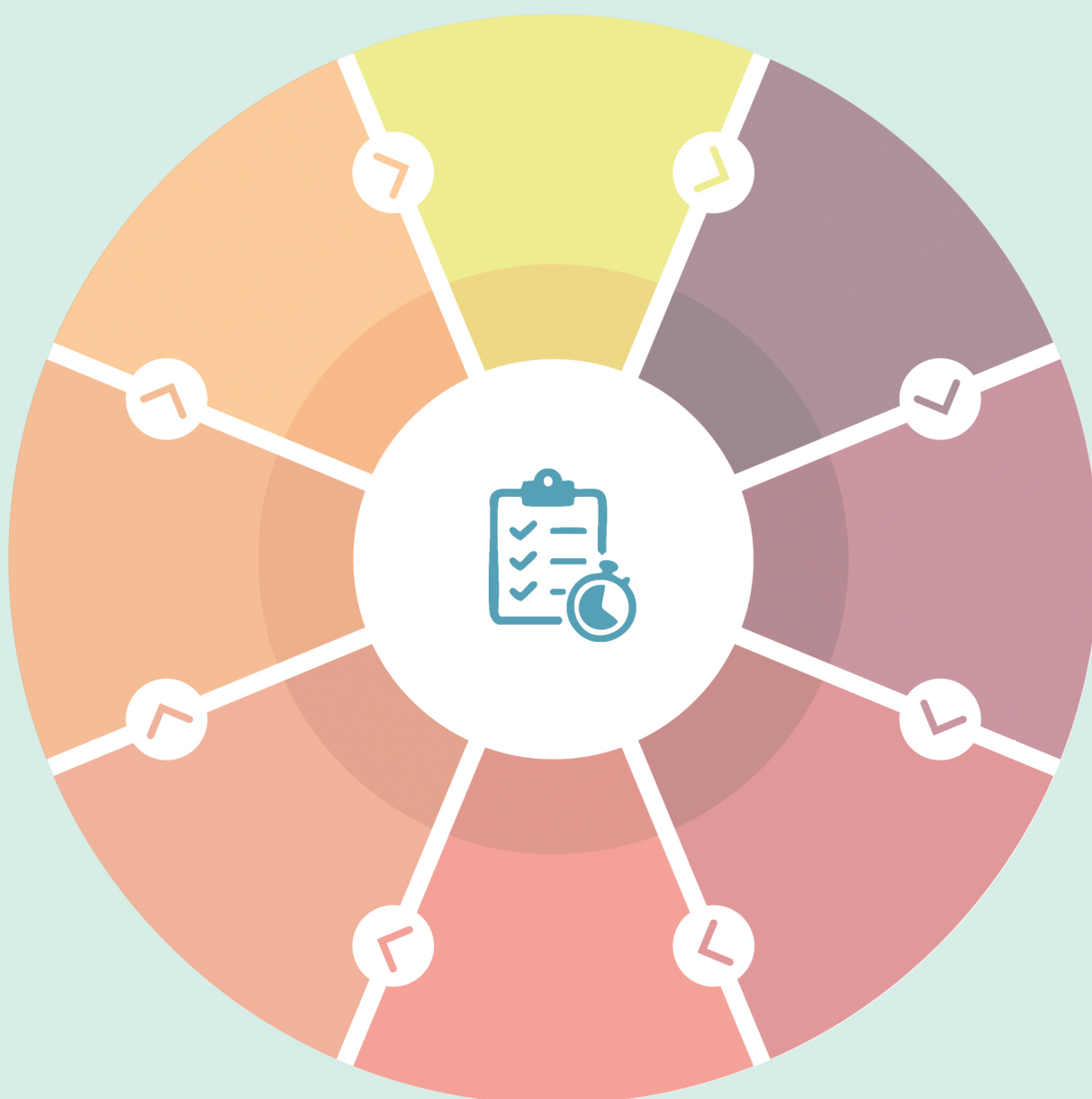

Coordinació intersectorial

Pla de preparació i resposta de l'ASPB a futures pandèmies



©2025 Agència de Salut Pública de Barcelona

Tots els drets reservats.

<https://www.aspb.cat/>

Edita: Agència de Salut Pública de Barcelona, 14 de juliol de 2025

Aquesta publicació està sota una llicència Creative Commons

Reconeixement – No Comercial – No Derivades (BY-NC-ND)

<https://creativecommons.org/>



La intersectorialitat en la preparació de pandèmies

Presidenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i regidora de Salut, persones amb discapacitat i estratègia contra la soledat (Si s'escau)

Marta Villanueva Cendán

Gerenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (Si s'escau)

Carme Borrell i Thió

Autories (incloure afiliacions)

Lucía Artazcoz^{1, 2, 3, 4}, Josep Maria Jansà^{1,2}, Maribel Pasarín^{1,2,3,4}, Glòria Perez^{1,2,3,4}, Pere Simon^{1,2}, Hernan Vargas^{1,2}, Cristina Rius^{1,2,3,4}, Carme Borrell^{1,2,3,4}

Cita recomanada

Artazcoz L, Jansà JM; Pasarín M, Pérez G, Simón P, Vargas H, Rius C, Borrell C. La intersectorialitat en la preparació de pandèmies. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2025.

¹ Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), Pl. Lesseps 1, 08023 Barcelona, Spain

² Institut de Recerca Sant Pau (IR SANT PAU), Sant Quintí 77-79, 08041 Barcelona, Spain

³ Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, Spain

⁴ Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca (AGAUR), Passeig de Lluís Companys 23, 08010 Barcelona, Spain

Índex

Introducció.....	4
Reptes de la intersectorialitat	5
De la salut en totes les polítiques a la salut per a totes les polítiques	6
Proposta d'un model per facilitar l'acció intersectorial en salut	8
La col·laboració intersectorial a Barcelona	10
Lliçons apreses de la gestió de la COVID-19	13
Conclusions.....	15
Referències	16

Introducció

La salut es crea fonamentalment fora del sector sanitari, fet que evidencia la necessitat d'una participació activa **d'altres sectors** en la governança, la política i les intervencions en salut. (De Leeuw, 2017) Les **crisis de salut pública** tenen impactes que transcendeixen l'àmbit sanitari i requereixen una resposta coordinada que involucri sectors com la salut pública, l'assistència sanitària, l'educació, el treball, els cossos de seguretat, el medi ambient i els serveis socials, entre d'altres.

Durant la pandèmia de la **COVID-19**, es va fer evident que una resposta estrictament biomèdica centrada en la prevenció de la infecció era insuficient. La pandèmia constituïa un **problema complex** que exigia un abordatge intersectorial. Els problemes complexos es caracteritzen per la seva dificultat de definició, les múltiples interdependències, la manca de solucions clares i els possibles impactes imprevistos de les intervencions, la qual cosa reforça la necessitat d'una **col·laboració intersectorial** efectiva. Les mesures de mitigació (per exemple, confinament o reducció de l'ús de combustibles fòssils) necessiten l'acceptació social de les mesures i tenen efectes negatius en altres àmbits (per exemple, activitat econòmica). (Angeli et al., 2021)

Un factor clau per a la preparació efectiva davant de crisis de salut pública és la **cooperació entre sectors**. Això implica la col·laboració de diferents nivells de govern (nacional, autonòmic i local) i d'actors com la salut pública, l'assistència sanitària, el sector privat i la societat civil. (Mujahid et al., 2024) La col·laboració intersectorial es defineix com la **unió intencionada de múltiples sectors i parts interessades en un procés gestionat per aconseguir objectius comuns**. (Kuruville et al., 2018).⁵

⁵ Els conceptes d'acció multisectorial i acció intersectorial són sovint utilitzats com a sinònims. (Hinton et al., 2021)

Reptes de la intersectorialitat

Tot i el consens generalitzat sobre la importància de la col·laboració intersectorial, encara persisteixen diversos reptes en la seva implementació (McCoy, 2024):

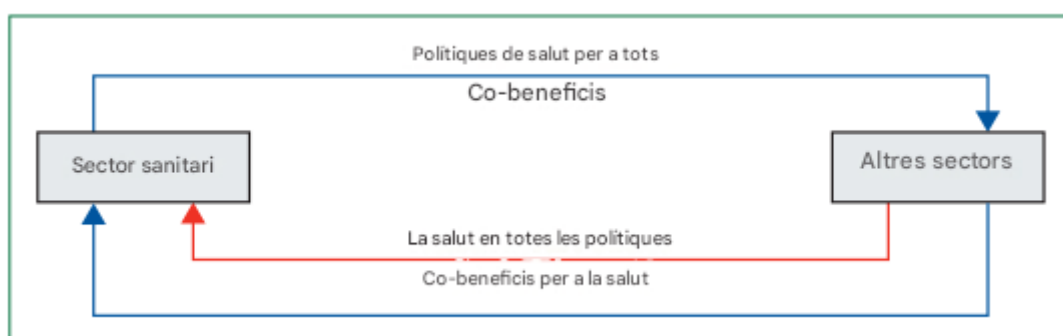
1. **Manca d'inversió en la preparació i resposta:** La creació de capacitats en **temps de pau** és essencial per establir vincles i relacions entre sectors i generar confiança amb la comunitat.
2. **Manca de capacitats en alguns sectors:** La insuficiència de recursos i coneixements en determinats sectors dificulta la seva capacitat per col·laborar eficaçment en situacions de crisi.
3. **Manca de relacions entre sectors:** L'aïllament institucional i el **treball en silos** continua sent un obstacle per a la col·laboració, ja que fomenta percepcions errònies i desconfiances i desincentiva el treball conjunt. (Kuruvilla et al., 2018)
4. Manca d'una **comprensió comuna** del problema entre els diversos sectors. La disponibilitat de **dades** sobre salut i els seus determinants, així com eines d'anàlisi intersectorial, són requisits previs per a una col·laboració efectiva. (Ståhl, 2018)
5. **Diferències en el nivell i la naturalesa de la implicació dels diversos sectors.** Les divergències en **prioritats, objectius i estructures** dificulten la coordinació i la presa de decisions conjunta (Mujahid et al., 2024)
6. **Percepció esbiaixada dels sectors no sanitaris:** Alguns sectors poden percebre que el principi de **salut en totes les polítiques** beneficia exclusivament el sector sanitari. (Greer et al., 2022)

De la salut en totes les polítiques a la salut per a totes les polítiques

L'experiència de la gestió de la COVID-19 va demostrar que la col·laboració entre sectors és essencial i factible. Tot i això, aquesta **col·laboració no és senzilla** i requereix mecanismes que facilitin solucions de **benefici mutu**.

Tradicionalment, la perspectiva de salut en totes les polítiques implica que **altres sectors contribueixin als objectius del sector de la salut**. No obstant això, es proposa ampliar aquest enfocament cap a un model **bidireccional**, conegut com **Salut per a totes les polítiques**. Aquest model posa en relleu les contribucions del sector sanitari a altres sectors, promovent polítiques que generin beneficis col·laterals per a tots els actors implicats (**figura 1**).

Figura 1. Associació entre la salut i altres sectors



Font: Greer et al. 2022

No n'hi ha prou amb convidar altres sectors a perseguir els objectius formulats pel sector de la salut. (Mundo et al., 2019; Ståhl, 2018) Aquesta estratègia s'hauria de complementar amb un enfocament que emfatitzi els **beneficis col·laterals** que la política de salut pot generar **per a altres sectors**. Un benefici col·lateral és un efecte positiu d'una política (per exemple, una millor salut gràcies a les vacunes) que contribueix a assolir objectius en altres àmbits. En aquest sentit, les polítiques i els resultats en salut poden tenir un impacte favorable en el **creixement econòmic** mitjançant l'augment de la **participació i la productivitat en el mercat laboral, la millora del rendiment educatiu o l'impuls de la recerca biomèdica**, entre d'altres. (Pinna Pintor et al., 2024; Suhrcke et al., 2006)

Proposta d'un model per facilitar l'acció intersectorial en salut

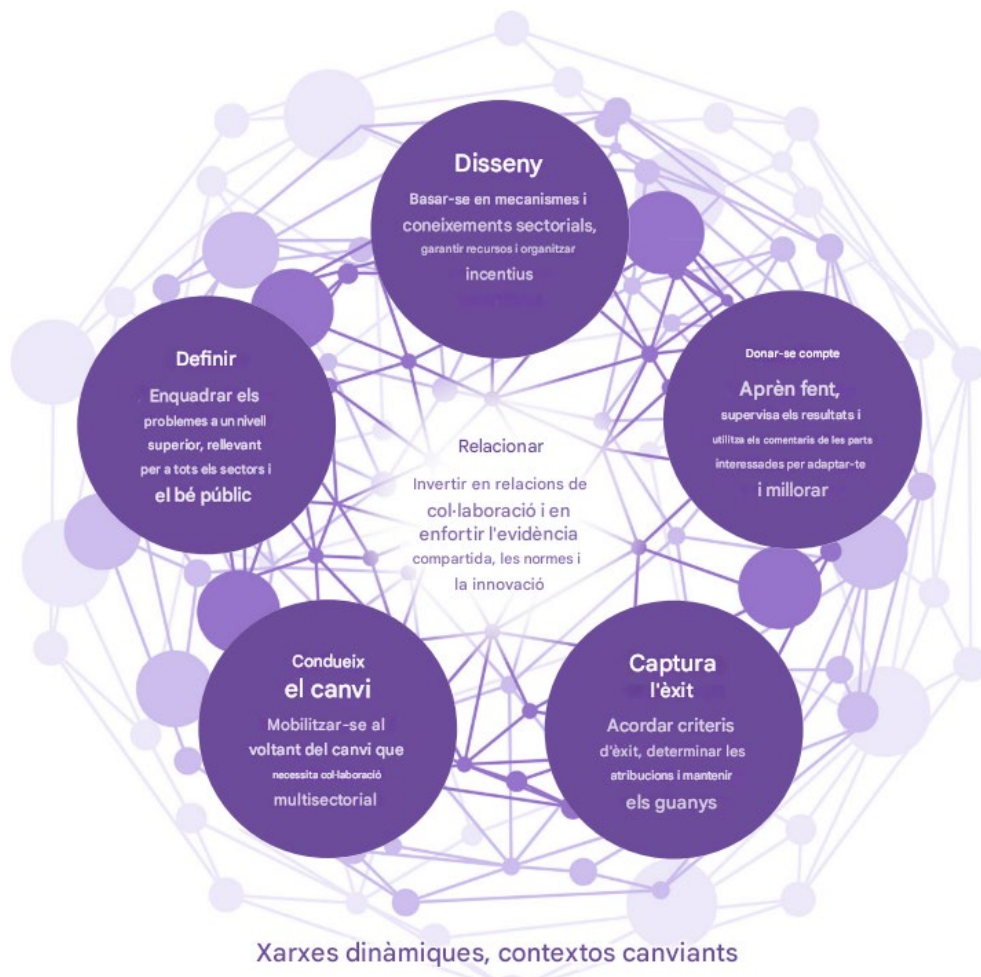
Per facilitar l'acció intersectorial en salut, es proposa un model basat en sis elements clau: (Kuruville et al., 2018)

1. **Impulsar el canvi:** Establir agendes i mobilitzar una massa crítica de parts interessades per promoure el canvi, determinant si la situació s'aborda millor mitjançant la col·laboració multisectorial optimitzant els vincles entre sectors. (Kickbusch, I, Brindley, C, 2015)
2. **Definir:** Clarificar la situació per millorar la **comprensió dels problemes i facilitar l'acord sobre un curs d'acció** i desenvolupar un projecte ben definit. Un aspecte clau és el paper del coneixement i l'evidència en la percepció de la necessitat d'integració. (Oliver et al., 2014) La **generació, difusió i utilització del coneixement són essencials** per establir paràmetres comuns en la governança i la política, tant en el sector públic com en el privat i la societat civil. Un **marc conceptual compartit** afavoreix una comprensió col·lectiva dels problemes i solucions. (De Leeuw, 2017)
3. **Dissenyar:** Aprofitar els **mecanismes existents i l'experiència sectorial** per planificar programes, establir la governança de la col·laboració multisectorial i desenvolupar innovacions rellevants per a les parts interessades, els contextos i els objectius. (Tangcharoensathien et al., 2017)
4. **Aprendre fent:** Enfortir la implementació, el seguiment i l'avaluació com a **processos iteratius i adaptatius**, permetent l'aprenentatge continu a partir dels èxits i errors.

5. **Relacionar:** Enfortir de manera sistemàtica les sinèrgies entre sectors, (Kickbusch, I, Brindley, C, 2015) gestionar col·laboracions multisectorials (De Leeuw, 2017) i promoure el diàleg i la discussió entre les múltiples parts interessades.
6. **Capturar l'èxit:** Utilitzar **mètodes qualitatius i quantitativs** per **monitoritzar i avaluar** els resultats, aprendre dels èxits i fracassos i formular la col·laboració multisectorial com una intervenció amb impactes concrets en salut i desenvolupament.

Aquest model es resumeix a la **figura 2**.

Figura 2. Model per a l'acció intersectorial en salut.



Font: Mujahid et al., 2024

La col·laboració intersectorial a Barcelona

Per avançar en la col·laboració amb sectors més enllà del de la salut, és fonamental definir els elements clau d'aquesta interacció:

Una **visió general dels sectors** amb un impacte significatiu en la salut individual i col·lectiva.

Una **anàlisi més detallada del sector de la salut** per identificar professions i àmbits concrets que hi participarien.

Un enfocament clar sobre l'abast i la direcció de la col·laboració, distingint els diferents tipus i nivells de canvi possibles.

A Catalunya, el **Pla especial d'emergències per pandèmies a Catalunya** (Protecció civil, 2021) estableix una estratègia d'acció intersectorial que **implica diferents departaments de la Generalitat, així com institucions estatals i administracions locals**. Aquest pla identifica **serveis essencials i defineix mecanismes de coordinació**, incloent-hi una autoritat amb comandament únic, comitès de crisi i estratègies per a la delimitació d'activitats quan fos necessari. Aquesta estructura va permetre millorar la resposta i la presa de decisions durant la COVID en un escenari de gran afectació per a la població.

A nivell municipal es crea el **Centre de coordinació operativa municipal (CECOPAL)** presidit per l'**alcaldia**, i en contacte bidireccional amb les autoritats autonòmiques per a la crisi, el Centre de coordinació operativa de Catalunya (CECAT) presidit per la presidència de la Generalitat i el Centre de comandament avançat (CCA).

1. Serveis d'emergències i seguretat (Bombers-Protecció Civil, Guàrdia Urbana, Mossos d'Esquadra, Sistema d'Emergències Mèdiques- SEM, CUESB)
2. Gerència Municipal
3. Economia i Recursos
4. Ecologia Urbana
5. Mobilitat
6. Infraestructures
7. Serveis Municipals
8. Neteja
9. Comunicació
10. Àmbit de la salut (Agència de Salut Pública de Barcelona i Consorci Sanitari de Barcelona).

El **principal òrgan de coordinació i presa de decisions de l'Ajuntament de Barcelona** durant la pandèmia va ser el "**Comitè covid-19**", creat específicament per a aquesta crisi i presidit per l'alcaldeessa Ada Colau. Tot i l'activació del CECOPAL segons el Pla bàsic d'emergències, aquest comitè es va distingir per la seva flexibilitat i combinació d'una direcció política i una estructura gerencial. Inicialment format per **gerències i direccions municipals**, es va ampliar progressivament amb tinents d'alcaldia i regidories segons les necessitats. Es reunia diàriament durant els moments més crítics i posteriorment amb menor freqüència per establir prioritats i fer seguiment de la situació (Martí-Costa et al., 2020).

Les **tasques tàctiques i operatives** durant la pandèmia es van delegar a les gerències corresponents o a grups operatius específics anomenats "**Oficines**" quan es requeria una resposta transversal. Aquestes Oficines, **creades ad hoc**, van ser clau en la governança de l'emergència, destacant per la seva agilitat i autonomia. Van abordar diverses necessitats, com la creació d'hospitals temporals, la contenció del virus en residències geriàtriques o la reobertura segura d'equipaments municipals. La seva estructura variava segons la funció, amb algunes centrades en l'execució immediata i d'altres en la planificació de la recuperació. Un dels seus reptes principals va ser la **gestió i integració del coneixement municipal, abans dispers en diferents àrees**, per facilitar la presa de decisions durant la crisi (Martí-Costa et al., 2020).

Una vegada resoltes aquestes necessitats bàsiques de coneixement per poder dur a terme la missió, els equips de les oficines sovint també es dedicaven a crear **protocols operatius d'actuació**, per exemple quan s'havia de traslladar usuàries de les residències. Per poder crear aquests protocols, el coneixement expert en temes de salut pública per part de l'**ASPB** i, segons els casos, d'altres actors amb experiència en crisis humanitàries com **Metges Sense Fronteres**, va resultar fonamental (Martí-Costa et al., 2020).

A Barcelona, per iniciativa del sector de la salut, es van crear **quatre grups de treball intersectorial** per coordinar la resposta a la COVID-19 en diferents àmbits: a) '**Oficina de Salut Pública**, b) **Oficina Tècnica de Residències**, c) **Oficina d'Escoles** i d) **Oficina de Vacunacions**. Aquests grups estaven formats per professionals del Consorci Sanitari de Barcelona (CSB), dels serveis assistencials i de salut pública, així com de l'àmbit educatiu (Oficina d'Escoles) i de l'atenció a les persones grans (Oficina de Residències). (Artazcoz et al., 2022) Els grups en alguns casos es desdoblaven amb un comitè de caràcter directiu i un altre més operatiu.

Lliçons apreses de la gestió de la COVID-19

La pandèmia de la COVID-19 ha proporcionar **lliçons valuoses sobre la col·laboració intersectorial** en la gestió de crisis de salut pública (Baum et al., 2024).

1. Les **respostes efectives han de ser intersectorials** i liderades des del cap de govern amb el suport tècnic de les agències sanitàries. En una nova pandèmia a Barcelona, s'haurien de replicar, adaptant-los a les característiques específiques de la pandèmia, els diversos grups intersectorials que s'han descrit en aquest capítol.
2. La voluntat política **d'acceptar la ciència i comunicar-se amb empatia** és essencial per evitar la desinformació i la polarització social.
3. Una **societat civil activa i solidària que qüestioni** els governs sobre la protecció dels drets humans, sense caure en discursos anticientífics, fomenta una acció política efectiva en benefici de la població.
4. La **confiança ciutadana en les institucions** és fonamental per garantir una resposta coordinada i eficaç a les crisis de salut pública.

A **Barcelona**, s'han assenyalat **10 elements clau** (Martí-Costa et al., 2020):

1. **Estructura gerencial-directiva consolidada**, amb confiança política, professionalitat, vocació de servei públic i una direcció per valors.
2. Creació d'un **comitè de direcció i seguiment politico-gerencial** amb un lideratge plural i col·lectiu.
3. Creació de **grups de treball transversals amb missions operatives** específiques i autonomia de gestió que destaquen el coneixement territorial.
4. **Governança multinivell reforçada i col·laborat iva**. Minimització del conflicte polític.
5. Col·laboració amb **sindicats, organitzacions socials, empreses de serveis i altres empreses**.

6. Assessorament de **l'Agència de Salut Pública de Barcelona** i generació de nou coneixement inexistent o fragmentat sobre l'evolució de la ciutat, la pandèmia i la mateixa gestió municipal.
7. Establiment de **plans de contingència per cada àrea** i ens instrumentals de l'Ajuntament. **Reorganització del personal i adaptació dels serveis essencials** a les noves necessitats.
8. **Regulació pròpia** (dintre el marc legal vigent d'estat d'alarma) dels serveis essencials, dels contractes públics i del treball a distància.
9. **Lideratge executiu politico-gerencial distribuït i adaptatiu**, capacitat d'orientar la resposta a l'emergència sanitària, social i econòmica i alhora planificar accions per a la recuperació.
10. **Comunicació periòdica**, directa i empàtica al conjunt de l'organització.

Conclusions

La intersectorialitat és fonamental per a la preparació i resposta a les pandèmies, però la seva implementació efectiva requereix **superar barreres estructurals, culturals i de recursos**. Per tal de consolidar aquesta col·laboració, és imprescindible una inversió sostinguda en capacitats, la **generació de relacions de confiança** i el desenvolupament d'estratègies que alineïn els interessos de tots els sectors implicats.

Referències

1. Artazcoz, L., Borrell, C., Cortès, I., Díez, È., Pasarín, M., Pérez, G., Rius, C., & Rodríguez, M. (2022). Impacte de la pandèmia sobre la salut a Barcelona. *Barcelona Societat*, 29, 34–51.
2. Baum, F., Musolino, C., Freeman, T., Flavel, J., Ceukelaire, W. De, Chi, C., Dardet, C. A., Falcão, M. Z., Friel, S., Gesesew, H. A., Giugliani, C., Howden-Chapman, P., Huong, N. T., Kim, S., London, L., McKee, M., Nandi, S., Paremoer, L., Popay, J., ... Villar, E. (2024). Thinking politically about intersectoral action: Ideas, Interests and Institutions shaping political dimensions of governing during COVID-19. *Health Policy and Planning*, 39(2), i75–i92. <https://doi.org/10.1093/heapol/czae047>
3. De Leeuw, E. (2017). Engagement of Sectors Other than Health in Integrated Health Governance, Policy, and Action. *Annual Review of Public Health*, 38, 329–349. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044309>
4. Greer, S. L., Falkenbach, M., Siciliani, L., McKee, M., Wismar, M., & Figueras, J. (2022). From Health in All Policies to Health for All Policies. *The Lancet Public Health*, 7(8), e718–e720. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00155-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00155-4)
5. Hinton, R., Armstrong, C., Asri, E., Baesel, K., Barnett, S., Blauvelt, C., Buang, S. N. B., Bury, L., Das, J. K., Franz-Vasdeki, J., Milman, H. M., Murray, J., Palma, S., Renner, I., Roche, M., Saint, V., Simpson, S., Singh, L., McGhie, D. V., ... Kuruvilla, S. (2021). Specific considerations for research on the effectiveness of multisectoral collaboration: methods and lessons from 12 country case studies. *Globalization and Health*, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00664-w>
6. Kickbusch, I., Brindley, C. (2015). *Health in all policies* (Vol. 17, Issue 4). World Health Organization. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckm048>
7. Kuruvilla, S., Hinton, R., Boerma, T., Bunney, R., Casamitjana, N., Cortez, R., Fracassi, P., Franz-Vasdeki, J., Helldén, D., McManus, J., Papp, S., Rasanathan, K., Requejo, J., Silver, K. L., Tenhoope-Bender, P., Velleman, Y., Wegner, M. N., Armstrong, C. E., Barnett, S., ... Graham, W. (2018). Business not as usual: How multisectoral collaboration can promote transformative change for health and sustainable development. *BMJ (Online)*, 363, 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4771>

8. Martí-Costa, M., Barres, R., & Termes, A. (2020). *La governança de l'emergència complexa: la covid-19. Actuacions, adaptació organitzativa i innovacions de l'Ajuntament de Barcelona*. Gerència Municipal de l'Ajuntament de Barcelona.
9. McCoy, T. (2024). "It's not about health, it's about society": A Qualitative Analysis of Multilateral Leaders' Perceptions of Opportunities and Challenges to Multisectoral Collaboration for Pandemic Prevention, Preparedness, Response, and Recovery (Vol. 4, Issue 1). University of Washington.
10. Mujahid, A., Alismail, A., Mubark, M., Aboun, A., Hussein, M., Al, A., Saleh, A., Rashah, R. Al, Hussain, I., Mashahhim, A., Alyami, S. M., Fahad, S., Alsalamah, M., Fahad, M., & Alsalamah, M. (2024). Critical Analysis of Public Health Preparedness and Multisector Collaboration in Crisis Management. *Journal of Ecohumanism*, 6798(8), 6623–6631.
11. Mundo, W., Manetta, P., Fort, M. P., & Sauaia, A. (2019). A Qualitative Study of Health in All Policies at the Local Level. *Inquiry (United States)*, 56. <https://doi.org/10.1177/0046958019874153>
12. Oliver, K., Lorenc, T., & Innvæ, S. (2014). New directions in evidence-based policy research: A critical analysis of the literature. *Health Research Policy and Systems*, 12(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-34>
13. Pinna Pintor, M., Fumagalli, E., & Suhrcke, M. (2024). The impact of health on labour market outcomes: A rapid systematic review. *Health Policy*, 143(March), 105057. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105057>
14. Protecció civil. (2021). *Pla especial d'emergències per pandèmies a Catalunya* (pp. 1–18). Generalitat de Catalunya, Departament d'Interior.
15. Ståhl, T. (2018). Health in All Policies: From rhetoric to implementation and evaluation – the Finnish experience. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(20_suppl), 38–46. <https://doi.org/10.1177/1403494817743895>
16. Suhrcke, M., McKee, M., Stuckler, D., Sauto Arce, R., Tsoolova, S., & Mortensen, J. (2006). The contribution of health to the economy in the European Union. *Public Health*, 120(11), 994–1001. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2006.08.011>
17. Tangcharoensathien, V., Srisookwatana, O., Pinprateep, P., Posayanonda, T., & Patcharanarumol, W. (2017). Multisectoral actions for health: Challenges and opportunities in complex policy environments. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(7), 359–363. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.61>

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona



Connectem
f **✕** **o** **in**

www.aspb.cat