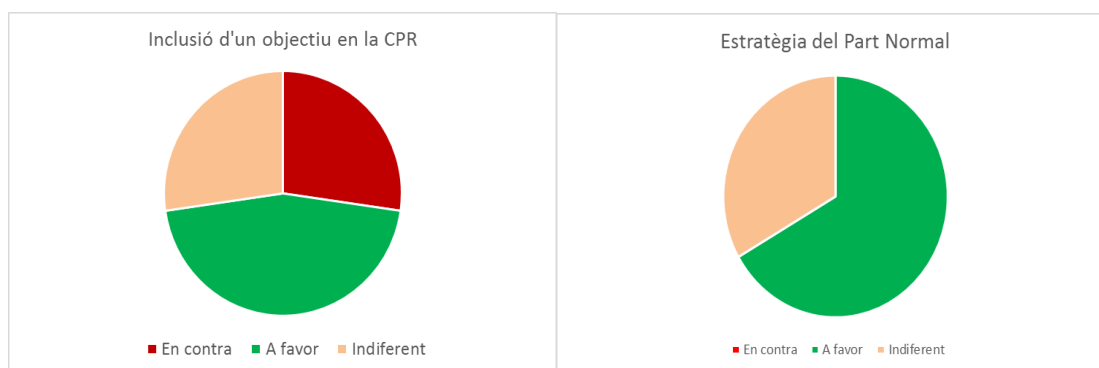
Taula 5. Anàlisi de stakeholders per les dues estratègies de la tercera proposta

	Inclusió objectiu CPR			Estratègia Part Normal		
	Poder	Posició	Producte	Poder	Posició	Producte
CatSalut	3	1	3	3	1	3
Pla materno-infantil	2	1	2	2	1	2
Obstetres	3	-1	-3	3	0,5	1,5
Llevadores	2	0,5	1	2	0,5	1
Dones	2	0,5	1	2	0,5	1
Proveïdors	2	0,5	1	2	1	2

Poder: 1=baix; 2=mig; 3=alt;

Posició: 1=a favor; -1=en contra; 0,5=indiferent

Figura 5. Representació gràfica de l'anàlisi de stakeholders de la tercera proposta



Avaluació

L'anàlisi fet a l'article *"Health policies for the reduction of obstetric interventions in singleton full-term births in Catalonia"* mostra que la taxa d'intervencions obstètriques i de cesàries va ser estable durant tot el període 2010-14. La desaparició de l'objectiu de la CPR, que afectava els dos primers anys, no va provocar cap canvi en la taxa de cesàries ni d'altres intervencions que es van mantenir superiors al 21% en tots els parts.

L'adopció de l'Estratègia de Part Normal, en canvi sí que contribuï a disminuir la taxa de cesàries un 9% mentre que augmentava de forma important l'ús del vacum. La limitació en el temps de l'ajut monetari sense altres incentius posteriors, podria explicar per què la reducció de les intervencions obstètriques només es va mantenir en els 3 primers anys de posada en marxa de l'estratègia.

Article 3

Pueyo MJ, Escuriet R, Pérez-Botella M, de Molina I, Ruiz-Berdun D, Albert S, Díaz S, Torres-Capcha P, Ortún V

Health policies for the reduction of obstetric interventions in singleton full-term births in Catalonia

Health Policy 2018; Feb10. pii: S0168-8510 (18)30031-9.

doi: 10.1016/j.healthpol.2018.01.016

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018300319>

3. DISCUSSIÓ

3.1 Bones propostes però sense implementació efectiva

Les tres propostes analitzades eren bones propostes: estaven basades en l'evidència, eren acceptables i factibles; estaven proposades pels professionals; milloraven la qualitat de l'atenció i en alguns casos l'eficiència dels serveis. També eren sostenibles perquè cap suposava una inversió de diners important ni implicava molta despesa, excepte el suport financer de l'Estratègia de Part Natural. A més d'aquestes qualitats, totes tres tenien el suport institucional del Departament de Salut. (Taula 6)

Taula 6. Resum dels elements claus del contingut de les propostes per a la seva implementació efectiva

Dimensions		Proposta 1	Proposta 2	Proposta 3
Innovació	Evidència sòlida	++	+	+
	Millora de l'actuació	++	++	+
	Compatible amb valors professionals	++	++	+
	Possibilitat de ser assajada	+	++	+
	Necessitat de formació	+	+	+
	Cost assumible	+	++	+

Malgrat totes aquestes avantatges, les tres propostes no es van arribar a implementar o es van implementar de forma parcial. Quins són els factors que expliquen aquest resultat?

- Proposta 1. En el cas de la proposta d'incrementar la prescripció farmacològica en els grups de risc de fractura per fragilitat, els factors que van actuar en contra de la seva implementació van ser:
 - o La pressió de l'asseguradora contra la prescripció dels fàrmacs indicats en un context de crisi econòmica i de clima cultural reticent a aquests medicaments, clima que també s'estenia als professionals.
 - o La manca d'una estratègia operativa clara: no es va fer una campanya activa de sensibilització, difusió, formació als professionals i elaboració de protocols o guies.
- Proposta 2. En el cas de la proposta d'atenció ortogeriàtrica, el ritme d'implantació va ser molt lent degut a:
 - o La manca d'una incentivació òptima a un canvi en l'organització dels serveis que va deixar la decisió en mans dels gerents de cada hospital, i
 - o la manca d'una estratègia operativa clara: no es va fer una campanya activa de difusió de bones pràctiques entre els centres hospitalaris o de comparació de resultats entre unes formes organitzatives i altres.

- Proposta 3. En el cas de les estratègies per a la disminució de la taxa de cesàries, no es va aconseguir la disminució excepte en els hospitals que es van incorporar a l'Estratègia de Part Natural per un curt període de temps. Algunes de les causes podrien ser:
 - o La manca d'una avaluació i disseny d'incentius més coherent, i
 - o la manca d'una estratègia més efectiva en promoure un canvi cultural, especialment entre els professionals assistencials, que mantingués la dinàmica de desmedicalització dels parts.

Com a conclusió es pot dir que per a la implementació efectiva d'aquestes propostes eren necessaris dos elements:

- 1. l'alineació de les diferents parts del sistema, i**
- 2. l'establiment d'una estratègia operativa que contemplés:**
 - **la sensibilització, formació i participació activa dels professionals,**
 - **el disseny d'uns incentius òptims i una avaluació acurada**
 - **una estratègia activa de difusió i reconeixement de bones pràctiques..**

Han tingut èxit altres propostes de canvi de pràctica clínica fetes des de l'administració?

La resposta és que sí. Per exemple, en el cas del cribratge de la patologia de Chagas en embarassades (72), que vaig tenir l'oportunitat de coordinar, la demanda sorgida de professionals especialitzats en aquesta malaltia va originar l'elaboració d'un protocol conjunt entre la Direcció General de Planificació i la Direcció General de Salut Pública que va ser posat en pràctica en menys d'un any des que es va aprovar amb bona implantació. Quins factors van explicar l'èxit de la iniciativa? L'existència de proves científiques sobre els seus beneficis i un estudi econòmic sobre la seva efectivitat; el disseny del protocol fet de forma àgil i consensuada amb tots els actors; la col·laboració entre direccions generals per un projecte concret; el mandat clar i el recolzament institucional; l'existència de la xarxa de laboratoris, i l'existència d'una xarxa d'atenció a les embarassades organitzada, sobre la que va ser fàcil intervenir per facilitar la formació i la implantació del protocol. Tot això tenint com a únic incentiu l'aspiració de professionals (llevadores, obstetres, laboratoris) i administració de fer les coses millor.

Han tingut èxit les propostes de canvis organitzatius fetes des de l'Administració?

Diferents experiències recolzen el paper protagonista de l'administració sanitària quan exerceix l'autoritat en la distribució i sectorització de recursos i de responsabilitats, i per tant configura l'equilibri de poders entre els diferents actors. La negociació de la instrucció sobre el Codi Infart és un bon exemple. El Codi Infart va ser prioritzat sobre altres alternatives de tractament de la cardiopatia isquèmica i va implicar una negociació d'acords, recursos i circuits. L'elaboració d'una instrucció signada per la Consellera va representar un element d'autoritat, que va aconseguir aglutinar la cooperació entre els diferents actors, per aconseguir una millora de l'atenció global que superava la dinàmica prèvia de vetllar pels interessos particulars de cada centre (73).

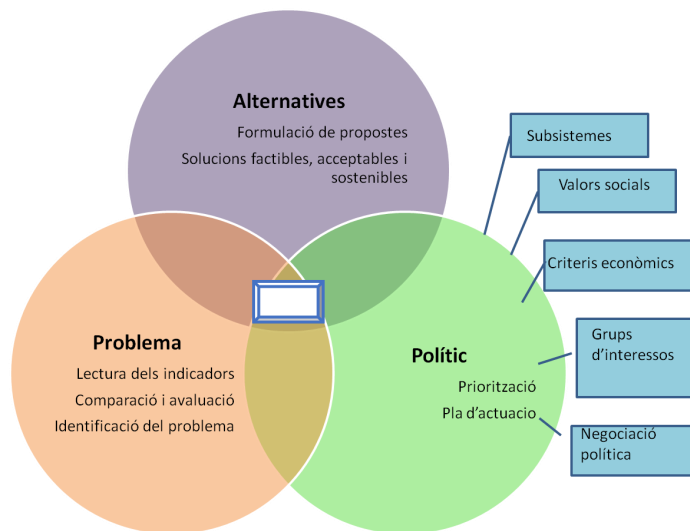
Altres accions de l'administració com la reordenació de serveis de terciarisme també han sigut un èxit. La sectorització dels fluxos en les intervencions complexes de cirurgia vascular amb concentració en pocs hospitals ha permès disminuir la mortalitat en un 58%, i estalviar aproximadament 1200 estades (74). Aquesta reordenació, la necessitat de la qual va sorgir de la pròpia administració sanitària, ha estat elaborada amb la participació dels professionals i s'ha posat en marxa sense dificultats després de la publicació de la instrucció i l'alineació de les tarifes.

3.2 El corrent dels problemes: el Pla de Salut

De tots els factors que expliquen la poca implantació de les propostes, sens dubte el més important és la no-alineació entre la planificació sanitària feta des del Departament de Salut a través del Pla director i el CatSalut. És obligat, doncs, preguntar-se sobre com es va fer l'exercici de planificació i per què no obligava de igual forma a una institució i a l'altre.

Segons el model dels tres corrents de Kingdon (5), anomenat abans, l'adopció de determinats temes com a prioritaris en l'agenda política necessita de la confluència de tres corrents que van fluint al seu propi ritme: el corrent del problema, el de les alternatives i el polític. Només quan coincideixen els tres corrents s'obre una finestra d'oportunitat i el problema i les seves solucions entren a l'agenda política. Les finestres d'oportunitat s'obren habitualment per canvis en el corrent polític o en el del problema, però ho fan per un període de temps limitat que s'ha d'aprofitar.

Figura 6. Model de la finestra d'oportunitat de Kingdon



La planificació sanitària comença per l'anàlisi de la situació que porta a la selecció i prioritització d'alguns problemes de salut i de provisió de serveis a l'agenda política. Els problemes a tractar són inacabables mentre que els recursos per donar resposta són limitats. Les condicions o fets esdevenen problemes quan es té la percepció de que és necessari fer quelcom perquè suposen un conflicte amb els valors de la societat, o perquè mostren diferències en la comparació amb altres sistemes o perquè han canviat les categories d'anàlisi. Per exemple, la prioritització de l'atenció a la infància amb problemes d'obesitat ha canviat quan ha passat de ser un problema mèdic a ser un problema de lluita contra la desigualtat social degut a la seva associació amb el baix nivell socioeconòmic.

Les metodologies emprades en la detecció dels problemes o necessitats de salut són diverses:

1. Epidemiològica: a partir de les dades de prevalença i incidència dels problemes de salut;
2. Comparativa: les dades de salut i de funcionament dels serveis sanitaris es comparen amb altres territoris;
3. Per monitorització: les dades de programes o polítiques en funcionament que mostren mals resultats;
4. Corporativa: els professionals reclamen canvis en l'organització i desenvolupament del procés d'atenció sanitària en base a l'evidència;
5. L'aproximació participativa: l'expressió de les necessitats de salut a partir de la participació dels ciutadans, bé quan contesten enquestes (com a l'Enquesta de Salut de Catalunya), quan s'organitzen en forma d'associacions de pacients, o quan participen en la governança del sistema sanitari (Consell consultiu de pacients o Consells de Salut);
6. De la regulació: el reconeixement legal de drets de salut, la modificació de prestacions o cobertures, i la mateixa administració sanitària en el seu paper de garantir l'equitat, la qualitat i la sostenibilitat del sistema.

La identificació del problema comença per tenir indicadors, ja que existeix allò que es mesura. La millora en l'anàlisi de la variabilitat de les cesàries, l'evolució de la incidència de fractura de fèmur en diferents grups poblacionals, o la monitorització de diferents indicadors dels pacients ingressats per fractura de fèmur (l'estada mitja, l'aparició de complicacions o la demora quirúrgica), permeten definir i posar sobre la taula diferents problemes de salut que cal abordar. Els sistemes d'informació sanitaris tenen dades d'alta qualitat sobre població, utilització de serveis, distribució de recursos i satisfacció. Aquesta informació ha de permetre, amb la metodologia adequada, entendre i avançar-se a les properes necessitats de salut. Tanmateix, cal fer un esforç per integrar la informació i transformar-la en un paquet que sigui comprensible, digerible i rellevant tant pels decisors com pels ciutadans.

A Catalunya, les prioritats en salut es formalitzen en els plans de salut, que són eines que permeten concretar la direcció i magnitud dels canvis que es volen assolir en un horitzó temporal determinat, i faciliten una avaluació quantitativa de la progressió en l'assoliment dels objectius (75). Les intervencions prioritzades definitivament en el Pla de Salut han estat sotmeses prèviament a un debat intens entre diferents actors que posen sobre la taula necessitats, reclamacions, interessos, valors, criteris, recursos i requeriments.

El primer Pla de salut es va plantejar l'any 1991 (76) i la primera edició es va fer l'any 1993 (77). Des de llavors s'han fet 6 edicions més fins l'últim Pla de Salut 2016-20 (78). A la primera edició, els criteris per prioritzar van ser la magnitud del problema de salut, en funció de la prevalença i la càrrega de morbiditat, i la capacitat de realitzar intervencions efectives que milloressin la salut dels ciutadans. Posteriorment s'han introduït també altres valors, com el de la sostenibilitat del sistema, la participació de la ciutadania, l'accessibilitat, la qualitat assistencial i la seguretat dels pacients.

Per tal de fer operatives les propostes, el Departament de Salut es va dotar entre altres instruments dels plans directors (79) com a “eines d'informació, estudi i proposta mitjançant els quals el Departament de Salut determinava les línies directrius per impulsar, planificar, coordinar i avaluar les actuacions a desenvolupar en l'àmbit de la promoció de la salut, la prevenció, el tractament i la rehabilitació de les diferents malalties i problemes de salut amb l'objectiu de reduir la mortalitat associada a aquestes malalties i millorar la qualitat de vida dels afectats”, tot incorporant el coneixement professional.

Els plans de salut inicials van ser més una llista de problemes de salut que de solucions. En poques ocasions els problemes de salut tenien aparellada alguna intervenció definida. A partir del 2011, els plans de salut han anat incorporant altres línies estratègiques relacionades amb la provisió de serveis, o el rol de ciutadans i professionals en el sistema.

Les intervencions proposades en el Pla de Salut habitualment no estan definides de forma operativa i no es disposa tampoc de l'assignació dels recursos necessaris. La raó d'aquesta absència rau en la separació de les funcions planificadora, que correspon al Departament de Salut, i gestora, que correspon al Servei Català de la Salut, tal i com va ser promulgat en la Llei 15/1990 d'Ordenació Sanitària de Catalunya (80). Conseqüentment, si s'accepta que la planificació sanitària és la regulació de l'oferta per donar resposta a les necessitats, s'ha d'assumir com una mancança molt important que el Pla de Salut no vagi acompanyat de la corresponent planificació de serveis. La inclusió de les qüestions relatives a serveis i assignació de recursos faria explícits entre els criteris per prioritzar, els aspectes relacionats amb la gestió com el cost, l'efectivitat i l'eficiència, l'impacte pressupostari o l'increment del valor de les activitats finançades. També permetria, com amb tots els objectius formalitzats en el Pla de Salut, la seva monitorització i el rendiment de comptes, augmentant la transparència del sistema.

La política basada en l'evidència

Per millorar el procés de decisió i introduir diversitat de criteris, en els últims anys s'ha produït un esforç per apropar els mons de l'epidemiologia i la salut pública al món de la política (81). Clàssicament els criteris tècnics eren exposats de forma més o menys comprensible i les decisions polítiques no sempre anaven en la direcció que l'evidència marcava, amb el conseqüent allunyament i incomprensió entre el món tècnic i el polític. D'acord amb Brownson (82), l'evidència pot intervenir en els processos de selecció dels problemes a introduir en l'agenda, en la formulació de polítiques i en l'avaluació dels resultats. Però en el procés de decisió entren molts altres factors com (83):

- factors polítics: interessos, preferències dels votants, valors, ideologia, negociació amb altres actors;
- del context: la tradició cultural, el funcionament de la burocràcia, l'organització política, la presència en els mitjans de comunicació;
- de les alternatives: existència de resultats aplicables, capacitat de comprensió de la informació, dèficit de comunicació, resultats sense rellevància;
- de l'organització: la restricció de temps i de recursos, la tradició en la presa de decisions, l'existència de criteris explícits, la participació en fòrums de debat;
- factors de l'individu que ha de decidir: valors personals, capacitat per deixar-se assessorar, contactes, relacions informals.

Molts d'aquests factors actuen com a barreres o facilitadors en la utilització de l'evidència en el procés de presa de decisions (84). La necessitat de reforçar la comunicació entre els àmbits de la recerca, els polítics i també els proveïdors, ha fet emergir el rol del **“knowledge-broker”** (85), com aquella persona o institució que facilita la comunicació de la informació entre tots els àmbits. Tant polítics, com proveïdors, com investigadors necessiten accés a informació de bona qualitat, no només de dades sinó també de prioritats, valors, actualitat, per poder influir i prendre decisions. Les funcions del knowledge-broker són: sintetitzar dades per facilitar una comprensió i disseminació ràpida de la informació; facilitar espais per compartir el coneixement i facilitar als decisors polítics la informació de forma accessible, comprensible i rigorosa; identificar altres elements que tenen influència en la presa de decisions; utilitzar de forma efectiva les diferents metodologies d'anàlisi de la informació, i desenvolupar sistemes i ser flexible en la utilització de diferents metodologies per l'avaluació de les intervencions.

3.3 El corrent polític: el procés de decisió

La salut a Catalunya i a Europa és un tema polític. Es tracta en les campanyes electorals, està sotmès al control del Parlament, i alguns dels processos sanitaris, com les llistes d'espera, estan sota la vigilància constant de la premsa i dels partits. Entre els valors compartits per la societat apareixen l'accessibilitat plena als serveis sanitaris i la cobertura dels més vulnerables. L'administració pública té entre els seus objectius corregir les deficiències del mercat i vetllar per l'equitat dels serveis públics i també per l'eficiència, dos valors sovint en contradicció.

El procés polític de decisió implica un procés de construcció del problema i de la solució amb múltiples perspectives, i la seva comprensió és clau per aconseguir canvis. Clàssicament, el procés de decisió s'ha dibuixat com un procés lineal i racional que va des de la identificació del problema, la proposta de determinades solucions, la comparació entre les diferents propostes per escollir-ne la millor, la implementació i l'avaluació. En la realitat totes les fases abans descrites apareixen de forma simultània. De Leeuw (86) expressa gràficament aquesta situació com l'acció de l'artista de circ de mantenir tots els platerets donant voltes a l'aire. En el procés de priorització, tots els agents que han de decidir reben pressions de tots els actors (proveïdors, empreses tecnològiques i farmacèutiques, professionals, associacions de pacients i ciutadans, poders locals, funcionaris, i altres interessos polítics i de partit), en un entorn fortament interrelacionat.

Les decisions finals poden ser diverses: des de decisions transformadores, a decisions basades en el mínim increment sobre el que ja existeix, a actuacions merament simbòliques, o decisions per afrontar només una part del problema. La no-decisió també és una forma de prioritzar, per bloquejar l'aparició de nous problemes o per no fer canvis.

a) Fragmentació en l'administració sanitària

Qui decideix? L'administració està fragmentada en diversos subsistemes, cadascun amb els seus valors i objectius ben diferenciats. Els plans directores, dirigits fonamentalment per professionals assistencials, busquen maximitzar la qualitat assistencial, l'increment de la capacitat de resolució dels problemes de salut o la seva prevenció. L'asseguradora, formada per tècnics, busca maximitzar l'eficiència i controlar la despesa. Els polítics busquen intervencions entenedores i que aportin valor als seus votants.

La fragmentació augmenta degut als diferents nivells de decisió existents, uns a nivell central i altres a nivell territorial. Els diferents nivells de decisió poden modificar les propostes de planificació: hi ha una certa autonomia a nivell territorial per decidir què és prioritari i que no; per modificar, habitualment a la baixa, els objectius a assolir en la negociació amb els proveïdors; o per fer d'intermediaris amb els serveis centrals per reclamar excepcions pels proveïdors del territori. Per altre banda, els proveïdors busquen ajustar els costos dels serveis que presten al finançament que reben, i intentar incrementar aquest finançament mitjançant l'expansió de la cartera de serveis.

Com es decideix? Les decisions d'un subsistema poden no ser assumides per l'altre i aquest veto pot ser determinant a l'hora de prioritzar. Alguns experts qualifiquen de "desconnexió operativa" la dinàmica que fa que el que s'ha formulat com una proposta de planificació no s'arribi a implementar degut a la fragmentació de la institució (87). La principal raó adduïda per la desconnexió operativa és la falta de comunicació i cooperació entre els subsistemes i la no participació en el procés de decisió. La desconnexió entre subsistemes posa de manifest les asimetries de poder existents. La fragmentació provoca manca de transparència a l'hora de fer explícits els diferents criteris de priorització.

La proposta de prevenció secundària de fractures va patir aquest procés de desconnexió operativa, ja que no va arribar als proveïdors perquè va ser descartada en el si de l'administració sanitària. Contra els criteris explícits del pla director de millora de la qualitat assistencial i una relació cost-benefici favorable, la decisió final es va prendre en un altre àmbit, sense diàleg real, i seguint criteris implícits de contenció de despesa enmig d'un context cultural de poca confiança en la intervenció.

b)La qualitat assistencial com a criteri de priorització

L'administració és la responsable de la regulació, el finançament i la provisió dels serveis sanitaris. Les propostes analitzades, que comporten canvis de pràctica clínica i reorganització de serveis, tenen com a objectiu la millora de la qualitat assistencial. Però, és la qualitat assistencial responsabilitat de l'administració sanitària? O només dels professionals?

El sistema sanitari català té vocació de sistema nacional de salut que vol dir pagament a partir d'impostos i accés pel fet de ser ciutadà. Amb els diners de tots, l'administració organitza una atenció sanitària ordenada de forma territorial per donar resposta a les necessitats de tots els ciutadans, de forma equitativa i sostenible. Des d'aquesta perspectiva, els ciutadans queden captius, sense capacitat d'elecció, de l'oferta sanitària del sistema públic. L'elecció d'altres serveis o proveïdors queda restringida a les persones amb un determinat nivell de renda. La capacitat d'elecció que tenen altres sistemes sanitaris, entre diferents companyies asseguradores per exemple, estimula la competitivitat entre companyies i pot esdevenir un incentiu per a la millora de la qualitat assistencial. En el sistema català, sense competitivitat, **la millora de la qualitat assistencial es converteix en una de les responsabilitats del govern**; esdevé també un tema polític en la mida que es reconeix que els recursos necessaris i les estratègies necessàries depenen de recursos que són públics i que l'administració té el deure de proporcionar. Però sobre tot esdevé un tema polític en la mida en que s'entén que la millora de la qualitat assistencial a tot el territori és un deure d'equitat.

La qualitat assistencial: definició i reptes

En la definició de qualitat assistencial, prenent com exemple la del National Health Service (88), s'hi inclouen tres dimensions: l'efectivitat clínica, la seguretat i l'experiència del pacient. Millorar la qualitat assistencial suposa millorar en aquestes tres dimensions.

La qüestió de la qualitat assistencial no ha estat sempre una preocupació dels governs. Una enquesta feta en el si de la Unió Europea (89) mostra que el desenvolupament d'estratègies i polítiques de millora de la qualitat assistencial és variable entre els països. Mentre en alguns països aquest desenvolupament té més de 20 anys d'història, en altres és un tema relativament nou. L'incentiu més potent per al desenvolupament d'aquestes estratègies de millora és la prioritització per part del govern. També hi ajuden la tasca de les societats i organitzacions professionals i la cobertura d'aspectes lligats a la qualitat per part dels mitjans de comunicació. La manca d'una estratègia definida, l'absència de lideratge o els problemes de finançament són les principals barreres per a la millora de la qualitat.

En l'estudi de 14 programes de millora de la qualitat, els 10 reptes més importants van ser:

1. Reconeixement de l'existència del problema.
2. Capacitat per convèncer de que la solució proposada és l'adequada.
3. Recollida de dades per monitoritzar el sistema de forma vàlida.
4. Excés de projectes i iniciatives massa ambiciosos.
5. El context de les organitzacions, la cultura i les capacitats.
6. El tribalisme i la manca de compromís dels directius.
7. El lideratge.
8. L'equilibri entre incentius i penalitzacions.
9. La sostenibilitat.
10. Els efectes col·laterals del canvi.

El conjunt dels problemes esmentats són comuns als que han aparegut en la implementació de les propostes analitzades. En resum apareixen problemes en: la prioritització (reconèixer el problema) i formulació de propostes; en els actors (interlocutors, directius, líders); en el context (organitzacions, sostenibilitat, efectes col·laterals) i en les palanques de canvi (avaluació, incentius i penalitzacions). El punt 4 mereix un comentari apart.

A Catalunya, la separació de les funcions de compra i provisió adopta la idea de que els proveïdors aprofitaran de la forma més eficient possible els recursos que se'ls hi donen per proporcionar atenció sanitària. Des de la separació de rols, l'administració sanitària té com a filosofia de fons no interferir en la forma d'organització interna dels proveïdors. Aquesta podria ser una de les raons principals que explicaria perquè una forma organitzativa que millorava l'eficiència, com les unitats d'ortogeriatria, no es va implementar de forma ràpida entre els hospitals. En canvi, des del punt de vista del rol que s'espera de l'administració

sanitària de defensa de l'eficiència, de l'equitat, i dels interessos dels pacients, la no implementació d'aquesta proposta va anar en contra de la seva raó d'ésser.

S'observen dues filosofies i dinàmiques diferents: per una banda, la dinàmica de la no-interferència que crea una planificació basada en controlar la despesa, donant autonomia als centres perquè s'organitzin de la forma que vulguin; i per l'altre, una dinàmica de planificació promotora que proposa diferents estratègies per donar resposta a problemes organitzatius i de qualitat de l'atenció. La primera delega la responsabilitat de la provisió i monitoritza els incidents i la despesa: les queixes i reclamacions dels ciutadans; dèficits en determinats aspectes, com les llistes d'espera, les urgències o la seguretat de l'atenció; i control de la despesa mitjançant el control tècnic de l'activitat dels serveis. Les innovacions organitzatives, quan apareixen, queden circumscrites al proveïdor. (Taula 7)

L'altre dinàmica, la generada des de l'entorn de plans directors i estratègies, incorpora a l'administració professionals assistencials per influir en la planificació, que deixa d'estar en mans exclusives de tècnics i polítics, i busca monitoritzar els resultats i processos assistencials. Les innovacions organitzatives són objecte d'escrutini i avaluació i, en cas de ser efectives, escalables a la resta de proveïdors. La proximitat aporta una visió real dels problemes i de les possibles solucions, però dona com a resposta propostes de tipus organitzatiu que, pel que es desprèn de les propostes analitzades, no sempre troben el suport institucional adequat.

Taula 7. Diferències entre les dues dinàmiques de planificació

	Dinàmica de no interferència	Dinàmica de planificació promotora
Objectiu	Vetllar per l'eficiència Contenir la despesa	Vetllar per l'eficiència i l'equitat en l'atenció Controlar la despesa
Organització	Autonomia d'organització als centres sense control central de processos interns	Directrius i propostes no vinculants sobre organització de processos i millora de la qualitat
Agents implicats	Proveïdors Unitats de control de l'activitat Unitats d'atenció al ciutadà	Proveïdors, professionals i ciutadans Unitats de planificació i qualitat Unitats d'avaluació
Indicadors	Seguiment de les queixes i de llistes d'espera (per impacte en l'opinió pública) Control de la despesa global	Indicadors de resultats i qualitat Control de la despesa per funcions

Excepcions a la filosofia de no-interferència

La filosofia de no-interferència en els centres es trenca en el cas de l'ordenació dels procediments terciaris i de la prescripció farmacèutica, que són els principals determinants de l'increment de la despesa sanitària. La sectorització de qualsevol procediment terciari suposa limitar la seva realització a determinats centres i professionals. Aquesta limitació comporta millores en l'actuació però limita els procediments a uns professionals determinats. És necessari trobar l'equilibri entre aquesta limitació i el necessari desenvolupament professional que permeti la retenció del talent en el territori i el recanvi dels professionals. Aquest desequilibri entre la limitació de l'oferta i el desenvolupament professional es troba també en la limitació a la introducció d'innovacions relacionades amb les proves diagnòstiques o amb noves modalitats de tractament. Per exemple, l'intervencionisme implementat en el camp de la prescripció farmacèutica en el que una de les eines més importants ha estat controlar la despesa en l'atenció primària on nombrosos professionals poden prescriure diferents fàrmacs. La negació de la innovació a molts, a base de penalitzar fàrmacs nous, ha arribat a controlar la despesa, però la contrapartida és que ha configurat una bossa de professionals sense accés fàcil a la innovació que podria estar perdent habilitats i capacitats, i manté, de forma innecessària, determinats tractaments a l'àmbit hospitalari, que és un àmbit, per raons estructurals, més car que l'atenció primària. Les innovacions suposen l'aparició de nous costos degut a la introducció de noves tecnologies (intervencions endoscòpiques digestives, intervencionisme vascular; ecografies de butxaca, telemedicina) i algunes actualment no estan del tot desenvolupades per problemes de pagament.

c) La prioritització participativa

La qualitat dels governs permet prioritzar assumptes que reflecteixin les preferències socials i no els interessos de determinats grups de poder o influència (90). Per això és tan important fer explícits els criteris de prioritització i lluitar contra la capacitat de veto sense explicitació de criteris.

La participació en el procés de decisió és tan important pel benestar dels ciutadans, com el rebre els beneficis dels serveis públics. Existeixen algunes experiències de participació ciutadana com la del Pla de Salut d'Astúries 2004-2007 (91), en el que ciutadans i professionals van participar en forma de grups nominals i focals en la fase d'anàlisi de la situació i selecció de prioritats. La comparació entre les llistes de prioritats dels grups de ciutadans i de professionals d'atenció primària permet comprovar l'amplitud de la visió del ciutadà a l'hora de senyalar les seves prioritats (Taula 8). Per afavorir aquesta participació s'ha de dissenyar l'àmbit, definir els objectius i escollir la metodologia; els ciutadans que participin han de ser representatius i ben informats i s'ha d'assegurar que les preferències expressades s'inclouin en el procés polític de decisió i prioritització (92).

Taula 8. Prioritats escollides en un procés participatiu per professionals d'atenció primària i pels ciutadans en el Pla de Salut d'Astúries 2004-2007

CIUTADANS	PROFESSIONALS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA
Envelliment saludable	Atenció socio sanitària a síndromes geriàtriques
Prevenió i detecció precoç de malalties	Salut mental
Atenció VIH-SIDA-Hepatitis	Educació per la salut
Drogodependència	Hàbits tòxics (alcohol, tabac)
Suport psicològic a malalts crònics	Formació continuada dels professionals sanitaris
Alcoholisme	Atenció domiciliària
Atenció sociofamiliar a zones rurals	Participació i reconeixement social
Salut mental	Coordinació socio sanitària
Coordinació socio sanitària	Medicalització excessiva
Dret a una mort digna	Millora de la coordinació assistencial
Educació en salut	Promoció d'activitats preventives
Tabaquisme	Atenció a adolescents
Salut laboral	Dèficit de professionals en atenció primària
Tractament del dolor	Atenció a crònics (HTA, DM, obesitat)
Millora de la qualitat assistencial	Trastorns alimentaris
Malalties de transmissió sexual	Aïllament de persones grans
Mortalitat prematura	Factors de risc cardiovascular
Promoció d'estils de vida saludable	
Atenció sanitària a immigrants	

3.4 El corrent de les alternatives

Les unitats d'ortogeriatria plasmen una més de les moltes propostes que han estat elaborades després de més d'una dècada d'existència dels plans directors i plans estratègics. Com ja s'ha vist anteriorment, l'administració sanitària té com a filosofia de fons no interferir en la forma d'organització interna dels proveïdors, especialment dels hospitalaris. Aquesta és una de les raons principals que explica perquè tres anys després de la publicació de la proposta, les unitats d'ortogeriatria atendien només al 24% dels pacients ingressats per fractura de coll de fèmur. La seva lenta implantació depenia majoritàriament de l'acord entre els professionals i la direcció dels centres, i del lideratge que els professionals de la geriatria o medicina interna poguessin exercir, ja que no hi havia incentius per a la seva implementació.

Amb un problema de salut que afecta a 8.000 persones cada any, de les que el 30% passen a ser dependents, seria desitjable tenir una política activa per la implementació d'un nou servei amb beneficis demostrats, sense que la qualitat de l'atenció que reben els ciutadans hagi de dependre exclusivament de l'entesa entre els professionals assistencials i els gerents de cada hospital. L'efectivitat de les polítiques no depèn només de quines polítiques es prioritzen, sinó també de com es seleccionen i s'implementen. Amb una aposta més decidida per la millora de la qualitat assistencial caldria desenvolupar estratègies que facilitessin la implementació de les diferents propostes. El primer pas és treballar de forma consensuada amb els professionals, en el contingut de propostes que siguin factibles, acceptables i sostenibles.

a) La participació dels professionals en la planificació sanitària

En tot el procés de decisió, els professionals tenen un paper actiu en la irrupció de determinats problemes en l'agenda, en la prioritització d'aspectes a treballar, i sobre tot, en la formulació de solucions. Obtenir la complicitat dels professionals assistencials sembla ser un primer pas per arribar a implementar canvis, especialment quan es tracten de canvis en la pràctica clínica, com s'ha vist en l'extensió dels serveis d'ortogeriatria o en la no disminució de les cesàries.

L'administració ha incorporat els professionals assistencials en la planificació a través dels plans directors, estratègies i grups de treball. La col·laboració amb els professionals té avantatges i dificultats, algunes de les quals es recullen a la Taula 9. El balanç dels plans directors després de més de 10 anys de funcionament és ambivalent. Han aconseguit èxits com el Codi IAM i el Codi Ictus, que han disminuït la mortalitat; o posar alguns temes en l'agenda per destinar recursos (suïcidi, depressió), però moltes de les iniciatives no han arribat a bon port malgrat les bones intencions i els recursos emprats.

Taula 9. Avantatges i dificultats de la col·laboració amb els professionals clínics

Avantatges	Dificultats
<ul style="list-style-type: none"> - Aporten informació del sector <ul style="list-style-type: none"> o Queixes, reclamacions, opinions, tendències o Contactes personals - Coneixement clínic sobre tipus de pacients, tractaments, cures - Coneixement de provisió de serveis: deficiències, prioritats, organització - Propostes de millora <ul style="list-style-type: none"> o Reorganització de serveis i circuits o Rols professionals o Canvis de pràctica clínica - Innovacions diagnòstiques i terapèutiques - Consens amb el sector i complicitats 	<ul style="list-style-type: none"> - Canvi d'escala d'intervenció: passar de pensar en el propi servei o centre, a pensar a nivell poblacional o per tot el territori català - Canvi d'escala de gestió: passar de pensar en la forma de gestió i direcció del propi centre, a trobar-se la realitat de diferents proveïdors amb diferents estils i organitzacions - Desconeixement del rol i de la cartera de serveis de diferents actors i el repartiment de protagonismes - Utilització espúria de la posició per aconseguir satisfer interessos personals o del propi centre - Manca de representativitat, conflicte d'interessos - Incapacitat de crear consensos i complicitats en el propi sector professional

b) El procés de formulació de propostes

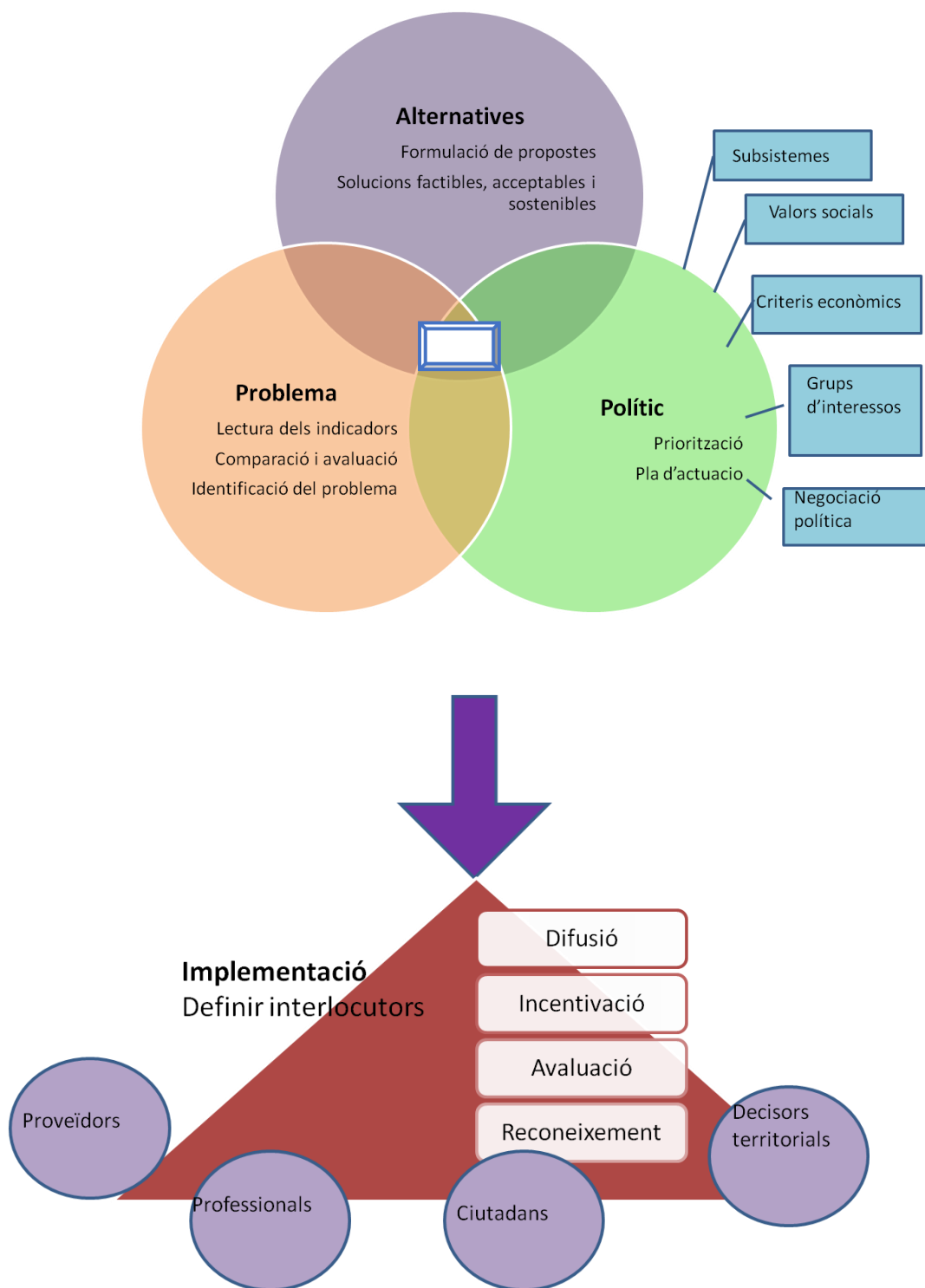
Les alternatives que es proposen davant dels problemes poden ser múltiples, però totes neixen en el món dels professionals assistencials, de gestió o de la planificació. Són discutides, transformades, modificades, mutades i adaptades al sistema a través de la discussió, el diàleg i el contacte entre els participants. La creació d'espais pluridisciplinaris de diàleg i intercanvi és una de les tasques necessàries en el procés de formulació de propostes. Tan necessari com procurar la disponibilitat de temps, no sempre fàcil de trobar entre professionals agobiats i agendes sobrecarregades, per a la reflexió i la creativitat.

La planificació dels plans directores ha sigut centralitzada. A partir d'un grup de treball s'elaboraven una sèrie de propostes que després s'adaptaven al territori. Una altra forma de fer propostes és a partir de les bones pràctiques. L'autonomia dels centres, una de les característiques del sistema, permet l'experimentació de diferents formes d'organització que poden esdevenir bones pràctiques escalables a tot el sistema. En aquest sentit la idea de funcionament en comissions clíniques pot ser un entorn per l'experimentació de noves formes organitzatives i una bona eina per millorar la gestió i l'eficiència.

Què hauria de millorar en el procés de formulació de propostes? Les propostes originades exclusivament a partir de l'experiència assistencial solen ser insuficients i cal completar-les amb altres criteris per tal de fer propostes operatives i factibles. **Caldria reforçar el cos tècnic de planificació** que és el que aporta criteris que no són exclusivament assistencials: criteris de distribució territorials, de sostenibilitat econòmica, de gestió de recursos, de distribució de rols i responsabilitats, de cost-efectivitat de les innovacions, d'equilibris entre les asimetries de poder, d'anàlisi de barreres i facilitadors, de negociació amb les parts interessades, entre altres. Al final les alternatives que sobreviuen han de ser possibles tècnicament, compatibles amb els valors del sector, aprovades pel públic i els professionals, i no excessivament cares.

No només les propostes s'han d'adaptar al sistema. A vegades és el sistema el que s'ha de preparar per adaptar-se a algunes propostes. La necessitat de disminuir la taxa de cesàries és una necessitat normativa, ja que ve de la comparació amb un estàndard proposat per la OMS. En aquest cas, no era una necessitat expressada pels professionals ni per una part de pacients. Tanmateix, existeix un moviment reivindicatiu de dones que demanen una atenció més natural i menys medicalitzada del part. La demanda ciutadana de canvis en el contingut i la provisió de serveis sanitaris ha existit sempre, i amb ciutadans millor formats i més apoderats, aquesta exigència anirà a més. En una societat plural i democràtica, hauria de ser un deure de l'administració pública escoltar aquestes demandes i intentar donar resposta en la mida del possible. El canvi en les inèrcies de les pràctiques rutinàries habituals en l'atenció al part no s'aconseguirà només perquè les dones ho demanin. S'han de fer intervencions actives, a més de donar suport institucional, per aconseguir vèncer les resistències al canvi.

Figura 7. Procés de decisió i implementació (Adaptat del model de Kingdon)



3.5 Millora de les estratègies operatives

El Pla de Salut quantifica i objectiva el corrent dels problemes de salut. La prioritització dels problemes i de les intervencions és un procés complex en el que entren molts altres factors, a més dels exclusivament tècnics, i molts nivells de decisió. Les alternatives o solucions venen de la mà dels professionals.

La funció de vetllar per la millora de la qualitat, una obligació del sistema sanitari públic, entra en contradicció amb la dinàmica de la no-interferència generada a partir de la separació de funcions de compra i provisió. Aquesta contradicció i la fragmentació resten potencialitat de millora al conjunt del sistema sanitari català. La superació d'aquesta tensió passa perquè l'administració sanitària s'impliqui de forma decidida i alineada en la millora de la qualitat. Quines eines són necessàries per aconseguir això?

a) Definir els interlocutors

L'autonomia organitzativa dels centres facilita un entorn d'experimentació que estimula l'aparició de noves formes organitzatives i de millora de la qualitat dels processos. Hi ha moltes iniciatives, plans i estratègies adreçades a millorar els processos assistencials. Les propostes són plurals, riques i creatives.

Però tanta pluralitat es pot convertir en el problema, tal i com apuntava el punt 4 dels reptes dels programes de millora de qualitat: massa projectes i iniciatives. Un munt d'iniciatives deslligades entre si que debiliten la força que podrien tenir programes més ben coordinats. Un munt d'actors i de criteris i valors diferents que no sempre coincideixen en les seves prioritats ni estan alineades en les seves estratègies.

Actualment, si un professional assistencial o un proveïdor volgués explicar alguna experiència de millora per a la seva difusió al conjunt del sistema, podria escollir entre un mínim de 7 a 9 interlocutors (Figura 8). Tants interlocutors són poc efectius. El més probable és que els professionals amb bones idees acabin publicant la seva experiència, o explicant-la en l'àmbit reduït de la societat científica respectiva, sense més difusió, o desistint de proposar-la per la complexitat del medi, amb la conseqüent pèrdua de talent i oportunitats. Si ho expliqués a un o dos interlocutors més, el marge de maniobra de cadascun d'aquests interlocutors és limitat i la repercussió de les seves iniciatives rarament arribarien a tot el sistema o ho farien més lentament del que seria aconsellable.

Figura 8. Possibles interlocutors de qualitat assistencial en el sistema sanitari català



Per ser més efectius com a sistema caldria unificar els interlocutors i disposar de pocs referents de millora de la qualitat, amb les funcions d'identificar, avaluar, incentivar i difondre les bones pràctiques. La millora de la qualitat s'aconseguiria d'una forma més ràpida, homogènia i, sobre tot, efectiva si s'aglutinessin les diferents iniciatives que ja existeixen, es millorés la coordinació entre els diferents agents i es desenvolupessin altres eines de difusió i "persuasió" que fins ara s'han utilitzat tímidament o de forma aïllada.

b) Avaluació coherent i disseny d'incentius

La conversió dels objectius estratègics a objectius operacionals és la forma de mesurar els progressos fets. L'avaluació a temps, contextualitzada, rigorosa, de processos i de resultats, ajustada per les variables de complexitat necessàries, amb la implicació de gestors i professionals, i amb especial èmfasi en la lluita contra la desigualtat (socioeconòmica, de gènere, d'origen...), s'ha de constituir en el punt clau del sistema (93), i ha de permetre definir un sistema de pagament que valori més els resultats de l'organització del que ho fa ara.

Per altre banda, els incentius i la forma de pagament haurien d'anar alineats i no ser contradictoris de forma que un neutralitzi l'efecte de l'altre, tal i com s'ha vist en el cas de

les cesàries, en el que l'incentiu de la CPR per a la reducció del nombre de cesàries no era suficient per contrarestar les tarifes més altes de les mateixes.

Els incentius serveixen per estimular i contribuir a fer acceptable a nivell individual allò que és desitjable a nivell social (94) però han de ser dèbils per no pervertir el seu fi. Es tracta d'aconseguir disminuir la utilització de pràctiques no efectives o la inadequació de procediments efectius. Els incentius no sempre tenen perquè ser monetaris, ja que un dels possibles efectes dels incentius monetaris és l'impacte negatiu sobre la motivació intrínseca i el professionalisme dels professionals sanitaris, sobre tot si apareixen conflictes (95). El professionalisme és una dimensió que no es té prou present. Hi ha altres coses importants, apart dels diners, pels professionals: reconeixement, prestigi, temps, possibilitat de fer recerca, conciliació amb la vida familiar. Els incentius poden ser incentius a nivell individual però no només. Millor si els incentius individuals estan incardinats en una organització meritòria, que rebi una part important del seu pressupost en funció de resultats, i que participi en la competència per comparació en qualitat, dintre d'un sistema que proporcioni les eines d'informació, infraestructura i autonomia de gestió necessàries per millorar els processos.

c) Difusió de les propostes

Amb una aposta més decidida per la millora de la qualitat assistencial caldria enfortir les activitats adreçades a la difusió de les bones pràctiques, sensibilització i formació dels professionals i suport a la implementació. S'haurien de promoure els espais de comunicació i difusió de bones pràctiques i noves formes organitzatives compartits amb societats científiques, associacions i grups d'interès o professionals clau. Caldria adoptar una estratègia promotora de la difusió, millorant la gestió de la informació i adoptant tècniques d'altres àmbits com el màrqueting social o la creació d'estats d'opinió amb la introducció de la potencialitat de pacients formats i apoderats. També caldria impulsar la introducció d'anàlisi sobre les barreres i els facilitadors per a la implementació de les propostes i facilitar les eines per millorar la formació dels professionals.

3.6 Proposta de millora

a) Un mur de contenció esquerdat

L'administració catalana ha gestionat de forma ordenada un sistema complex, amb diversitat de proveïdors, diferents valors, criteris i interessos i amb una activitat rica i plural. Ha aconseguit posar en marxa iniciatives per contenir la despesa i avaluar les tecnologies abans de la seva incorporació a la xarxa; ha mantingut l'autonomia dels diferents proveïdors que ha permès l'aparició de propostes organitzatives creatives i eficients; ha pogut tenir professionals de primera línia i s'ha dotat d'estructures i institucions per a la millora de la qualitat assistencial.

Però com tots els sistemes sanitaris europeus, hi ha diversos factors que estan posant en tensió el funcionament del sistema, i esquerdat el mur de contenció de la despesa i de l'ordre que fins ara existia. No només per l'increment de les necessitats sanitàries i socials derivades de l'envelliment, sinó també per l'increment de la despesa que suposen les, cada cop més costoses, innovacions farmacològiques i tecnològiques, per la sobresaturació d'informació que necessita de recursos per poder ser processada i transformada en informació útil, per la carestia de professionals assistencials en determinats territoris i nivells assistencials, pel canvi que suposen les noves tecnologies de la comunicació i per la restricció de recursos financers.

Tots aquests elements de tensió augmenten la complexitat en el procés de planificació i prioritització i marquen un punt d'inflexió ja que per afrontar aquests reptes cal transformar a fons la filosofia, les estratègies i l'organització de l'administració pública.

a) Compromís, credibilitat i reconeixement

Aquests tres valors haurien d'impregnar l'acció de l'administració sanitària en la tasca de millorar la qualitat assistencial, tot vetllant per l'equitat, en un moment de fortes tensions en el sistema sanitari provocades per l'increment de necessitats sociosanitàries, la sobresaturació d'informació, el canvi tecnològic en les comunicacions i la vida diària, les innovacions diagnòstico-terapèutiques, la falta de professionals i les dificultats de finançament.

Compromís

ferm amb la millora de la qualitat que implica:

- Adoptar de forma decidida la filosofia promotora de la millora de la qualitat assistencial en les tres vessants: efectivitat dels serveis, seguretat i experiència del pacient.
- Estar atent a les experiències que es desenvolupen a l'entorn dels serveis sanitaris amb l'objectiu d'identificar possibles bones pràctiques i valorar si poden ser experiències escalables a la resta del sistema.
- Promoure la creació d'entorns creatius i pluridisciplinaris per al desenvolupament i formulació de propostes de millora dels processos assistencials.
- Treballar amb els professionals sanitaris en la formulació de les propostes, aportant de forma explícita valors i criteris territorials, de gestió, econòmics, d'efectivitat i de satisfacció del pacient entre altres, necessaris per a la prioritització.
- Facilitar la interlocució amb els professionals i els ciutadans per recollir les seves demandes i suggeriments. Habilitar canals de comunicació i col·laboració transparents amb tots els actors implicats en el sector: societats professionals, col·legis, empreses, associacions, patronals i poders públics, per tal de copsar l'aparició de temes emergents i innovacions.
- Afavorir la participació de ciutadans, professionals i administració en el procés de selecció i prioritització de les polítiques de salut que tinguin com a objectiu millorar la qualitat.
- Difondre de forma activa les bones pràctiques i estimular la seva implementació. Treballar a nivell territorial i amb els proveïdors per a l'adopció d'estratègies de millora de la qualitat
- Millorar la comunicació entre administració, ciutadans i proveïdors per tal d'agilitzar la difusió de les millores en els processos assistencials. Adoptar noves estratègies de comunicació i difusió quan calgui.
- Col·laborar en la sensibilització i formació dels professionals i de la ciutadania per facilitar l'adopció de les innovacions acordades.

Credibilitat

en l'acció avaluadora, que implica:

- Fer l'avaluació a temps de les diferents experiències amb rigor i de forma transparent, introduint el necessari escepticisme sobre els resultats presentats pels promotors de les propostes.
- Reclamar l'avaluació de resultats i processos en les propostes de planificació amb l'objectiu de fer explícits els diferents criteris i valors que poden tenir influència en la decisió.
- Fer el seguiment dels diferents indicadors de qualitat, comparar els resultats amb estàndards i esbrinar les raons del mal funcionament, quan s'escaigui. Afavorir la

comunicació continua sobre els resultats dels indicadors (feedback) per tal d'estimular el procés de millora de l'actuació.

- Afavorir la publicació dels resultats de l'avaluació de les diferents experiències. Gestionar la informació de forma que sigui comprensible tant pels professionals com pels ciutadans si s'escau.
- Afavorir la comparació entre proveïdors per estimular la millora de la qualitat, ajustant per les variables de complexitat clínica i social que siguin necessàries.
- Dotar de recursos a l'administració per tal de poder exercir la funció avaluadora amb els nivells correctes de qualitat, rigor i objectivitat. Impulsar les unitats d'anàlisi de la informació i avaluació, que facilitin la síntesi i elaboració de l'excessiva informació de la que es disposa actualment i permetin la monitorització de les intervencions
- Vetllar i exigir als proveïdors els estàndars mínims de qualitat necessaris en la provisió dels serveis. Utilitzar quan s'escaiguin les funcions d'inspecció i de sanció de l'administració.

Reconeixement

com a sistema als que amb el seu treball aconseguen un sistema sanitari de qualitat:

- Publicar els resultats de les comparacions entre proveïdors i reconèixer de forma pública, i amb publicitat, els proveïdors que aconseguen tenir millors resultats.
- Dissenyar un sistema d'incentius que premiï l'esforç de les organitzacions en la millora de la qualitat.
- Tenir cura dels professionals que són els gestors del coneixement, amb la introducció d'un sistema d'incentius monetaris i morals, com el reconeixement explícit i públic de la bona feina, l'alliberament de temps per projectes concrets, la possibilitat de col·laboracions amb altres institucions, la facilitat per la recerca i la potenciació del professionalisme, entre altres.
- Difondre els bons resultats del sistema sanitari català per tal d'esdevenir referents per altres sistemes sanitaris.

L'objectiu d'assolir un sistema sanitari que garanteixi, de la forma més simultània possible, una atenció de qualitat sigui quin sigui el territori de residència del ciutadà, paga la pena i resulta una obligació en un sistema que té l'equitat entre els seus valors principals.

3.5 Propostes per a la recerca

Els tres articles presentats suggereixen diverses línies d'investigació: quins són els factors que han fet que la incidència de fractura de fèmur hagi canviat? Existeixen efectes cohort? Per què a Catalunya hi ha una incidència tan alta de fractura de fèmur en comparació a la resta d'Espanya? Quins són els factors que expliquen la menor mortalitat dels pacients atesos a les unitats d'ortogeriatria? Quins són els factors que determinen la variabilitat en la taxa de cesàries? Com es fa la difusió del corrent que demana un part no medicalitzat? Poden ser efectives la implementació de les unitats de baix risc a càrrec de llevadores? Quines són les preferències i opinions de les dones sobre el tipus de part? Com es creen les expectatives dels pacients?

El procés de planificació sanitària i les seves diferents fases són objecte de recerca en el camp de les ciències polítiques i socials. Algunes preguntes que es plantegen són: quina és la concordança entre les propostes prioritzades en el Pla de salut i les portades a terme en la legislatura? Quins temes han aparegut, o no, a l'agenda política i per quines raons? Com ha d'evolucionar l'ESCA per reflectir millor les necessitats de salut de ciutadans més apoderats? Quins valors ideològics i culturals tenen influència en la priorització en els diferents governs? Quina influència tenen els diferents subsistemes de l'administració en l'activitat final dels serveis? Un altre línia d'investigació seria el desenvolupament de metodologies que permetin la participació dels ciutadans en el procés de priorització i avaluació dels serveis.

L'estudi dels factors importants per a la implementació real de les propostes ha donat origen a la ciència de la implementació. Entre altres es plantegen qüestions com: quins elements ha de tenir una proposta per ser implementada? Quin és el pes dels factors culturals en un entorn tecnificat com és el sanitari? Com s'han de dissenyar incentius i sistemes de pagament per la millora de la qualitat assistencial? Quins són els elements de comunicació importants per a la difusió de bones pràctiques? També apareix la necessitat de desenvolupar eines d'anàlisi de dades del món real o de big-data, o eines d'avaluació de la implementació. Per últim és necessari continuar en la línia de comparació internacional de la performance del sistema sanitari amb altres, tant des d'un punt de vista macro com de meso-gestió.

4. CONCLUSIONS

- L'objectiu de la tesi és reflexionar, a partir de l'anàlisi de tres propostes concretes de planificació, sobre la pregunta de quins són els factors que tenen influència en que una proposta de planificació feta des de l'administració sanitària tingui èxit a l'hora de ser implementada en el nostre entorn. L'anàlisi de les tres propostes de planificació segueix la metodologia proposada per Kent Buse: context, contingut, actors i procés d'adopció.
- La revisió de la literatura sobre els elements que afavoreixen la implementació de les propostes de canvi de pràctica clínica i/o provisió de serveis classifica els elements en 6 dimensions: el contingut de la proposta, els professionals, els pacients, l'organització, el context i el procés d'adopció. Entre les característiques del contingut destaquen la qualitat de l'evidència, la factibilitat, la compatibilitat amb els propis valors, la necessitat de formació, la millora en l'actuació, la possibilitat d'assajar la proposta i el cost de la mateixa.
- La **primera proposta** analitzada té com a objectiu la disminució de la incidència de fractura de fèmur en persones de 65 anys o més. Per assolir-ne l'objectiu, el Pla director de malalties reumàtiques proposava la identificació i intervenció farmacològica i no farmacològica sobre els grups de pacients amb més risc de fractures: pacients en tractament crònic amb corticoides, pacients institucionalitzats i pacients amb una fractura osteoporòtica prèvia.
- La proposta no es va arribar a implementar malgrat complia amb els requisits necessaris. Els factors que van actuar en contra van ser: la discrepància amb l'asseguradora sobre la prescripció dels fàrmacs indicats en un context de crisi econòmica i de clima cultural reticent a aquests medicaments; i la manca d'una estratègia activa de difusió i formació als professionals i d'elaboració de protocols.
- L'article "*Secular trend in the incidence of hip fractures*" mostra que l'evolució de la incidència de fractura de coll de fèmur entre 2003 i 2014 a Catalunya té tendència a disminuir al voltant d'un 1% cada any, amb una davallada important en les dones i en el grup d'edat inferior a 85 anys.
- La **segona proposta** analitzada tractava de la millora de la gestió del pacient ingressat per fractura de fèmur amb la implementació del maneig integral del pacient des del principi de l'ingrés. L'article "*Association of orthogeriatric services with long-term mortality in patients with hip fracture*" mostra que l'atenció integrada és beneficiosa, ja que la mortalitat, ajustada per edat, sexe i índex de Charlson, dos anys després de ser atès en un hospital amb atenció integrada és inferior respecte a la dels que no tenen atenció integrada.
- L'objectiu de la segona proposta era que al 2014 el 60% dels pacients fossin atesos de forma integrada. El contingut de la proposta complia amb els criteris necessaris per ser

implementada. Al 2013 el percentatge de pacients atesos era del 24%. Els factors que van propiciar la implantació parcial van ser: la manca d'incentivació a un canvi en l'organització dels serveis i la manca d'una estratègia activa de difusió de bones pràctiques entre els centres hospitalaris

- La **tercera proposta**, originada en el si del Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció Materno-infantil, anava dirigida a mantenir la taxa de cesàries per sota del 21%. L'any 2011, a Catalunya sobre 78.570 naixements el percentatge de cesàries va ser del 27,6%. Amb l'objectiu de reduir la taxa de cesàries es van posar en marxa dues estratègies: la inclusió d'un objectiu en la contraprestació per resultats (CPR) des del 2006 fins el 2011, sense canvis en les tarifes segons tipus de part; i el desenvolupament a partir del 2007 de l'Estratègia d'atenció natural al Part, que va suposar dotar als hospitals que atendien parts de recursos per afavorir la realització de parts no medicalitzats.
- L'article "*Health policies for the reduction of obstetric interventions in singleton full-term births in Catalonia*" mostra que, en el període 2010-2014, en els parts a terme d'un sol fetus el percentatge de cesàries va ser estable al voltant del 20,6%. La desaparició de l'objectiu de la CPR no va provocar cap canvi en la taxa de cesàries i l'adopció de l'Estratègia de Part Normal contribuï a disminuir la taxa de cesàries en un 9%, però el seu efecte només es va mantenir els 3 primers anys. En el cas d'aquesta proposta va faltar la complicitat de professionals i usuaris, una avaluació i disseny d'incentius més coherent, ja que incentius de CPR i tarifes entraven en contradicció, i la manca d'una estratègia activa de difusió de bones pràctiques entre els centres hospitalaris.
- Com a conclusió es pot dir que per a la implementació efectiva de les propostes eren necessaris dos elements:
 - a) l'alineació de les diferents parts del sistema, i
 - b) l'establiment d'una estratègia operativa que contemplés:
 - o la sensibilització, formació i participació activa dels professionals,
 - o el disseny d'uns incentius òptims i una avaluació acurada
 - o una estratègia activa de difusió i reconeixement de bones pràctiques.
- Per analitzar el procés de planificació s'ha seguit el model de les finestres d'oportunitat de Kingdon, que estableix que l'adopció de determinats temes com a prioritaris en l'agenda política necessita de la confluència de tres corrents que van fluint al seu propi ritme: el corrent del problema, el de les alternatives i el polític. Només quan coincideixen els tres corrents s'obre una finestra d'oportunitat i el problema i les seves solucions entren en l'agenda política.
- Les prioritats en salut es reflecteixen a Catalunya en els plans de salut que són eines que permeten concretar la direcció i magnitud dels canvis que es volen assolir en un horitzó temporal determinat i permeten una avaluació quantitativa de la progressió en l'assoliment dels objectius. Com a instrument de planificació hauria de contenir també una explicitació de les intervencions que es faran i dels recursos que s'hi destinaran, la

qual cosa facilitaria el rendiment de comptes. La fragmentació de l'administració sanitària, amb diversos subsistemes i nivells de decisió no sempre alineats, facilita la modificació de les propostes de planificació i de la seva implementació.

- A l'administració catalana s'observen dues dinàmiques diferents. La dinàmica de la no-interferència que ve donada per la separació de les funcions de compra i provisió, i que te com a filosofia de fons no interferir en la forma d'organització interna dels proveïdors, excepte pel terciarisme i la prescripció farmacèutica; i la dinàmica de planificació promotora, que incorpora a l'administració professionals assistencials per influir en la planificació, i busca donar resposta a problemes organitzatius i de qualitat de l'atenció.
- El principal objectiu de l'administració sanitària pública és vetllar per l'equitat i l'eficiència dels serveis i defensar els interessos dels pacients i l'accés equitatiu a una atenció de qualitat. L'atenció sanitària s'organitza de forma territorial per atendre tots els ciutadans de forma equitativa i sostenible. El valor de l'equitat, en un sistema sanitari sense possibilitat d'elecció del proveïdor, suposa que els ciutadans han de poder rebre la mateixa atenció de qualitat, independentment d'on visquin. En conseqüència la millora de la qualitat assistencial (efectivitat dels serveis, seguretat i experiència del pacient) esdevé una de les responsabilitats del govern.
- La funció de vetllar per la qualitat assistencial entra en contradicció amb la dinàmica de la no-interferència i resta potencialitat de millora al conjunt del sistema sanitari català. Per altra banda, l'autonomia organitzativa dels centres facilita un entorn d'experimentació que estimula l'aparició de noves formes organitzatives i de millora de la qualitat dels processos. La superació d'aquesta tensió passa per introduir de forma decidida la millora de la qualitat com una de les funcions de l'administració sanitària.
- La participació dels professionals en l'elaboració de les propostes de planificació és una de les eines que facilita la seva implementació. L'administració ha incorporat als professionals assistencials en la planificació a través dels plans directors i les estratègies o a partir de grups de treball per projectes. Els professionals clínics formulen propostes basades en l'evidència, assentades sobre la realitat clínica i de serveis, i consensuades i acceptades pel sector.
- Caldria afegir a la tasca dels professionals clínics un cos tècnic de planificació reforçat, que aporti criteris de distribució territorials, de sostenibilitat econòmica, de gestió de recursos, de distribució de rols i responsabilitats, de cost-efectivitat de les innovacions, d'equilibris entre les asimetries de poder, d'anàlisi de barreres i facilitadors i de negociació amb les parts interessades, entre altres. L'explicitació dels diferents criteris i valors és indispensable per assegurar la transparència del procés.
- Per ser més efectius com a sistema caldria unificar els interlocutors del sistema i disposar de pocs referents de millora de la qualitat, amb les funcions d'identificar,

avaluar, incentivar i difondre les bones pràctiques. També cal reforçar el procés d'avaluació i millorar el disseny d'incentius tan monetaris com morals.

- L'acció de l'administració sanitària ha de transformar-se per fer front a les tensions provocades per l'envelliment, el cost de les innovacions, els canvis tecnològics, la sobresaturació d'informació, la manca de professionals i les restriccions financeres. Els valors que cal incorporar són els de compromís, credibilitat i reconeixement.
- Compromís amb la millora de la qualitat que implica conèixer les experiències de l'entorn, treballar per millorar-les, i difondre de forma activa les bones pràctiques per agilitzar la seva incorporació a la pràctica habitual.
- Credibilitat en l'acció avaluadora que s'ha d'estendre a totes les propostes amb rigor i transparència per assegurar l'elecció de la millor opció en el procés de priorització, vetllar per la qualitat del sistema fent la monitorització dels indicadors, i afavorir la comparació entre proveïdors per estimular la millora de la qualitat.
- Reconeixement públic, i amb publicitat, dels proveïdors que aconsegueixen millors resultats; establiment d'un sistema d'incentius adequat, tant a nivell d'organització com individuals, i difusió dels bons resultats del sistema per tal d'esdevenir referents per altres sistemes sanitaris.

5. ANNEXOS

5.1 Annex 1

Pueyo MJ, Surís X, Larrosa M, Auleda J, Mompart A, Brugulat P, et al. [Importancia de los problemas reumáticos en la población de Cataluña: prevalencia y repercusión en la salud percibida, restricción de actividades y utilización de recursos sanitarios.](#) Gac Sanit. 2012 Jan;26(1):30–6. DOI: 10.1016/j.gaceta.2011.03.008

5.2 Annex 2

Pueyo MJ, Larrosa M, Surís X, Garcia-Ruiz AJ. [Análisis de coste-utilidad e impacto presupuestario de la prevención primaria con alendronato de la fractura osteoporótica de cadera en Cataluña](#). Reumatol Clínica. 2012 Mar 1;8(3):128–34. DOI: 10.1016/j.reuma.2012.01.001

5.3 Annex 3

Escuriet R, Pueyo M, Biescas H, Colls C, Espiga I, White J, et al. [Obstetric interventions in two groups of hospitals in Catalonia: a cross-sectional study.](#) BMC Pregnancy Childbirth. 2014 Dec 15;14(1):143. DOI: 10.1186/1471-2393-14-143

5.4 Annex 4

Escuriet R, Pueyo MJ, Perez-Botella M, Espada X, Salgado I, Gómez A, et al. [Cross-sectional study comparing public and private hospitals in Catalonia: Is the practice of routine episiotomy changing?](#) BMC Health Serv Res. 2015 Dec 11;15(1):95. DOI: 10.1186/s12913-015-0753-z

5.5 Annex 5

Report of the Short Term Scientific Mission

Policies and practices to improve in the field of obstetric interventions

COST Action: IS1405.

Report of the Short Term Scientific Mission

Policies and practices to improve in the field of obstetric interventions

COST Action: IS1405.

Reference : ECOST-STSM-IS1405-031016-079964

Date of STSM: 3rd October- 9th October

HOST: Dra Ana Pilar Betran. Department of Reproductive Health Research. World Health Organization.

Researcher: Dra Maria Jesús Pueyo

Purpose of the STSM

The main objective of this STSM was to work with Dr. Ana Pilar Betran, member of the Department of Reproductive Health Research in the World Health Organization. Dr Betran is a known expert about implementing policies to reduce C-sections and the use of Robson classification. My purpose was to work in two main areas of interest: a/ to learn about which policies and practices implemented abroad have improved the rate of C-section, and to explore if these experiences could be applied in our country; b/ to design a qualitative study to know which organizational, professional, and personal factors are influencing in the election of C-section against normal labor delivery.

Apart from the above mentioned, the second objective was to meet experts about mistreatment and violence against women. The first idea was to talk about genital mutilation, a problem that is increasing in Spain and in Catalonia in the last years. However, the topic was widened to mistreatment, a problem that emerged in a workshop with midwifery students and has been reported for some professionals in the last years.

Description of the work carried out during the STSM

Catalonia has a rate of C-section that has remained without modifications for the last 10 years. Although the objective of lowering the rate has been present every year in the agreements between the public insurer and each hospital, few or any positive results have been achieved. Many factors have been proposed as influencing over the outcomes as: organizational factors, volume of births, characteristics of the hospital, type of professional, preferences of women or cultural factors, among others.

The Department of Reproductive Health Research is doing, among other initiatives for decreasing the rate of C-sections over the world, a systematic revision of the literature about women's and professionals' preferences and opinions about deliveries. This revision is going to be ended in May 2017. The 5 days work plan included a daily meeting with AP Betran, the revision of almost a hundred of manuscripts related to studies about women's and professionals' preferences, and the design of the content and methodology of a qualitative study about factors influencing C-section rates taking into account the results of the systematic revision and the experience of Dr Betran.

Also, in addition of the above mentioned, I could meet with Meghan Bohren from the Maternal and Perinatal Health and Preventing Unsafe Abortion. She and her team are working in order to highlight the abuse that women suffer when they give birth, a question that is growing in importance in our country.

Main results on the topic of C-sections

Purpose of the work with Dr Betran

Catalonia has a moderately high rate of C-sections that has not changed through the last 10 years. During this period, different policies have been implemented in our country to decrease the rate of C-sections but unfortunately they have failed. As a consequence, a new approach has to be made taking into account all the factors that are influencing the rate. The first step is to know which factors are influencing and which are the barriers and facilitators to any intervention aimed to reduce the rate. Some research about these issues has been done in the Department of Health in Catalonia during the last two years. From our research we know that organizational factors, such the adoption of a Non-Medicalized Delivery strategy, which facilitates the use of specific birth rooms or the use of bathtubs, are influencing on the rate (Pueyo et al. In press). Also, the influence of some structural factors, as the volume of births or the level of complexity attended, was described in a previous work, which evidenced that small hospitals have more than expected number of C-sections (Escuriel et al. BMC Pregnancy and Childbirth 2014, 14:143). The type of professional in charge is another relevant factor as there is some evidence of decreasing rates of C-sections when deliveries are assisted mainly by midwives. In order to know which are the outcomes of the different professionals attending deliveries, a multicentric study has been launched (Midconbirth). The last dimension to be taken into account are the women's preferences, shaped by cultural factors and information, and the professionals' opinions about the way of giving birth. Those factors are going to be described through a qualitative study designed during my stay in WHO.

Results of the work with Dr Betran

From the interviews with Dr Betran and from the revision of the literature about women's preferences, some facts influencing on the rate of C-sections can be highlighted:

a non-negligible percentage of women prefer a cesarean delivery;

among the reasons cited are the reduction of pain, fear of losing control, and the convenience of planning the schedule of birth;

the preferences are shaped by the cultural background;

there is little knowledge of the risks that may arise in a caesarean, and

an undetermined percentage of caesarean sections could be induced by professionals.

Among professionals the reasons cited for performing a C-section were comfort, familiarity with the procedure and the practice of a defensive medicine.

As a result of the collaborative work with Dr Betran, a qualitative study, formed by three parts, has been designed in order to know: the preferences of women when giving birth; the opinions and attitudes of obstetricians; and the opinions, attitudes and role of midwives.

Preferences of women when giving birth

A questionnaire on preferences of women when giving birth and what percentage demand a Cesarean has been designed during my stay in WHO. The questionnaire asks for information about sociodemographic characteristics of women; preferences of delivery and the reasons for these

preferences; information about the risk of vaginal or C-section delivery; and previous experiences of giving birth.

We have managed to include the questionnaire in the next wave of the Catalan Health Survey, an official survey about the health problems and the use of health services in Catalonia, which is going to be launched through 2017. The target population will be women in reproductive age (15-50) and the sample is going to be about 700 women that will be surveyed at home. We agree with Dr Betran in collecting the questionnaire in women of all ages, with and without experience about pregnancies, in order to obtain the cultural climate about these topics. Very young people are of high interest as they are the future users of health services.

Opinions and attitudes of obstetricians

The beliefs about C-sections between obstetricians is a key factor on the rate of C-sections performed. In the end, the medical decision is taken by the professional in charge and it implies an agreement between patient and professional. The more obstetricians convinced about the need for avoiding the medicalization of the delivery, the more natural deliveries we will get.

A questionnaire to obstetricians about their opinions and attitudes on C-sections, their knowledge about the percentage of cesareans performed without medical indication and the factors influencing on it, and their availability to perform a caesarean section on maternal request, is going to be designed in the first quarter of 2017. We are looking for a collaboration with the Catalan Society of Gynecologia and Obstetricia to send the survey to its members before the end of 2017.

Opinions and attitudes of midwives

The role of midwives in the attention of deliveries is not well known in our country as all the units attending deliveries are obstetric units, ready for the attention of complex cases. As a consequence a medicalization of all the process is usually observed. There is evidence about the decrease of C-sections when deliveries are attending mainly by midwives.

A questionnaire to midwives about their role in the attention to deliveries and their opinions and attitudes towards cesareans is going to be designed in the first quarter of 2017. The survey will be sent through the Catalan Society of Midwives and the Catalan Nursing College before the end of 2017.

Expected impact

Taking the results as a starting point, a new health policy will be designed in order to decrease the rate of C-sections, more focused on the cultural climate about the type of delivery, on information to empower women, and on reorganization of maternal services taking into account some structural and organizational characteristics.

As a result of the collaborative work with Dr Betran, an agreement of future collaboration has been achieved for further work on the design of the health policies aimed at decreasing the rate of C-sections in Catalonia.

Main results on the topic of mistreatment

Following a workshop held with midwifery students at the Nursing School in Barcelona, it was revealed the existence of situations of mistreatment and abuse of women during the delivery. Besides, last year the public health insurance made a survey on satisfaction about pregnancy, childbirth and postpartum. In this survey, questions related to information in every phase of the whole process obtained the worst scores. In the same survey 80% of women rated as excellent or very good the treatment received, while more than 5% rated it as poor or very poor.

As a consequence the issue about the treatment that women receive through the process of delivery is growing in importance. During my stay in Geneva, I could meet with Meghan Bohren from the Maternal and Perinatal Health and Preventing Unsafe Abortion. She and her team are working in order to highlight the abuse that women suffer when they give birth. The results of their work will be public through the next 2017 but she could share with me some of her research. She also connected me with other european's researchers and activists about this topic.

As a result of our meeting, it was decided to conduct a survey to women for knowing the existence of a possible disrespectful treatment during the pregnancy and delivery. The survey will be designed through 2017 and the questions will be included in the periodical surveys on satisfaction about pregnancy, childbirth and postpartum, done by the public health insurance. Also an appropriate strategy of information and education of women and professionals about respectful treatment will be designed and launched in the next year, with special emphasis on the training of young midwives.

As a conclusion the stay in WHO has allowed me to do a rigorous work of designing tools to better understand the reality and be able to tackle it with more effective and better focused public policies. It has also allowed me to establish networks with professionals and experts from different countries about obstetric interventions and mistreatment during the pregnancy and delivery. I hope that this collaborative work with experts will result in better care for women in my country.

Maria J Pueyo
Department of Health
Government of Catalonia

5.6 Annex 6

Biescas H, Benet M, Pueyo MJ, Rubio A, Pla M, Pérez-Botella M, et al. [A critical review of the birth plan use in Catalonia](#). Sex Reprod Healthc. 2017 Oct;13:41–50. DOI: 10.1016/j.srhc.2017.05.006

6. BIBLIOGRAFIA

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció general de planificació i avaluació. Pla director de malalties reumàtiques i aparell locomotor [Internet]. Últim accés 13/03/2018. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/planificacio/plans_directors_2008-2010/malalties_reumatiques_i_de_laparell_locomotor/documentacio/doc_definitiu_pla_director.pdf
2. Fazekas M, Ettelt S, Newbould J, Nolte E. Framework for assessing, improving and enhancing health service planning. Technical report. RAND Europe, 2010.
3. Buse K, Mays N, Walt G. Making Health Policy. 2ª ed. Maidenhead: McGraw Hill; 2012.
4. Sabatier P, Jenkins-Smith H. Policy change and learning. Boulder CO: Westview Press; 1993.
5. Kingdon JW. Agendas, alternatives, and public policies. 2a ed. Harlow (UK): Pearson; 2014.
6. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Planificació en Salut. Enquesta de Salut de Catalunya. Informe dels principals resultats 2015. Últim accés 12/03/2018. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca_2015.pdf
7. Pueyo MJ, Suris X, Larrosa M, Auleda J, Mompert A, Brugulat P et al. Importancia de los problemas reumáticos en la población de Cataluña: prevalencia y repercusión en la salud percibida, restricción de actividades y utilización de recursos sanitarios. Gac Sanit 2012; 26(1):30-6.
8. Larrosa M, Surís X, Pueyo MJ, Auleda J, de la Puente ML. Planificación en enfermedades reumáticas. Elaboración del Plan director de las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor de Cataluña. Reumatol Clin. 2012;8(2):72-7.
9. Alvarez-Nebreda ML, Jiménez AB, Rodríguez P, Serra JA. Epidemiology of hip fracture in the elderly in Spain. Bone. 2008;42:278–85.
10. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 2002-05. Últim accés el 2 de març de 2018. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/plans-de-salut-anteriors/pla-de-salut-de-catalunya-2002-2005-00001/.
11. Servei Català de la Salut. Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. Any 2003. Últim accés el 12 de març de 2018. Disponible a: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/registres_catalegs/registres/cmbd/informes_anuals/cmbd_2003.pdf
12. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2011-15. Últim accés el 2 de març de 2018. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/pla_de_salut_2011_2015/pla_de_salut_documents/#bloc2.
13. Societat catalana de medicina familiar i comunitària (CAMFIC). Guia d'osteoporosi. 2ona ed. Barcelona 2014.
14. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. Milbank Quart 2004;82(4):581-629.
15. Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol 1985;14:32-8.

16. Tabak RG, Khoong EC, Chambers D, Brownson RC. Bridging research and practice: models for disseminations and implementation research. *Am J Prev Med* 2012; 43(3):337-50.
17. May CR, Mair F, Finch T, Macfarlane A, Dowrick C, Treweek S et al. Development of a theory of implementation and integration: normalization process theory. *Implement Sci* 2009; May 21; 4:29. doi:10.1186/1748-5908-4-29.
18. Field B, Booth A, Iltott I, Gerrish K. Using the knowledge to action framework in practice: a citation analysis and systematic review. *Implement Sci* 2014; 9:172.
19. Rycroft-Malone J, Harvey G, Kitson A, McCormack B, Seers K, Titchen A. Getting evidence into practice: ingredients for change. *Nurs Stand* 2002; 16:38-42.
20. Damschroder L, Aron D, Keith R, Kirsh S, Alexander J, Lowery J: Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* 2009, 4:50.
21. Chaudoir SR, Dugan AG, Barr HI. Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural, organizational, provider, patient and innovation level measures. *Implementation Sci* 2013; 8:22.
22. Ortún V. Cuando las pruebas dicen no pero bastantes médicos – y muchos pacientes- dicen SI. Comentari sobre: Cutes D, Skinner J, Stern AD, Wennberg D. Physicians beliefs and patient preferences: a new look at regional variation in health care spending. Working paper 15-090 Harvard Business School 2015. *Gestión clínica y sanitaria* 2017;19 (1):14.
23. Wells GA, Cranney A, Peterson J, Boucher M, Shea B, Welch V et al. Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women *Cochrane Musculoskeletal Group* 2008;1. doi: 10.1002/14651858.CD001155.pub2.
24. Imaz Iglesia I, Rubio González B, López Delgado ME, Amate Blanco JM, Gómez Pajuelo P, González Enríquez J et al. Análisis coste-utilidad de los tratamientos farmacológicos para la prevención de fracturas en mujeres con osteoporosis en España. *IPE* 63/2010. Madrid: AETS- Instituto de salud Carlos III, diciembre 2010.
25. Pérez I, Torres E, Alcorta I, Etxeberria A, Rotaache del Campo R, Reviriego E. Exploración de barreras y facilitadores para la implementación de guías de práctica clínica: un estudio Delphi. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco(Osteba); 2009. *Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA Nº 2007/05*.
26. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Anàlisi territorial. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, 2015. Últim accés 02/05/2018. Disponible a: <http://observatorisalut.gencat.cat/ca/observatori-sobre-els-efectes-de-crisi-en-salut/detall/informe/Dades-anteriors/>
27. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit d'atenció primària. Dades 2013. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Últim accés 02/05/2018. Disponible a: <http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central-de-resultats/informes-cdr/informe-d-anys-anteriors/>
28. Sanfèlix-Gimeno G, Hurtado I, Sanfèlix-Genovés J, Baixauli-Pérez C, Rodríguez-Bernal CL, Peiró S. Overuse and underuse of antiosteoporotic treatments according to highly influential osteoporosis guidelines: a population-based cross-sectional study in Spain. *PLoS ONE* 10(8): e0135475. doi: 10.1371/journal.pone.0135475.

29. Chamizo Carmona E, Gallego Flores A, Loza Santamaria E, Herrero Olea A, Rosario Lozano MP. Revisión sistemática de la literatura sobre la osteonecrosis maxilar con el uso de bifosfonatos en pacientes con osteoporosis. *Reumatol Clin* 2013; 9(3):172-7.
30. Cooper C, Eriksson JG, Forsén T, Osmond C, Tuomilehto J, Barker DJP. Maternal Height, Childhood Growth and Risk of Hip Fracture in Later Life: A Longitudinal Study. *Osteoporos Int* 2001;12:623-9.
31. Fisher AA, O'Brien ED, Davis MW. Trends in hip fracture epidemiology in Australia: possible impact of bisphosphonates and hormone replacement therapy. *Bone* 2009; 45:246–253.
32. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. La fractura de coll de fèmur en població de 65 anys o més. Dades 2014. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Últim accés 02/05/2018. Disponible a:
http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/informes_cdr/informe_d_anys_anteriors/
33. van Geel TA, Huntjens KM, van de Bergh JP, Dinant GJ, Geusens PP. Timing of subsequent fractures after an initial fracture. *Curr Osteoporos Rep.* 2010 Sep 8: 118-122.
34. Biluc D, Alarkawi D, Nguyen TV, Eisman JA, Center JR. Risk of Subsequent Fracture After Low-Trauma Fracture in Men and Women. *JAMA* 2007; 297(4): 387-94.
35. Huntjens KMB, Kosar S, Geel TACM, Geusens PP, Wilems P. Risk of subsequent fracture and mortality within 5 years after a non-vertebral fracture. *Osteoporos Int* (2010) 21:2075–2082.
36. McLellan AR, Wolowacz SE, Zimovetz EA, Beard SM, Lock S, McCrinck L, et al. Fracture liaison services for the evaluation and management of patients with osteoporosis fracture: a cost-effectiveness evaluation based on data collected over 8 years of service provision. *Osteoporos Int.* 2011 Jul;22(7):2083-98.
37. Akesson K, Marsh D, Mitchell PJ, McLellan AR, Stenmark J, Pierroz DD et al. Capture the Fracture: a best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. *Osteoporos Int*(2013), 24: 2135-52.
38. Carpintero P, Gil-Garay E, Hernández-Vaquero D, Ferrer H, Munuera L. Interventions to improve inpatient osteoporosis management following first osteoporotic fracture: the PREVENT project. *Arch Orthop Trauma Surg* (2009) 129:245–250.
39. Marsh D, Akesson K, Beaton DE, Bogoch DR, Boonen S, Brandi ML, et al. Coordinator-based systems for secondary prevention in fragility fracture patients. *Osteoporos Int* (2011) 22:2051-2065.
40. Pueyo MJ, Larrosa M, Surís X, Garcia-Ruiz A. Análisis de coste-utilidad e impacto presupuestario de la prevención primaria con alendronato de la fractura osteoporótica de cadera en Cataluña. *Reumatol Clin.* 2012;8(2):128–134.
41. Grigoryan KV, Javedan H, Rudolph JL. Ortho-Geriatric Care Models and Outcomes in Hip Fracture Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Orthop Trauma.* 2014 March; 28(3): e49–e55.
42. Buecking B, Timmesfeld N, Riem S et al. Early orthogeriatric treatment of trauma in the elderly—a systematic review and metaanalysis. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110(15): 255–62. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0255.
43. Woodward-Hagg H, Workman-GERman J, Flanagan M, Suskovich D, Schachitti S, Corum C et al. Implementation of systems redesign: approaches to spread and sustain adoption. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 2: Culture and Redesign). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.

44. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. Pla director sociosanitari. Barcelona, 2006. Últim accés 16/03/2018. Disponible a:
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_igualtat/plans_directors/sociosanitari/pla_director/documents/pd_socisanitari271006.pdf.
45. Adang EMM, Wensing M. Economic barriers to implementation of innovations in health care: is the long run-short run efficiency discrepancy a paradox? *Health Policy* 2008; 88:236-42.
46. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reproductive Health* 2015; 12:57 doi 10.1186/s12978-015-0043-6.
47. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: World Health Organization, 2015. (WHO/RHR/15.02). Últim accés 4 de març de 2018. Disponible a:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf.
48. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal Mater Med Rev.* 2001;12: 23–39.
49. Escuriet R, Pueyo M, Biescas H, Colls C, Espiga I, White J, et al. Obstetric interventions in two groups of hospitals in Catalonia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014;14:143.
50. Song CY, Berghella V, Wenstrom KD, Mercer BM, Saade GR. Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-fetal Medicine and American College of Obstetricians and Gynecologists workshop. *Obstet Gynecol* 2010; 120(5):1181-93.
51. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochran Database Syst Rev* 2016; Apr 28;4:CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5:
52. Direcció General de Planificació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció Maternoinfantil als Hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública a Catalunya. 2008. Últim accés el 4 de març de 2018. Disponible a:
http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/serveis_sanitaris/salut_sexual_repro/que_es/.
53. Grup elaborador de la Guia. Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'Atenció al Part Normal. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2013. Últim accés 02/05/2018. Disponible a:
http://aquas.gencat.cat/ca/detall/article/guia_dep_sobre_la_atencio_alpart_normal_adaptacio_Catalunya_GPC_2013
54. Ministerio de Salud y Consumo. Estrategia para la asistencia al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. 2008. Últim accés 02/05/2018. Disponible a:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>
55. Escuriet R, Pueyo MJ, Pérez-Botella M, Espada X, Salgado I, Gómez A et al. Cross-sectional study comparing public and private hospitals in Catalonia: is the practice of routine episiotomy changing? *BMC Health Services Research* 2015; 15:95 doi 10.1186/s12913-015-0753-z.
56. De la Cruz CZ, Thompson EL, O'Rourke K, Nembhar WN. Cesarean section and the risk of emergency peripartum hysterectomy in high-income countries: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet* 2015; 292(6):1201-15.
57. Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2011 Sep;205(3):262.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2011.06.035.

58. Gurol-Urganci I, Bou-Antoun S, Lim CP, Cromwell DA, Mahmood TA, Templeton A, et al. Impact of Caesarean section on subsequent fertility: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod*. 2013;28(7):1943-52.
59. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr* 2012; 95(5):1113-35.
60. O'Neill SM, Kearney PM, Kenny LC, Khashan AS, Henriksen TB, Lutomski JE et al. Caesarean delivery and subsequent stillbirth or miscarriage: systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2013;8(1) :e54588. doi: 10.1371/journal.pone.0054588.
61. Cho CE, Norman M. Cesarean section and development of the immune system in the offspring. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 208(4): 249-54.
62. Li Y, Tian Y, Zhu W, Gong J, Gu L, Zhang W, et al. Cesarean delivery and risk of inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Gastroenterol* 2014; 49(7):834-44.
63. Kuhle S, Tong OS, Woolcott CG. Association between caesarean section and childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2015; 16(4):295-303.
64. Collaco MC, Rautava S, Isolauri E, Salminen S. Gut microbiota: a source of novel tools to reduce the risk of human disease? *Pediatr Res* 2015; 77(1-2): 182-8.
65. Monari F, Di Mario S, Fachinetti F, Basevi V. Obstetricians' and midwives' attitudes toward cesarean section. *Birth* 2008;35:2.
66. McGurgan P, Coulter-Smith S, O'Donovan PJ. A national confidential survey of obstetrician's personal preferences regarding mode of delivery. *Eur J Obst Gynecol REprod Biol* 2001; 97:17-9.
67. Lightly K, Shaw E, Dailami, N, Bisson D. Personal birth preferences and actual mode of delivery outcomes of obstetricians and gynaecologists in South West England; with comparison to regional and national statistics. *Eur J Obst Gynecol REprod Biol* 2014;181:95-98.
68. Karlstrom A, Nystedt A, Johansson M, Hildingsson I. Behind the myth- few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery* 2011; 27:620-27.
69. Salomonsson B, Gullberg MT, Alehagen S, Wijma K. Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women. *J Psychosom Obst Gynecol* 2013;34(3):116-21.
70. Torloni MR, Betran AP, Montilla P, Sclaro E, Seuc A, Mazzoni A et al. Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13:78.
71. Loke AY, Davies L, Li SF. Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: the Health Belief Model. *BMC Health Serv Res* 2015; 15:274.
72. Departament de Salut. Protocol de cribratge i diagnòstic de malaltia de Chagas en dones embarassades llatinoamericanes i en els seus nadons. Barcelona, 2010. Últim accés 16/03/2018. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/pla_estrategic_dordenacio_maternoinfantil_i_atencio_salut_sexual_i_reproductiva/material_de_suport/documents/protchagas2010.pdf.
73. Ahmed-Hassim S, Casals M, Gaudillière JP. The dynamics of the policy process for the development of myocardial infarction services in Catalonia. Tesina del Màster Erasmus Mundus Phoenix, Dynamics of health and welfare. Barcelona, 2011.
74. Pueyo MJ. Presentació a la Comissió de seguiment de l'ordenació terciària en Cirurgia vascular. Barcelona, 12 de desembre de 2017 (Dades disponibles a petició).
75. Villalbí JR, Tresserras R. Evaluación de políticas y planes de salud. *Gac Sanit*. 2011;25 (Supl 1):17-24.

76. Departament de Sanitat i Seguretat social, Generalitat de Catalunya. Document Marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya, 1991. Últim accés 2 / 03/ 2018. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/plans-de-salut-anteriors/pla-de-salut-de-catalunya-1991/
77. Departament de Sanitat i Seguretat social, Generalitat de Catalunya. Pla de Salut 1993-1995. Últim accés 11/05/2018. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/plans-de-salut-anteriors/pla-de-salut-de-catalunya-1993-1995/
78. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Pla de Salut 2016-20. Últim accés 11/05/2018. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020/
79. Acord de Govern pel qual es crea el Pla director de malalties de l'aparell circulatori i el seu Consell Assessor. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya 28/2006, Núm. 4584 – 2.3.2006 de 28 de febrer.
80. Llei 15/1990 D'Ordenació sanitària de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya 015/1990, Num 1324 publicat el 30/07/1990. Últim accés 13/05/2018. Disponible a: http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa?action=fitxa&documentId=48426
81. Davis FG, Peterson CE, Bandiera F, Carter-Pokras O, Brownson RC. How do we more effectively move epidemiology into policy action? *Ann Epidemiol* 2012;22(6):413-16.
82. Brownson RC, Chiqui JF, Stamatakis KA. Understanding evidence-based public health policy. *Am J Public Health* 2009;99(9):1576-83.
83. Van de Goor I, Hamalainen RM, Syed A, Juel Lau C, Sandu P, Spitters H et al. Determinants of evidence use in public health policy making: results from a study across six EU countries. *Health Policy* 2017; 121:273-81.
84. Oliver K, Innvar S, Lorenc T, Woodman J, Thomas J. A systemic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Serv Res* 2014; 14:2.
85. Lavis JN, Catallo C, editors. Bridging the worlds of research and policy in European health systems. Copenhagen (2014). WHO Regional office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Últim accés 11 de març de 2018. Disponible a: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/bridging-the-worlds-of-research-and-policy-in-european-health-systems-2013>.
86. De Leeuw E, Clavier C, Breton E. Health policy - why research it and how: health political science. *Health Research Policy and Systems* 2014;12:55.
87. Bengoa R, Arratibel P. After prioritising, implementation. En: del Llano-Señaris JE i Peiro S. *Prioritising health services or muddling through*. Springer Healthcare, Madrid 2018.
88. High Quality Care for All: NHS Next Stage Review Final Report. Department of Health 2008. Últim accés 20/04/2018. Disponible a: <https://www.gov.uk/government/publications/high-quality-care-for-all-nhs-next-stage-review-final-report>
89. Spencer E, Walshe K. National quality improvement policies and strategies in European healthcare systems. *Qual Saf Health Care* 2009; 18(suppl 1):i22-i27.
90. Callejón M, Campillo-Artero C, Ortún V. Deciding on public programmes: prioritisation and governance. An inseparable whole. En: del Llano-Señaris JE i Peiro S. *Prioritising health services or muddling through*. Springer Healthcare, Madrid 2018.
91. Consejería de Salud y servicios sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. Plan de Salud 2004-2007. La salud como horizonte. Últim accés 11/03/2018. Disponible a: http://tematico.asturias.es/salud/plan/plan/documento/plan_salud.pdf.

92. Costa-Font J. Participación colectiva y revelación de preferencias sobre programas sanitarios: un enfoque de sistema sanitario. *Gac Sanit* 2005; 19(3):242-52.
93. González Lopez-Valcarcel B, Hernandez Aguado I, Meneu de Guillerma R, Urbanos Garrido R, Vázquez Navarrete ML. Síntesis final y recomendaciones para las políticas. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit* 2008; 22(Supl 1):244-53.
94. Campillo-Artero C, Ortún V. Profesionales, organizaciones y sistemas sanitario: haciendo individualmente atractivo lo socialmente conveniente (en preparació).
95. McDonald R, Harrison S, Checkland K, Campbell SM, Roland M. Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study. *BMJ* 2007;334:1357.

