



Plan de Salud de Cataluña 2011-2015



Generalitat de Catalunya
**Departament
de Salut**

Febrero de 2012

© 2012, Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud

Departamento de Salud
Trav. de les Corts, 131-159
Pabellón Ave María
08028 Barcelona
www.gencat.cat/salut
<http://canalsalut.gencat.cat/>

Edición: Departamento de Salud

Coordinación editorial: Departamento de Salud

Asesoramiento lingüístico: Sección de Planificación Lingüística del Departamento de Salud

Redacción: Departamento de Salud

Índice

Presentación	4
Resumen ejecutivo	8
I. Contexto de partida: los retos del sistema sanitario de Cataluña	27
II. Principios que inspiran el Plan de Salud	35
III. Punto de partida: diagnóstico y prioridades del sistema sanitario de Cataluña	43
La evaluación de los objetivos del Plan de salud de Cataluña en el horizonte 2010	44
Los resultados en salud	45
La situación de los servicios	54
Las prioridades claveS del cambio	71
IV. Los tres ejes vertebradores del Plan de Salud de Cataluña 2011-2015.....	73
IV.I. Más salud y mejor calidad de vida	74
Línea de actuación 1. Objetivos y programas de Salud	74
IV.II. Transformación del modelo de atención: mejor calidad, accesibilidad y seguridad en las intervenciones sanitarias	87
Línea de actuación 2. Un sistema más orientado a los enfermos crónicos	87
Línea de actuación 3. Un sistema integrado más resolutivo desde los primeros niveles y en el territorio	109
Línea de actuación 4. Un sistema de más calidad y equidad en la alta especialización	124
IV.III. Modernización del modelo organizativo: un sistema sanitario más sólido y sostenible	136
Línea de actuación 5. Mayor enfoque en los pacientes y las familias	136
Línea de actuación 6. Nuevo modelo de contratación de la atención sanitaria MÁS orientado a resultados en salud	145
Línea de actuación 7. Incorporación sistemática del conocimiento profesional y clínico	155
Línea de actuación 8. Mejora del gobierno y de la participación en el sistema	163

Línea de actuación 9. Información compartida, transparencia y evaluación	171
V. Hoja de ruta de la transformación	186
Epílogo	190
Abreviaciones.....	192
Referencias bibliográficas	196

Presentación

En el marco del siglo XXI, las políticas sanitarias de los gobiernos deben tener como finalidad última conseguir más años de vida para las personas y que estos años sean vividos con salud. Y hay que conseguirlo con independencia de la condición social o económica de los ciudadanos.

Para preservar el derecho a la protección de la salud del que disfrutaban los ciudadanos, el Gobierno ofrece una respuesta triple. En primer lugar, proteger la salud individual y colectiva, objetivo que canalizan la Agencia de Salud Pública de Cataluña y las políticas interdepartamentales. En segundo lugar, atender médica y sanitariamente a las personas enfermas, lo que garantiza el Servicio Catalán de la Salud. En tercer lugar y para acabar, desarrollar la investigación biomédica, lo que se lleva a cabo mediante el Programa de Investigación e Innovación de Cataluña.

Así, el Gobierno materializa la triple respuesta en relación con los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria basando sus políticas públicas y actuaciones sobre tres pilares:

- El Plan de Salud de Cataluña 2011-2015.
- El Plan de Salud Interdepartamental.
- El Plan de Investigación Biomédica.

Asimismo, más adelante, el Gobierno tendrá que desarrollar un plan específico en relación con el liderazgo clínico y asistencial, ya que los tres pilares anteriores se vehiculan por medio de los profesionales sanitarios, que son los actores principales para resolver los problemas de salud de la población de la manera más adecuada a las necesidades.

Ahora presentamos el Plan de Salud de Cataluña 2011-2015, que emana de un mandato de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) y, por lo tanto, no es un plan determinado por el difícil entorno económico actual, aunque habrá que desarrollarlo en esta realidad. Este plan tiene la voluntad de racionalizar y optimizar el uso de los recursos, pero a partir de la eficiencia clínica a la hora de abordar la atención médica y sanitaria de los ciudadanos.

En Cataluña, como en general en los países desarrollados, a raíz de las políticas de salud pública y asistenciales y los avances en investigación, se ha incrementado la esperanza de vida de la población. Este hecho modifica de forma notable el patrón de la demanda sanitaria. Al mismo tiempo, también se han introducido nuevos elementos de demanda social, que coinciden con otros cambios sociológicos de la población.

Por eso es necesario que el modelo de salud haga frente a los retos de los nuevos paradigmas de la demanda. Así, la atención médica y sanitaria ha puesto el acento en aspectos organizativos, porque de esta manera lo requerían el tiempo y la necesidad de garantizar servicios. Ahora bien, el sistema es todavía más reactivo

ante la demanda que proactivo con respecto a la ordenación y a la gestión del riesgo de enfermar.

Sin embargo, en diferentes lugares de Cataluña, se han iniciado experiencias de reorientación y de equilibrio entre la gestión de la oferta y de la demanda en aspectos como la atención a los enfermos crónicos, la atención y la hospitalización domiciliarias o iniciativas como el programa “Paciente Experto”, entre otros.

Estas experiencias refuerzan y hacen claramente visible lo que es obvio y que es, al mismo tiempo, el principio del Plan de Salud de Cataluña 2011-2015, al que se subordinan todas las líneas de actuación que este determina: la organización de la atención sanitaria debe estar al servicio de la consecución de los objetivos de salud.

Ahora bien, ¿qué quiere el Gobierno que el Plan de Salud de Cataluña 2011-2015 aporte a los ciudadanos? Quiere que tengan una mejor accesibilidad a los servicios y que haya más resolución de sus problemas de salud, por lo que reforzará la atención primaria como primer nivel. Quiere que ganen en equidad en el acceso a los servicios de atención especializada y altamente especializada y que haya más calidad en los resultados. Quiere priorizar, por este orden, una atención médica y sanitaria de calidad, que se proporcione con la mayor rapidez posible en función de la gravedad de la enfermedad o el riesgo y, finalmente, que esté lo más cerca posible. Y todo ello lo quiere aportar con los recursos disponibles y con una gestión sanitaria adecuada.

Este es, por lo tanto, un plan que integra la perspectiva de salud y la de servicios. Es, pues, un plan estratégico de salud que, además, incluye un plan de actuaciones que aborda la ejecución de proyectos concretos desde la perspectiva de la organización y la gestión de los servicios sanitarios. El desarrollo del Plan de Salud incluye un plan de actuación de cada región sanitaria de acuerdo con la realidad de cada una de ellas.

Este Plan de Salud de Cataluña 2011-2015 quiere responder al mensaje de la Organización Mundial de la Salud en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2010:

“Todos los países pueden hacer algo, muchos de ellos mucho, para mejorar la eficiencia de sus sistemas sanitarios, liberando así los recursos que se podrían emplear para cubrir a más gente, más servicios y/o más gastos.”

Para generar este Plan de Salud se han analizado las experiencias y las iniciativas llevadas a cabo en Cataluña y en el Estado español, se han valorado las reformas en los países de nuestro entorno y se han tomado en consideración los informes de organismos internacionales y de expertos. Con el excelente equipo de profesionales de todos los ámbitos del Departamento de Salud, se han construido las bases de este Plan de Salud, que, abierto a la participación mediante los mecanismos establecidos en la LOSC y otros creados para esta finalidad, ha recogido aportaciones de más de 1.200 personas.

Es por eso que, finalmente, quiero destacar, muy especialmente, el esfuerzo de todas las personas y entidades que han colaborado en la elaboración de este Plan de Salud, tanto de las que han contribuido en la redacción inicial como de todas aquellas que han aportado consideraciones durante el proceso de discusión y que han mejorado el documento final. A todas ellas, ¡muchas gracias!

Boi Ruiz
Consejero de Salud

Resumen ejecutivo

Desde hace años, nuestro sistema sanitario hace frente a un conjunto de tendencias estructurales de carácter social (envejecimiento, cronicidad, etc.), pero también de carácter tecnológico (nuevas terapias, nuevos medicamentos, etc.) y económico (aumento de la presión sobre los recursos públicos), que ponen en riesgo la permanencia del sistema, tal como lo conocemos.

Desde el Departamento de Salud estamos trabajando para dar respuesta a todos estos cambios y poder mantener la esencia del sistema público de forma sostenible a medio plazo. En este contexto, queremos que el **Plan de Salud de Cataluña 2011-2015 sea un instrumento fundamental para dar respuesta a nuestros retos de futuro.**

I. CONTEXTO DE PARTIDA: LOS RETOS DEL SISTEMA SANITARIO DE CATALUÑA

El punto de partida, tomando como base los resultados en salud, es bueno, pero las tendencias de futuro requieren cambios importantes. Nuestro sistema sanitario presenta unos resultados que lo sitúan al frente de Europa como uno de los sistemas de referencia (en Cataluña, la esperanza de vida se sitúa 1,9 años por encima de la cifra de la UE-15), está bien valorado por los usuarios y se convierte en un motor potente de la economía del país.

La eficiencia del sistema sanitario catalán queda avalada por los resultados, no solo en términos de excelencia, sino también de competitividad en costes. Por lo tanto, hay que valorar sus elementos diferenciales: (1) una red descentralizada de equipamientos de proximidad en el territorio y (2) la separación de funciones entre la Administración (acredita calidad, planifica, compra y evalúa) y una red de entidades de diversa titularidad que gestiona de forma profesionalizada la prestación de los servicios.

A la vez, los retos de futuro son muy exigentes y nuestro sistema sanitario debe cambiar de forma importante para afrontarlos mejor, teniendo en cuenta que partimos de un modelo diferencial con un gran potencial para dar respuestas que Cataluña tendrá que asumir. Entre otros destacan:

- Una demanda que crece de forma constante, con una población más envejecida (entre los años 2012 y 2020 habrá doscientas mil personas más que tengan una edad superior a 65 años), y un perfil de morbilidad peor (entre 2012 y 2020 se duplicará el número de personas que sufren al menos una enfermedad crónica).
- Unos recursos que cada vez son más escasos, con tratamientos médicos más personalizados y costosos (en Cataluña, el coste de los tratamientos citostáticos se ha multiplicado por tres en los últimos cinco años) y con una utilización creciente.

- Un esquema de financiación presionado por este aumento de demanda y por el crecimiento continuado de los costes de atención, que pone de manifiesto las tensiones crónicas de financiación. Esta situación se ha complicado en el contexto actual, de difícil coyuntura económica, y hace que el debate sobre la sostenibilidad sea aún más urgente.
- Una satisfacción profesional tensionada desde hace años por el crecimiento rápido de las necesidades y demandas de la población y por la pérdida de la valoración social. Además, una baja participación de los enfermos en las decisiones que los afectan.

Los países de nuestro entorno empiezan a avanzar. Estos cambios en el contexto son similares en todos los países desarrollados, los cuales, en algunos casos, han iniciado reformas importantes de sus sistemas sanitarios: Francia, con la transformación de los hospitales públicos para mejorar la eficiencia y la calidad; Alemania, con más énfasis en el tratamiento de los principales trastornos crónicos, y Suecia, que ha introducido reformas para dotar de más capacidad de elección a los ciudadanos y mejorar el acceso a su sistema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) también hace hincapié en esta necesidad de transformación en su informe publicado en 2010 (*La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*). La OMS identifica dos tipos de actuaciones claves que se pueden aplicar en todos los países: (1) recaudar financiación para el sistema sanitario mediante acciones innovadoras (nuevos impuestos sobre sustancias perjudiciales, aportaciones solidarias para el uso de determinadas tecnologías, etc.) y (2) fomentar la eficiencia de los recursos disponibles, ya que se estima que entre el 20% y el 40% de los recursos destinados a sanidad se malgastan (uso inadecuado de los medicamentos, repetición de pruebas diagnósticas, dimensión inadecuada de los servicios o dispositivos, errores o calidad insuficiente, etc.), y mejorar así cualitativa y cuantitativamente el rendimiento de los recursos.

En Cataluña, el Plan de Salud debe contribuir a guiar la transformación del sistema sanitario. El Plan de Salud, según la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC, título 5, artículo 62), “es el instrumento indicativo y el marco de referencia de todas las actuaciones públicas en la materia de salud, en el ámbito de la Generalidad de Cataluña”. Como tal, este Plan de Salud aborda las principales líneas de cambio y transformación del sistema sanitario de Cataluña en los próximos años.

La estrategia global del Departamento de Salud se enmarca en el eje 3, de Salud, del Plan de Gobierno 2011-2014, que establece diez ámbitos estratégicos. Uno de los ámbitos claves es la reformulación del modelo asistencial de Cataluña, que, manteniendo los valores fundamentales y diferenciales del modelo sanitario catalán, debe permitir afrontar los nuevos paradigmas asistenciales, económicos, sociales y tecnológicos.

El Plan de Salud de Cataluña 2011-2015 dará respuesta a estas necesidades, desarrollando principalmente los elementos de este Plan de Gobierno más vinculados a la transformación del modelo de atención y de la organización del sistema sanitario público (el punto 3, Modelo de atención asistencial adaptado a las nuevas necesidades sanitarias de la población, y el punto 4, Mejora de la gestión, los resultados y la excelencia de la sanidad pública).

Ámbitos del eje salud del Plan de Gobierno

- 1 Sostenibilidad y progreso del sistema sanitario catalán
- 2 Mejora de la eficiencia y agilidad de la Administración sanitaria
- 3 Modelo de atención asistencial adaptado a las nuevas necesidades sanitarias de la población
- 4 Mejora de la gestión, los resultados y la excelencia de la sanidad pública
- 5 Modelo de salud pública que refuerce la protección y la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la seguridad alimentaria
- 6 El papel de los profesionales sanitarios en la gobernanza y la gestión del sistema
- 7 Implicación y corresponsabilización de los ciudadanos en su salud
- 8 Reconocimiento de la complementariedad del sistema de sanidad privada
- 9 Investigación e innovación
- 10 Marca "Q" de calidad en salud en Cataluña, pública y privada, como referente de excelencia

Fuente: Plan de Gobierno 2011-2014.

El sistema sanitario catalán



* Fuente: Memoria CatSalut 2010. En relación con los centros de SM se incluyen los centros psiquiátricos monográficos autorizados y centros que prestan servicios de internamiento psiquiátrico.

Hay un conjunto de elementos que forman, en consecuencia, parte de la estrategia y de los planes de actuación del Departamento de Salud (investigación e innovación, papel del sistema sanitario privado, entre otros) que se están abordando desde el mismo Plan de Gobierno y con proyectos específicos pero que no serán desarrollados en este Plan de Salud.¹ A pesar de ello, el despliegue de estos elementos se enmarcará en las líneas estratégicas de este Plan de Salud.

Este Plan de Salud 2011-2015 se diferencia de los anteriores en tres aspectos claves:

- **Quiere ser más amplio en su abordaje** y generar un debate de amplio alcance sobre los elementos de salud, pero también de servicios y de organización de nuestro sistema.
- **Es una herramienta de trabajo abierta y viva.** *Abierta*, porque en su desarrollo se implicarán todos los agentes del sector y los diferentes

¹ Este también sería el caso de programas y actuaciones en la salud materno-infantil y la salud bucodental y de enfermedades transmisibles, tales como las enfermedades que pueden ser prevenidas por vacunas, las infecciones de transmisión sexual, las infecciones por el VIH y el sida o la tuberculosis, las enfermedades minoritarias o diversos ámbitos de reordenación (la pediatría, la alergología, etc.).

territorios, y *viva*, porque se establece un proceso anual de evaluación, rendición de cuentas y revisión, que conllevará ajustes del Plan en función de su grado de desarrollo y ejecución.

- **Es un plan orientado al hecho de que el cambio suceda.** Las medidas del Plan de Salud parten en muchos casos de iniciativas que están siendo desarrolladas por la red. La mayor novedad es: (1) el compromiso del Departamento de desarrollar las herramientas y los facilitadores que aseguren un cambio asistencial a escala y (2) los compromisos asumidos en la ejecución tanto a largo plazo (visión hasta 2015) como a corto plazo (objetivos para 2012).

II. PRINCIPIOS QUE INSPIRAN EL PLAN DE SALUD

La elaboración del Plan de Salud se basa en un conjunto de principios que identifican los principales elementos de transformación del sistema hasta 2015:

1. **Los fundamentos y los elementos diferenciadores del sistema en Cataluña que consagra la LOSC son el punto de partida y se reforzará su presencia en este Plan de Salud:** accesibilidad universal, equidad y eficiencia, red descentralizada, separación de funciones y gestión profesionalizada.
2. **Los ciudadanos tienen un nuevo rol y se convierten en la finalidad primera del sistema.** La atención a los ciudadanos y la mejora de su salud y calidad de vida son objetivos últimos. Para conseguirlos, se plantearán cambios en la relación entre el sistema sanitario y los asegurados en ambas direcciones (introduciendo nuevos elementos de relación como, por ejemplo, Sanitat Respon o el incremento de la información a la ciudadanía).
3. **La salud pública y su cartera de servicios constituirá uno de los instrumentos esenciales para la mejora de los resultados en salud y la calidad de vida de la población.** La consolidación de la Agencia de Salud Pública de Cataluña es un paso fundamental en este camino, y extenderá los elementos diferenciadores del sistema sanitario catalán.
4. **El modelo de prestación de la atención aumentará su nivel de integración y se adaptará a las nuevas necesidades y oportunidades, con una adaptación adecuada para cada territorio.** Se trabajará para mejorar el contínuum asistencial para los pacientes y para asegurar que todos los recursos (salud pública, atención primaria, especializada, sociosanitaria y de salud mental) trabajen de forma coordinada y con unos objetivos comunes.
5. **El CatSalut desarrollará un verdadero rol de aseguradora pública.** Se hará una gestión más próxima y adaptada de las necesidades de la población, de acuerdo con modelos predictivos, y se adoptará una orientación proactiva en la relación y comunicación con los ciudadanos.
6. **La gestión del sistema se centrará de forma decidida en los resultados en salud.** Los resultados clínicos, entendidos como la mejor salud y atención a la población, serán el concepto clave alrededor del cual girará un nuevo modelo de planificación y contratación de servicios, que se gestionará con

un enfoque predictivo (tomando como base la evolución de las necesidades de salud de la población).

7. **El conocimiento de los profesionales clínicos es básico para la planificación, gestión y mejora del sistema.** El conocimiento clínico debe guiar la transformación del sistema, y le corresponde un rol prioritario en la planificación mediante el establecimiento de esquemas de gobernanza clínica y participación y la extensión de la evaluación (clínica) como herramienta clave para la toma de decisiones.
8. **El gobierno efectivo del sistema sanitario preverá los valores del buen gobierno: la transparencia de la información, la evaluación y la rendición de cuentas se extienden a todos los niveles.** En los próximos años se trabajará en la creación de una red de información y servicios unificada del sistema sanitario que permita compartir información y conocimiento, dar una mayor transparencia a los resultados de los diferentes agentes y elaborar mecanismos de evaluación y revisión para asegurar que avanzamos en la dirección correcta.
9. **La sostenibilidad del sistema sanitario se hará compatible con los últimos resultados de progreso y de excelencia en la atención.** El Plan de Salud tiene como objetivo final adaptar el sistema sanitario para dar respuesta a unos retos estructurales para los que hoy en día no está preparado. El resultado de este cambio será un sistema más sostenible y perdurable con un coste asumible, que mejorará al mismo tiempo la calidad de los resultados y la atención a los ciudadanos.
10. **El Plan de Salud será un instrumento del cambio con vocación de liderazgo y centrado en el hecho de que el cambio suceda.** Este Plan es más amplio y trata tanto los elementos de salud como los de servicios y de organización. Es una herramienta *abierto* y *viva*, que implica a todos los agentes del sector y que será revisada y adaptada anualmente. Finalmente, es un plan orientado al cambio, en el que las propuestas se traducen en compromisos tanto a largo plazo como de forma más inmediata.

III. PUNTO DE PARTIDA: DIAGNÓSTICO Y PRIORIDADES DEL SISTEMA SANITARIO DE CATALUÑA

La elaboración del Plan de Salud se basa en un diagnóstico que determina las **prioridades del modelo de atención hasta 2015**.

- La situación de partida, tomando como base los resultados en salud, es buena, con una esperanza de vida superior en casi 2 años a la media europea y una evolución positiva de las tasas de mortalidad en las principales causas de muerte. No obstante, hay tres grandes retos: (1) el envejecimiento continuado de la población (incremento de más de 200.000 personas mayores de 65 años en los próximos 10 años); (2) revertir el empeoramiento de los hábitos y estilos de vida (uno de cada dos catalanes tiene exceso de peso), y (3) la creciente prevalencia de las enfermedades crónicas (en 2010,

el 34% de los catalanes afirmaba sufrir como mínimo un trastorno crónico). Por estos motivos, plantearemos **programas de salud que aporten más salud para todo el mundo y más calidad de vida (eje de transformación I)**.

- Los servicios sanitarios en Cataluña se caracterizan por una alta accesibilidad, tanto geográfica (el 98% de la población tiene un centro de atención primaria a menos de diez kilómetros) como de amplitud de prestaciones. Sin embargo, hay cierta saturación en comparación con otros países (reflejada en las listas de espera) y la frecuentación es alta, especialmente en la atención especializada y urgencias. La integración entre niveles asistenciales es limitada (especialmente en los ámbitos de relación más frecuentes entre la atención primaria y la especializada) y la innovación es insuficiente en los modelos de atención más adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos, hecho que impide tratarlos con la calidad óptima. Adicionalmente, hay oportunidades de mejora de la calidad clínica en procedimientos de alta especialización en los que la masa crítica es un determinante clave de la pericia y, consiguientemente, de los resultados (por ejemplo, quince centros no llegan al mínimo de intervenciones de cirugía de cáncer de recto al año). Por estos motivos, impulsaremos una **transformación del modelo asistencial que mejore la calidad y haga más efectivas las intervenciones sanitarias (eje de transformación II)**.
- Los valores fundamentales y diferenciales del modelo sanitario catalán se deben reforzar para adaptarse a los cambios en la implantación de los programas de salud y del modelo asistencial. Para hacerlo posible, **modernizaremos el modelo organizativo para conseguir un sistema sanitario más sólido y sostenible (eje de transformación III)**.

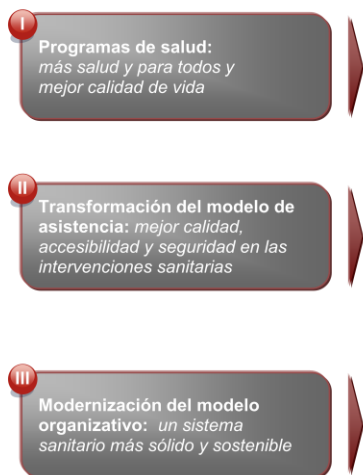
IV. LOS TRES EJES VERTEBRADORES DEL PLAN DE SALUD

El Plan de Salud 2011-2015 se estructura en 3 ejes de transformación, 9 grandes líneas de actuación y 32 proyectos estratégicos que conforman la hoja de ruta del sistema sanitario hasta 2015.

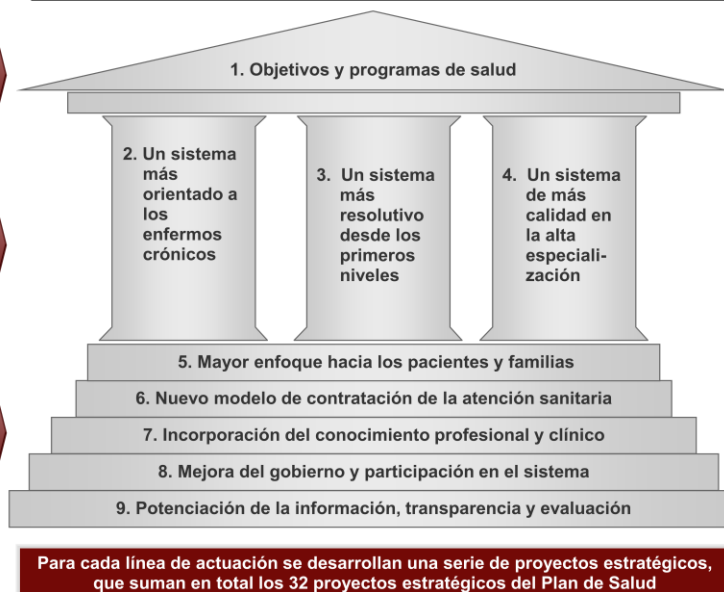
Este proceso de transformación no empieza desde cero, sino que se sustentará sobre todo en el trabajo hecho hasta ahora. **Los tres ejes de transformación se han definido y desarrollado partiendo de múltiples experiencias que están en marcha en Cataluña**. Una selección (no exhaustiva) de estas experiencias se detalla a lo largo de los capítulos del Plan de Salud como ejemplos de iniciativas en curso y referencia para las actuaciones.

Tres ejes de transformación y nueve líneas de actuación

Tres ejes de transformación



Nueve líneas de actuación



Fuente: Plan de Salud de Cataluña 2011-2015.

IV.I. Más salud y mejor calidad de vida

Este Plan de Salud, a pesar de ser más amplio (ya que considera los cambios estructurales del modelo de atención y de la organización), no renuncia al objetivo último de incrementar la esperanza de vida en buena salud para todo el mundo.

Este Plan de Salud establece:

- Un objetivo general de salud. De aquí al año 2020 aumentar en un 5% la proporción de esperanza de vida vivida en buena salud en hombres y en mujeres.
- Objetivos de salud y de disminución del riesgo para los problemas priorizados (crónicos y no crónicos). Por ejemplo, de aquí al 2020, hay que reducir la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en un 20%, reducir la mortalidad global por cáncer en un 10% y reducir la mortalidad por enfermedades mentales en un 10%.

Se debe tener en cuenta que en la consecución de estos objetivos están involucrados tanto el sector público como el privado.

Línea de actuación 1. Objetivos y programas de salud

Para conseguir estos objetivos se deben desarrollar programas específicos de salud, que abarcarán:

- **Proyecto 1.1. Desarrollar e implantar los planes directores** (socio-sanitario, del aparato respiratorio, del aparato circulatorio, de salud mental y adicciones, de oncología, de las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor), con el propósito de dar respuesta a los problemas de salud de más impacto.
- **Proyecto 1.2. Elaborar e implementar el Plan Interdepartamental de Salud Pública**, desarrollando sistemáticamente proyectos dirigidos a resolver problemas de salud que requieren intervenciones intersectoriales, como la salud laboral o la alimentaria.
- **Proyecto 1.3. Promover las políticas de seguridad y de calidad clínica** para actuar en dos frentes principalmente. Aumentar la seguridad de los pacientes en los centros en los que son atendidos y reducir los problemas incidentes relacionados con el medicamento. Adicionalmente, se potencia la autorización administrativa y la acreditación de centros y se crea un tercer peldaño como reconocimiento de la obtención de buenos resultados (marca Q de calidad en salud).
- **Proyecto 1.4. Evaluar los objetivos de salud fijados en el Plan de Salud de Cataluña 2011-2015**. Los objetivos de salud y de disminución de riesgo serán objeto de un seguimiento y evaluación anual para conocer si se está evolucionando en la dirección deseada.

IV.II. Transformación del modelo de atención: mejor calidad, accesibilidad y seguridad en las intervenciones sanitarias

Entre 2011 y 2015, el sistema sanitario catalán dará prioridad a tres líneas de actuación en el ámbito del modelo de atención.

Línea de actuación 2. Un sistema más orientado a los enfermos crónicos

Las patologías crónicas suponen actualmente el 80% de la mortalidad y consumen más del 50% de los recursos del sistema. Tres de cada diez catalanes reconocen sufrir o haber sufrido una enfermedad crónica, y esta cifra se incrementará en los próximos años, a medida que la población envejezca y mientras los estilos de vida no mejoren.

El sistema más orientado a los enfermos crónicos en Cataluña establece seis cambios fundamentales: (1) fomenta una visión poblacional que permitirá conocer mejor a los pacientes y sus necesidades; (2) ofrece respuesta desde la fase preclínica hasta todos los estadios de la enfermedad; (3) promueve un papel activo

de los ciudadanos y de los pacientes (responsabilidad individual de la salud y la enfermedad); (4) establece las bases para conseguir una atención integrada y coordinada con la atención primaria como eje en la atención a los enfermos crónicos, desarrollando nuevos roles de los profesionales; (5) aprovecha las nuevas tecnologías y sistemas de comunicación para ofrecer un sistema de atención innovador y accesible, y (6) abarca una dimensión interdepartamental, especialmente en la relación entre los departamentos de Salud y de Bienestar Social y Familia.

Esta estrategia se materializa en seis grandes proyectos:

- **Proyecto 2.1. Implantar procesos clínicos integrados para diez enfermedades –enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)/asma, diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), cáncer, demencias, trastornos mentales graves y muy graves, depresión, nefropatía, dolor crónico y enfermedades del aparato locomotor–,** priorizadas por su prevalencia e incidencia en la salud de la población y su elevado coste para el sistema sanitario.
- **Proyecto 2.2. Potenciar los programas de protección y promoción de la salud y prevención de las enfermedades,** promoviendo la salud y reduciendo la frecuencia de las enfermedades crónicas con la implementación de intervenciones con criterios de efectividad en costes, alineadas con las prioridades de salud.
- **Proyecto 2.3. Potenciar la autorresponsabilización de los pacientes y de los cuidadores con su salud y fomentar el autocuidado,** con la extensión del programa “Paciente Experto” en todo el territorio de Cataluña para cinco patologías crónicas (al menos 5.000 pacientes cubiertos) y el desarrollo de contenidos formativos a través de Canal Salud, carpeta personal de salud y Sanitat Respon como canales preferentes de información y consejo con base en las necesidades de los ciudadanos.
- **Proyecto 2.4. Desarrollar alternativas asistenciales en el marco de un sistema integrado** que potenciarán: (1) la atención primaria como núcleo asistencial de la cronicidad; (2) los modelos de atención alternativos a la hospitalización (hospitales de día para la gestión de enfermedades crónicas, y definición de un marco para la regularización y contratación de camas de subagudos); (3) reordenación del modelo de hospitalización de larga estancia, sociosanitaria y de salud mental; (4) la reorientación de la atención a domicilio con la colaboración del Departamento de Bienestar Social y Familia, y (5) el nuevo modelo de prestación farmacéutica en residencias geriátricas. El objetivo es reducir en un 15% las hospitalizaciones convencionales a favor de modelos más adecuados para la atención de los pacientes con enfermedades crónicas.

- **Proyecto 2.5. Desplegar programas territoriales de atención a los pacientes crónicos complejos**, enfocados en el 5% de los pacientes crónicos más críticos, con el objetivo de llegar a 25.000 pacientes atendidos bajo un modelo proactivo de atención de casos en 2015.
- **Proyecto 2.6. Implantar programas de uso racional del medicamento**, mejorando el plan de medicación (con integración de todos los niveles asistenciales) y facilitando su acceso y utilización, para asegurar tratamientos farmacológicos adecuados a la enfermedad y la mejora en la adherencia a los tratamientos.

Línea de actuación 3. Un sistema integrado más resolutivo desde los primeros niveles y en el territorio

La presión de la demanda y las limitaciones con respecto a los recursos exigen que nuestro sistema sanitario sea más resolutivo, especialmente en los niveles de atención más próximos a los pacientes, maximizando el valor añadido de la atención más compleja o especializada. Por lo tanto, el nuevo modelo de resolución en Cataluña propone potenciar tres elementos: (1) tratar tomando como base las intervenciones efectivas en costes; (2) asignar las funciones e intervenciones al nivel de atención más adecuado en términos de calidad y de optimización de las competencias profesionales; (3) asegurar un servicio asistencial coordinado que dé un tratamiento integral a los pacientes, y (4) mejorar el tiempo de acceso como resultado de la mejora de la resolución de los primeros niveles del sistema y de la gestión con criterios clínicos de las listas de espera.

En 2015, el sistema sanitario de Cataluña se centrará en mejorar la capacidad de resolución desde los primeros niveles mediante cuatro proyectos:

- **Proyecto 3.1. Mejorar la resolución en los ámbitos de relación más frecuente entre la atención primaria y la atención especializada** (oftalmología, aparato locomotor, salud mental, dermatología, urología y atención alergológica) con el objetivo de extender por toda Cataluña el nuevo modelo. Como consecuencia, se espera reducir el tiempo de espera para la visita al especialista y para pruebas diagnósticas en un 10% en los ámbitos seleccionados, manteniendo la calidad asistencial y disminuyendo la variabilidad territorial. Para hacerlo, se intentará incrementar la capacidad de resolución en el ámbito de la primaria para consultas de baja complejidad y mejorar el acceso a la especializada, agilizando el diagnóstico, ordenando las intervenciones y articulando la colaboración.
- **Proyecto 3.2. Transformar el modelo de atención en urgencias para dar respuestas más adecuadas a las demandas de atención inmediata**, con el objetivo de reducir el 10% de la frecuentación de urgencias hospitalarias dirigiendo las demandas de atención a niveles más adecuados y reduciendo la variabilidad en la utilización. Por eso, se reordenarán territorialmente los

servicios de atención a las demandas inmediatas (en ubicación y niveles de complejidad) y se establecerá un sistema de triaje común que permita adecuar mejor la atención a las necesidades de los pacientes.

- **Proyecto 3.3. Ordenar territorialmente la cartera de servicios según los niveles de complejidad**, en seis áreas seleccionadas (por ejemplo, cirugía pediátrica, atención al traumatismo grave o patologías emergentes de salud mental). Esta reordenación partirá de criterios comunes sobre niveles de complejidad y requerimientos de los centros. Estos criterios se determinarán con la participación de profesionales y organizaciones y basándose en el análisis de los elementos de optimización en cada región (por ejemplo, las duplicidades o el bajo volumen de actividad).
- **Proyecto 3.4. Integrar la salud pública y comunitaria en el modelo asistencial**, aprovechando el nuevo enfoque de la salud pública y el apoyo que puede dar la farmacia comunitaria para mejorar la resolución del sistema. Este enfoque permitirá incidir principalmente en los determinantes de salud y factores de riesgo desde una óptica de protección, promoción, prevención y vigilancia de la salud.

Línea de actuación 4. Un sistema de más calidad y equidad en la alta especialización

Los procedimientos y tratamientos de alta especialización son elementos que requieren un enfoque muy específico, dada la alta variabilidad en la calidad de la provisión de los procedimientos de alta especialización y la necesidad de armonizar la prescripción de fármacos de alta complejidad.

El nuevo modelo para los procedimientos de alta especialización y tratamientos de alta complejidad se basa en una serie de premisas: (1) ofrecer un servicio de calidad a los ciudadanos; (2) proveer un servicio equitativo en salud, y (3) continuar siendo un foco de prestigio e innovación médica.

Tomando como base estas necesidades, se llevarán a cabo dos grandes proyectos:

- **Proyecto 4.1. Reordenar los procedimientos de alta especialización**, analizando para cada uno de estos procedimientos las posibilidades de reordenación de acuerdo con un conjunto de criterios enfocados en garantizar una mayor calidad en la atención. Para el año 2015, se marca el objetivo de haber completado la reordenación de diecisiete procedimientos (incluyendo guardias y trasplantes) e implantar un sistema de evaluación y seguimiento.
- **Proyecto 4.2. Armonizar la prestación de tratamientos farmacológicos de alta complejidad** de acuerdo con procedimientos comunes y criterios económicos en todos los centros sanitarios, para alcanzar el hito de veinticinco protocolos armonizados de aquí al año 2015.

IV.III. Modernización del modelo organizativo: un sistema sanitario más sólido y sostenible

Una transformación tan ambiciosa del modelo de atención requiere que el Departamento de Salud inicie, a la vez, un conjunto de proyectos que actúen como facilitadores del cambio. Por eso, el Plan de Salud 2011-2015 ha priorizado el trabajo en una serie de áreas transversales.

Línea de actuación 5. Mayor enfoque en los pacientes y las familias

El nuevo modelo de atención debe situar a los asegurados en el centro del sistema sanitario, reforzando su relación con la aseguradora pública tomando como base los siguientes principios: (1) una mayor proactividad de la aseguradora para desarrollar esta relación; (2) un incremento de la transparencia en los compromisos y en los servicios de la aseguradora hacia los ciudadanos, y (3) el refuerzo de la responsabilización de los ciudadanos.

Esta evolución se traducirá en tres proyectos prioritarios:

- **Proyecto 5.1. Mejorar el conocimiento de los ciudadanos sobre el Sistema Sanitario Integrado de Utilización Pública y las prestaciones que cubre el CatSalut como aseguradora**, garantizando una adecuada transparencia e información, asegurando una adecuada segmentación de los diferentes grupos de población y sus necesidades (potenciando prácticas de discriminación positiva cuando proceda) y desarrollando una guía de uso del sistema para el asegurado.
- **Proyecto 5.2. Gestionar el riesgo de los asegurados**, que se traducirá en (1) un mayor conocimiento de la población y de sus necesidades; (2) una estrategia de educación para el cien por cien de los ciudadanos sobre su salud y el uso del sistema sanitario, y (3) una estrategia interdepartamental que asegure una visión global de la prevención y promoción de la salud de los asegurados.
- **Proyecto 5.3. Garantizar la calidad de la prestación y la satisfacción de los pacientes**, esperando una mejora de la satisfacción en torno al 5%, implantando un sistema de tolerancia cero con las reclamaciones de trato e impulsando nuevos modelos de participación ciudadana más abiertos y proactivos.

Línea de actuación 6. Nuevo modelo de contratación de la atención sanitaria más enfocado en resultados en salud

El modelo de contratación se adaptará a las nuevas necesidades del modelo de atención para alcanzar más enfoque en resultados, más integración entre niveles asistenciales y continuar estimulando la eficiencia del sistema.

Los cambios afectarán a los siguientes elementos claves: (1) se establecerá un pago orientado a resultados; (2) se introducirán fórmulas de incentivos más potentes como palancas para facilitar el cumplimiento de los objetivos y con la ambición de que lleguen a todos los niveles; (3) se contratarán por separado las

intervenciones de alta especialización, y (4) se identificará la mejor fórmula de aplicación del nuevo modelo a cada territorio, dentro del marco general pero adaptándola a determinadas particularidades (por ejemplo, la estructura y el peso de los niveles de atención).

Hay cuatro proyectos estratégicos para la puesta en marcha del nuevo modelo de contratación:

- **Proyecto 6.1. Implantar el nuevo modelo de asignación territorial de base poblacional, más equitativo y transparente**, por lo que se calculará, para la totalidad de los territorios, la asignación económica correspondiente (excluida la atención altamente especializada o de alta complejidad), basándose en criterios demográficos, socioeconómicos y de morbilidad de su población, etc. El elemento más innovador de este modelo será la inclusión de variables de morbilidad. Este modelo también incluirá la asignación a los proveedores y finalizará en el año 2012, aunque se establecerá un plan de medio plazo para el ajuste de las diferencias.
- **Proyecto 6.2. Implantar el nuevo modelo de contratación e incentivos vinculados a resultados (atención a la cronicidad, potenciación de la capacidad de compra de la atención primaria y nuevo modelo de accesibilidad)**. Los contratos con los agentes incluirán incentivos significativos (mínimo de un 5%) vinculados a resultados de acuerdo con programas estratégicos del Departamento (cronicidad, resolución y alta especialización). Estos incentivos serán de dos tipologías: individuales y colectivos en el territorio.
- **Proyecto 6.3. Implantar el nuevo modelo de compra de procedimientos de alta especialización**, por el que se asignará una tarifa a cada intervención terciaria de alta complejidad a medida que se vaya revisando la ordenación, y se contratará de forma separada a la asignación territorial los diecisiete procedimientos que se revisarán hasta 2015.
- **Proyecto 6.4. Incorporar la financiación de los medicamentos tomando como base los resultados clínicos (acuerdos de riesgo compartido con la industria farmacéutica)**, lo que permitirá compartir el riesgo con los proveedores en la introducción de nuevos medicamentos (especialmente los de más coste); hay que haber realizado diez acuerdos de riesgo compartido hasta 2015.

Línea de actuación 7. Incorporación sistemática del conocimiento profesional y clínico

Los profesionales serán clave en el despliegue y la ejecución de este Plan de Salud. Su conocimiento debe guiar el desarrollo de los diferentes planes de transformación del sistema.

Este Plan de Salud no aborda la totalidad de la relación con los profesionales de la salud (que se está desarrollando en el Plan de Gobierno catalán), sino que se centra en cómo fomentar y potenciar su contribución al cambio del modelo asistencial, así como su liderazgo en dicho cambio.

La estrategia de participación del conocimiento profesional se centra en los siguientes proyectos:

- **Proyecto 7.1. Impulsar la creación de comités clínicos o grupos de trabajo para propiciar la participación sistemática del conocimiento profesional en la planificación y la evaluación del sistema sanitario**, con un enfoque principal en los elementos del cambio del modelo de atención contando con las sociedades científicas.
- **Proyecto 7.2. Elaborar un código de principios de los profesionales de salud en el ejercicio de la función pública en el sistema sanitario de Cataluña**, con el objetivo de disponer, difundir y aplicar un código de principios de los profesionales de la salud en el ejercicio de la función pública en el sistema sanitario de Cataluña.
- **Proyecto 7.3. Asegurar la participación efectiva de los profesionales en el CatSalut y el Departamento de Salud**, identificando y definiendo las reglas que rigen la participación de los profesionales y desarrollando estructuras estables o *ad hoc* que permitirán asegurar o normalizar esta participación.

Línea de actuación 8. Mejora en el gobierno y en la participación en el sistema

Veinte años después de la aprobación de la LOSC es necesario revisar los elementos de gobierno del sistema para asegurar que se ajusten a las necesidades futuras. Hay dos elementos claves que hay que revisar, en los que se han identificado oportunidades de mejora para actualizar, simplificar y hacer más efectivos el gobierno y la participación:

- **Proyecto 8.1. Revisar el modelo de dirección y de participación del CatSalut** para asegurar que se recupere la esencia y el modelo de dirección y participación recogido en la LOSC, que se garantice la efectividad de los órganos de dirección y participación y que se refuerce la corresponsabilización de todos los agentes. Se revisarán la naturaleza de las funciones y la representatividad de los agentes en los diferentes órganos de dirección y participación y se desplegarán los consejos de dirección y de participación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios, reforzando la efectividad de la participación local en el marco legal que dispone la LOSC.
- **Proyecto 8.2. Reforzar el modelo de relación con la red de proveedores del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT) basado en el contrato y la evaluación.** Para conseguirlo, (1) se profundizará en el modelo de separación de funciones y en el establecimiento de un modelo de relación homogéneo con la red, sea cual fuere la titularidad de las entidades que la configuran, reforzando el contrato y la evaluación como instrumentos de relación con los proveedores, y (2) se desplegará el proceso de reformulación del sector público de salud como prestador de servicios sanitarios: Instituto Catalán de la Salud (ICS), empresas públicas y consorcios.

Línea de actuación 9. Información compartida, transparencia y evaluación

La gestión de la información, en todo su ciclo de vida, desde su recopilación hasta la generación y difusión de conocimiento es clave para el sistema. El modelo de gestión de la información debe considerar las siguientes premisas: (1) la información debe ser gestionada en el ámbito de sector y, por eso, es necesario un modelo de gobernanza unificado; (2) los proveedores deben tener un compromiso para compartir la información de sus pacientes en línea, y (3) hay que garantizar la validez y seguridad de la información.

De acuerdo con las necesidades establecidas, se definen cuatro grandes proyectos para la potenciación de la información, transparencia y evaluación:

- **Proyecto 9.1. Transformar la historia clínica compartida en una red de información y servicios que facilite la integración entre todos los proveedores**, dinámica en el tratamiento de la información, actualizada “on-line” por todos los proveedores e interoperable con los sistemas de los proveedores.
- **Proyecto 9.2. Desplegar una red multicanal de comunicación y atención a los ciudadanos** (Sanitat Respon, Canal Salud y carpeta personal de salud), convirtiendo Canal Salud en una ventana virtual de acceso a la información del sector y consolidando la carpeta personal de salud como herramienta interactiva que permita al ciudadano corresponsabilizarse con su salud y acceder a servicios personalizados on-line.
- **Proyecto 9.3. Consolidar el Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña como base para la transparencia de información, potenciando la Central de Resultados como herramienta de evaluación**. El Observatorio deberá funcionar como un agregador de información del sistema, veraz y accesible que aporte transparencia a todos los agentes. Para hacerlo, en 2015 debe consolidar la infoestructura del sistema y el despliegue de la cartera de servicios.
- **Proyecto 9.4. Potenciar la evaluación clínica sistemática en los ámbitos de las tecnologías, de la calidad y de la investigación**, mediante la consolidación del Banco de Conocimiento.

V. HOJA DE RUTA DE LA TRANSFORMACIÓN

Con la implantación de estos 32 proyectos recogidos en nueve líneas de actuación, este Plan de Salud comportará **un cambio estructural del sistema en diversas dimensiones**:

- **Los ciudadanos tendrán una mejor calidad de vida y un modelo de atención más adaptado** a sus necesidades con respecto a la atención que proporciona (por ejemplo, la gestión del caso), más proactivo y con mejores resultados clínicos. Su educación será mejor y las opciones de acceso serán más amplias (por ejemplo, la plataforma multicanal de atención).

- **Los profesionales de la salud ganarán en involucración** con respecto a las decisiones del sistema con una participación más activa en la transformación, y se convertirán en los agentes principales del cambio. Su día a día se modificará en función de la necesidad de trabajar de forma más coordinada con otros centros y niveles asistenciales, se simplificará por la puesta a su disposición de nuevas herramientas de trabajo –por ejemplo, la historia clínica compartida de Cataluña (HCCC) unificada– y por la evolución de los nuevos papeles de los profesionales (por ejemplo, profesionales de enfermería, de farmacia, etc.).
- **En el ámbito de la política sanitaria**, este Plan impulsará un cambio en las estructuras de provisión a través de la contratación basada en incentivos y de un modelo de gobierno que trate por igual a todos los proveedores. En este sentido, se prevendrá más, se incrementará la resolución en la atención primaria y aumentarán las alternativas a la hospitalización y la atención a través de nuevas tecnologías. Estos cambios irán acompañados de una disminución, principalmente, de la atención hospitalaria de agudos y de las camas de larga estancia.
- **El sistema será más sostenible.** Los proyectos establecidos contribuirán a la sostenibilidad del sistema de salud, como hoy lo conocemos, por dos vías: (1) se moderará el crecimiento de la demanda por un mayor enfoque en la gestión del riesgo de los ciudadanos desde antes de la enfermedad y una atención más adecuada que asegure una mejor calidad de vida durante más tiempo, y (2) se hará mucho más eficiente la utilización de los recursos del sistema al impulsar la integración, la racionalización y la ordenación de las actividades y los procesos en los diferentes niveles de atención.

Hoja de ruta para la aprobación del Plan de Salud

Este es el comienzo de un camino de cambio. El Plan de Salud 2011-2015 aporta el marco de trabajo, las prioridades y aspiraciones que el Departamento de Salud ha definido. A partir de aquí es necesario empezar a trabajar con los diferentes agentes en la concreción e implantación de los proyectos de cambio.

El proceso para la aprobación del Plan de Salud durará hasta finales de febrero de 2012. En paralelo, **se han realizado los planes de salud territoriales** para adaptar los principios y las estrategias propuestos a las peculiaridades de cada territorio y traducirlos en acciones y objetivos concretos asumibles por todos ellos. Estos han sido aprobados, al principio de febrero, por los consejos de Dirección y Salud de cada región y, posteriormente, tal como delimita la LOSC, se han elevado al CatSalut para integrarlos en una versión final del Plan de Salud.

Posteriormente, se ha presentado la versión final del Plan para la aprobación de los consejos de Dirección y Salud del CatSalut. A continuación, se presentará para la aprobación del Consejo Ejecutivo del Gobierno de la Generalitat (finales de febrero). Finalmente, en un máximo de 30 días, se dará a conocer al Parlamento de Cataluña.

Después de la aprobación final del Consejo Ejecutivo empezará la fase de implantación de los 32 proyectos que conforman este Plan de Salud de Cataluña 2011-2015.

Evaluación del Plan de Salud y rendición de cuentas

En el año 2012 el cambio debe ser visible; por este motivo, el Departamento ha definido una serie de objetivos concretos que se ejecutarán a corto plazo. Cada uno de los proyectos tendrá unos objetivos de actuación para 2012. Así, por ejemplo, en el año 2012 reduciremos el riesgo de sufrir patologías crónicas y retrasaremos su aparición con programas específicos de prevención y promoción (un mínimo de un millón de ciudadanos involucrados en programas renovados de ejercicio físico y alimentación saludable); haremos un punto de inflexión en las listas de espera quirúrgicas, alcanzando una reducción del 2%; reduciremos las complicaciones por polimedicación, revisando el tratamiento de como mínimo el 90% de los pacientes polimedicados, y reduciremos un 10% las reclamaciones de trato y continuaremos mejorando la satisfacción de los ciudadanos (incremento de la satisfacción del 1% en comparación con el año 2011).

El Plan de Salud no es un documento de intenciones, sino que servirá como **hoja de ruta del cambio en el modelo de atención del Departamento de Salud durante los próximos años**. El Departamento será responsable de la ejecución de los proyectos y la evaluación pública y transparente de los objetivos. En este sentido, el Departamento se compromete a implantar los proyectos diseñados, a monitorear anualmente los indicadores de los objetivos y, también con una periodicidad anual, a hacer una evaluación pública en el ámbito de la Comisión de Salud del Parlamento de Cataluña.

Finalmente, hay que destacar que este Plan de Salud es susceptible de revisión frecuente. Se debe entender como una herramienta de trabajo abierta y viva, susceptible de incorporar cambios y mejoras a lo largo del actual periodo de planificación.

I. Contexto de partida: los retos del sistema sanitario de Cataluña

Aunque el punto de partida es bueno con respecto a los resultados en salud y niveles de eficiencia, los retos para el futuro son estructurales y requieren una transformación profunda del sistema. En este sentido, muchos de los países de nuestro entorno también han iniciado reformas. En nuestro caso, el Plan de Salud será el instrumento del cambio que permitirá realizar esta transformación.

El sistema sanitario catalán parte de una buena situación

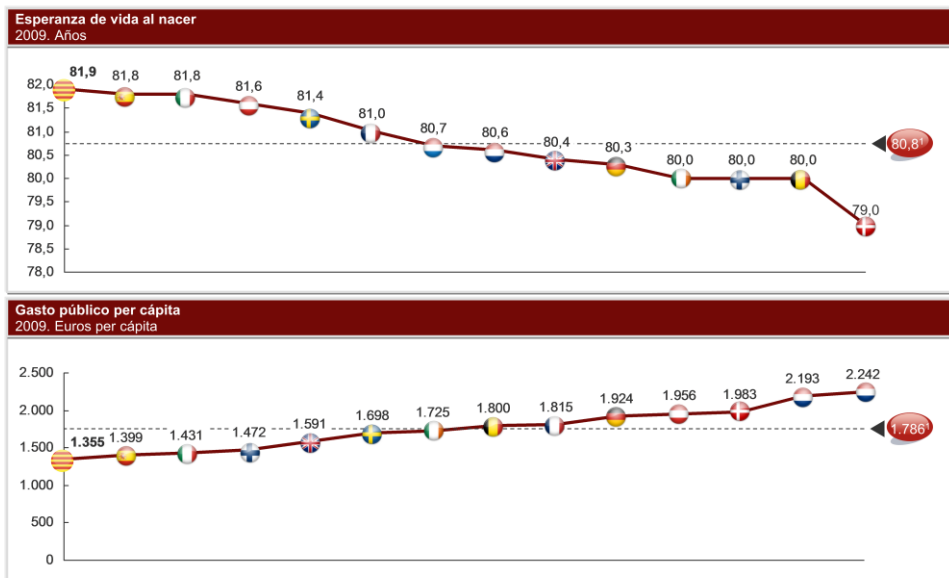
Durante el año 2010, el CatSalut ha dado cobertura sanitaria a un total de 7.646.944 personas aseguradas, con un coste anual estimado de la prima de 1.295 € por persona asegurada.

En cuanto a los recursos para la prestación de asistencia durante el año 2010, el sistema sanitario ha dispuesto de 451 centros de atención primaria, 831 consultorios locales, 69 hospitales de agudos, 96 centros sociosanitarios, 158 centros de salud mental (de adultos y infantojuveniles) y 41 centros de salud mental con internamiento.¹

En este contexto de partida, el sistema sanitario catalán ha evolucionado y tiene hoy una **buena situación** en las variables claves principales:

- **Nuestro sistema sanitario contribuye a alcanzar unos indicadores relacionados con resultados en salud excelentes. La esperanza de vida al nacer es elevada** (81,9 años), superior a la media europea y a la media del Estado español. La esperanza de vida ha mejorado en 24 meses de vida entre los años 2000 y 2009, principalmente a causa de la reducción de las tasas de mortalidad de las principales patologías crónicas (por ejemplo, reducción de un 36,6% en la tasa de mortalidad por episodios coronarios agudos) y de la mortalidad asociada a accidentes de tráfico (reducción de un 45% entre 1999 y 2009).²
- Estos resultados se consiguen con unos **niveles de eficiencia en la gestión superiores a los de cualquier país de nuestro entorno**. El gasto sanitario per cápita se sitúa en la cola de Europa y es un 25% inferior a la media de los países de la UE-15.
- El sistema sanitario se ha convertido en un **motor potente de la economía nacional**: 154.000³ personas trabajaban en 2006 directa o indirectamente en el sector, que ha contribuido, según las estimaciones, con el 4,3% del valor añadido bruto (VAB) generado en Cataluña en 2007.
- Los catalanes estamos **satisfechos con nuestro sistema sanitario**. La encuesta de satisfacción de los asegurados del CatSalut, que se publica desde el año 2004, evidencia una satisfacción creciente (en la última encuesta, la satisfacción media era de 8,2 sobre 10 puntos), mientras que el barómetro sanitario publicado en el ámbito estatal, sitúa a Cataluña en el primer cuartil de comunidades autónomas del Estado español.

Cataluña se sitúa a la cabeza en esperanza de vida y es de los países con un gasto público en salud per cápita menor



1. Por consistencia, Cataluña no ha sido incluida en el cálculo de la media.

Fuente: OCDE Health Data 2011, junio 2011.

Los retos del sistema son estructurales y requieren una profunda transformación

El reto de sostenibilidad del sistema sanitario no es un problema financiero a corto plazo, sino que es un problema con un componente estructural elevado, que está afectando a todos los países desarrollados y que se fundamenta en una serie de tendencias de carácter social, tecnológico y económico. Entre otros aspectos, hay que destacar:

- **El aumento de la demanda.** Derivado principalmente de una población cada vez más envejecida (por ejemplo, se estima que en diez años, aproximadamente uno de cada cinco catalanes tendrá más de 65 años, lo que representa un crecimiento relativo de casi el 20%) y con un peor perfil de morbilidad (en 2010, el 34% de los catalanes afirmaban sufrir como mínimo un trastorno crónico). En Cataluña, a este hecho se le ha sumado en los últimos ocho años el aumento de la población en más de ochocientos mil habitantes, lo que ha supuesto un reto adicional para el sistema.

- **El encarecimiento de los recursos.** Con tratamientos médicos cada vez más personalizados y costosos (por ejemplo, en los últimos cinco años el coste de los tratamientos citostáticos se ha multiplicado por tres en Cataluña) y una frecuentación cada vez más elevada de los recursos (se hacen 6,9 visitas anuales de atención primaria al año por persona). Además, los avances en el ámbito de la biología molecular están favoreciendo una nueva oferta farmacéutica, caracterizada por un elevado nivel de innovación con terapias progresivamente más específicas y complejas, como las terapias avanzadas, la genómica, la medicina personalizada, etc.
- **Tensiones crónicas de financiación:** un esquema de financiación presionado por este aumento de demanda y por el crecimiento continuado de los costes de atención sobre un sistema parcialmente saturado en diferentes puntos. Esta situación se ha complicado en el contexto actual, de difícil coyuntura económica, y ha hecho el debate sobre la sostenibilidad aún más urgente.
- **Tensiones en el ámbito profesional,** con una insatisfacción desde hace años, relacionada con la pérdida de valoración social, en la disyuntiva que enfrenta profesionalismo y laboralización, y agravada por el crecimiento rápido de las necesidades y demandas de la población.

Son estas tendencias las que hacen necesarias las reformas que van más allá de los ajustes necesarios a corto plazo.

Muchos de los países de nuestro entorno han iniciado cambios profundos para afrontar estos desafíos.

El desafío a largo plazo de la sostenibilidad del sistema sanitario afecta a los principales países desarrollados del mundo y ha pasado a ocupar un lugar destacado en la agenda política de sus dirigentes. De hecho, numerosos países (muchos de ellos de nuestro entorno) están emprendiendo programas de transformación ambiciosos para abordar el reto sanitario, por ejemplo:

- **Reino Unido.** Lanzamiento de un plan integral con un objetivo de reducción del gasto de 20.000 millones de libras anuales. Entre otras medidas, se impulsa la reducción en un 45% de los gastos administrativos; entre un 10% y un 15%, el gasto farmacéutico, y se ha instaurado un nuevo mecanismo de compras de los servicios sanitarios.
- **Francia.** Transformación de 1.700 hospitales públicos con el objetivo de mejorar la calidad clínica (por ejemplo, el 80% de pacientes tratados en urgencias en menos de cuatro horas) y la eficiencia (el 2,5% de reducción de costes operativos).
- **Alemania.** Reformas sanitarias sucesivas para incrementar la competencia, reducir la demanda (copago) y mejorar los mecanismos de contratación, grupos relacionados por el diagnóstico (GRD). Enfoque de las aseguradoras en el lanzamiento de programas de gestión de enfermedades (PGM) para el tratamiento integrado de enfermedades crónicas.

- **Suecia.** Introducción del elemento de libre elección de los ciudadanos y cambio radical del modelo de compra, orientándolo hacia la compra de resultados en hospitales y centros sanitarios, en vez de actividad.

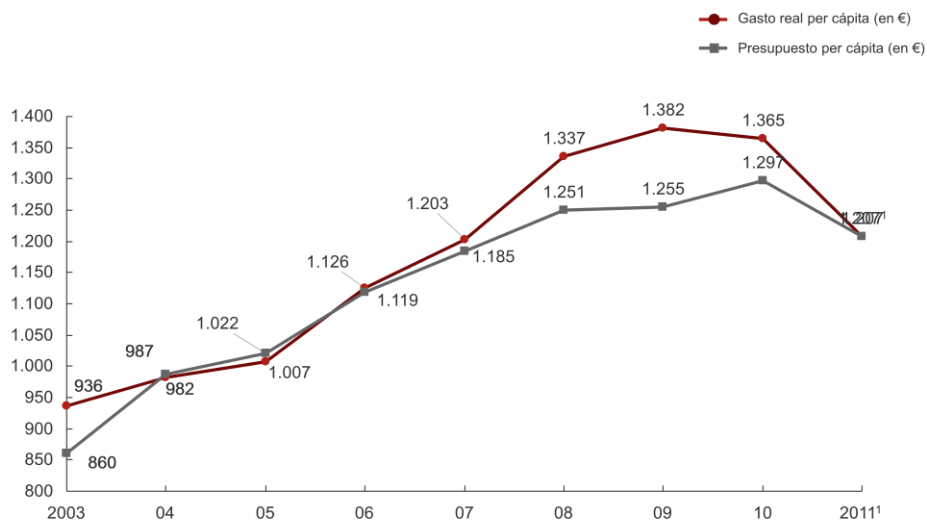
La Organización Mundial de la Salud (OMS) también hace hincapié en esta necesidad de transformación en su informe publicado en 2010 (*La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*). La OMS identifica dos tipos de actuaciones claves que se pueden aplicar en todos los países: (1) recaudar financiación para el sistema sanitario mediante acciones innovadoras (nuevos impuestos sobre sustancias perjudiciales, aportaciones solidarias para el uso de determinadas tecnologías, etc.) y (2) fomentar la eficiencia de los recursos disponibles, ya que se estima que entre el 20% y el 40% de los recursos destinados a sanidad se utilizan de forma poco eficiente (uso inadecuado de los medicamentos, procedimientos innecesarios o repetidos, etc.).

El contexto actual ha obligado a tomar medidas de ajuste necesarias.

Los desarrollos sociales y sanitarios de los últimos años han sido posibles gracias a la cobertura universal y una casi ilimitada provisión de prestaciones. Esta cobertura, no obstante, no ha ido siempre de la mano de un crecimiento adicional de los ingresos dedicados ni de un enfoque de mejora de la eficiencia que permitiera hacer frente al aumento de los gastos. En consecuencia, el desajuste de la financiación ha ido aumentando en los últimos años.

El actual contexto de crisis y restricción de recursos ha obligado a poner en marcha programas de medidas de ajuste a corto plazo. Las medidas lanzadas en el año 2011 por el Departamento se han centrado en mejorar el aprovechamiento de los recursos de los que disponemos asegurando la universalidad, la accesibilidad y la calidad de la atención.

El gasto sanitario público se ha situado en los últimos años por encima del presupuesto, generando importantes déficits anuales
Evolución del presupuesto y el gasto real en salud per cápita 2003-2011



1. Los valores del gasto y el presupuesto así como la población para el año 2011 son provisionales.

Fuente: Memoria CatSalut; INE.

En este sentido, se han realizado actuaciones en cuatro ámbitos principales para corregir el desajuste de la financiación: (1) farmacia: avanzar en la eficiencia y el uso racional; (2) inversiones: reprogramación y revisión de actuaciones emprendidas; (3) actuaciones sobre los servicios sanitarios, y (4) ordenación de la atención a la demanda urgente.

El contexto económico actual ha hecho más evidente la posible falta de sostenibilidad del sistema, poniendo de manifiesto la necesidad de iniciar una transformación estructural.

El Plan de Salud 2011-2015 como instrumento del cambio del sistema sanitario catalán

El Plan de Salud de Cataluña es un mandato de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña de 1990, que establece que es “el instrumento indicativo y el marco de referencia de todas las actuaciones públicas en la materia de salud, en el ámbito de la Generalidad de Cataluña” (LOSC, título 5, artículo 62). El Plan de Salud permitió, entre otros avances, reorientar las políticas asistenciales desde una visión centrada en la cantidad de actividad y los recursos hacia otra basada en el establecimiento de objetivos de salud de la población y, tomándolos como base, definir las actividades de los servicios asistenciales del sistema público de salud de Cataluña, y

por este motivo debe ser el instrumento que permita guiar el cambio en el futuro del sistema sanitario catalán.

La estrategia global del Departamento de Salud se enmarca en el eje de salud del Plan de Gobierno que establece diez ámbitos. Uno de los ámbitos claves es la reformulación del modelo asistencial de Cataluña, que, manteniendo los valores fundamentales y diferenciales del modelo sanitario catalán, permita afrontar los nuevos paradigmas asistenciales, económicos, sociales y tecnológicos. Estamos convencidos de que es posible construir un nuevo modelo asistencial que haga compatible en un mismo proyecto el reto de la sostenibilidad y el progreso del sistema sanitario en Cataluña y que, al mismo tiempo, sea un modelo de referencia, de atención a las personas, innovador y de calidad. El Plan de Salud 2011-2015 dará respuesta a estas necesidades, desarrollando principalmente los elementos de este Plan de Gobierno más vinculados a la transformación del modelo de atención y de la organización del sistema sanitario público (el punto 3, Modelo de atención adaptado a las nuevas necesidades sanitarias, y el punto 4, Mejora de la gestión, los resultados y la excelencia de la sanidad pública).

Tal como hemos visto, el conjunto de circunstancias en que se elabora este Plan de Salud es muy especial, motivo que justifica que el abordaje del Plan sea necesariamente diferente:

- **En cuanto al alcance.** El Plan de Salud 2011-2015, además de orientar la formulación de objetivos estratégicos de salud y servicios, se implica profundamente en las medidas que los pueden hacer posibles y los mecanismos que los pueden facilitar. Así, se resaltan aspectos como la contratación y la compra, la resolución, la alta especialización, los incentivos o la innovación organizativa.
- **En cuanto a herramienta de trabajo abierta y viva.** El Plan de Salud 2011-2015 quiere ser una herramienta viva de gestión, que indique la dirección, las prioridades estratégicas y los objetivos, pero que se adapte a medida que pasa el tiempo a las nuevas necesidades y avances del sistema sanitario. Por este motivo, no puede considerarse un plan cerrado, sino que debe ser medido en sus cumplimientos y revisado anualmente en colaboración con los agentes, que habrán ayudado a diseñarlo participativamente.
- **Es un Plan orientado al hecho de que el cambio suceda.** Las medidas del Plan de Salud parten en muchos casos de iniciativas que están siendo desarrolladas por la red. Las novedades más relevantes son: (1) el compromiso del Departamento de desarrollar las herramientas y los facilitadores que aseguren un cambio asistencial a escala y (2) los objetivos asumidos en la ejecución tanto a largo plazo (visión hasta 2015) como a corto plazo (actuaciones para 2012).

El Departamento de Salud quiere que el Plan de Salud 2011-2015 sea un instrumento fundamental para dar respuesta a nuestros retos y asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario público a medio plazo.

II. Principios que inspiran el Plan de Salud

Este Plan de Salud se inspira en un conjunto de principios fundamentales que actúan como núcleos tanto del sistema sanitario de Cataluña como de la propia transformación que se propone en el marco 2011-2015. Estos principios inspirarán los cambios propuestos a lo largo de este Plan de Salud.

El objetivo fundamental del sistema sanitario en Cataluña definido en la LOSC es mantener y mejorar el nivel de salud de la población. Para asegurar el cumplimiento de este objetivo, la estructura y el funcionamiento del sistema sanitario se deben basar en una serie de principios fundamentales que deben inspirar todas las iniciativas y acciones de los diferentes agentes (gestores, profesionales, ciudadanos, etc.). **La elaboración del Plan de Salud se basa en principios** que identifican los principales elementos de transformación del sistema hasta 2015:

- 1. Los fundamentos y los elementos diferenciadores del sistema sanitario de Cataluña que consagra la LOSC son el punto de partida y se reforzará su presencia en este Plan de Salud** (accesibilidad universal, equidad y eficiencia, red descentralizada, separación de funciones, gestión profesionalizada).

Desde el primer Plan de Salud, **la accesibilidad se ha planteado como un objetivo último e irrenunciable** del sistema sanitario que permitiría la universalización y la equidad de acceso a todos los ciudadanos. En las dos últimas décadas, la superación de las barreras geográficas y la búsqueda del equilibrio territorial han sido una preocupación fundamental del Departamento de Salud. Esto ha permitido que en 2011 estas barreras se hayan superado y la accesibilidad sea buena (un 98% de la población tiene un centro de salud a menos de diez kilómetros) para la totalidad de la ciudadanía. No obstante, el reto es ahora asegurar este mismo equilibrio y equidad con respecto a la accesibilidad en tiempo. Las listas de espera se han convertido en un reto fundamental del sistema sanitario, que adquiere una mayor relevancia en un contexto de recursos escasos. En este sentido, el nuevo Plan de Salud debe prever medidas encaminadas a avanzar en esta dimensión y a asegurar una mejora sustancial en el acceso a aquellos procedimientos con más impacto en la salud de la población.

La equidad es el segundo fundamento irrenunciable sobre el que se sustenta el sistema. El Departamento de Salud se debe ocupar fundamentalmente de la equidad en los resultados en salud. Por eso, el Plan de Salud 2011-2015 establece objetivos ambiciosos de resultados en salud, que se monitorizarán no solo por la media, sino que también en términos de variabilidad, y defenderá la implantación de medidas encaminadas a ofrecer una mejor salud para todo el mundo, independientemente de las circunstancias individuales (por ejemplo, geográficas). La ordenación de los procedimientos de alta complejidad es un ejemplo claro con el que se pretende asegurar los mejores resultados posibles en este nivel de atención.

En la difícil coyuntura económica actual y en previsión de las tendencias futuras del sistema, **la utilización óptima de los recursos** manteniendo los mismos resultados clínicos debe pasar a ocupar un lugar prioritario. En este sentido, los elementos de cambio propuestos en el modelo asistencial deben contribuir a

asegurar el uso eficiente de los recursos bajo análisis de coste y beneficio clínicos.

Finalmente, los elementos diferenciales del sistema sanitario en Cataluña (red descentralizada, gobierno participativo de los diferentes agentes, separación de funciones y gestión profesionalizada) han demostrado su bondad y serán respetados y reforzados en el contexto de este Plan de Salud, ya que suponen un elemento de gran potencial para la transformación del sistema.

2. Los ciudadanos tienen un nuevo rol y se convierten en la finalidad primera del sistema.

La atención a los ciudadanos y la **mejora de su salud y calidad de vida** son los objetivos últimos del sistema sanitario y, por lo tanto, responsabilidad de todos los agentes del sistema.

La LOSC expresa como finalidad del **sistema la humanización de los servicios sanitarios** manteniendo el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual (art. 6.1) y el diseño de un marco para garantizar estos derechos (art. 6.2). El actual Plan de Salud persigue que estos derechos se eleven a un nivel más alto y, por eso, plantea una serie de cambios en la relación entre el sistema sanitario y los ciudadanos. Esta nueva relación debe producirse en ambas direcciones.

El Plan de Salud 2011-2015 planteará la creación de **nuevos elementos de relación y alternativas de atención** para que los ciudadanos reciban una atención más adecuada a sus necesidades en cada momento (por ejemplo, con el refuerzo de canales de atención alternativos como Sanitat Respon). El Plan de Salud recogerá también un compromiso de **información a los pacientes y a los ciudadanos** en general, tanto de la cartera de servicios a la que tienen acceso como del apoyo que se les ofrece para “navegar” por el sistema sanitario. En el futuro, el sistema se centrará en **conocer mejor a los pacientes/ciudadanos** y en plantear soluciones más de acuerdo con sus necesidades, tal como se reflejará, por ejemplo, en el enfoque renovado en el tratamiento de las patologías crónicas. Finalmente, los ciudadanos serán el **centro de políticas interdepartamentales** que intentarán mitigar las causas principales de las enfermedades, mediante la combinación del esfuerzo con otros departamentos del Gobierno. Ejemplos claros serán los planes sociosanitarios (en especial en la atención a la cronicidad) y los planes interdepartamentales de salud pública, que abarcarán ámbitos como el medio ambiente, la educación, etc.

Para asegurar este cambio, el **rol de los ciudadanos** tendrá que ser también diferente. En primer lugar, los ciudadanos estarán más informados y podrán desempeñar un rol más activo en el sistema, por ejemplo, responsabilizándose en mayor medida de su salud y cuidado así como de la utilización que hacen del sistema sanitario. Por eso, el sistema dotará a los ciudadanos de una mayor formación y de las herramientas necesarias (por ejemplo, desarrollando programas como el de “Paciente Experto”). Asimismo, la participación de los ciudadanos será también más efectiva en los ámbitos establecidos de gobierno

del sistema, y se reforzará su representación y su responsabilidad en estos ámbitos.

3. La salud pública y su cartera de servicios constituirán uno de los principales instrumentos esenciales para la mejora de los resultados en salud y la calidad de vida de la población.

La salud pública tiene un rol prioritario en la salud de la población, y este rol debe reforzarse en el futuro. La **creación de la Agencia de Salud Pública es un paso fundamental** en este camino. La Agencia tendrá un rol de proveedor del sistema sanitario y pasará a ejecutar una cartera de servicios de salud pública que se contratará mediante un contrato-programa. Por lo tanto, la filosofía de la salud pública se adapta a los elementos diferenciadores del sistema sanitario catalán (separación de funciones, descentralización, etc.).

La protección y promoción de la salud y la prevención de las enfermedades constituyen una parte esencial de la cartera de servicios de salud pública. La puesta en funcionamiento de la Agencia potenciará la realización de acciones comunitarias de promoción y prevención dirigidas a los determinantes de salud y factores de riesgo principales de las enfermedades. Además, el trabajo en coordinación con los servicios sanitarios, fundamentalmente la atención primaria (pero también los dispositivos comunitarios como las farmacias y el conjunto de la acción interdepartamental), serán elementos que potenciarán esta estrategia.

Por último, el Plan Interdepartamental de Salud Pública, que se publicará en 2012, ayudará a establecer intervenciones sobre los determinantes de la salud de la población que requieren un abordaje conjunto desde muchos sectores sociales y de la Administración Pública para alcanzar los propósitos de mejora y protección de la salud de la forma más equitativa y eficiente posible.

4. El modelo de prestación de la atención aumentará el nivel de integración y se adaptará a las nuevas necesidades y oportunidades, con una adaptación adecuada para cada territorio.

El sistema sanitario catalán debe hacer frente en el futuro a nuevos retos y oportunidades. Entre los retos figura la necesidad de **adaptarse a las nuevas necesidades derivadas de un perfil de morbilidad diferente**, especialmente por una mayor prevalencia de enfermedades crónicas. Entre las oportunidades hay que destacar **la aparición de nuevas tecnologías, evidencias científicas y conocimientos** que pueden mejorar de forma radical la calidad de la atención y la calidad de vida de los pacientes.

La necesidad de desarrollar elementos de integración no es nueva, pero se hace más urgente en el actual contexto de cambio. Por eso, el Plan de Salud 2011-2015 trabajará para **mejorar el contínuum asistencial** para los pacientes y asegurar que todos los recursos (salud pública; atención primaria,

especializada, sociosanitaria y salud mental) actúan de forma coordinada y con unos objetivos comunes y de acuerdo con la visión clínica.

Este Plan prevé formas relativamente innovadoras de apostar por una mayor integración asistencial (por ejemplo, desarrollando nuevos roles de profesionales que actúen de enlace entre los diferentes niveles de atención o incentivos compartidos entre proveedores de una misma región) y potencia otros elementos que llevan tiempo en desarrollo pero que son fundamentales para hacerlo (por ejemplo, la creación de una red de información unificada entre proveedores del sistema sanitario público).

Finalmente, el modelo sanitario catalán siempre ha tenido en cuenta las peculiaridades de los territorios, y este Plan de Salud no es una excepción. En este sentido, los cambios en el modelo asistencial se detallarán localmente en el marco de los **planes de salud territoriales** que se desarrollarán próximamente para asegurar un uso óptimo de los recursos y el mejor servicio posible para cada región.

5. El CatSalut desarrollará un verdadero rol de aseguradora pública.

Como aseguradora pública, el CatSalut es el encargado de garantizar la asistencia sanitaria integral y de calidad para toda la ciudadanía. El Plan de Salud incorporará medidas específicas que desarrollen determinados ámbitos del rol del CatSalut al nivel siguiente, haciendo más proactivo su papel de gestor, especialmente en los ámbitos prioritarios de relación con los asegurados.

Por una parte, el CatSalut se compromete a una **gestión mucho más próxima y adaptada** a las necesidades de los pacientes de acuerdo con modelos predictivos que se adelanten a estas. En el ámbito individual se desarrollarán ofertas más segmentadas; en el ámbito poblacional, el modelo de contratación se centrará en la compra de resultados en salud para la población de cada territorio. Se establecerán políticas de gestión proactiva del riesgo de los asegurados con un mayor enfoque en la prevención que en el tratamiento de la enfermedad. Finalmente, el CatSalut será más proactivo en la información a los asegurados, tanto sobre las coberturas del sistema sanitario como sobre su utilización correcta.

6. La gestión del sistema se centrará de forma decidida en los resultados en salud.

Los resultados clínicos, entendidos como la mejor salud y atención a la población, serán el concepto clave alrededor del cual girará un nuevo modelo de planificación y contratación de servicios. Este modelo supone una evolución natural de un sistema que inicialmente funcionaba en un marco de presupuestación y que en los últimos años ya lo ha hecho de acuerdo con la actividad, intentando asegurar un mayor nivel de eficiencia y productividad.

El foco y los objetivos del nuevo Plan de Salud requieren, de manera natural, que los **resultados clínicos sean el eje alrededor del cual gira el sistema sanitario**. Por eso, se plantea un cambio de filosofía en dos de sus actividades fundamentales.

Por una parte, será necesario que la **planificación retrospectiva se convierta en predictiva**. La predictibilidad se traduce en disponer de una visión poblacional capaz de valorar el estado de salud de la población (en cuanto a morbilidad), identificar sus necesidades futuras y reaccionar con actuaciones y planes de acuerdo con estas necesidades. Por otra parte, la **contratación de la provisión se debe adecuar** a esta filosofía, incluyendo elementos de territorialidad (asignación de acuerdo con las necesidades concretas de la región) y unos incentivos más potentes (a nivel individual y territorial) que aseguren la alineación del funcionamiento del sistema con estos planes.

Este nuevo modelo está relacionado con la capacidad de resolución del sistema, especialmente en los primeros niveles de atención. Por eso, será necesario reforzar el rol y la capacidad de resolución de la salud pública y de la atención primaria, asegurando que los problemas de salud se resuelven, cuando sea posible, incluso antes de aparecer.

7. El conocimiento de los profesionales clínicos es básico para la planificación, gestión y mejora del sistema.

Los profesionales son los agentes claves del cambio del sistema sanitario como propietarios del conocimiento clínico. El **conocimiento clínico debe guiar la transformación** del sistema para asegurar que la toma de decisiones es coherente con la mejora de la salud y de la calidad de vida de la población.

Estos principios son ampliamente conocidos y reconocidos. No obstante, hay que potenciar la **capacidad de los profesionales para ejecutar** este conocimiento más allá de la práctica clínica, y extenderlo a la **planificación, gestión y mejora del sistema**. En este sentido, el conocimiento de los profesionales clínicos será un elemento de liderazgo en la transformación del modelo de atención que propone este Plan de Salud.

Para asegurar que este rol del conocimiento clínico se hace efectivo, el nuevo Plan de Salud plantea diferentes **esquemas de participación**. Así, entre otros, se crearán comités clínicos a varios niveles que ayuden a definir los proyectos de transformación. También se extenderá la evaluación clínica como herramienta clave para la toma de decisiones mediante el refuerzo del rol de evaluación de la Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud (AIAQS) en lo que concierne a procesos, tecnologías y medicamentos.

8. El gobierno efectivo del sistema sanitario establecerá los valores del buen gobierno: la transparencia de la información, la evaluación y la rendición de cuentas se extienden a todos los niveles.

El Plan de Salud 2011-2015 quiere ser diferencial en cuanto a la utilización de la información para la consecución de los objetivos de salud. Esto se hará por diversas vías.

En los próximos años se trabajará en la creación de una **verdadera red unificada de información del sistema sanitario** que permita compartir información y conocimiento, dar una mayor transparencia a los resultados de los diferentes agentes y elaborar mecanismos de evaluación y revisión para asegurar que avanzamos en la dirección correcta.

La **transparencia** convertirá la información en un bien común para todos los agentes y el Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña (OSSC) será la herramienta que lo hará posible. Los ciudadanos y pacientes tendrán acceso a una mejor información de los resultados del sistema y, por lo tanto, podrán tomar decisiones más informadas. Los profesionales y proveedores tendrán visibilidad sobre su propio rendimiento en comparación con otros agentes del sistema.

Un elemento diferencial de este Plan es la relevancia que adquiere **la rendición de cuentas**. En este sentido, el Departamento de Salud se compromete a seguir anualmente la consecución de los objetivos propuestos, reevaluar la validez de las diferentes actuaciones y responder públicamente de los dos conceptos. Este proceso no será solo responsabilidad del Departamento, sino también de los territorios que ejecutarán la implantación del Plan.

9. La sostenibilidad del sistema sanitario se hará compatible con los resultados últimos de progreso y excelencia en la atención.

El Plan de Salud tiene como objetivo final adaptar el sistema sanitario para dar respuesta a unos **retos estructurales** para los que hoy en día no está suficientemente preparado. Los cambios necesarios que inspiran este Plan de Salud son **independientes de la actual coyuntura de crisis**.

La transformación propuesta en el modelo del sistema sanitario catalán tiene como objetivo no solo mantener el sistema tal como hoy lo conocemos, sino también mejorar en la calidad de los resultados y en la excelencia en la atención. Por eso, **no se trata de un plan de ajuste presupuestario, sino de un cambio en el modelo de operación y de organización del sistema** que consiga dos objetivos simultáneamente.

El resultado de este cambio será un sistema más sostenible y perdurable con un coste asumible, a la vez que mejorarán la calidad, los resultados y la atención a los ciudadanos.

10. El Plan de Salud será un instrumento del cambio con vocación de liderazgo y enfocado en el hecho de que el cambio suceda.

Este Plan de Salud 2011-2015, igual que los anteriores, cumple con los objetivos recogidos en la LOSC, pero es diferente en tres aspectos claves:

En primer lugar, el Plan de Salud 2011-2015 quiere **ser más amplio y generar un debate** de amplio alcance sobre los elementos de salud, de servicios y de organización de nuestro sistema. En segundo lugar, es **una herramienta de trabajo abierta y viva**. *Abierta*, porque en su desarrollo se involucrará a todos los agentes del sector y los diferentes territorios, y *viva* porque se establece un proceso anual de evaluación, rendición de cuentas y revisión, que implicará ajustes del Plan en función de su grado de desarrollo y ejecución. Finalmente, es un plan **orientado al hecho de que el cambio suceda**. Las medidas del Plan de Salud parten en muchos casos de iniciativas que están siendo desarrolladas por la red. La mayor novedad es: (1) el compromiso del Departamento de desarrollar las herramientas y los facilitadores que aseguren un cambio asistencial a escala, y (2) los objetivos asumidos en la ejecución tanto a largo plazo (visión hasta 2015) como a corto plazo (actuaciones para 2012).

III. Punto de partida: diagnóstico y prioridades del sistema sanitario de Cataluña

Aunque la situación de partida es buena en cuanto a resultados en salud y eficiencia, hay aspectos estructurales que requieren un cambio profundo para mantenerlos, principalmente:

- La creciente prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas, asociada al envejecimiento de la población y empeoramiento de los estilos de vida y la necesidad de innovación al ofrecer soluciones adaptadas a las necesidades de los enfermos crónicos.
- Cierta nivel de saturación (especialmente en urgencias) y la baja integración entre niveles asistenciales (especialmente entre la atención primaria y la especializada) que afectan negativamente a la agilidad del sistema.
- La alta variabilidad en la provisión de los procedimientos, sobre todo de alta especialización.

Estos elementos determinarán las prioridades de futuro del sistema y los ejes de transformación.

LA EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL PLAN DE SALUD DE CATALUÑA EN EL HORIZONTE 2010

Finalizado el periodo de aplicación del Plan de Salud de Cataluña en el horizonte 2010, corresponde ahora hacer la evaluación para conocer el grado de consecución de los objetivos de salud y de disminución de riesgo fijados.^{4 5 6 7} Los resultados deben contribuir al diagnóstico de la situación actual, al establecimiento de las prioridades y a la orientación de los objetivos y las intervenciones del Plan de Salud 2011-2015.

El número total de indicadores utilizados para evaluar los objetivos ha sido de 200, y de estos se ha obtenido información del 82% (a febrero de 2012). Hasta ahora se ha evaluado el 73,8%:

- El 62,8% de los objetivos se han alcanzado.
- El 9,9%, se han alcanzado parcialmente.
- El 27,3%, no se han alcanzado.

Aproximadamente, dos de cada tres objetivos han sido alcanzados, mientras que en torno a la cuarta parte de ellos no se han alcanzado:

■ Se han alcanzado los objetivos relacionados con:

- La disminución de la mortalidad por enfermedades crónicas: la cardiopatía isquémica, el ictus, el cáncer y la EPOC a causa, básicamente, de un mejor control de estas enfermedades o de los factores de riesgo –hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia, diabetes mellitus, vacunación contra la gripe– o por la mejora en la aplicación de técnicas diagnóstico-terapéuticas (código ictus, código infarto, detección precoz de cáncer, quimioterapia).
- La disminución de la mortalidad por lesiones por causas accidentales, excepto en las personas mayores y por accidentes de tráfico de vehículos de motor en todos los grupos de población, a excepción de los asociados a grados excesivos de alcoholemia.
- La reducción del número de brotes por toxiinfecciones alimentarias, tanto en el ámbito de la hostelería y las casas de colonias como cuando el agente causal es la salmonela.
- La prevalencia del tabaquismo en hombres mayores de 15 años y la tasa de abandono del hábito tabáquico.

■ No se han alcanzado los objetivos relacionados con:

- Los estilos de vida: aumento del sedentarismo, disminución del consumo de fruta fresca, estabilización de las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor no asociados a grados excesivos de alcoholemia. Tampoco se han alcanzado en algunos subgrupos de población específicos, como es el tabaquismo en mujeres, las prácticas de riesgo por el VIH en grupos de riesgo y los embarazos en mujeres menores de 18 años.
- La supervivencia global por cáncer a los cinco años, que ha aumentado pero no se ha alcanzado el objetivo fijado.
- La incidencia de cáncer, y muy especialmente los relacionados con el tabaco y los de colon y recto.
- Algunas enfermedades transmisibles: tos ferina, parotiditis y sarampión y las infecciones de transmisión sexual, que han aumentado considerablemente el número de casos, a causa, entre otros factores, de cambios en la declaración obligatoria de estas enfermedades y el aumento en la utilización de técnicas diagnósticas más sensibles.
- La prevalencia de los bebés de bajo peso, prematuros y menores de 33 semanas de gestación.

LOS RESULTADOS EN SALUD

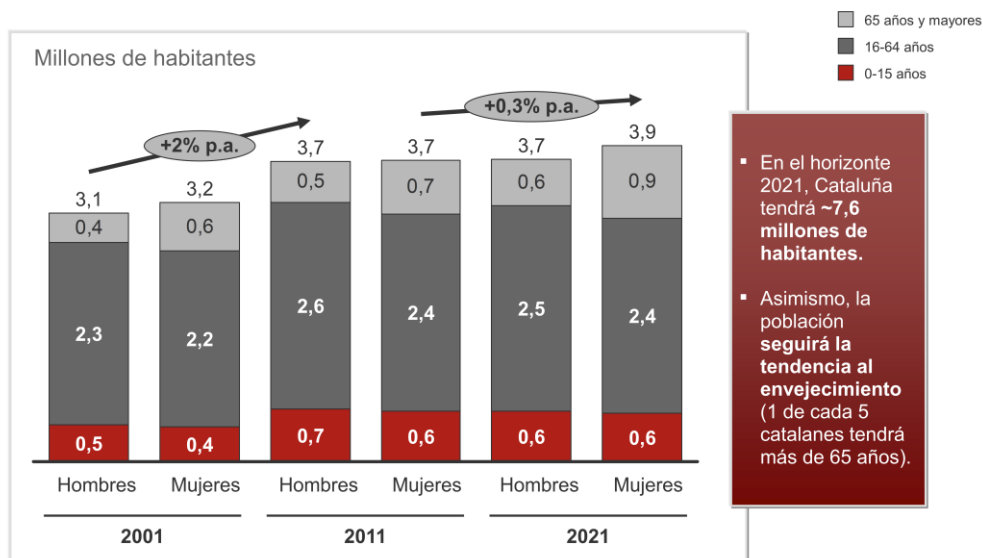
La situación de salud en Cataluña y los aspectos que la condicionan se caracteriza por cuatro elementos claves:

- a) Bajo crecimiento de la población y continuación del proceso de envejecimiento en los próximos años.
 - b) Elevada esperanza de vida y buena evolución de las tasas de mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares y por accidentes.
 - c) Indicadores poco favorables relacionados con los hábitos y estilos de vida.
 - d) Mayor carga de morbilidad a causa de la prevalencia y el impacto de las enfermedades crónicas.
- a) Bajo crecimiento de la población y continuación del proceso de envejecimiento en los próximos años**

Cataluña tiene una población de 7,6 millones de habitantes,⁸ que ha registrado un fuerte crecimiento en la última década (media de crecimiento anual del 2% entre 2000 y 2010). A medio plazo, se prevé un crecimiento bajo (media de crecimiento anual del 0,3% entre 2011 y 2021) y que continúe el proceso de envejecimiento de la población catalana.

- A medio plazo, en el horizonte 2021, el Idescat prevé que Cataluña tendrá una población de 7,6 millones de habitantes. La pirámide demográfica se ampliará por la base pero, sobre todo, por la cúspide. La distribución por edades cambiará ya de manera significativa en 2021, con un máximo de población infantil (1,4 millones de menores de 0 a 15 años) y un leve incremento de la población en edad laboral.
- Con el aumento sostenido de la esperanza de vida se prevé un incremento significativo de la población mayor de 65 años (hasta 1,5 millones de habitantes) y mayor de 80 años (hasta 450.000 habitantes).

La población de Cataluña crecerá más lentamente que en los últimos años y seguirá la tendencia al envejecimiento



Fuente: Idescat, Proyecciones de población 2021-2041 (base 2008), 2009.

El estado de salud de la población de Cataluña tiene un nivel alto en relación con los países de nuestro entorno. Indicadores como la mortalidad son mejores que los del conjunto de la UE y del Estado español, con unas tasas crudas y estandarizadas más bajas y una esperanza de vida al nacer más alta.⁹

- La autovaloración del estado de salud es un buen indicador de la mortalidad y morbilidad futura. En este sentido, el 79,3% de la población catalana hace una valoración positiva de su estado de salud (83,3% en los hombres y 75,6% en las mujeres).¹⁰

b) Elevada esperanza de vida y buena evolución de las tasas de mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares y por accidentes

La esperanza de vida (EV) al nacer en Cataluña, en el año 2009, es de 81,9 años (78,9 para los hombres y 84,8 para las mujeres). Esta longevidad es de las más elevadas, tanto en el Estado español como en el conjunto de la Unión Europea.

La esperanza de vida en buena salud (EVBS) al nacer en Cataluña, en 2005, era de 63,0 años para los hombres y de 60,6 años para las mujeres. A partir de estos datos se puede concluir que las mujeres, a pesar de vivir más años que los hombres, viven más años con mala salud.

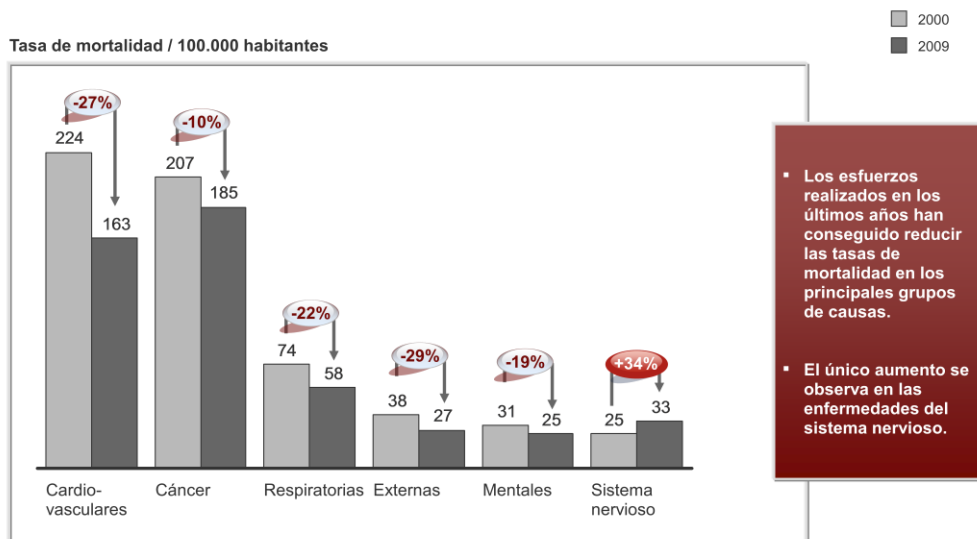
En los últimos años, las tasas de mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares y de accidentes han evolucionado favorablemente, a pesar del aumento de la incidencia de enfermedad en algunos casos, como el cáncer. También se han obtenido buenos resultados en relación con el control de determinados factores de riesgo y de prácticas preventivas como el cribado mamográfico en los grupos priorizados.¹¹

El análisis sistemático de la mortalidad muestra algunos puntos del territorio con mortalidad superior a la media.

La disminución de la mortalidad ha conllevado una concentración de las defunciones en las edades más avanzadas, entre los 85 y 89 años en las mujeres y de los 80 a los 84 años en los hombres.

La evolución en casi todas las tasas de mortalidad de los principales grupos de causas en los últimos diez años ha sido positiva

Tasas de mortalidad estandarizadas por edad



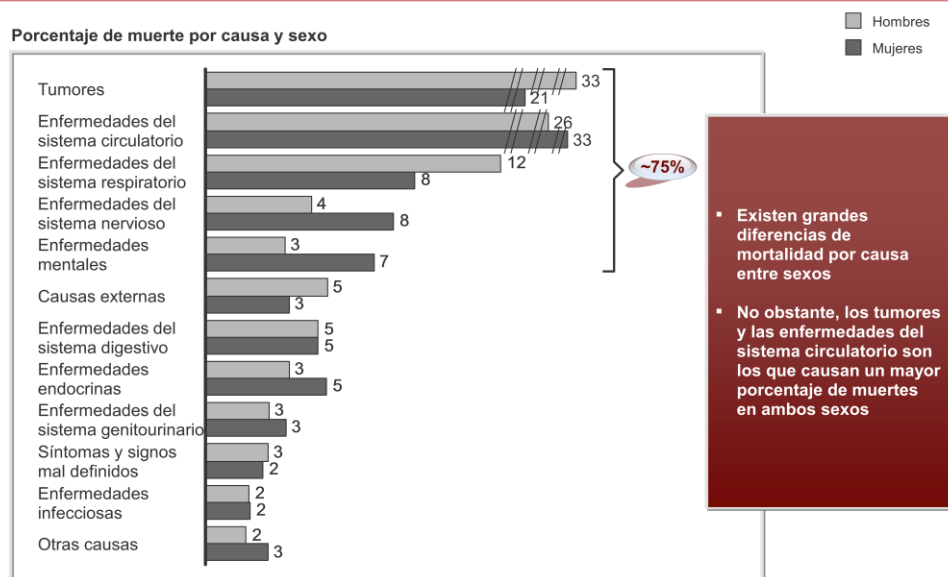
Fuente: Departamento de Salud, Registro de Mortalidad de Cataluña, 2009.

Más de la mitad de las defunciones son causadas por enfermedades del sistema circulatorio y por tumores. En los hombres la causa más frecuente son los tumores (33,2%), y en las mujeres, las enfermedades circulatorias (32,9%). Por sexo y edad destacan:

- En los hombres, los tumores son la primera causa de muerte de 35 a 84 años, y las causas externas son la primera causa de muerte entre los 5 y los 34 años.
- En las mujeres, los tumores son la primera causa de muerte de los 5 a los 14 años y de los 35 a los 74, y las causas externas son la primera causa de muerte de los 15 a los 34 años.
- Para los dos sexos, los tumores son la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 34 años.
- La mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio aparece en tercer lugar en las mujeres de 15 a 44 años y en los hombres de 35 a 44 años. Son la segunda causa de muerte de los 45 a los 84 años para los hombres, y hasta los 74 años, para las mujeres. A partir de estas edades, pasan a ser la primera causa de muerte en ambos sexos.

Los primeros cinco grupos de causas de mortalidad explican el ~75% de las defunciones de la población catalana

Mortalidad proporcional por causas de muerte y sexo; 2009



Fuente: Departamento de Salud, Registro de Mortalidad de Cataluña, 2009.

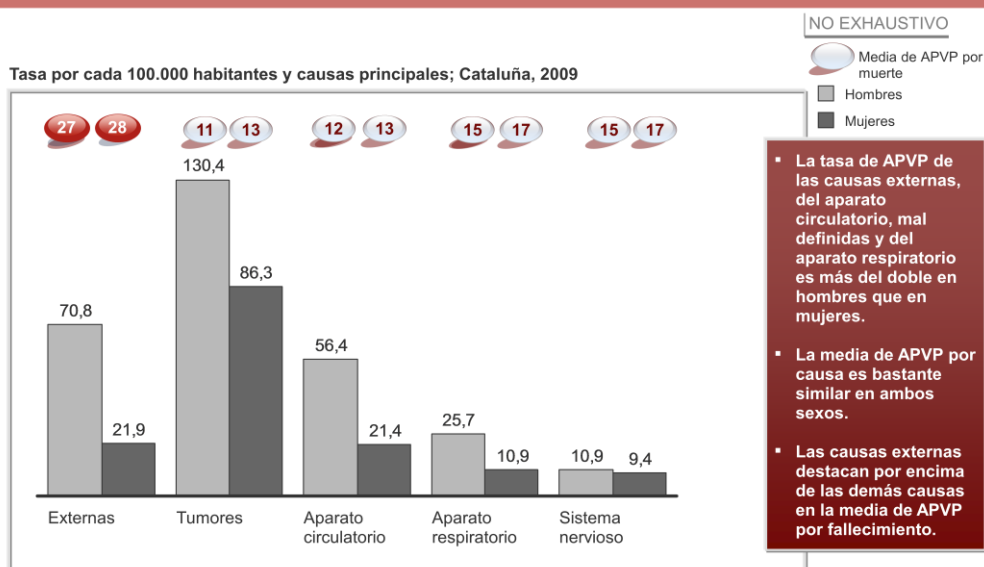
Desde el año 1999, la mortalidad potencialmente evitable ha disminuido en conjunto, si bien las tasas de las causas susceptibles de intervención de los servicios de asistencia sanitaria han mostrado un descenso más marcado (45% menos) que las causas susceptibles de intervención de las políticas sanitarias intersectoriales (20% menos).

En este sentido, un tercio de las muertes potencialmente evitables (33,9%) mediante acciones de los servicios sanitarios en las mujeres corresponden a las muertes causadas por cáncer de mama. En cambio, en los hombres, el 45,5% de estas muertes potencialmente evitables lo son por cardiopatía isquémica. Con respecto a políticas intersectoriales, casi el 40% de las muertes potencialmente evitables se deben al cáncer de pulmón.

Una medida que nos permite evaluar la magnitud del impacto de determinadas enfermedades en la población catalana son los años potenciales de vida perdidos (APVP), es decir, los años que se deja de vivir a causa de una muerte prematura. En este sentido, los tumores ocasionan el 47% de los APVP por muerte prematura entre las mujeres y el 35% en los hombres de Cataluña.

- Si se excluyen las enfermedades congénitas detectadas ya en el periodo perinatal, los accidentes de tráfico son la causa que provoca más APVP por cada muerte, tanto en los hombres (33 APVP) como en las mujeres (31 APVP).

Las causas externas y los tumores presentan un alto impacto sobre los APVP



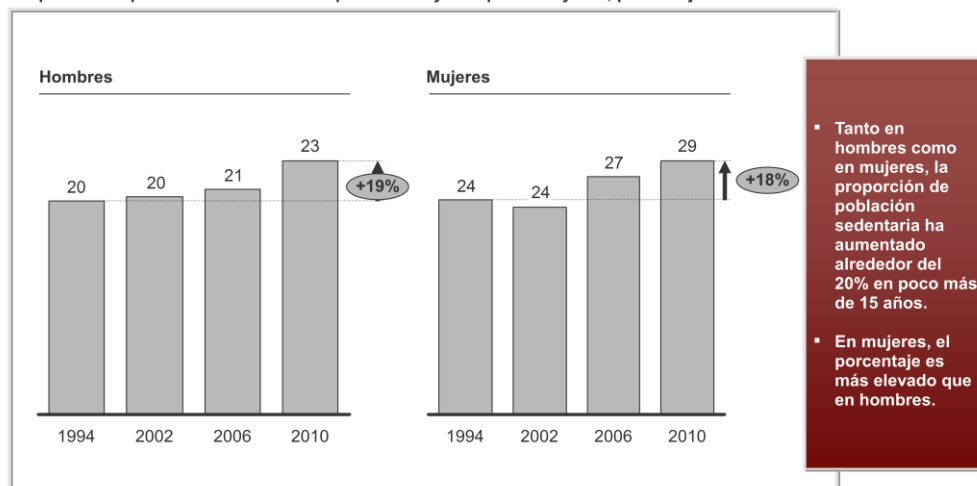
Fuente: Departamento de Salud, Registro de Mortalidad de Cataluña, 2009.

c) Indicadores poco favorables relacionados con los hábitos y estilos de vida

La **proporción de población sedentaria** (en función de la actividad física en el trabajo o en el hogar) ha aumentado de manera constante en los últimos años.

La proporción de población sedentaria ha aumentado en los últimos años, tanto en hombres como en mujeres

Proporción de población sedentaria de quince años y más por sexo y año; porcentaje



- Tanto en hombres como en mujeres, la proporción de población sedentaria ha aumentado alrededor del 20% en poco más de 15 años.
- En mujeres, el porcentaje es más elevado que en hombres.

Fuente: ESCA 2010, 2006, 2002 y 1994.

En el año 2010, casi la mitad de la población de 18 a 74 años tiene exceso de peso (un 35,3% de las personas con sobrepeso y un 12,0% con obesidad). Mientras que el sobrepeso afecta más a los hombres (43,4%) que a las mujeres (27,2%), los porcentajes de obesidad son bastante similares para los dos sexos (13,1% y 11,0%, respectivamente).

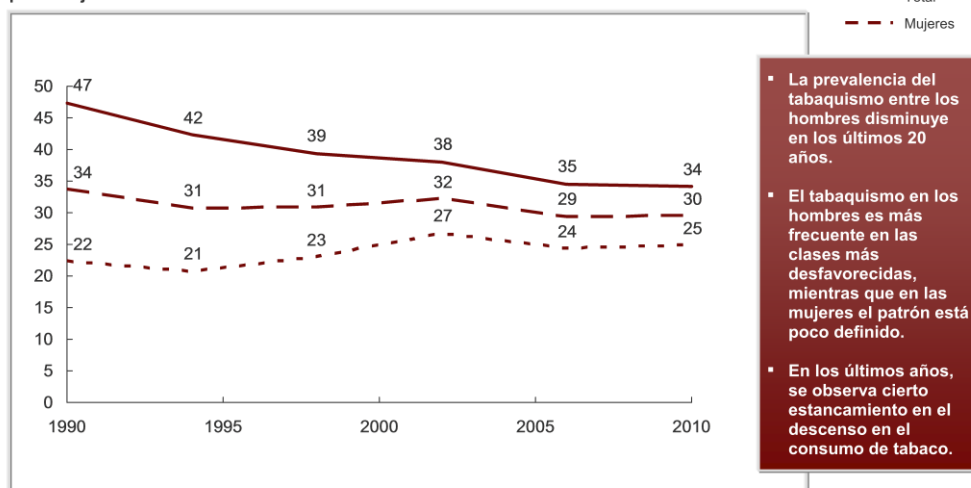
Con respecto al tabaco, en el periodo 1990-2010, la proporción de fumadores ha disminuido, y lo ha hecho principalmente gracias al abandono del hábito tabáquico entre los hombres. En los últimos años, se observa cierto estancamiento en el descenso iniciado en el año 2002 en el consumo de tabaco.

Los datos sobre consumo de riesgo de alcohol¹² muestran una evolución poco favorable. En Cataluña, la proporción de población bebedora de riesgo de alcohol en el periodo 1999-2005 ha aumentado del 6,4% (8,7% en hombres y 4,0% en mujeres) al 8,5% (10,3% en hombres y 6,7% en mujeres). En la población de 15 a 29 años, el porcentaje ha aumentado del 7,5% (9,0% en hombres y 5,8% en mujeres) al 12,6% (12,9% en hombres y 13,3% en mujeres) en el mismo periodo.

En el período 1990-2010, la proporción de fumadores ha disminuido

Prevalencia del tabaquismo en población de 15 años y más, por sexo

Evolución de la prevalencia del tabaquismo en población de mayores de 15 años, por sexo; porcentaje



Fuente: Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. Programa para la Prevención y el Control del Tabaquismo. Encuesta de consumo de tabaco, alcohol y drogas 1990, 1998. Encuestas de salud de Catalunya 1994, 2002 y 2006 y 2010.

Finalmente, el consumo de medicamentos ha aumentado en los últimos años.

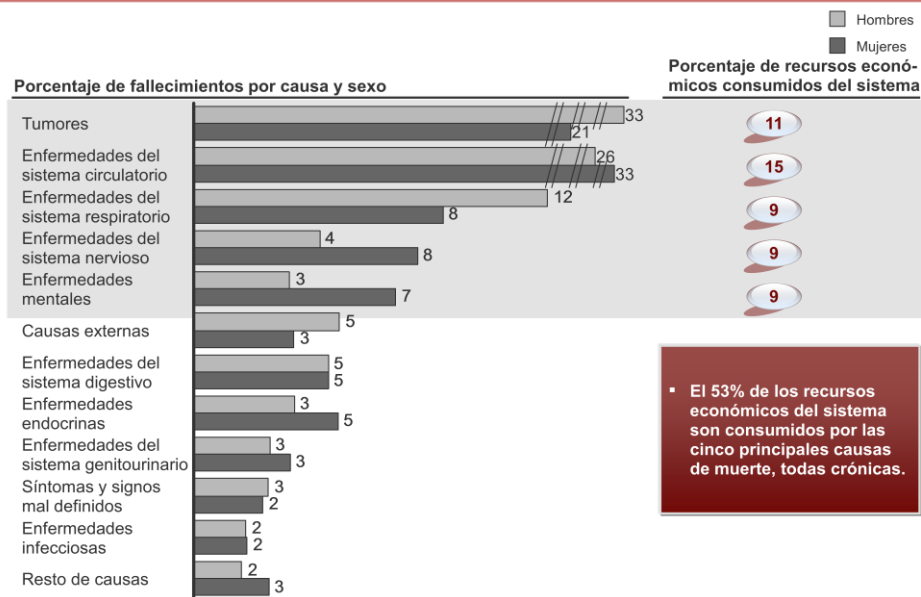
En el año 2010, el 60,6% de la población declara haber consumido algún medicamento en los últimos dos días (57,5% en el año 2006). El consumo de medicamentos en la población mayor de 15 años es superior entre las mujeres y a medida que los grupos son de más edad. En la población de 0 a 14 años no se observan diferencias por sexo.

d) Mayor carga de morbilidad a causa de la prevalencia y el impacto de las enfermedades crónicas

La mayor carga de morbimortalidad se debe a la frecuencia y al impacto de las enfermedades crónicas, que representan una carga importante para el sistema de salud. Este hecho adquiere una relevancia importante por cuatro motivos:

- **Las cinco principales enfermedades crónicas con mayor impacto en la mortalidad** (aparato circulatorio, tumores, aparato respiratorio, sistemas nervioso y mental) representan el 78% de las defunciones y consumen el 53% de los recursos del Departamento de Salud.
- **En cuanto a la morbilidad**, las enfermedades del aparato locomotor, la presión alta y la depresión y/o ansiedad constituyen los trastornos crónicos principales declarados por la población adulta y se encuentran entre los principales motivos de consulta.

Las primeras cinco enfermedades por mortalidad son crónicas y consumen más de la mitad de los recursos del sistema

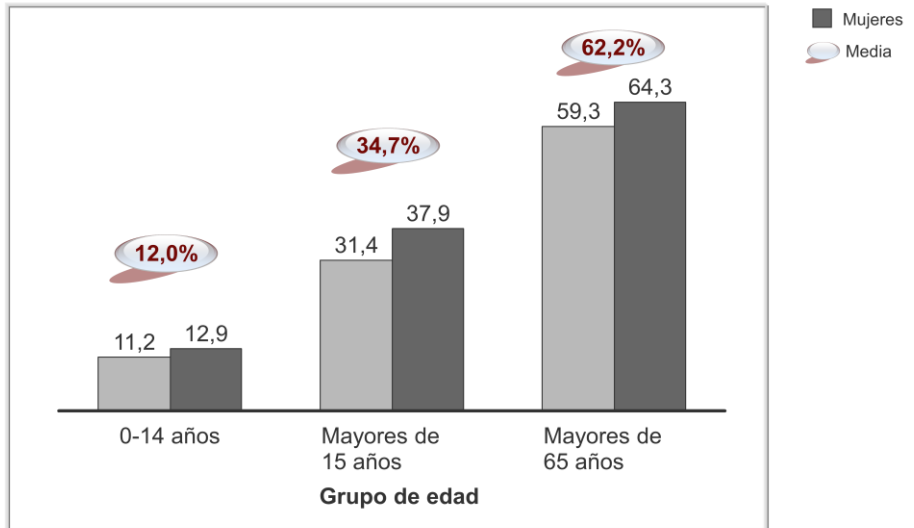


Fuente: Departamento de Salud, Registro de Mortalidad de Cataluña, 2009.

- **La prevalencia de las enfermedades crónicas aumenta progresivamente.**¹³ La proporción de personas adultas que declaran sufrir trastornos crónicos aumenta con la edad, y pasa del 12% en menores de 15 años al 65,2% para los mayores de 74 años. El incremento es ligeramente inferior en las mujeres que en los hombres. Entre los trastornos que han experimentado un crecimiento más importante destacan la depresión y/o ansiedad, el colesterol elevado y la presión alta entre los hombres.
- **El 77,1% de la población mayor de 15 años (71,7% de los hombres y 82,3% de las mujeres) declara sufrir o haber sufrido un trastorno crónico o varios** de una lista de problemas de salud seleccionada por la alta prevalencia y por el consumo de recursos sanitarios que generan. En el año 2010, los trastornos crónicos declarados con mayor frecuencia por la población mayor de 15 años son los mismos que en el año 2006.

La proporción de enfermos crónicos aumenta fuertemente con la edad

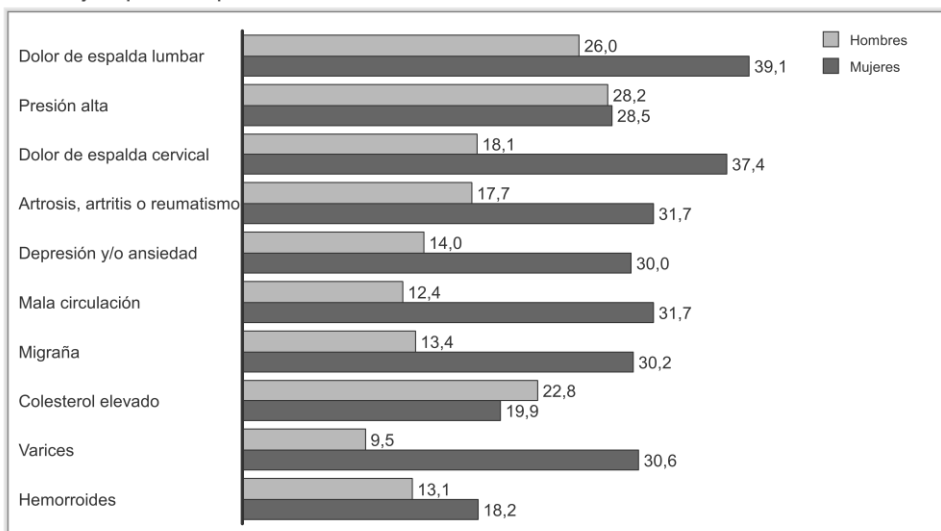
Proporción de enfermos crónicos por grupo de edad; porcentaje



Fuente: Departamento de Salud, Encuesta de salud de Cataluña, 2010.

Principales trastornos crónicos que declara sufrir o haber sufrido la población mayor de 15 años, por sexo

Porcentaje de población que declara sufrir trastornos crónicos



Fuente: Departamento de Salud; Encuesta de salud de Cataluña, 2010.

LA SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS

En el análisis de la situación de los servicios hay que destacar cuatro aspectos muy relevantes:

- Accesibilidad
- Adecuación
- Eficiencia
- Satisfacción

Accesibilidad

La accesibilidad a los servicios del sistema sanitario de Cataluña se caracteriza por cuatro elementos claves:

- a) Elevada accesibilidad geográfica.
- b) Tiempo de acceso condicionado por las listas de espera en algunos procedimientos quirúrgicos, en las visitas de atención especializada y en las pruebas complementarias.
- c) Mejora de la accesibilidad al proceso diagnóstico en determinadas patologías.
- d) Catálogo de prestaciones cubiertas por el seguro público muy amplio.

a) Elevada accesibilidad geográfica, tanto por el número de centros como por la distancia y el tiempo de desplazamiento de la población de referencia

El 98% de la población dispone de un centro de atención primaria a menos de diez kilómetros, y el tiempo de desplazamiento, en el 96,8% de la población, es menor de diez minutos. El 98% de la población se encuentra a menos de treinta kilómetros de un centro que ofrezca hospitalización de agudos. Finalmente, el 87% de la población de Cataluña se encuentra a menos de treinta kilómetros de un centro de atención especializada¹⁴ (salud mental, sociosanitario, etc.).

Esta elevada accesibilidad se debe a la distribución territorial de los centros asistenciales. A finales de 2010 y distribuidos por el territorio, en Cataluña había 417 centros de atención primaria y 831 consultorios locales. La hospitalización de agudos de la Red Hospitalaria de Utilización Pública se realizó en 69 centros.² Con respecto a la atención sociosanitaria, había 101 centros con internamiento y 70 hospitales de día. Para atender a la salud

² Corresponden a 65 hospitales (el Hospital de la Vall d'Hebron dispone de tres centros; el Hospital Clínic, de dos, y el Hospital d'Althaia, de dos).

mental y a las adicciones, se disponía de 87 centros de salud mental de adultos y 70 infantojuveniles, 39 centros con internamiento, 65 centros de día, 36 hospitales de día de salud mental de adultos y 29 hospitales de día de salud mental infantil y juvenil.¹⁵

b) Tiempo de acceso condicionado por las listas de espera en algunos procedimientos quirúrgicos, en las visitas de atención especializada y las pruebas complementarias, a pesar del incremento de la actividad

En el año 2010 se registró un incremento del 11,26% en la tasa de pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos por 10.000 habitantes, a pesar del incremento de la actividad realizada en comparación con el año 2009, que fue de un 2,52%, con un total de 161.931 intervenciones quirúrgicas. El tiempo de espera se ha incrementado en un 1,48%, que resulta ser, en el momento del corte de diciembre de 2010, de 4 meses y 3 días. Hay que destacar que la contratación de procedimientos en listas de espera quirúrgicas se ha ajustado para dar respuesta a los tiempos máximos garantizados en los procedimientos que se regulan por decreto.

En cambio, con respecto a la lista de espera de pruebas diagnósticas, los datos a 31 de diciembre de 2010 presentan una lista de espera de 102.456 pacientes, que representan una disminución de un 16,6% en comparación con el año 2009 (la diferencia se debe a cambios en los sistemas de información de algunos centros declarantes, que han comportado retrasos en el envío de la información). El tiempo de espera global es de 53 días y una actividad acumulada de 553.507 pruebas declaradas.¹⁶ El seguimiento se realiza en 13 pruebas (ecocardiografía, ecografía abdominal, ecografía ginecológica, ecografía urológica, colonoscopia, endoscopia esofagogástrica, tomografía computada, mamografía, polisomnografía, resonancia magnética, ergometría, electromiograma y gammagrafía).

c) Mejora de la accesibilidad al proceso diagnóstico en determinadas patologías

Desde 2005 y en dos fases, se ha implantado en Cataluña el circuito de diagnóstico rápido (CDR) de cáncer. El programa de diagnóstico rápido de cáncer tiene por objetivo conseguir que el tiempo transcurrido entre la primera visita al hospital por sospecha de cáncer colorrectal, de mama, de pulmón y de vejiga urinaria hasta el inicio del tratamiento sea inferior a 30 días.

- En el año 2009, se incluyeron 17.623 pacientes en el CDR por sospecha de cáncer de colon, mama o pulmón, 6.588 de los cuales fueron tratados. El 60,4% de estos pacientes tratados iniciaron el tratamiento con un intervalo de tiempo inferior a los 30 días, desde la entrada en el CDR (3.981 casos).

- En el año 2009, se incluyeron 2.001 pacientes por sospecha de cáncer de vejiga y 2.377 de cáncer de próstata en el CDR correspondiente. El porcentaje de cumplimiento de los criterios de inclusión fue del 89%. Se confirmó el diagnóstico en el 41,9% de los casos sospechosos de cáncer de próstata y en el 46,9% de los de vejiga.
- La media de tiempo entre la entrada en el CDR y el inicio del tratamiento se sitúa en torno a los 35 días en próstata y en los 30 en vejiga. El porcentaje que inició tratamiento antes de los 30 días fue del 66,7% en el cáncer de próstata y del 74,2% en el cáncer de vejiga.

d) Catálogo de prestaciones cubiertas por el seguro público muy amplio

En Cataluña hay un catálogo muy amplio de prestaciones sanitarias y de carácter universal. La Ley 21/2010, de 7 de julio, de acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo del CatSalut, determina a las personas que son objeto de la prestación de servicios sanitarios en Cataluña.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, determina la relación de prestaciones sanitarias. Recientemente, se ha incorporado a la cartera de servicios comunes la interrupción voluntaria del embarazo, a través de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Además de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, en Cataluña se han incorporado las prestaciones siguientes:

- Atención bucodental a la población infantil.
- Atención podológica a las personas diabéticas con patologías vasculares y neuropáticas crónicas.
- Vacuna contra el virus del papiloma humano.
- Asistencia natural al parto normal.
- Programa de diagnóstico prenatal de anomalías congénitas fetales (primer trimestre de embarazo).
- Programa de anticoncepción de emergencia.
- Intervención quirúrgica de cambio de sexo.
- Cribado de la enfermedad de Chagas en mujeres embarazadas latinoamericanas.
- Cribado y diagnóstico precoz de la hipoacusia neonatal.

Hay que incorporar criterios de costo-efectividad en la definición del catálogo de prestaciones, que ayuden en la priorización de las prestaciones, tanto en el ámbito estatal como de Cataluña.

Adecuación de la atención

En cuanto a la adecuación de la atención del sistema sanitario en Cataluña, hay que destacar cuatro elementos relevantes:

- a) Elevada frecuentación.
 - b) Oportunidad de mejorar en algunos ámbitos de resolución.
 - c) Oportunidad de reordenar determinados servicios bajo criterios de planificación.
 - d) Identificación de procedimientos de alta especialización que requieren concentración.
- a) Elevada frecuentación en la mayoría de niveles asistenciales, con evoluciones diferentes en función del nivel**

La atención primaria en Cataluña tiene una buena cobertura de la población con cifras altas de frecuentación. El porcentaje de población asignada atendida en la atención primaria (AP) durante el año 2010 fue del 73,4%. La frecuentación a la AP (incluyendo visitas a medicina, enfermería, enfermería obstétrico-ginecológica, odontología, trabajo social) en el año 2009 fue de 6,9 visitas por persona asignada y de 9,4 visitas por población atendida. Tanto por la cobertura como por la frecuentación, la evolución temporal muestra valores estables en los últimos años.

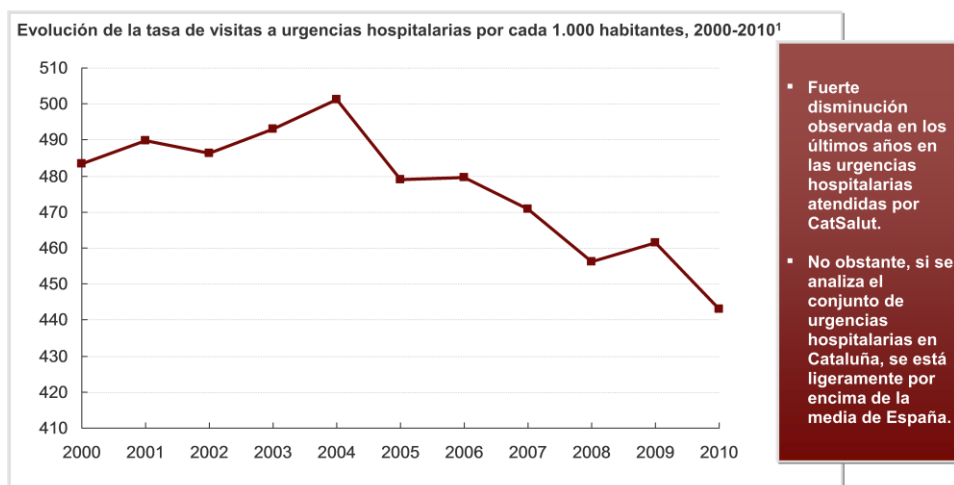
La atención especializada ambulatoria en Cataluña presenta una elevada frecuentación, que aumenta de forma sostenida. En el año 2009 se realizaron 3,7 millones de primeras visitas de especialistas en consultas externas hospitalarias y 9,4 millones de visitas totales (1.242 visitas por 1.000 habitantes). La evolución temporal de las primeras visitas muestra incrementos del 10,7% en 2006, 3,8% en 2007, 7,2% en 2008 y 10,6% en 2009.¹⁷ La ratio de primeras visitas / visitas sucesivas muestra una alta variabilidad entre centros.

Las enfermedades relacionadas con el **aparato locomotor** llegan a afectar a más del 30% de la población, representan uno de los principales motivos de consulta en la atención primaria, y el conjunto de especialidades de **traumatología y reumatología** reúnen el número más alto de derivaciones y de visitas totales en las consultas externas. La **oftalmología** es la segunda especialidad en frecuentación, con 971.073 visitas en el año 2010. En cuanto a otras especialidades, la **dermatología** y la **urología** representan también un alto número de visitas de atención especializada.

Las enfermedades relacionadas con la **salud mental** se atienden básicamente en la atención primaria de salud, pero también en dispositivos específicos de salud mental, con un volumen de 213.000 pacientes atendidos y un total de más de 634.000 visitas en el año 2009.

La tasa de visitas a urgencias en los hospitales del SISCAT por cada 1.000 habitantes fue de 443 en 2010, y se observa una disminución en los últimos años. A pesar de la disminución, si se analiza el conjunto de urgencias hospitalarias tanto a cargo del sistema público como privado, Cataluña está por encima de la media del Estado (635 visitas por cada 1.000 habitantes en comparación con 586 visitas por cada 1.000 habitantes por término medio en España).

Elevada frecuentación de urgencias hospitalarias con tendencia a la disminución



1. Se consideran las urgencias a cargo de CatSalut.

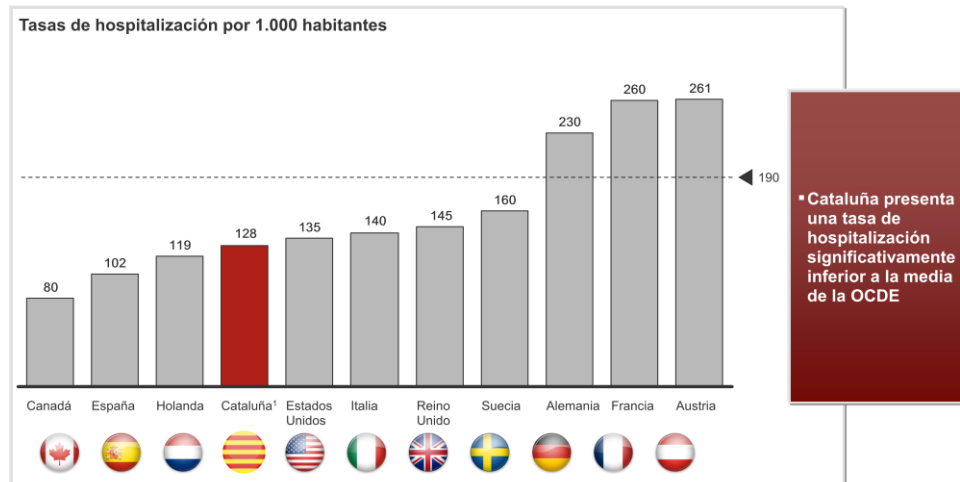
Fuente: Memoria CatSalut, 2010.

Las tasas de hospitalización de agudos son moderadas y estables en el tiempo. La tasa de hospitalización en centros de agudos es de 128 por cada 1.000 habitantes. La tasa de hospitalización financiada por CatSalut es de 97,4 por cada 1.000 habitantes. La evolución temporal muestra estabilidad a lo largo de los últimos seis años. La tasa es moderada en comparación con otros países de nuestro entorno.

Los episodios de hospitalización en la atención sociosanitaria (larga estancia, convalecencia y cuidados paliativos) se han incrementado ligeramente durante el año 2010. En el año 2009 fueron de 5,4 por cada 1.000 habitantes, y se han incrementado a 5,6 en el año 2010. La evolución temporal indica un incremento total del 40% en los últimos seis años.

Finalmente, ha aumentado el número de pacientes atendidos ambulatoriamente en dispositivos de salud mental (18% de incremento), mientras que la hospitalización se mantiene estable. Hay que destacar que en el año 2010, fueron 213.359 (28 por cada 1.000 habitantes), y los ingresados fueron 22.480 (3,0 por cada 1.000 habitantes).

Cataluña presenta una tasa de hospitalización de agudos moderada en comparación con la mayoría de países desarrollados comparables





1. El dato de Cataluña incluye hospitalización convencional y CMA.

Fuente: OCDE, 2009; Memoria del CatSalut 2010.

b) Oportunidad de mejorar en algunos ámbitos de resolución

Hay una gran variabilidad en la utilización de servicios por territorios, especialmente en los dispositivos asistenciales de primera línea (atención primaria, atención especializada ambulatoria y urgencias), en las hospitalizaciones sociosanitarias y en la prestación farmacéutica. Una parte de esta variabilidad se podría explicar por las características sociodemográficas del territorio, y otra parte, por diferencias en la oferta de servicios y el estilo de práctica clínica.

Existe una gran variabilidad en la utilización de servicios por territorios

 Variabilidad moderada (entre 2 y 4)
 Variabilidad alta (más de 4)

Utilización de servicios	Indicador	Valor de Cataluña 2009	RV ¹ entre GTS ²
▪ Frecuentación en AP	▪ <i>Visitas por pobl. asignada</i>	6,1	3,6
▪ Primeras visitas hospitalarias	▪ <i>Tasa por 1.000 hab.</i>	450	6,5
▪ Visitas a urgencias hospitalarias	▪ <i>Tasa por 1.000 hab.</i>	461	14,1
▪ Hospitalización de agudos	▪ <i>Tasa por 1.000 hab. estandarizada</i>	124,7	1,3
▪ Hospitalizaciones sociosanitarias	▪ <i>Tasa por 1.000 hab.</i>	5,4	22,8
▪ Pacientes atendidos en salud mental ambulatoria	▪ <i>Tasa por 1.000 hab.</i>	28	5,4
▪ Hospitalizaciones psiquiátricas	▪ <i>Tasa por 1.000 hab.</i>	3,1	2,5

Se observa una alta variabilidad especialmente en:

- Dispositivos asistenciales de primera línea (atención primaria, especializada y urgencias).
- Hospitalizaciones sociosanitarias.
- Pacientes atendidos en salud mental ambulatoria.

1. Razón de variación (RV): cociente entre el valor máximo y el valor mínimo.
 2. GTS: gobiernos territoriales de salud.

Fuente: Central de Resultados; Demanda en cifras.

Se constata una falta de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y entre profesionales de un mismo nivel, pero hay iniciativas territoriales en la línea de mejorar la continuidad asistencial. Por ejemplo: acceso a los servicios especializados básicos y a las pruebas complementarias por atención preferente; atención urgente y continuada con perspectiva territorial; atención pediátrica con equipos territoriales o implantación de la visita y consultoría virtuales, y telemedicina. También se han llevado a cabo iniciativas de consultoría de especialistas en la AP, que además de aumentar la satisfacción de los profesionales han disminuido los productos intermedios y las derivaciones a la atención especializada.¹⁸ Los programas de apoyo de los especialistas de salud mental a la atención primaria han mostrado una reducción en torno al 15% de las tasas de derivación.

- La dificultad en la articulación y coordinación de dispositivos y líneas de atención es un hecho reconocido tanto por profesionales como por los ciudadanos, y sobre el que se dispone de muy poca información. Entre las razones de este hecho destacan la diversidad de proveedores, la diferencia en los sistemas de pago por líneas de servicio, el desconocimiento de la cartera de servicios de cada dispositivo y las listas de espera para diferentes especialistas. Por ejemplo, en una encuesta reciente a profesionales que trabajan en patologías del aparato locomotor, menos del 40% de los profesionales de la atención primaria declaraba la existencia de algún mecanismo de coordinación con la atención especializada.

- La preocupación por estas dificultades ha dado origen a diversas iniciativas, entre las que hay que mencionar el sistema de compra capitativo (con un presupuesto global per cápita para un determinado territorio), las organizaciones sanitarias integradas (que engloban diferentes líneas de servicios en una misma organización), las propuestas de creación de equipos territoriales o el establecimiento de unidades funcionales territoriales por procesos.

Aproximadamente un 15% de las hospitalizaciones agudas son evitables. En el año 2009 el 14,6% de las hospitalizaciones eran evitables. La variabilidad territorial oscila entre el 9,3% y el 17,9%. La evolución temporal muestra estabilidad en los últimos años.

En **algunas enfermedades crónicas los reingresos** antes de 30 días se sitúan en torno al **7-8%** por cada hospital.

- Entre los hospitales de la red, la media de reingresos por EPOC en menos de 30 días fue del 9,9% en 2009, 10,6% en 2008 y 7,2% en 2007. La media de reingresos por insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) antes de 30 días del alta fue del 8% en 2009, 7,3% en 2008 y 8% en 2007. La variabilidad entre hospitales en los dos casos es muy alta (razón de variación de 6,9 y 14, respectivamente, en 2009).

Aproximadamente el 27% de los contactos de hospitalización aguda de la población mayor de 65 años serían susceptibles de atención postaguda, lo que representaría un ahorro entre el 9% y el 13% de las estancias en hospitales de agudos.

- Se considera atención postaguda¹⁹ la que debe recibir una persona enferma una vez estabilizada después de un accidente o un episodio agudo, y sus objetivos son no utilizar un recurso de agudos para pacientes que no lo necesitan, aumentar la autonomía de los pacientes y disminuir los reingresos. Los pacientes candidatos están reunidos en una serie de diagnósticos que conforman un grupo diana y que fundamentalmente está constituido por insuficiencia cardíaca, recambio articular de rodilla y cadera, EPOC, accidente vascular cerebral (AVC) y fractura de fémur (80%).
- El impacto de la aplicación de un programa de atención postaguda (al 100% de estos contactos) según el día de aplicación (quinto o tercero de la hospitalización aguda) representaría un ahorro de entre el 9% y el 13% del total de estancias de agudos (entre el 45% y 67% de las estancias del grupo diana) y la correspondiente liberación de camas de agudos. Las camas necesarias para la aplicación del programa se podrían conseguir con la reorganización de las existentes.

La seguridad de los pacientes es un aspecto clave dentro del ámbito asistencial y una prioridad de los sistemas sanitarios actuales. Por *seguridad*

de los pacientes entendemos el conjunto de buenas prácticas recomendadas a profesionales y a ciudadanos orientadas a la reducción del riesgo de daño evitable asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Entre estas buenas prácticas, de las que se adjuntan algunos ejemplos a continuación, hay que destacar también las que fomenten el buen uso de los medicamentos para reducir los problemas relacionados con la medicación y sus efectos indeseables.

En la siguiente tabla se muestran los resultados de algunos indicadores en proyectos de mejora de la seguridad de los pacientes en marzo de 2010. La mayoría de hospitales de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP) han incorporado objetivos e indicadores de seguridad de los pacientes a su práctica asistencial.

Resultados de proyectos de mejora de la seguridad de los pacientes Marzo 2010

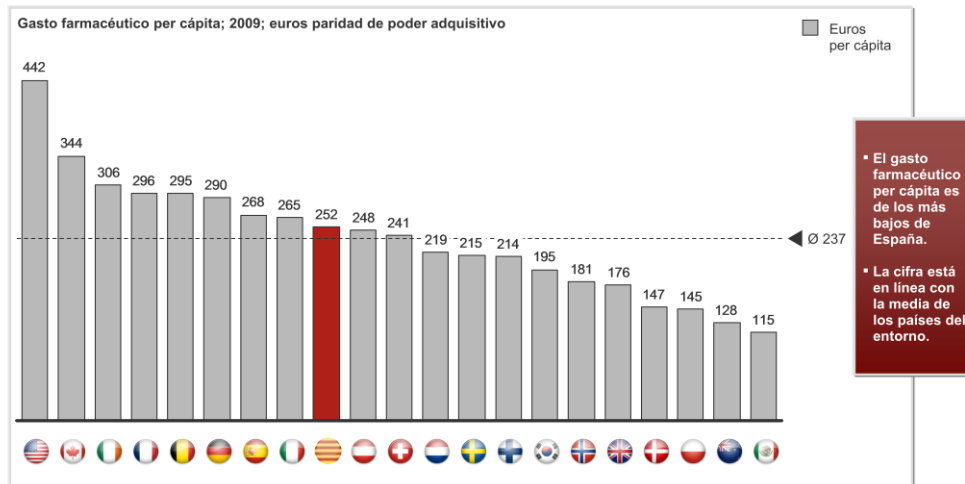
Proyecto	Participación	Indicador	Porcentaje
Prevenición de caídas	<ul style="list-style-type: none"> 78 centros sanitarios: - 43 hospitales - 35 centros sociosanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de evaluación del riesgo de caídas 	Total: 68,3%
			- Hospitales 58,8%
			- Centros sociosanitarios 88,7%
Identificación inequívoca de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> 55 centros sanitarios: - 53 hospitales - 2 centros sociosanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de pacientes ingresados con identificación 	Total: 90,5%
Higiene de manos	<ul style="list-style-type: none"> 53 centros sanitarios: - 49 hospitales - 4 centros sociosanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de hospitales que han realizado - acciones formativas básicas - acciones formativas sobre los cinco momentos - porcentaje de profesionales formados 	Total: 50,0%
			Total: 42,4%
			Total: 12,9%
Bacteriemia cero	<ul style="list-style-type: none"> 32 UCI¹ participantes: 32/38 (84% de las UCI de Cataluña) 	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de bacteriemia por 1.000 días de catéter: Porcentaje unas tasas de < 4‰ (objetivo) Porcentaje unas tasas de < 2‰ % Porcentaje unas tasas de 0‰ 	Total: 78,0%
			Total: 50,0%
			Total: 16,0%

1. Unidad de cuidados intensivos.

Fuente: DGRPRS – Servicio de Promoción de la Seguridad de los Pacientes.

En Cataluña, como en España, hay un elevado consumo de medicamentos; aunque en Cataluña el gasto farmacéutico por habitante es uno de los más bajos del Estado. Durante el año 2009, el porcentaje de asegurados a quienes se les ha dispensado como mínimo un medicamento o producto sanitario con receta médica ha sido del 70,72%. El número de recetas por habitante asegurado es de 18,91 (similar al dato español de 20 recetas por habitante). Las cifras son estables durante los últimos cuatro años con una baja variabilidad territorial. El gasto farmacéutico per cápita (252,2 € por persona en 2009) es de los más bajos de España (que tienen en conjunto un gasto per cápita de 267,54).²⁰ Si comparamos esta cifra con los países del entorno, el gasto está en consonancia con la media.

El gasto farmacéutico es de los menores de España y en línea con la media de los países del entorno



Fuente: OCDE, 2011; Informe del gasto farmacéutico en España.

c) Oportunidad de reordenar determinados servicios bajo criterios de planificación

La definición de la cartera de servicios de cobertura pública en Cataluña deberá ir acompañada de criterios de planificación para ordenar los servicios por centros y territorios para la mejora de la equidad en el acceso y en los resultados de calidad y eficiencia.

Por la distribución territorial actual de las prestaciones, no siempre se están realizando las actividades en los centros más adecuados, ni por el volumen de casos atendidos (masa crítica), ni por la capacidad y el nivel asistencial.

- Un ejemplo que puede ilustrar esta afirmación es la distribución de la actividad de cirugía pediátrica en Cataluña en los años 2008 y 2009 en los diferentes centros sanitarios de la red sanitaria pública.

Existe potencial para ordenar determinados servicios por centros y territorios para asegurar la mejora de la equidad en el acceso, en los resultados de calidad y eficiencia

EJEMPLO
CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Número de centros con actividad de cirugía pediátrica según el intervalo del número de contactos y edad. Años 2008-2009

Número de contactos	0 años		1 - 7 años		8 - 14 años		15 - 17 años	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
< 10	9	9	20	16	21	22	11	15
10-50	6	5	7	8	18	20	36	37
50-200	3	3	10	12	13	11	10	8
200-500	2	2	6	5	3	3	1	1
500-1.000	0	0	1	1	0	0	0	0
1.000-2.000	0	0	0	0	1	1	0	0
> 2.000	0	0	1	1	0	0	0	0
Total centros	20	19	45	43	56	57	58	61

▪ Existe potencial de reordenación de determinados servicios si se siguen criterios de planificación.

▪ El objetivo último es mejorar la equidad en el acceso y en los resultados de calidad y eficiencia.

Fuente: DGRPRS. Oficina de Planificación de Servicios I Mapa sanitario.

Otro ejemplo, ya materializado, es la ordenación de la atención a los pacientes traumáticos graves, con la clasificación de los hospitales según el grado de complejidad de los pacientes y la ordenación de flujos.

Los planes estratégicos de ordenación de servicios y planes directores han aportado, cada uno de ellos en su ámbito de actuación, definiciones más detalladas de las actividades necesarias y las han ordenado con una visión integrada de los diferentes niveles asistenciales. La ordenación de los flujos y la identificación de los centros que realizan preferentemente una tipología de actividad, tratamiento o prestación en un territorio deben incluir las relaciones de colaboración entre equipos que hacen que un servicio de la cartera esté garantizado a toda la población.

d) Identificación de procedimientos de alta especialización que requieren concentración

En Cataluña, se dispone de informes que asocian el volumen o la masa crítica mínima con la calidad de la práctica clínica. Recientemente, se ha realizado un estudio sobre el cáncer de recto que analizó en detalle esta relación:

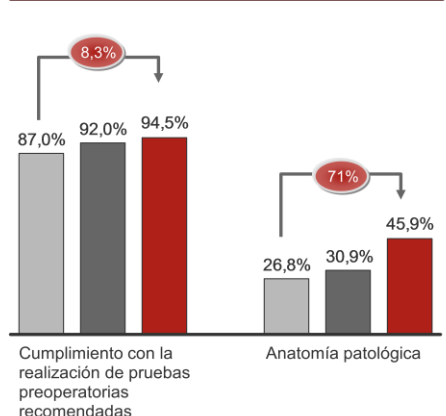
Existe una relación clara entre la calidad clínica y el volumen de casos

Ejemplo del cáncer de recto

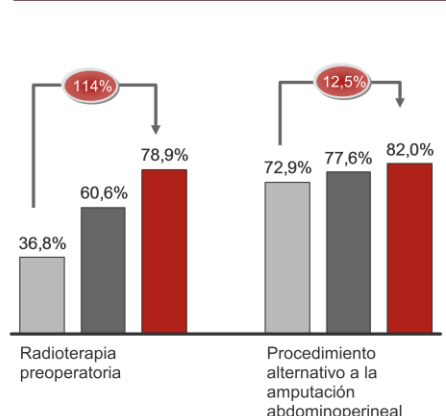
< 11 casos
 entre 11 y 30 casos
 > 30 casos

Porcentaje de mejora relativa

Relación entre volumen e indicadores del proceso de diagnóstico



Relación entre volumen e indicadores del proceso terapéutico



Fuente: Evaluación del proceso asistencial y de los resultados terapéuticos del cáncer de recto, Plan Director de Oncología, 2010.

Actualmente hay un conjunto significativo de centros realizando ciertos procedimientos sin disponer de una masa crítica mínima que garantice unos resultados aceptables de salud.

Existe un porcentaje elevado de centros que no cumplen una mínima masa crítica de casos

Cataluña. 2010

Procedimiento	Número de casos/año	Masa crítica mínima	Descripción de la situación actual	Porcentaje de centros por debajo de la masa crítica				
Cirugía de cáncer de recto	1.000	> 11	<table border="1"> <tr> <th>Centros por encima de la masa crítica</th> <th>Centros por debajo de la masa crítica</th> </tr> <tr> <td>36</td> <td>15</td> </tr> </table>	Centros por encima de la masa crítica	Centros por debajo de la masa crítica	36	15	29%
Centros por encima de la masa crítica	Centros por debajo de la masa crítica							
36	15							
Cirugía de cáncer de esófago	80	> 6	<table border="1"> <tr> <th>Centros por encima de la masa crítica</th> <th>Centros por debajo de la masa crítica</th> </tr> <tr> <td>6</td> <td>7</td> </tr> </table>	Centros por encima de la masa crítica	Centros por debajo de la masa crítica	6	7	54%
Centros por encima de la masa crítica	Centros por debajo de la masa crítica							
6	7							
Cirugía de cáncer de pulmón	700	> 50	<table border="1"> <tr> <th>Centros por encima de la masa crítica</th> <th>Centros por debajo de la masa crítica</th> </tr> <tr> <td>6</td> <td>6</td> </tr> </table>	Centros por encima de la masa crítica	Centros por debajo de la masa crítica	6	6	50%
Centros por encima de la masa crítica	Centros por debajo de la masa crítica							
6	6							
Trasplante renal en adultos	500	> 50	<table border="1"> <tr> <th>Centros por encima de la masa crítica</th> <th>Centros por debajo de la masa crítica</th> </tr> <tr> <td>6</td> <td>1</td> </tr> </table>	Centros por encima de la masa crítica	Centros por debajo de la masa crítica	6	1	14%
Centros por encima de la masa crítica	Centros por debajo de la masa crítica							
6	1							
Cirugía programada de aorta abdominal	280	> 25	<table border="1"> <tr> <th>Centros por encima de la masa crítica</th> <th>Centros por debajo de la masa crítica</th> </tr> <tr> <td>5</td> <td>9</td> </tr> </table>	Centros por encima de la masa crítica	Centros por debajo de la masa crítica	5	9	64%
Centros por encima de la masa crítica	Centros por debajo de la masa crítica							
5	9							

Fuente: Comisión de Servicios de Alta Especialización (CSAE).

El conjunto de actividad de terciarismo representa un coste considerable para el sistema sanitario en comparación con otros servicios. Se estima que estos servicios representan un 2,4% de las altas y un 11%³ del presupuesto sanitario del CatSalut.

Eficiencia

En cuanto a la eficiencia del sistema sanitario en Cataluña, hay que destacar cuatro elementos relevantes:

- a) Aumento del gasto per cápita en la atención primaria.
- b) Grado de utilización variable de los servicios según el nivel asistencial.
- c) Recursos humanos y capacidad instalada suficientes y avance en el proceso de acreditación.
- d) Alto impacto de la prestación farmacéutica en el gasto sanitario.

a) Aumento del gasto per cápita en la atención primaria

Para el conjunto de las actividades que comprende la atención primaria, la media de gasto asignada por persona ha aumentado en una media del 4,2% anual de 2005 a 2008 (ha pasado de 387,7 € a 459,3 € por persona). Hay variabilidad territorial entre las regiones sanitarias y hay diferencias de más de 100 € por persona entre regiones que se mantienen a lo largo del periodo estudiado. Las partidas más importantes son las de farmacia y de equipo de atención primaria, que suman en torno al 85% del gasto.²¹

b) Grado de utilización variable de los servicios según el nivel asistencial

La estancia media en hospitalización de agudos (hospitalización convencional y cirugía mayor ambulatoria) ha disminuido en los últimos años de forma continuada. En el año 2007 fue de 4,9 días (media: 3 días); en el año 2008, de 4,8 días (media: 2 días), y en el año 2009, de 4,7 días (media: 2 días).²²

En la atención sociosanitaria, la estancia media por episodios finalizados en el año 2009 varía según el tipo de actividad del recurso (de 10 días en cuidados paliativos; de 36 días en convalecencia, y de 62 días en larga duración) y se ha mantenido estable a lo largo de los últimos años. Se observa una importante variabilidad territorial en la estancia media de internamiento con valores que van de 16 a 412 días en el caso de la larga duración; de 19 a 134 días en los recursos de convalecencia, y de 3 a 23 días en los recursos de cuidados paliativos.

³ Actualmente resulta difícil establecer el coste real del terciarismo, ya que se paga principalmente con el mismo modelo contractual con el que se paga el resto de los servicios hospitalarios. Es por eso que, probablemente, la cifra del 11% es inferior al coste real del terciarismo.

Hay un incremento en el número de contactos en hospitales de agudos con modalidades alternativas a la hospitalización convencional. En referencia a la cirugía mayor ambulatoria (CMA), se ha producido un incremento del 8,6% de la actividad en el año 2008 en comparación con el 2007 y un incremento del 4,1% en el año 2009 en comparación con el 2008. En hospitales de día el incremento ha sido del 10,8% en el año 2008 en comparación con el 2007 y del 1,0% en el año 2009 en comparación con el 2008.

- El índice de sustitución de cirugía mayor ambulatoria ha aumentado a lo largo de los últimos cinco años. Así, el porcentaje de contactos de CMA en relación con el total de contactos, con grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) quirúrgico, ha aumentado en los últimos cinco años y es más elevado en los hospitales de la XHUP (43,2%) que en los privados (31,0%).
- Hay que destacar que no hay alternativas estandarizadas a la hospitalización en las especialidades médicas y que la mayoría de los centros con actividad de hospital de día las dedican al tratamiento de pacientes oncológicos y pacientes con trastornos inmunológicos.
- En algunos lugares se están implantando otras formas de relación con los pacientes como, por ejemplo, la telemedicina, con la finalidad de evitar al máximo los ingresos hospitalarios (250 pacientes fueron atendidos mediante el programa Teleictus durante el año 2010).

Hay multiplicidad de estructuras de guardia con baja actividad, tanto en la atención primaria con puntos de atención con menos de una visita diaria por término medio a partir de las 22 horas hasta la mañana como en la red hospitalaria para determinadas especialidades y/o territorios con poco volumen de demanda de intervención urgente.

c) Recursos humanos y capacidad instalada suficientes y avance en el proceso de acreditación

Los dispositivos asistenciales cumplen un proceso de acreditación que está consolidado en hospitales y se está extendiendo a otras líneas. El modelo de acreditación catalán se fundamenta en el ejercicio de la responsabilidad de la Administración Sanitaria, que establece el nivel de calidad para una organización competente e impulsa la mejora progresiva de las organizaciones. En este sentido, se definen los estándares, inspirados en los diferentes modelos de acreditación reconocidos y en el modelo de gestión de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM). Estos estándares se consensuan con los diferentes agentes del sector, y se adecua el nivel de exigencia a nuestro entorno. La acreditación está consolidada entre los hospitales de agudos y, recientemente, se ha iniciado el proceso para acreditar los centros sociosanitarios, los de salud mental y adicciones y los de atención primaria.

La capacidad instalada actual, de acuerdo con los criterios de planificación del mapa sanitario, en general es suficiente para el conjunto del país con algunos desequilibrios territoriales y algunos déficits en recursos de salud mental comunitarios. No obstante, el parque de infraestructuras y equipamientos requiere la acción continuada de modernización y adaptación funcional y estructural de los dispositivos existentes.

Los recursos humanos son suficientes aunque su distribución muestra un alto número de especialistas en comparación con otros países de nuestro entorno. En el primer semestre de 2008, el personal asistencial de grado superior y medio era el equivalente a 50.126 profesionales a jornada completa (6,7 profesionales equivalentes por cada 1.000 habitantes). El 46% corresponde al grupo 1 (médicos y otros profesionales asistenciales de grado superior) y el 54% restante a personal del grupo 2 (personal de enfermería y otros profesionales asistenciales de grado medio). La tasa de profesionales del grupo 1 por cada 1.000 habitantes es de 3,1 y la del grupo 2, es de 3,6. La densidad de médicos de familia es de 0,8 por cada 1.000 habitantes (a jornada equivalente) y la de médicos que trabajan en el ámbito especializado es de 1,9 por cada 1.000 habitantes. Por territorio, hay pocas diferencias en la disponibilidad de profesionales equivalentes. La proporción de especialistas es alta en comparación con otros países de la OCDE, y más si se tiene en cuenta que los datos internacionales se refieren a número de profesionales.

Los centros del SISCAT conectados a la HCCC son el 82,9% de los centros de atención hospitalaria, el 93,9% de los centros de atención primaria, el 77,5% de los centros de atención especializada, el 13,6% de los centros de salud mental y el 10,2% de los centros sociosanitarios. Hay más de 22 millones de documentos clínicos indexados en la HCCC y 21.048 usuarios con acceso a la carpeta personal de salud (CPS).

Dentro del plan de imagen médica, el 61,4% de los hospitales del SISCAT están conectados a la Anella TicSalut con conectividad de banda ancha con capacidad para intercambiar información e imágenes médicas. El 30% de los hospitales del SISCAT almacenan imágenes no radiológicas digitalizadas en el Repositorio Central de Imágenes Médicas (RCIM). Hay dos millones de exploraciones y 67,2 millones de imágenes, con 34,7 terabytes almacenados en el RCIM. El 2,9% de los hospitales del SISCAT publican y distribuyen la imagen radiológica de los centros mediante la HCCC.

La implantación de la receta electrónica se enmarca en el objetivo de impulsar el desarrollo y la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y el trabajo en red en el ámbito de la salud. Además, supone un ahorro en papel y una disminución de visitas a los centros. Los centros del SISCAT conectados a la receta electrónica constituyen el 5,7% de los centros de atención hospitalaria, el 100% de los centros de atención primaria, el 2,5% de los centros de atención especializada y el 6,8% de los

centros de salud mental. El 100% de las oficinas de farmacia de Cataluña (3.072) dispensan electrónicamente y el 73% de los médicos de Cataluña hacen prescripción electrónica.

La salud pública está en proceso de transformación hacia la nueva Agencia de Salud Pública que integra las organizaciones con competencias en la materia. La nueva Agencia de Salud Pública de Cataluña supone la aplicación de un modelo de gobernanza compartido entre el mundo local y los departamentos con competencias en materia de agricultura, ganadería y pesca, medio ambiente, relaciones laborales, bienestar social, consumo, salud y educación. Su constitución supone la integración en un único ente público de tres organizaciones hasta ahora diferenciadas y permitirá ofrecer una cartera de servicios integrados de protección de la salud, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, vigilancia de la salud, seguridad alimentaria y salud laboral.

d) Alto impacto de la prestación farmacéutica en el gasto sanitario

La prestación farmacéutica, tanto la que va con receta como la hospitalaria a pacientes ingresados y ambulatorios, supone un 25,8% del total del presupuesto de salud.

Los medicamentos constituyen uno de los principales recursos terapéuticos en el proceso asistencial, ya que muchas de las intervenciones preventivas así como la mayor parte de las curativas incluyen la utilización de medicamentos como mecanismo intermedio para obtener un objetivo de salud concreto.

El 82% de la población recibe una o más prescripciones de medicamentos durante el año a cargo del sistema público de salud en Cataluña. La mayor parte de los medicamentos (71%) se financian con cargo a fondos públicos, y la evolución de la participación de los usuarios experimenta una tendencia claramente decreciente durante los últimos 25 años (de aproximadamente el 19% en 1981 hasta por debajo del 6% en 2010).

Por otra parte, la constante aparición de nuevos medicamentos –en áreas tan sensibles como la oncología, el sida, la artritis reumatoide, las hepatitis víricas, la diabetes o las enfermedades huérfanas–, así como la mayor detección precoz de enfermedades y el tratamiento de sus factores de riesgo –como la hipertensión arterial, la osteoporosis o el colesterol–, hacen necesaria la introducción de programas de acceso a los nuevos medicamentos. Y también requieren definir nuevas fórmulas de provisión y financiación de acuerdo con la compartición de riesgos vinculados a los resultados clínicos, y diseñar e implementar nuevos instrumentos que faciliten la toma de decisiones terapéuticas basadas en criterios de costo-efectividad y las nuevas tecnologías –como la receta electrónica–, además de establecer políticas de corresponsabilización y evaluación de resultados, para

poder transformar el gasto en inversión y que además sea sostenible para el sistema sanitario y para los ciudadanos.

Nuestro país ha conseguido avanzar de forma significativa en el desarrollo del modelo de atención sanitaria, en el que el medicamento tiene un papel clave. Con respecto al gasto en tratamientos farmacológicos, aunque en los últimos años ha aumentado de manera sostenida, se ha moderado su crecimiento. De esta manera, en el año 2011 el gasto farmacéutico presenta, por primera vez, unos resultados de decrecimiento. Las políticas de precio y de gestión de la demanda han contribuido a esta moderación.

Satisfacción de los agentes con el sistema

Finalmente, en relación con la satisfacción de los agentes, hay que destacar:

- a) Pacientes y profesionales satisfechos con la asistencia dispensada por el sistema.
 - b) Elementos de mejora conocidos.
- a) Pacientes y profesionales satisfechos con la asistencia dispensada por el sistema**

La satisfacción global de las personas que han utilizado los servicios sanitarios obtiene por término medio un notable alto (8,2 sobre 10) y ocho de cada diez personas entrevistadas (el 88%) volverían a utilizar los mismos servicios si los necesitaran (fidelidad).²³

Los profesionales consideran que la asistencia dispensada en el sistema sanitario catalán es de alta calidad. Las principales razones de insatisfacción que refieren son las condiciones contractuales (provisionalidad y salario), la presión asistencial y las interferencias de las demandas del sistema sanitario en su tarea como profesionales.

b) Elementos de mejora conocidos

Los principales ámbitos de mejora en los servicios de la red sanitaria según los pacientes son: (1) el incremento de la fluidez en las primeras visitas; (2) la mejora de la información que reciben de los profesionales; (3) la mejora de la accesibilidad a los servicios (petición de visita y puntualidad, gestión de los problemas urgentes y percepción del tiempo en lista de espera por intervención), y (4) la mejora de la atención integrada (sobre todo relacionada con la coordinación entre niveles asistenciales).

Atendiendo las necesidades actuales, los gestores sanitarios opinan que sería necesario un cambio del modelo de gestión (niveles asistenciales y coordinación), con los usuarios como prioridad y adaptación del sistema a las nuevas necesidades y las tendencias de futuro. Los **profesionales** opinan que pueden mejorar las competencias y las habilidades relacionadas con el trato

a los usuarios, incluyendo la formación y una mejor disposición personal, con la finalidad de ofrecer un trato correcto y amable que vaya más allá de la eficacia médica. Consideran que actualmente los usuarios son agentes importantes de demanda, pero cuestionan el alcance que debe tener la respuesta del sistema a esta demanda (necesidad de aclarar la oferta y sus límites).²⁴

LAS PRIORIDADES CLAVES DEL CAMBIO

A partir de este diagnóstico, nacen **tres ejes vertebradores del Plan de Salud**:

- 1. Programas de salud: más salud para todo el mundo y mejor calidad de vida.** Este Plan de Salud, aunque es más amplio (considerando cambios estructurales del modelo de atención y organización), no renuncia al objetivo último del sistema, que es incrementar la esperanza de vida en buena salud en los hombres y las mujeres de todas las edades para continuar manteniendo unos resultados diferenciales.
- 2. Transformación del modelo de atención: mejor calidad, accesibilidad y seguridad en las intervenciones sanitarias.** Entre 2011-2015, el sistema sanitario catalán dará prioridad a tres líneas de actuación en el ámbito del modelo de atención: (1) adecuar el sistema para dar una mejor atención a los enfermos crónicos, que suponen más del 80% de la mortalidad y del 70% del consumo de recursos del sistema; (2) incrementar la resolución desde los primeros niveles de atención y en el territorio, y asegurar que se da solución a los problemas de riesgo de saturación en diferentes puntos del sistema (listas de espera, urgencias) manteniendo la calidad, y (3) proveer más calidad y equidad en los procedimientos de alta especialización, para asegurar unos niveles de calidad óptimos accesibles para todos los ciudadanos.
- 3. Modernización del modelo organizativo: un sistema sanitario más sólido y sostenible.** Una transformación tan ambiciosa del modelo de atención requiere que el Departamento de Salud inicie, a la vez, un conjunto de proyectos que actúen como facilitadores del cambio. Estos proyectos establecen la modernización de la aseguradora en dos áreas (la relación con los ciudadanos y la contratación de resultados en salud), una mejora en el gobierno y en la participación, el desarrollo y la mejora de instrumentos que faciliten la integración asistencial (red de información compartida) y más orientación a la participación de los profesionales.

IV. Los tres ejes vertebradores del Plan de Salud de Cataluña 2011-2015

Los elementos transformadores del sistema sanitario de Cataluña se traducen en tres ejes que se articularán de forma conjunta en el futuro:

- Más salud para todo el mundo y mejor calidad de vida.
- Transformación del modelo de atención: mejor calidad, accesibilidad y seguridad en las intervenciones sanitarias.
- Modernización del modelo organizativo: un sistema sanitario más sólido y sostenible.

Estos ejes se concretan en 9 líneas de actuación y 32 proyectos estratégicos que conforman la hoja de ruta del sistema para los próximos cuatro años.

IV.I. Más salud y mejor calidad de vida

LÍNEA DE ACTUACIÓN 1. OBJETIVOS Y PROGRAMAS DE SALUD

- Aunque este Plan de Salud amplía su alcance e incluye los servicios y las vertientes de gestión, organizativa y de participación, **no renuncia a su finalidad última, que es el incremento de los años de vida vividos con buena salud y calidad.**
- Por este motivo, y como prevé la LOSC, hay que **fijar los objetivos y los niveles que se deben alcanzar** de acuerdo con las prioridades establecidas.
- Esta línea de actuación **define los objetivos de salud del Plan y** comprende cuatro **proyectos estratégicos**:
 - Desarrollar e implantar los planes directores
 - Elaborar e implementar el Plan Interdepartamental de Salud Pública
 - Promover políticas de seguridad y de calidad clínica
 - Evaluar los objetivos de salud fijados en el Plan

La salud es uno de los principales componentes que contribuyen al bienestar, a la calidad de vida de la población y al desarrollo y la riqueza de un país.²⁵ **Conseguir más salud y mejor calidad de vida y mantener la sostenibilidad del sistema sanitario es la finalidad de las estrategias** que desarrolla este Plan de Salud.

De acuerdo con lo establecido en la LOSC, a partir de la valoración de la situación del estado de salud y los servicios, el Departamento de Salud establece las prioridades, formula los objetivos de salud y servicios a medio y largo plazo, marca las estrategias y los proyectos para alcanzarlos y fija los criterios y los indicadores para la evaluación y su seguimiento periódico.

A partir de las prioridades identificadas, el Plan de Salud 2011-2015 determina los **objetivos de salud y de disminución de riesgo de carácter general y otros relacionados con los proyectos estratégicos en que se concreta esta línea de actuación.** Según la naturaleza del problema que se quiere afrontar, los objetivos tienen un horizonte temporal a medio o largo plazo que se sitúa en el año 2015 o 2020, respectivamente.

Para la formulación de los objetivos del Plan de Salud de Cataluña 2011-2015, que se presentan a continuación, se han tomado como referencia las directrices del

Departamento de Salud^{26 27 28 29} y de los expertos, las recomendaciones de la OMS para la Región Europea así como otras orientaciones internacionales.

■ **Objetivo general de salud**

- De aquí al año 2020, aumentar en un 5% la proporción de esperanza de vida vivida en buena salud en hombres y en mujeres.

■ **Objetivos de salud en relación con los problemas de salud priorizados**

De aquí al año 2020:

- Reducir en un 20% la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares.
- Reducir en un 10% la tasa de mortalidad global por cáncer.
- Incrementar en un 15% la tasa de supervivencia global por cáncer a los cinco años.
- Reducir en un 10% la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias.
- Reducir en un 10% la tasa de mortalidad por enfermedades mentales.
- Reducir la tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en un 15%.
- Reducir la tasa de mortalidad por ictus en un 15%.
- Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de mama en un 10%.
- Reducir la tasa de mortalidad por cáncer colorrectal en un 5%.
- Mantener por debajo del nivel actual la tasa de mortalidad por suicidio.
- Reducir la incidencia de la fractura de cuello fémur en un 10% en las personas mayores de 65 años.
- Reducir en un 10% las amputaciones en personas de 45 a 74 años con diabetes.

De aquí al año 2015:

- Reducir la prevalencia de tabaquismo por debajo del 28%.
- Reducir la prevalencia de sedentarismo por debajo del nivel del 2010.
- Incrementar en un 10% la proporción de personas que siguen las recomendaciones de actividad física saludable (al menos 150 min/semana de actividad física moderada o 75 min/semana de actividad física intensa o alguna combinación equivalente en personas adultas).
- Reducir la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso u obesidad) en la población por debajo de los niveles del 2010. Incrementar en un 15% la proporción de pacientes hipertensos atendidos en la APS con valores de TA < 140/90 bien controlados.

- Incrementar en un 15% la proporción de pacientes de 35 a 74 años atendidos en la APS con cifras de colesterolemia > 200 mg/dl con valoración del riesgo cardiovascular.
- Reducir en un 15% la proporción de los reingresos a los 30 días en pacientes con diabetes.
- Reducir en un 15% la proporción de los reingresos a los 30 días en pacientes con EPOC.
- Reducir en un 15% la proporción de los reingresos a los 30 días en pacientes con ICC.
- Reducir la tasa media de prevalencia de la infección nosocomial global por debajo del 7%.
- Reducir la tasa de infección quirúrgica en prótesis de rodilla por debajo del 3,5%.
- Reducir la tasa de infección quirúrgica en prótesis de cadera por debajo del 3%.
- Disminuir la tasa de infección quirúrgica en cirugía colorrectal por debajo del 21%.
- Reducir la tasa media de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica por debajo de 12 episodios por 1.000 días de ventilación.

Proyecto 1.1. Desarrollar e implantar los planes directores

Los planes directores tienen por finalidad dar una mejor respuesta a los problemas de salud de más impacto.

i. Objetivo 2015

- Asegurar la alineación, la actualización y la evaluación de los planes directores

ii. Objetivos de resultados 2012

- Asegurar que los objetivos actuales se evalúan y los futuros se alinean con el Plan de Salud de Cataluña, y formalizarlo en un documento interno (se calculará como porcentaje de avance).

Con el propósito de dar respuesta a los problemas de salud de más impacto surgen los planes directores (PD). Actualmente se encuentran en fase de aplicación el PD de oncología, el PD de enfermedades del aparato circulatorio, el PD de enfermedades del aparato respiratorio, el PD de salud mental y adicciones, el PD sociosanitario y el PD de las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor.³⁰ Estos planes, que tienen una orientación que conjuga elementos estratégicos,

operativos y de liderazgo, cubren la mayor parte del espectro de las enfermedades crónicas. Este proyecto pretende asegurar la implantación de los PD ya diseñados. Los objetivos y compromisos relacionados con estos y su temporalidad se concretan a continuación.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

- Todos los planes directores, excepto los de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor que están iniciando su implantación, se encuentran en fase avanzada. En este sentido, hay que destacar diversas actuaciones como: el diagnóstico rápido de cáncer, el plan de espirometrías de calidad, los códigos infarto e ictus, el modelo de atención a la depresión y prevención del suicidio y la atención integral a las personas con demencia.

ii. Objetivo para 2015

- Asegurar la alineación, la actualización y la evaluación de los planes directores.

iii. Objetivos de resultado 2012

- Asegurar que los objetivos actuales se evalúan y los futuros se alinean con el Plan de Salud de Cataluña, y formalizarlo en un documento interno (se calculará como porcentaje de avance). Año 2012.

iv. Objetivos de proceso 2012

- Valorar el estado de actualización de los planes directores.
- Evaluar los objetivos de proceso y de resultados de los planes directores.
- Ordenar el contenido de los planes directores y del Plan de Salud (evitar duplicidades).

Proyecto 1.2. Elaborar e implementar el Plan Interdepartamental de Salud Pública

El Plan Interdepartamental de Salud Pública pretende alcanzar los propósitos de mejora y la protección de la salud de la manera más equitativa y eficiente posible.

i. Objetivo 2015

- Tener tres o más actuaciones interdepartamentales en marcha (por ejemplo, alimentación y actividad física saludable; instrucción y educación básica; seguridad viaria o movilidad urbana; entornos saludables).

ii. Objetivos de resultados 2012

- Haber realizado una actuación desde el Plan Interdepartamental (programas renovados de ejercicio físico y alimentación saludable), y cumplir los objetivos fijados.

El Plan Interdepartamental de Salud Pública (de ahora en adelante PISP) es la figura que la Ley 18/2009, de 22 de octubre, de salud pública, establece para llevar a cabo las intervenciones sobre los determinantes de la salud de la población, que requieren un abordaje conjunto desde muchos sectores sociales y de la Administración Pública, tanto la autonómica como la local, a fin de alcanzar los propósitos de mejora y protección de la salud de la forma más equitativa y eficiente posible. Es, por lo tanto, un instrumento de gobernanza y debe servir para la toma de decisiones estratégicas y operativas en el Departamento de Salud y en otros departamentos de la Generalitat de Catalunya que tienen responsabilidades en áreas que afectan directa o indirectamente a la salud de la población. Son ejemplos muy directos de problemas de salud que requieren intervenciones intersectoriales las lesiones por tráfico, la violencia de género o el consumo de drogas. Pero también lo es la prevención de las enfermedades cardiovasculares, dado que los condicionantes que provocan la aparición de la hipertensión o de las dislipemias tienen carácter colectivo y no son fácilmente modificables sin intervenciones de naturaleza social. Y todavía más general es la influencia de factores como el nivel educativo de la población.

El PISP contribuirá al establecimiento de prioridades y a la formulación de objetivos que requieren tanto actividades de salud pública del ámbito del sistema sanitario como actividades de otros ámbitos que tienen impacto en la salud de las personas y de las poblaciones.

El PISP establecerá los criterios para el diseño y la evaluación de las intervenciones y las políticas con impacto sobre la salud y, particularmente, para la coordinación de los planes, programas e intervenciones que afectan a la salud individual o colectiva y son de naturaleza interdepartamental.

En resumen, este Plan Interdepartamental de Salud Pública (PISP) debe afrontar los problemas de salud prioritarios que requieren un abordaje que rebasa el sector de la salud.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

- Entre las actividades interdepartamentales desarrolladas durante los últimos años hay que destacar las emprendidas en áreas como la prevención de los accidentes de tráfico, la violencia de género y programas de salud pública como el PAAS, el PAFDS o los de prevención y control de las drogodependencias.

ii. Objetivo para 2015

- Tener tres o más actuaciones interdepartamentales en marcha (por ejemplo, alimentación –y actividad física– saludable; instrucción y educación básica; seguridad vial o movilidad urbana; entornos saludables).

ii. Objetivos de resultados para 2012

- Haber realizado una actuación desde el Plan Interdepartamental (programas renovados de ejercicio físico y alimentación saludable), y alcanzar los objetivos fijados. Año 2012.

iii. Objetivos de proceso para 2012

- Identificar a los interlocutores claves. Año 2012.
- Elaborar y presentar al Departamento de Salud un documento inicial para facilitar la presentación del Plan Interdepartamental al Gobierno. Año 2012.
- Acordar con el Idescat los indicadores con carácter oficial. Año 2012.
- Iniciar la propuesta normativa de HIA (*Health Impact Assessment*). Año 2012.
- Seleccionar e impulsar un programa de carácter interdepartamental (por ejemplo, programas renovados de ejercicio físico y alimentación saludable). Año 2012.
- Difundir el Plan, incluyendo el impacto esperado de los programas que se impulsarán. Año 2012.

Proyecto 1.3. Promover las políticas de seguridad y de calidad clínica

La seguridad y la calidad clínica contemplan la reducción de los incidentes relacionados con la atención sanitaria.

i. Objetivo para 2015

- Reducir las infecciones nosocomiales disminuyendo: la media de prevalencia de la infección nosocomial global por debajo del 7%, la tasa media de infección de localización quirúrgica (prótesis de rodilla por debajo del 3,5%, prótesis de cadera por debajo del 3% y cirugía colorrectal por debajo del 21%) y la tasa media de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica por debajo de 12 episodios por 1.000 días de ventilación.

ii. Objetivo de resultados para 2012

- Reducir por debajo de los niveles del 2010 la tasa global de infección nosocomial.

Las políticas de seguridad y calidad del sistema sanitario catalán integran en su definición los objetivos previstos en el **Plan Estratégico de Seguridad de los Pacientes**. Se utilizan tres herramientas que a la vez son tres peldaños con un nivel de exigencia de calidad progresivo, donde el elemento vertebrador es la seguridad clínica:

- La autorización de centros y servicios asistenciales
- La acreditación de centros y servicios asistenciales
- La marca “Q” de Salud

La seguridad y la calidad clínica tienen en cuenta principalmente la seguridad de los pacientes, entendida esta última como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.

Desde el año 2005 el Departamento de Salud ha promovido la **Alianza para la Seguridad de los Pacientes en Cataluña**.³¹ En este marco se desarrollan proyectos orientados a la seguridad de la atención sanitaria, principalmente en hospitales de agudos. Para fomentar la seguridad de los pacientes en todos los servicios sanitarios (atención primaria, hospitalización de agudos, atención sociosanitaria y salud mental) se elaborarán los planes estratégicos en seguridad de los pacientes específicos para cada línea de servicio sanitario.

Para avanzar en esta dirección, el Plan de Salud 2011-2015 enfatiza dos áreas:

- **La prevención de los incidentes relacionados con los medicamentos (IRM)**, incluyendo tanto el acontecimiento como la circunstancia que ha ocasionado o que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.
- **El programa de vigilancia de las infecciones nosocomiales en los hospitales de Cataluña (VINCat),³²** que establece un sistema de control unificado de las infecciones nosocomiales en los hospitales y tiene por misión contribuir a reducir las tasas de infección mediante la vigilancia epidemiológica activa y continuada.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

- Son muy destacables en este ámbito iniciativas como la de la Alianza para la Seguridad de los Pacientes en Cataluña, el programa VINCat para la vigilancia de las infecciones nosocomiales y los sistemas de vigilancia y control de los incidentes relacionados con los medicamentos.

ii. Objetivo para 2015

- Reducir las infecciones nosocomiales disminuyendo: la media de prevalencia de la infección nosocomial global por debajo del 7%, la tasa media de infección de localización quirúrgica (prótesis de rodilla por debajo del 3,5%, prótesis de cadera por debajo del 3% y cirugía colorrectal por debajo del 21%) y la tasa media de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica por debajo de 12 episodios por 1.000 días de ventilación.

iii. Objetivo de resultados para 2012

- Reducir por debajo de los niveles del 2010 la tasa global de infección nosocomial.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Aprobar el decreto de autorizaciones.
- Iniciar las acreditaciones HA (15%) y AP (10%).
- Definir el concepto de la marca "Q" de calidad.
- Tener el Plan Estratégico implantado en la AP y definido en HA.
- Tener el 100% de los proyectos en el estado de desarrollo previsto.
- Iniciar las acciones para mejorar el conocimiento de la morbimortalidad atribuible a intervenciones sanitarias.

Proyecto 1.4. Evaluar los objetivos de salud fijados en el Plan de Salud de Cataluña 2011-2015

La evaluación anual de los objetivos de salud permite conocer si se está avanzando en la dirección deseada.

i. Objetivo 2015

- Llevar a cabo el seguimiento anual, la evaluación y la difusión de los resultados obtenidos en relación con los objetivos fijados en el Plan de Salud 2011-2015

ii. Objetivo de resultados 2012

- Haber llevado a cabo el seguimiento anual, la evaluación y la difusión de los resultados obtenidos en relación con los objetivos fijados correspondientes al año 2011.

Este proyecto tiene como objetivo llevar a cabo el seguimiento y la evaluación anual de los objetivos de salud fijados en el Plan de Salud 2011-2015, lo que debe permitir conocer si se está evolucionando en la dirección deseada.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

- Desde sus inicios, los objetivos de los Planes de Salud de Cataluña se han evaluado de forma periódica y sistemática y los resultados obtenidos han sido publicados. Aparte de las evaluaciones de cada plan, hay que destacar las relativas a periodos de 10 años como son las de 2000 y de 2010.^{33 7}

Además, desde el Departamento de Salud se ha desarrollado e implementado la nueva encuesta de salud de Cataluña continua (ESCAc).³⁴

ii. Objetivo para 2015

- Llevar a cabo el seguimiento anual, la evaluación y la difusión de los resultados obtenidos en relación con los objetivos fijados en el Plan de Salud 2011-2015.

ii. Objetivo de resultados para 2012

- Haber llevado a cabo el seguimiento anual, la evaluación y la difusión de los resultados obtenidos con respecto a los objetivos fijados, correspondientes al año 2011.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Haber definido y estimado los indicadores (incluye establecer los indicadores, identificar las fuentes de información, recoger los datos y realizar el cálculo).
- Haber analizado e interpretado los resultados de todos los objetivos de salud del Plan de Salud (incluye realizar la evaluación considerando la comparación nacional e internacional, los datos socioeconómicos, territoriales y temporales).
- Difundir los resultados interna y externamente (a través de Canal Salud y el Informe de Salud).

El proceso de seguimiento y evaluación comprende las siguientes fases: el establecimiento de los indicadores de evaluación, la identificación de las fuentes de información pertinentes, la recogida de los datos, la estimación del indicador, la interpretación de los resultados y la difusión de la información. En la interpretación y valoración de los resultados se tendrán en cuenta el punto de partida de cada objetivo, el contexto y los factores que pueden tener influencia sobre los resultados y se hará la comparación nacional e internacional, si procede. Siempre que las fuentes de información lo permitan, los indicadores de evaluación de los objetivos de salud se presentarán de forma global para el conjunto de Cataluña y según la distribución por edad, sexo, condición social, territorio y evolución temporal.

La tabla que se presenta a continuación resume los objetivos, los indicadores de evaluación así como las fuentes principales para la obtención de la información.

Objetivo general de salud

Objetivo	Indicador	Fuente
De aquí al año 2020 es necesario:		
Aumentar en un 5% la proporción de esperanza de vida vivida en buena salud en hombres y en mujeres.	Cociente entre la esperanza de vida con buena salud y la esperanza de vida por sexo (%)	Registro de Mortalidad de Cataluña (RMC) ESCA

Objetivos de salud en relación con los problemas de salud crónicos priorizados

Objetivo	Indicador	Fuente
De aquí al año 2020 es necesario:		
Reducir en un 20% la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares.	Tasa de mortalidad por 100.000 hab., estandarizada por edad de las enfermedades del sistema circulatorio	Registro de Mortalidad de Cataluña (RMC)

Objetivo	Indicador	Fuente
Reducir en un 10% la tasa de mortalidad por cáncer.	Tasa de mortalidad por 100.000 hab., estandarizada por edad de cáncer.	Registro de Mortalidad de Cataluña (RMC)
Incrementar en un 15% la tasa de supervivencia por cáncer a los cinco años.	Supervivencia relativa por cáncer a los 5 años (%).	Registro de cáncer
Reducir en un 10% la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias.	Tasa de mortalidad por 100.000 hab., estandarizada por edad de las enfermedades del sistema respiratorio.	Registro de Mortalidad de Cataluña (RMC)
Reducir en un 10% la tasa de mortalidad por enfermedades mentales.	Tasa de mortalidad por 100.000 hab., estandarizada por edad de las enfermedades mentales.	Registro de Mortalidad de Cataluña (RMC)
Reducir la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en un 15%.	Tasa de mortalidad por 100.000 hab., estandarizada por edad de las enfermedades isquémicas del corazón.	Registro de Mortalidad de Cataluña (RMC)
Reducir la tasa de mortalidad por ictus en un 15%.	Tasa de mortalidad por 100.000 hab., estandarizada por edad de las enfermedades cerebrovasculares.	Registro de Mortalidad de Cataluña (RMC)
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de mama en un 10%.	Tasa de mortalidad por 100.000 hab., estandarizada por edad de tumor maligno de mama.	Registro de Mortalidad de Cataluña (RMC)
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer colorrectal en un 5%.	Tasa de mortalidad por 100.000 hab., estandarizada por edad de tumor maligno colorrectal.	Registro de Mortalidad de Cataluña (RMC)
Mantener por debajo del nivel actual la tasa de mortalidad por suicidio.	Tasa de mortalidad por 100.000 hab., estandarizada por edad de suicidios y autolesiones.	Registro de Mortalidad de Cataluña (RMC)
Reducir la incidencia de la fractura de cuello de fémur en un 20% en las personas entre 65 y 84 años.	Tasa de ingreso hospitalario por 10.000 hab., estandarizada por edad por fractura de cuello de fémur en la población de 65 a 84 años.	Registro del CMBD-AH
Reducir en un 10% las amputaciones en personas con diabetes de 45 a 74 años.	Tasa de amputaciones por 10.000 hab. en personas con diabetes de 45 a 74 años.	Registro del CMBD-AH
Reducir la prevalencia de tabaquismo por debajo del 28%.	Prevalencia del consumo de tabaco en la población mayor de 15 años (%).	ESCAc
Reducir la prevalencia de	Prevalencia del sedentarismo	ESCAc

Objetivo	Indicador	Fuente
sedentarismo por debajo del nivel del 2010.	en la población de 18 a 74 años (%).	
Incrementar en un 10% la proporción de personas adultas que siguen las recomendaciones de actividad física saludable por semana (al menos 150 min de actividad física moderada o 75 min de actividad física intensa o alguna combinación equivalente).	Prevalencia de actividad física saludable en la población de 18 a 65 años (%).	ESCAc
Reducir la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso u obesidad) en la población por debajo de los niveles del 2010.	Prevalencia de exceso de peso declarado en la población de 19 a 74 años (%).	ESCAc/Examen de salud
Incrementar en un 15% la proporción de pacientes hipertensos atendidos en la APS con valores de TA < 140/90 mm Hg	Porcentaje de pacientes hipertensos atendidos en la atención primaria con valores de TA <140/90 (%).	Registros de atención primaria
Incrementar en un 15% la proporción de pacientes de 35 a 74 años atendidos en la APS con cifras de colesterolemia > 200 mg/dl con valoración del riesgo cardiovascular.	Porcentaje de pacientes de 35 a 74 años atendidos en la APS con cifras de colesterolemia > 200 mg/dl con valoración del riesgo cardiovascular.	Registros de atención primaria
Reducir en un 15% la proporción de los reingresos a los 30 días en pacientes con diabetes.	Porcentaje de pacientes con diabetes con reingreso a los 30 días (%).	Registro del CMBD-AH
Reducir en un 15% la proporción de los reingresos a los 30 días en pacientes con EPOC.	Porcentaje de pacientes con EPOC con reingreso a los 30 días (%).	Registro del CMBD-AH
Reducir en un 15% la proporción de los reingresos a los 30 días en pacientes con ICC.	Porcentaje de pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva con reingreso a los 30 días (%).	Registro del CMBD-AH
Reducir la tasa media de prevalencia de la infección nosocomial global por debajo del 7%.	Prevalencia de infección nosocomial global (%).	VINCat
Reducir la tasa de infección quirúrgica en prótesis de rodilla por debajo del 3,5%.	Tasa global de ILQ* en cirugía programada de prótesis de rodilla (%).	VINCat
Reducir la tasa de infección quirúrgica en prótesis de	Tasa global de ILQ* en cirugía programada de prótesis de	VINCat

Objetivo	Indicador	Fuente
cadera por debajo del 3%.	cadera (%).	
Disminuir la tasa de infección quirúrgica en cirugía colorrectal por debajo del 21%.	Tasa global de ILQ* en cirugía programada colorrectal (%).	VINCat
Reducir la tasa media de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica por debajo de 12 episodios por 1.000 días de ventilación.	Densidad de incidencia de neumonías asociadas a ventilación mecánica.	VINCat/ENVIN-HELICS

* Infección de localización quirúrgica

Este Plan de Salud explicita las prioridades del sistema sanitario para el periodo 2011-2015. Sin embargo, hay otros ámbitos que, si bien no han sido especialmente priorizados para este periodo, continúan siendo áreas de intervención principales, que se rigen por los planes y los programas correspondientes. Este es el caso de la salud materno-infantil; la atención a la salud afectiva, sexual y reproductiva; la salud bucodental; las enfermedades que pueden ser precavidas con vacunaciones; las infecciones de transmisión sexual (ITS); las infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana y el sida; la tuberculosis; las enfermedades minoritarias, o los ámbitos de reordenación de los servicios, como son la pediatría o la alergología, etc.^{35, 36}

IV.II. Transformación del modelo de atención: mejor calidad, accesibilidad y seguridad en las intervenciones sanitarias

LÍNEA DE ACTUACIÓN 2. UN SISTEMA MÁS ORIENTADO A LOS ENFERMOS CRÓNICOS

- Es necesario afrontar el **reto estructural** de la cronicidad con una estrategia de **cambio integral en el modelo asistencial**.
- El modelo propuesto se basa en **seis grandes principios**:
 - Enfoque **poblacional**, orientado a todas las personas. Desde las sanas con, o sin, factores de riesgo hasta las que tienen alguna enfermedad en cualquiera de sus **estados evolutivos**.
 - **Autorresponsabilización** de la ciudadanía con su salud.
 - Potenciación de **las iniciativas de los profesionales**.
 - Modelo **asistencial integrado**.
 - Aprovechamiento de las **nuevas tecnologías**.
 - Colaboración **interdepartamental**.
- Esta estrategia se materializa en **seis grandes proyectos**:
 - Implantar **procesos clínicos integrados** para diez enfermedades.
 - Potenciar los programas de **promoción y prevención** de la salud y prevención de las enfermedades.
 - Potenciar la **autorresponsabilización** de los pacientes y de los cuidadores con su salud y fomentar el **autocuidado**.
 - **Desarrollar alternativas asistenciales** en el marco de un sistema integrado.
 - Desplegar programas territoriales de **atención a los pacientes crónicos complejos**.
 - Implantar programas de **uso racional del medicamento**.
- Es fundamental adaptar el **modelo de contratación**, la **formación** de los profesionales y los **sistemas de información compartidos** para el éxito de esta estrategia.

La Organización Mundial de la Salud define la **enfermedad crónica como aquella que tiene una larga duración y es de progresión generalmente lenta**. Por otra parte, según la Comisión Europea, la *enfermedad crónica* es una enfermedad de evolución larga que a menudo comporta discapacidad o complicaciones que pueden afectar a la autonomía y la calidad de vida de las personas que la sufren.

Las enfermedades crónicas presentan una serie de rasgos diferenciales:

- El peso que tienen en el conjunto de la morbimortalidad aumenta progresivamente y su abordaje requerirá esfuerzos durante décadas.
- Son de larga duración y a menudo comportan lesiones o secuelas definitivas y anomalías estructurales, sensoriales y de la comunicación de carácter permanente.
- Una vez diagnosticadas, aunque en algunos casos pueden ser controladas, raramente se curan.
- Tienen importantes efectos adversos en la calidad de vida de los enfermos afectados y sus familias así como un impacto socioeconómico importante.
- Su abordaje comprende intervenciones poblacionales que a menudo rebasan el ámbito sanitario, e intervenciones individuales, más vinculadas a los servicios sanitarios y sociosanitarios.
- Las causas subyacentes comparten factores de riesgo modificables y susceptibles de intervenciones integradas.
- La evidencia muestra que hay medidas costo-efectivas para prevenirlas, detectarlas y tratarlas.

El incremento sostenido de la esperanza de vida de la población, atribuible a las mejoras socioeconómicas y sanitarias, ha comportado un cambio en las necesidades de salud de la población de los países de nuestro entorno. Este cambio viene determinado por el incremento de los pacientes crónicos y el impacto socioeconómico que suponen para los sistemas de salud.

Teniendo en cuenta esta realidad, es necesario plantearse cómo ofrecer un modelo de atención que sea más resolutivo en la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas.

α) La carga sanitaria de las enfermedades crónicas es muy alta y cada vez lo será más.

La prevalencia y la incidencia de las enfermedades crónicas en la sociedad actual son muy elevadas. En Cataluña, la mayor carga de morbimortalidad se debe a problemas crónicos de salud. En el año 2009 las enfermedades del aparato circulatorio, los tumores, las enfermedades del aparato respiratorio, las enfermedades del sistema nervioso y mentales representaban el 78% de las defunciones. Una gran parte correspondía a enfermedades crónicas.

Además, el **impacto de las enfermedades crónicas también es muy elevado en cuanto al consumo de recursos del sistema sanitario**. En este sentido, se estima que más del 50% de los recursos se dedican al tratamiento de enfermedades crónicas o a los episodios agudos asociados.

Hay que prever que su peso sea todavía más significativo en el futuro. El aumento sostenido de la esperanza de vida que conduce a un envejecimiento de la población, la relación entre la edad y la presencia de las enfermedades crónicas y el empeoramiento de los hábitos de vida justifican esta tendencia.

- Hay una tendencia estructural hacia el **envejecimiento de la población**; así las proyecciones para el año 2021 establecen un incremento significativo de la población mayor de 65 años (y llegan a 1,5 millones de habitantes) y mayor de 80 años (y llegan a 450.000 habitantes).
- **La proporción de población con alguna enfermedad crónica se incrementa a medida que las personas envejecen**, y pasan del 12% en los menores de 15 años al 65,2% para los mayores de 74 años. Con respecto al número de trastornos, el 36,5% (26,9% de los hombres y 45,9% de las mujeres) de la población adulta declara que sufre cuatro trastornos crónicos o más.
- El **empeoramiento de los comportamientos relacionados con la salud** implica que ciertos factores de riesgo de sufrir enfermedades crónicas tengan un peso más elevado. La evidencia disponible muestra la existencia de la relación de factores de riesgo como el tabaquismo, el sedentarismo, el exceso de peso, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia con el desarrollo de problemas crónicos de salud. De los datos disponibles sobre la prevalencia de estos factores, destacan un estancamiento en el descenso observado en el tabaquismo en los últimos años, un incremento del porcentaje de la población sedentaria y el aumento del exceso de peso, sobre todo a expensas de la prevalencia del sobrepeso en los hombres.

b) Es necesario hacer cambios en el modelo de atención para dar una mejor respuesta a la cronicidad.

A pesar de la gran importancia que tienen los pacientes crónicos, nuestros **servicios asistenciales están mayoritariamente orientados a atender pacientes con episodios agudos**. Así, en nuestro sistema de atención predomina una orientación muy reactiva orientada a la resolución de episodios, con un alto grado de fragmentación y una falta de coordinación entre niveles y servicios sanitarios y sociales.

Es por eso que **es necesario replantearse el modelo de atención** para adaptarlo al reto que plantea la cronicidad en el sistema de salud. De hecho, ya desde hace tiempo se llevan a cabo acciones para ofrecer mejores servicios a

los pacientes crónicos, sobre todo orientados a la mejora de la gestión de la cronicidad en los estados más avanzados de la enfermedad (unidades de cuidados paliativos; gran evolución de la atención sociosanitaria, incluyendo programas como el de “Vida a los años”, potenciación del concepto de atención domiciliaria, etc.).

Sin embargo, **estas acciones se han llevado a cabo de manera específica y concreta, y no se ha abordado la cronicidad como un reto global y estructural** que hay que afrontar ni se han potenciado las sinergias entre las diferentes iniciativas y un programa global y sostenido.

Es necesario un **modelo de atención a la cronicidad que establezca medidas preventivas, asistenciales, de rehabilitación y de atención de la complejidad y al final de la vida**. Las intervenciones que se prioricen se deben orientar a evitar la aparición de los factores de riesgo y de las enfermedades crónicas o a minimizar su progresión hacia estadios más avanzados.

Principios y modelo

La estrategia que se debe desarrollar para abordar el reto de la cronicidad en Cataluña se inspira en un conjunto de principios rectores:

- Tener un **enfoque poblacional** y de riesgos, ser proactivos y orientarnos a las personas y a sus necesidades, desde la fase preclínica hasta todos los estadios de la enfermedad.
- **Informar adecuadamente a los ciudadanos** sobre la responsabilidad y la gestión de la salud y sobre la corresponsabilización con el sistema sanitario.
- **Potenciar la actividad y las iniciativas de los profesionales de la salud** para incorporar su conocimiento experto como vehículo de mejora, y dar apoyo y visibilidad a sus iniciativas y a sus proyectos.
- Crear un **sistema asistencial integrado** que aumente el grado de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales (salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, etc.).
- Aprovechar las **nuevas tecnologías** y sistemas de comunicación para crear un sistema de atención a los enfermos crónicos innovador y accesible.
- Adquirir una **visión interdepartamental** que incluya el Departamento de Salud y otros departamentos (Enseñanza, Bienestar Social y Familia, Territorio y Sostenibilidad, etc.) y también otras instituciones (asociaciones de pacientes crónicos, etc.).

Con la priorización del abordaje de la cronicidad en el marco del nuevo Plan de Salud, el Departamento de Salud pretende conseguir los objetivos siguientes:

- Mantener y mejorar la salud, la calidad de vida y la satisfacción percibida de los pacientes, las familias y los cuidadores.
- Adecuar los servicios para ofrecer una atención integrada a los pacientes crónicos.
- Corresponsabilizar a los ciudadanos en la gestión de su salud y de la cronicidad.
- Garantizar una atención correcta en cada situación a lo largo de la trayectoria vital de las personas, en el lugar adecuado, con buenos resultados en salud y con la máxima eficiencia posible.
- Mejorar las transiciones por los diferentes ámbitos de atención del sistema sanitario y social.

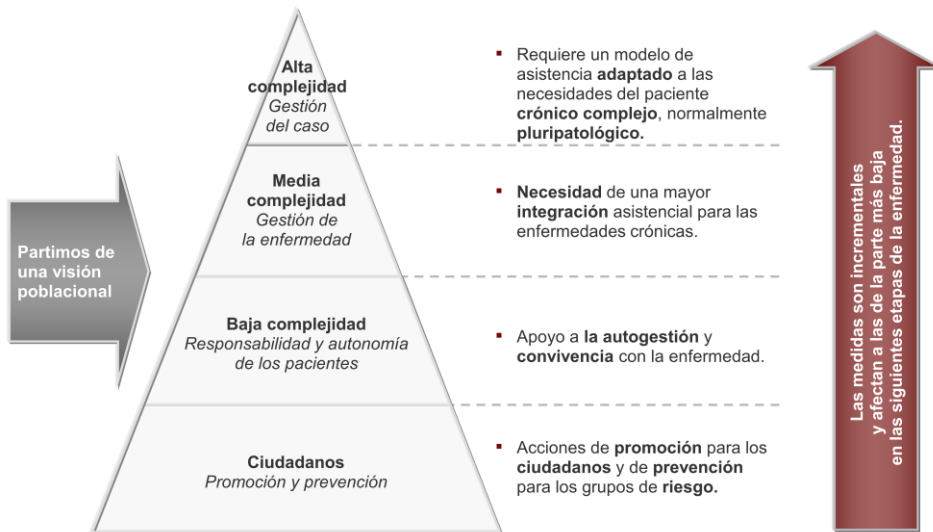
Hay un elevado número de modelos de referencia de atención a la cronicidad, conocidos a escala internacional, que reflejan la necesidad de focalización de las políticas de salud en esta dirección y aportan marcos conceptuales para la definición de intervenciones y la organización de los servicios partiendo de la estratificación de la población y de un enfoque proactivo e integral.³⁷

El Departamento de Salud y el Departamento de Bienestar Social y Familia han creado el Programa para la Prevención y la Atención a la Cronicidad (PPAC), que debe facilitar el trabajo coordinado de las vertientes de salud y social en el abordaje de la cronicidad.

La cronicidad es un proceso evolutivo relacionado con el curso natural de las enfermedades, con unas fases previas que pueden ser asintomáticas y una progresión que puede llevar a episodios de agudización, complicaciones y comorbilidad hasta el final de la trayectoria vital de la persona. **Estas diferentes etapas de progresión de la enfermedad, con perspectiva poblacional, dibujan diferentes grupos de población con necesidades** y riesgos diferentes, por lo tanto, también con objetivos y abordajes diferentes.

Las causas de muchos de estos problemas pueden tener un abordaje a través de acciones de salud pública. En este sentido, **la protección y la promoción de la salud, así como la prevención de las enfermedades**, tienen un papel clave en la disminución de su prevalencia.

El reto de la cronicidad requiere un enfoque poblacional



Tal como se puede observar, las **soluciones asistenciales se deben adaptar a los diferentes estratos**, para los que podemos definir un enfoque preferente y unos objetivos adaptados a las características de cada grupo.

Cada grupo poblacional tiene unas características y necesidades propias

Características	Objetivos	
Pacientes crónicos complejos <ul style="list-style-type: none"> Pacientes con múltiples enfermedades crónicas o con enfermedad crónica principal grave y comorbilidad, a menudo con discapacidad, y con frecuentes reagudizaciones y descompensaciones con pérdida de capacidad funcional 	<ul style="list-style-type: none"> Control de síntomas Prevención de descompensaciones Disminución del uso de recursos hospitalarios y de urgencias Mantenimiento de la autonomía Retraso en la institucionalización Mejora del bienestar y la calidad de vida, y la satisfacción del paciente y los cuidadores 	Gestión de casos
Personas con enfermedad crónica en situación de riesgo o fragilidad <ul style="list-style-type: none"> Personas con una enfermedad crónica avanzada en situación de riesgo por complicaciones pero que mantienen la capacidad de autocuidado. En fases avanzadas pueden evolucionar hacia situaciones propias del nivel superior (paciente crónico complejo) 	<ul style="list-style-type: none"> Control óptimo de la enfermedad para ralentizar su progresión y control de los síntomas asociados, reduciendo las reagudizaciones y disminuyendo las hospitalizaciones e idas a servicios de urgencias. Mantenimiento de la autonomía 	Gestión de la enfermedad
Personas con factores de riesgo o enfermedad crónica de baja complejidad <ul style="list-style-type: none"> Personas con factores de riesgo por enfermedades crónicas o con enfermedad crónica poco evolucionada 	<ul style="list-style-type: none"> Mantenimiento de la salud, estabilidad clínica de las patologías de base y prevención de la aparición o progresión de enfermedad grave y/o discapacidad 	Apoyo al autocuidado
Población general <ul style="list-style-type: none"> Población sin factores de riesgo ni patología crónica de base 	<ul style="list-style-type: none"> Gestión de riesgos para la salud, promoción de estilos de vida saludables y actividades de prevención primaria 	Protección y promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Para alcanzar las actuaciones correspondientes a los objetivos apuntados en cada estrato, se requiere un grado diferente de implicación de los diversos servicios asistenciales que configuran combinaciones variadas de relaciones entre estos servicios y, consiguientemente, necesidades de coordinación y liderazgo.

- En la base, las actuaciones de protección y promoción de la salud y prevención de la enfermedad se concentran en los ámbitos de la salud pública y de la atención primaria, promoviendo los estilos de vida saludable y las actividades preventivas en el entorno comunitario.
- En el segundo estrato, se debe dar apoyo a los pacientes para que puedan ser los protagonistas principales en la gestión de su factor de riesgo o de su enfermedad y potenciar el núcleo asistencial de referencia en torno a los médicos de familia, el personal de enfermería y los especialistas como consultores.
- En el tercer estrato, la atención primaria mantiene la responsabilidad asistencial básica, pero aparecen con más intensidad la atención especializada y la utilización variada y puntual de recursos, de manera que la gestión de la enfermedad desde una perspectiva de sistema integral es fundamental.
- Finalmente, en el último estrato, la combinación de diferentes recursos es mucho más dominante, lo que obliga a desplegar programas organizados que faciliten la identificación de los pacientes por parte de todos los agentes implicados, la organización de las relaciones con el modelo de gestión de casos, la cobertura de la atención las 24 horas y un liderazgo territorial que facilite las relaciones entre todos los servicios.

Aunque el abordaje de la cronicidad comporta una **visión más amplia que la de una enfermedad crónica específica**, también hay que tener en cuenta que la gestión clínica de cada una tiene sus especificidades, momentos de atención y riesgo de complicaciones. Por lo tanto, no se debe perder la perspectiva del proceso clínico adecuado para cada enfermedad, en relación con el que se pueden organizar las actividades de los diferentes agentes, incluyendo a los mismos pacientes y cuidadores.

El modelo debe permitir abordar de manera integral las enfermedades crónicas promoviendo un modelo de atención compartido y cooperativo entre las organizaciones sanitarias y sociales, y así redundar en una mejora de la continuidad asistencial y en la atención en general.

El modelo se debe desarrollar en el ámbito territorial, cerca de la realidad de las relaciones entre pacientes y los servicios de salud y sociales. Por lo tanto, a esta combinación de perspectivas poblacional, de servicios y de enfermedades, hay que sumar la territorial, para adaptar la implantación a las especificidades de cada lugar.

Finalmente, hay que destacar que las **nuevas tecnologías y el despliegue de la telemedicina** son elementos facilitadores de la adaptación de los servicios a las necesidades de los pacientes crónicos. Ofrecen oportunidades de mejorar la calidad de vida de los pacientes a través de sistemas más accesibles e inmediatos que posibilitan más control autónomo de la enfermedad, en un entorno de seguridad y,

cuando es necesario, de asesoramiento y apoyo profesional. La aplicación de las nuevas tecnologías dibuja una nueva manera de relacionarse con los pacientes y los profesionales que probablemente supondrá una disminución de las visitas presenciales, pero un incremento de contactos con diferentes medios. Asimismo, facilitan la articulación entre los servicios y la compartición de información entre profesionales.

Proyectos estratégicos

De acuerdo con los objetivos y las características del modelo **se identifican seis proyectos que forman el núcleo de transformación** del sistema de salud, teniendo en cuenta el fenómeno de la cronicidad. Estos proyectos se deben articular conjuntamente para ofrecer una solución integral a las necesidades de los enfermos crónicos a lo largo del proceso evolutivo de la enfermedad.

Proyecto 2.1. Implantar procesos clínicos integrados para diez enfermedades

Enfocar la gestión de la enfermedad mediante la implantación de procesos clínicos para: ICC, EPOC/asma, diabetes, trastornos mentales graves y muy graves, depresión, demencias, cáncer, nefropatía, dolor crónico y enfermedades del aparato locomotor.

- **Objetivo para 2015.** Implantar las guías de práctica clínica y las rutas asistenciales en los diez procesos en todo el territorio e integrar los registros en la HCCC.
- **Objetivo de resultado para 2012.** Implantar las guías y rutas asistenciales definidas para EPOC, depresión e ICC en un 30% de la población y haber definido la guía para la diabetes.

El abordaje de la cronicidad requiere un enfoque muy amplio, que integre soluciones para las necesidades generales de los pacientes crónicos, sea cual fuere su condición específica. Sin embargo, **hay un conjunto de enfermedades de más prevalencia, gravedad, dificultad en el manejo clínico y/o complejidad** por su interdependencia con otras enfermedades y procesos discapacitantes, para las que es muy conveniente **diseñar procesos en un enfoque de gestión de la enfermedad**.

Este proyecto es de una relevancia especial en **los niveles intermedios de progresión de la enfermedad**, una vez diagnosticada y antes de que los pacientes lleguen a una situación de complejidad avanzada por el carácter pluripatológico o multimórbido.

El trabajo en esta línea se enmarca en una **perspectiva clínica y debe permitir identificar en cada momento de evolución de una enfermedad crónica cuál es la intervención** preventiva, terapéutica y de seguimiento más adecuada, cuáles son los servicios más adecuados para llevarla a cabo y cómo se deben adaptar los roles

profesionales. Esta definición de procesos se basa en el manejo clínico de las enfermedades y los pacientes, incluyendo también el manejo farmacológico.

El diseño de estos procesos clínicos se debe basar en las buenas prácticas ya conocidas. Se deben **formar comités clínicos** (formados por expertos y profesionales de asistencia) para adaptarlos a las necesidades locales. Además, para implantarlos es imprescindible consensuarlos.

En el diseño de los procesos se evaluarán las **ventajas que ofrecen las nuevas tecnologías** en la forma de proveer los servicios y como **facilitadoras del autocuidado** y el contacto con el sistema de salud.

Asimismo, en el diseño de procesos **la coordinación de los dispositivos implicados se debe considerar como un aspecto fundamental**, junto con la gestión óptima de las transiciones entre niveles de atención y entre proveedores.

La revisión y el diseño de procesos sobre la base de las enfermedades priorizadas también **deben ser la referencia para ejecutar acciones de otros proyectos relacionados**, como pueden ser el programa “Paciente Experto” o el despliegue de herramientas de teleasistencia, los cuales solo son altamente efectivos si se insertan en los momentos oportunos y actores adecuados dentro de una visión global de las intervenciones para cada problema de salud.

Las enfermedades crónicas sobre las que se trabajarán los procesos clínicos son las que presentan un mayor grado de prevalencia y mortalidad, como serían las del aparato circulatorio, el cáncer y las del aparato respiratorio. También se incluyen enfermedades mentales, teniendo en cuenta la gravedad y el riesgo de cronificación, que afectan a la población adulta, juvenil e infantil, y las características particulares, relacionadas a veces con fenómenos de estigmatización o con la complejidad derivada de los trastornos en la conducta. Otro grupo de enfermedades de interés especial en relación con la cronicidad es el de las enfermedades neurológicas que cursan con discapacidad. Finalmente, por el impacto en discapacidades, disminución de la calidad de vida, riesgo de agravamiento de la morbilidad y consumo de recursos, también se considera conveniente incluir el ámbito de las enfermedades del aparato locomotor.

Concretamente, las enfermedades que se propone priorizar en el desarrollo de este proyecto son las siguientes:

- Insuficiencia cardíaca
- EPOC/asma
- Diabetes mellitus
- Trastornos mentales graves y muy graves
- Depresión
- Demencias

- Cáncer
- Nefropatía
- Dolor crónico
- Enfermedades del aparato locomotor

Los impactos asociados a este proyecto hacen referencia al retraso en la progresión de la enfermedad, la mejora de la calidad de vida de los pacientes, la disminución de las complicaciones y la comorbilidad, así como a la eficiencia, fundamentalmente, en el ámbito de la gestión clínica.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

Aunque no se ha abordado el desarrollo de guías clínicas unificadas, sí que hay casos de éxito en áreas determinadas, por ejemplo:

- Establecimiento de guías clínicas compartidas y consensuadas para el tratamiento de las neoplasias, conocidas como *oncoguías* (desarrolladas por el Instituto Catalán de Oncología), que ayudan en la coordinación entre diferentes centros y niveles asistenciales y suponen aumentos de la eficiencia de hasta un 25%.
- Diversos planes directores (plan director de enfermedades del aparato circulatorio, plan director de enfermedades del aparato respiratorio, plan director de las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor, de salud mental y adicciones, programa de diabetes) han avanzado en la definición y el consenso de los procesos clínicos y las intervenciones más adecuadas para el manejo de estas enfermedades.
- El ICS ha desarrollado guías clínicas para la atención primaria en estas patologías y ha llevado a cabo experiencias demostrativas de integrarlas en la plataforma e-CAP.

ii. Objetivo para 2015

- Implantar las GPC y las rutas asistenciales en los diez procesos en todo el territorio e integrar los registros en la HCCC.

iii. Objetivo de resultado para 2012

- Implantar las guías y rutas asistenciales definidas para EPOC, depresión e ICC en un 30% de la población y haber definido la guía para la diabetes.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Iniciar la implantación de las rutas asistenciales para EPOC, ICC y depresión.
- Definir y consensuar la GPC de la diabetes.
- Completar la formación en rutas asistenciales en todas las regiones.

v. Acciones posteriores al 2012

- Definir los procesos clínicos para el resto de patologías. Años 2013-2014.
- Implantar el resto de procesos clínicos. Años 2013-2015.

Proyecto 2.2. Potenciar los programas de protección y promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas

El objetivo es evitar la aparición de la enfermedad y enfocar los principales factores de riesgo.

- **Objetivo para 2015.** Tener seis programas prioritarios de prevención y promoción implantados en todos los territorios.
- **Objetivo de resultados para 2012.** Definir e iniciar la implantación de los programas comunitarios territoriales de salud pública en los ámbitos de alimentación saludable y actividad física, hábito tabáquico, consumo de alcohol, vacunación y etapas infantiles y prenatales.

Gran parte de las enfermedades crónicas y de sus factores de riesgo pueden ser evitados o controlados mediante la actuación sobre los determinantes de la salud, especialmente a través de la promoción de la salud y las actividades preventivas.

La protección y la promoción de la salud y la prevención constituyen una parte esencial de la cartera de servicios de salud pública. La puesta en funcionamiento de la Agencia de Salud Pública potenciará la realización de acciones comunitarias de promoción y prevención dirigidas a los determinantes de salud y a los factores de riesgo principales de las enfermedades crónicas. Todo esto sumado al trabajo en coordinación con los servicios sanitarios, fundamentalmente la atención primaria (pero también los dispositivos comunitarios como las farmacias y el conjunto de la acción interdepartamental) serán elementos que potenciarán esta estrategia.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

- Programas poblacionales como el plan de actividad física, deporte y salud (PAFDS), el programa de promoción de la alimentación mediterránea (AMED) o el plan integral para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable (PAAS).

ii. Objetivo para 2015

- Implantar cinco programas prioritarios de promoción y prevención de la salud (alimentación saludable y actividad física, hábito tabáquico, consumo de alcohol, vacunación y etapas infantiles o prenatales).

ii. Objetivo de resultados para 2012

- Definir e iniciar la implantación de los programas comunitarios territoriales de salud pública en los ámbitos de alimentación saludable y actividad física, hábito tabáquico, consumo de alcohol, vacunación y etapas infantiles y prenatales.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Haber extendido el programa PAFDS a todas las áreas básicas de salud (ABS).
- Haber implantado programas comunitarios territoriales de prevención del tabaquismo en los territorios priorizados.
- Haber implantado programas comunitarios territoriales de prevención del consumo de riesgo de alcohol en los territorios priorizados.
- Aumentar la cobertura de la vacuna triple vírica hasta el 80% de los profesionales sanitarios.
- Haber extendido el cribado prenatal al 100% de los centros.

Proyecto 2.3. Potenciar la autorresponsabilización de los pacientes y de los cuidadores con su salud y fomentar el autocuidado

Se pretende formar a los pacientes y a su entorno en el conocimiento de la enfermedad de forma que sean activos a la hora de emprender acciones para la mejora de su estado de salud.

- **Objetivo para 2015.** Extender el programa Paciente Experto Cataluña en cinco enfermedades crónicas a todo el territorio catalán y alcanzar una cifra de 5.000 pacientes incorporados a los diferentes grupos de enfermedades, la carpeta personal de salud con materiales educativos, Sanitat Respon y Canal Salud como canal de información y consejos de salud.
- **Objetivo para 2012.** Llegar a 2.000 pacientes incluidos en el programa Paciente Experto Cataluña y haber definido los materiales formativos que hay que incorporar a Canal Salud, la carpeta personal de salud y Sanitat Respon.

El conocimiento y la comprensión de la enfermedad y del propio proceso, así como las instrucciones y las informaciones que el equipo sanitario da a los pacientes son factores fundamentales en el tratamiento, la evolución de la propia enfermedad y la capacidad de los pacientes de involucrarse. En el caso de las enfermedades crónicas, es fundamental garantizar el cumplimiento de los enfermos con el tratamiento y saber cómo actúan los medicamentos y las terapias.

El objetivo del proyecto es **capacitar a los pacientes en la autogestión de la enfermedad**, de manera que la conozcan y sean activos a la hora de emprender acciones para mejorar su estado de salud y evitar la progresión y las complicaciones.

Las enfermedades crónicas generan a menudo necesidades de apoyo y de cuidado de las capacidades físicas y emocionales. La capacitación de los pacientes y ciudadanos también debe abarcar estos aspectos.

Desde cualquier nivel asistencial, pero especialmente desde la atención primaria, se deben aplicar medidas de capacitación y concienciación de los pacientes y de los cuidadores, teniendo en cuenta las oportunidades de autocuidado de acuerdo con el diseño clínico del proceso asistencial para cada enfermedad.

Han tenido éxito diversas experiencias de intercambio de conocimientos entre pacientes como medio para expandir la autogestión de la enfermedad, como es el caso del programa llamado **“Paciente Experto”**. En este sentido, una línea central en el marco del proyecto será la extensión de este programa, específico para cada enfermedad priorizada y de acuerdo con el diseño del proceso clínico.

Sanitat Respon, en la función receptora e informadora sobre preguntas directas de la ciudadanía relacionadas con sus necesidades, tiene un papel con una gran potencialidad para el apoyo al autocuidado y la orientación de las personas en los contactos con el sistema de salud.

El impacto principal asociado a este proyecto hace referencia a la capacidad autónoma de la persona de controlar el curso de la enfermedad evitando una dependencia innecesaria de los servicios sanitarios, especialmente en fases que requieren una baja intensidad de recursos asistenciales.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

- Resultados de éxito en diversas experiencias demostrativas locales gestionadas por el ICS (resultados de mejora de un 12,7% en los conocimientos y de un 30% en los hábitos de vida doce meses después de la realización del programa, y esto dará como resultado un decremento de más del 50% en las visitas a los médicos de atención primaria).
- Durante la última década se ha extendido entre los pacientes de diabetes el autocontrol mediante aparatos sencillos que permiten la lectura del nivel de glucemia mediante tiras reactivas. A través de este sistema, se facilita la autorresponsabilidad de los pacientes, se regula la demanda directa en la APS y se asegura un buen control de la enfermedad.
- La carpeta personal de salud ofrece acceso a más de 88.000 ciudadanos a su historial clínico.

- Se dispone del sistema de atención telefónica Sanitat Respon, que ha establecido iniciativas para apoyar la autogestión (6.000 llamadas/día).

ii. Objetivo para 2015

- Extender el programa Paciente Experto Cataluña en cinco enfermedades crónicas a todo el territorio catalán y alcanzar una cifra de 5.000 pacientes incorporados a los diferentes grupos de enfermedades, la carpeta personal de salud con materiales educativos, Sanitat Respon y Canal Salud como canales de información y consejos de salud.

iii. Objetivo de resultados para 2012

- Llegar a 2.000 pacientes incluidos en el programa Paciente Experto Cataluña y haber definido los materiales formativos que hay que incorporar a Canal Salud, la carpeta personal de salud y Sanitat Respon.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Extender el programa Paciente Experto Cataluña a todo el territorio en ICC, TAO, EPOC, DM2 y FM, y llegar a 2.000 pacientes en el programa. Elaborar las nuevas guías y el material educativo de Paciente Experto Cataluña en obesidad y en cuidadores expertos.
- Definir la información, la documentación y los materiales educativos para incluir en el Canal Salud, la carpeta personal de salud y Sanitat Respon, y avanzar en la formación sanitaria de pacientes y cuidadores.

v. Acciones posteriores al 2012

- Incorporar a los protocolos de atención de Sanitat Respon las pautas de consejo sobre las enfermedades crónicas con procesos clínicos definidos. Años 2012-2014.

Proyecto 2.4. Desarrollar alternativas asistenciales en el marco de un sistema integrado

Se prevé el desarrollo de alternativas asistenciales adecuadas para la atención de las enfermedades crónicas, como el refuerzo de la atención primaria, la consolidación de modalidades alternativas de hospitalización, la reorientación de la atención domiciliaria o el aprovechamiento de canales alternativos como Sanitat Respon.

- **Objetivo para 2015.** Disminuir los ingresos urgentes y los reingresos a treinta días de los pacientes crónicos complejos en hospitales de agudos en un 15%.
- **Objetivo de resultados para 2012.** Haber definido las alternativas asistenciales para los pacientes crónicos y haber iniciado su implantación, y conseguir un dispositivo de subagudos para cada región sanitaria.

La atención a la cronicidad, especialmente en las etapas que requieren más intensidad asistencial –las que corresponden a los grupos de pacientes con enfermedad crónica grave y fragilidad y de pacientes crónicos complejos–, conlleva **múltiples contactos con el sistema sanitario**. Hay alternativas asistenciales y experiencias de innovación que mejoran los resultados en salud, la comodidad y la calidad de vida para los pacientes y sus cuidadores y, además, permiten un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles. Por lo tanto, es una **prioridad y responsabilidad del conjunto del sistema desarrollar las alternativas asistenciales posibles para buscar la adecuación de la atención** en el marco de un modelo integrado y evitar desplegar nuevos recursos adicionales que puedan diluir la cartera de servicios de responsabilidad de los existentes o que no sean sustitutivos de otros menos adecuados.

Las líneas de trabajo que conforman este proyecto son las siguientes:

- Refuerzo de la **atención primaria** como núcleo asistencial principal en la atención a la cronicidad, hacer posible una mayor agilidad en la atención a la demanda de las reagudizaciones, capacidad de tratamiento de descompensaciones, desarrollo de las competencias de enfermería en la atención a los enfermos crónicos, comunicación no presencial, potenciación de modalidades adaptadas a los pacientes crónicos (por ejemplo, educación grupal) y liderazgo en la integración del plan de medicación, etc.
- Consolidación de modalidades asistenciales sin internamiento como el **hospital de día, tanto de agudos como de salud mental y sociosanitario**, que eviten el ingreso y las estancias en urgencias.
- Rediseño de **modalidades de hospitalización y relaciones de continuidad**: desarrollo de la modalidad de internamiento de subagudos y postagudos, revisión de las líneas de hospitalización no aguda en salud mental,

intensificación de las dinámicas de relación entre la hospitalización de agudos, subagudos y postagudos y convalecencia.

- Reordenación del **internamiento de larga duración** y cooperación con el espacio residencial en colaboración con el Departamento de Bienestar Social y Familia: reequilibrio del componente sanitario y de atención a la dependencia, tanto en el ámbito sociosanitario como en el de salud mental, definición de relaciones asistenciales de apoyo a la atención a la dependencia y establecimiento de mecanismos ágiles de transición entre redes.
- Reorientación de la **atención en el domicilio**: revisión del modelo de atención domiciliaria, potenciación de la proactividad en la atención en casos de fragilidad, trabajo multidisciplinar y adaptación de los roles profesionales de la salud, mecanismos de coordinación entre la atención sanitaria y social, y herramientas TIC.
- Reordenación del **modelo asistencial y de prestación farmacéutica en las residencias geriátricas** uniendo los servicios y la atención farmacéutica en los dispositivos sanitarios, orientados según un abordaje integral y centrado en el paciente (suministro de la medicación dentro del paquete asistencial).
- Aprovechamiento de **Sanitat Respon** como recurso asistencial, de orientación sobre los servicios, de consejo educativo y terapéutico, de seguimiento de casos y de activación de recursos.

Los impactos asociados a este proyecto se refieren a la mejora de la calidad en resultados y satisfacción de los pacientes y al aumento de la eficiencia a través de la utilización adecuada de los recursos de la red asistencial.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

- Equipo de apoyo a residencias con personal de enfermería y de atención primaria implantado en Barcelona (programa de apoyo a la atención sanitaria en residencias) que cubre a 3.800 residentes y tiene una reducción de ingresos del 24%, del 37% en urgencias y con un ahorro de farmacia estimado del 7,4% del coste por residente. Similarmente, también desarrollado por la Corporación del Maresme, con una disminución del 42% de visitas a urgencias y una reducción del 9% del gasto farmacéutico.
- Creación de una unidad de hospital de día de crónicos formada por médicos internistas y enfermeros en el Maresme Central (Mataró).
- Se están realizando experiencias demostrativas de unidades de subagudos; destacan las experiencias realizadas en el Parc Sanitari Pere Virgili (23 camas y con evaluación positiva), en Reus y Granollers.
- Cambio del modelo hospitalario y redefinición del núcleo asistencial, como en el caso de Palamós y de Blanes.

- Experiencia de mejora de la prestación farmacéutica de las personas ingresadas en centros residenciales.

ii. Objetivo para 2015

- Disminuir los ingresos urgentes y los reingresos a treinta días de los pacientes crónicos complejos en hospitales de agudos en un 15%.

iii. Objetivos de resultados para 2012

- Haber definido las alternativas asistenciales para los pacientes crónicos y haber iniciado la implantación, y alcanzar un dispositivo de subagudos para cada región sanitaria.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Definir el modelo de atención domiciliaria y de atención continuada a los pacientes crónicos, iniciar su implantación en las siete regiones y realizar una experiencia demostrativa de prestación farmacéutica en residencias geriátricas.
- Definir el modelo de atención sociosanitaria e implantarlo en las regiones, con un dispositivo de subagudos contratado en cada una de las siete regiones.
- Definir el modelo de hospitalización de agudos para enfermos crónicos e iniciar su implantación en las siete regiones.
- Revisar el modelo de atención a la salud mental e iniciar su implantación en las siete regiones.

v. Acciones posteriores al 2012

- Desplegar iniciativas de atención preferente para el tratamiento de reagudizaciones y descompensaciones en los centros de atención primaria o en unidades funcionales territoriales con una cobertura del 40% del territorio. Año 2013.
- Aumentar la cobertura de la atención domiciliaria hasta el 50% de la población con dependencia y enfermedad crónica en situación de riesgo o fragilidad. Año 2013.
- Consolidar la modalidad de hospital de día para el tratamiento de pacientes crónicos en todos los centros hospitalarios con un índice de entre 30 y 40 sesiones por cada 100 estancias hospitalarias no quirúrgicas. Año 2013.
- Integrar la prestación farmacéutica en el conjunto de provisión de servicios asistenciales en las residencias sociales, con una cobertura del 70% de la población institucionalizada. Año 2015.

Proyecto 2.5. Desplegar programas territoriales de atención a los pacientes crónicos complejos

Los pacientes crónicos complejos requieren un alto grado de continuidad asistencial y reciben atención en momentos de crisis. Por lo tanto, es primordial incrementar la coordinación entre los diferentes profesionales y llevar a cabo una gestión proactiva y basada en el caso.

- **Objetivo para 2015.** Disponer del modelo de gestión de casos para pacientes crónicos complejos en todos los territorios y rutas asistenciales definidas, y cubrir a 25.000 pacientes crónicos complejos.
- **Objetivo de resultados para 2012.** Definir el modelo de gestión de casos para pacientes crónicos complejos, iniciar su implantación en todos los territorios y cubrir a 2.000 pacientes crónicos complejos.

Las necesidades de los pacientes crónicos complejos van más allá de la atención fragmentada que se pueda ofrecer desde diferentes ámbitos asistenciales. La atención a los pacientes crónicos complejos implica una elevada intensidad de contactos entre los pacientes y el sistema sanitario.

Así, **es fundamental la coordinación entre los diferentes profesionales y servicios para garantizar una correcta continuidad asistencial y la atención oportuna** en momentos concretos. Este enfoque requiere crear programas de base territorial, con un liderazgo clínico clave que debe ser aglutinador y dinamizador de las líneas de actuación para adaptar los servicios que se tengan que dar a la respuesta adecuada en las diferentes situaciones en cada momento.

Los elementos clave que conforman el desarrollo del proyecto en el territorio son los siguientes:

- Reorientar el enfoque asistencial hacia la **atención proactiva** a la población identificada en el grupo de pacientes crónicos complejos, especialmente desde la atención primaria de salud.
- Organizar servicios con **modelo de gestión de casos y atención integral** (profesionales de referencia, cobertura 24 x 7, coordinación de equipos asistenciales sanitarios y sociosanitarios, agilidad de circuitos, desarrollo de nuevos roles profesionales –especialmente el de la enfermería en gestión de casos– y optimización de las competencias).

La implantación de los programas territoriales de atención a los pacientes crónicos complejos comporta las siguientes acciones principales:

- Identificar nominalmente a las personas que cumplen los criterios para ser consideradas pacientes crónicos complejos.

- Actuar proactivamente para hacer el seguimiento de estos pacientes desde la atención primaria.
- Establecer sistemas de compartición de información para que en todos los contactos estos pacientes sean identificados y su referente asistencial principal reciba información.
- Asignar las responsabilidades de gestión de casos.
- Establecer protocolos o rutas asistenciales con definición de funciones y capacidad de resolución en cada punto asistencial.
- Definir los circuitos asistenciales para dar cobertura 24 × 7.
- Acordar el liderazgo del programa y disponer de espacios de coordinación y seguimiento.

Los impactos principales esperados hacen referencia a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y cuidadores, y a la reducción en la utilización de servicios de internamiento y urgencias.

i. Ejemplos de iniciativas

- Gestión de casos basados en la identificación de la población según riesgo y atención proactiva implantada en el Baix Empordà.
- Modelo de gestión de casos implantado en la región del Baix Llobregat Norte sobre una población diana de 339 pacientes, con equipos de enfermería de enlace, con la intención de alcanzar una reducción del 25% de visitas durante el primer año de aplicación.
- Rutas asistenciales implantadas para el manejo de los pacientes crónicos frágiles en el Hospital de Viladecans, con un estudio hecho sobre una población diana de 81 pacientes y una reducción de más del 50% en los ingresos hospitalarios.

ii. Objetivos para 2015

- Disponer del modelo de gestión de casos para pacientes crónicos complejos en todos los territorios y rutas asistenciales definidas, y cubrir a 25.000 pacientes crónicos complejos.

iii. Objetivos de resultados para 2012

- Definir el modelo de gestión de casos para pacientes crónicos complejos, iniciar la implantación en todos los territorios y cubrir a 2.000 pacientes crónicos complejos.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Desplegar el modelo de identificación de pacientes crónicos complejos (PCC) en todas las regiones.

- Disponer de 2.000 pacientes incluidos en el programa PCC. Cada región sanitaria tendrá como mínimo de uno a tres proyectos de PCC, con implantación de rutas asistenciales específicas.
- Introducir tres experiencias de atención paliativa en enfermedad crónica avanzada y abarcar un mínimo de 7.000 personas.
- Diseñar y acordar un modelo colaborativo de atención sanitaria y social.

iv. Acciones posteriores a 2012

- Extender la implantación de rutas asistenciales específicas para la gestión de los enfermos crónicos complejos en todas las regiones. Años 2012-2013.
- Identificar a la población diana para el 100% de las ABS. Año 2013.

Proyecto 2.6. Implantar programas de uso racional del medicamento

El uso racional del medicamento trata de garantizar un plan de medicación seguro, eficiente y adecuado a las necesidades de cada paciente crónico.

- **Objetivo para 2015.** Revisar y conciliar el 100% de los tratamientos farmacológicos integrando todos los ámbitos asistenciales, garantizar su calidad, facilitar el acceso a ellos y mejorar el cumplimiento del tratamiento.
- **Objetivo de resultados para 2012.** Disponer de la metodología y las herramientas de apoyo que permitan implantar y evaluar la revisión y conciliación de los planes de medicación y la aplicación en los proyectos de atención al PCC.

Los pacientes con enfermedades crónicas son los principales consumidores de medicamentos y, a menudo, son pacientes que necesitan tratamientos múltiples. El propósito de este proyecto es emprender y reorientar actuaciones desde la perspectiva de la atención farmacéutica para satisfacer las necesidades de los pacientes crónicos actuales y potenciales, en relación con sus tratamientos farmacológicos y la seguridad en el uso de los medicamentos, y garantizar la sostenibilidad del sistema.

Los objetivos planteados deben garantizar la utilización eficiente de los medicamentos, la calidad de la prescripción y la optimización de los recursos que el sistema sanitario destina a la prestación farmacéutica. Asimismo, hay que facilitar la implantación de instrumentos y procedimientos automatizados que contribuyan a aumentar la seguridad en el uso de los medicamentos.

La receta electrónica constituye, en este contexto, el eje vertebrador de una prestación farmacéutica integrada e integral, que incrementa la calidad y seguridad de los tratamientos farmacológicos y representa un sistema de cohesión asistencial entre diversos ámbitos y profesionales sanitarios.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

- Receta electrónica con implementación de los sistemas de filtros de prescripción y dispensación.
- Información del coste del tratamiento en el plan de medicación.

ii. Objetivos para 2015

- Revisar y conciliar el 100% de los tratamientos farmacológicos integrando todos los ámbitos asistenciales, garantizar la calidad, facilitar el acceso y mejorar el cumplimiento del tratamiento.

iii. Objetivo de resultado para 2012

- Disponer de la metodología y de herramientas de apoyo que permitan implantar y evaluar la revisión y conciliación de los planes de medicación y su aplicación en los proyectos de atención al PCC.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Diseñar un proceso de revisión de los medicamentos incluidos en el plan de medicación.
- Introducir en el proceso todos aquellos elementos de gestión del riesgo que puedan mejorar la seguridad e implementar la revisión en PCC.
- Haber definido e implantado filtros preventivos y prospectivos en la receta electrónica.
- Ofrecer a los ciudadanos herramientas de ayuda para el uso adecuado y responsable de los medicamentos.

v. Acciones posteriores a 2012

- Fomentar los procesos de conciliación de la medicación para favorecer la asistencia continuada y disminuir duplicidades terapéuticas, promover las interacciones farmacológicas y mejorar la adecuación de los tratamientos. Año 2013.
- Hacer un seguimiento centralizado del cumplimiento terapéutico y del cumplimiento de los pacientes con los tratamientos. Año 2013.
- Incorporar sistemas de alerta automatizados de potenciales interacciones farmacológicas. Año 2013.

- Consolidar un marco colaborativo con las oficinas de farmacia del territorio, con el objetivo de implantar programas específicos de atención a la cronicidad, crear sinergias entre profesionales sanitarios y potenciar el sistema de comunicación y mensajería. Año 2013.
- Mejorar la información en el plan de medicación (información sobre los medicamentos y su uso) e integración de las prescripciones de los diferentes ámbitos. Año 2014.

La estrategia de cronicidad se materializa en seis grandes proyectos

	Población diana	Niveles asistenciales					Salud mental	Sociosanitaria
		Salud pública	Ámbito comunitario	Atención primaria	Atención especializada	Atención especializada		
Implantación de procesos clínicos integrados para sus patologías más significativas		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Promoción y protección de la salud y prevención de la enfermedad		✓	✓	✓			✓	
Autorresponsabilización de los pacientes y cuidadores y apoyo al autocuidado		✓	✓	✓	✓			
Alternativas asistenciales en el marco de un sistema integrado				✓	✓	✓	✓	✓
Programas territoriales de atención a los pacientes crónicos complejos				✓	✓	✓	✓	✓
Estrategia de uso racional del medicamento			✓	✓	✓	✓	✓	✓

Fuente: Equipo de trabajo.

LÍNEA DE ACTUACIÓN 3. UN SISTEMA INTEGRADO MÁS RESOLUTIVO DESDE LOS PRIMEROS NIVELES Y EN EL TERRITORIO

- Hay **oportunidades de mejora de la respuesta** del sistema en términos de calidad y eficiencia.
- El modelo propuesto se basa en **cuatro grandes principios**:
 - Tratar sobre la base de las intervenciones más costo-**efectivas**.
 - Asignar las funciones e intervenciones al **nivel de atención más adecuado**.
 - Asegurar un **modelo de atención coordinado**.
 - **Mejorar el tiempo de acceso** como resultado de la mejora de la resolución y de la incorporación de criterios clínicos en la planificación de las listas de espera.
- Se han identificado **cuatro grandes proyectos** de mejora de la resolución del sistema que se traducirán en planes de operativización territoriales:
 - Mejorar la resolución en los ámbitos de relación más frecuente entre la atención primaria y la especializada.
 - Transformar el modelo de atención en urgencias para dar respuestas más adecuadas a las demandas de atención inmediata.
 - Ordenar territorialmente la cartera de servicios según los niveles de complejidad.
 - Integrar la salud pública y comunitaria con el modelo asistencial.

La estrategia de aumento de la resolución tiene dos perspectivas: por enfermedades o condiciones y por ámbitos asistenciales.

Las enfermedades o condiciones priorizadas, teniendo en cuenta la relevancia en cuanto a carga de morbilidad y coste, son algunas de las enfermedades crónicas y se abordan en el capítulo de cronicidad en los proyectos de implantación de procesos clínicos integrados para las enfermedades crónicas más significativas.

En lo concerniente a la perspectiva de **ámbitos asistenciales**, de acuerdo con el diagnóstico de situación, **se han priorizado cuatro proyectos teniendo en cuenta el potencial de mejora en calidad y eficiencia**; asimismo, como son proyectos que afectan a la relación entre diferentes dispositivos asistenciales ofrecen importantes oportunidades de mejora de la resolución con perspectiva de conjunto del sistema:

- Mejora de la resolución en los ámbitos de relación más frecuentes entre la atención primaria y la atención especializada.
- Consolidación de la transformación del modelo de atención en las urgencias.
- Ordenación territorial de la cartera de servicios por niveles de complejidad.
- Integración de la salud pública y el ámbito comunitario en el modelo asistencial.

Principios y modelo

Los principios de la estrategia de resolución que son comunes a los ámbitos priorizados son los siguientes:

- Tratar sobre la base de las intervenciones más costo-efectivas.
- Asignar las funciones y las intervenciones al nivel de atención más adecuado en términos de calidad y de optimización de las competencias profesionales.
- Asegurar un servicio asistencial coordinado que dé un tratamiento integral a los pacientes.
- Mejorar el tiempo de acceso como resultado de la mejora de la resolución de los primeros niveles del sistema y de la gestión con criterios clínicos de las listas de espera.

La ejecución de los diferentes proyectos de resolución siempre implicará la interacción entre diferentes servicios y proveedores en el territorio. La vía para organizar y acordar la colaboración a fin de emprender las medidas de ordenación serán los **planes de resolución territoriales**, en los que se explicitarán los objetivos compartidos, los acuerdos sobre funciones, organización y responsabilidades, y las vías de relación de todos los agentes implicados. Los planes de resolución territoriales se deben ver reflejados en la compra de servicios y la asignación de recursos de base poblacional entre el CatSalut y las entidades proveedoras de cada territorio.

Proyectos estratégicos

Proyecto 3.1. Mejorar la resolución en los ámbitos de relación más frecuentes entre la atención primaria y la atención especializada

Se intenta incrementar la capacidad de resolución en el ámbito de la atención primaria para consultas de baja complejidad y mejorar el acceso a la atención especializada, agilizar el diagnóstico, ordenar las intervenciones y articular la colaboración.

- **Objetivos para 2015.** Reducir el número de visitas a la atención especializada en oftalmología, enfermedades del aparato locomotor, salud mental, dermatología y urología, en un 10-15% según la especialidad, sin que afecte a la calidad asistencial y disminuyendo la variabilidad entre territorios. Reducir el tiempo de espera para la visita al especialista y para pruebas diagnósticas en un 10%.
- **Objetivos para 2012.** Haber implantado el nuevo modelo para enfermedades del aparato locomotor, salud mental y oftalmología, cubrir un mínimo del 30% de la población de cada región sanitaria y haber completado el despliegue de la receta electrónica al 50% de la XHUP.

El diagnóstico de la situación actual de salud y de servicios que se ha llevado a cabo pone de manifiesto **la existencia de ámbitos de relación frecuentes entre los niveles de atención primaria (AP) y de atención especializada (AE) con un alto potencial de mejora.** Entre estos destacan los que tienen un mayor volumen de contactos y cuya resolución efectiva en clave de sistema requiere una fuerte relación de complementariedad. Concretamente, el proyecto se centra en los procesos relacionados con **el aparato locomotor, la oftalmología, la dermatología, la urología y la salud mental.** Asimismo, se desplegará el modelo de atención **alergológica** con perspectiva de colaboración entre la atención primaria y la atención especializada, de acuerdo con protocolos y criterios de derivación elaborados conjuntamente y la definición de una cartera de servicios según el nivel de complejidad, en la atención a la población afectada por enfermedades alérgicas.

Hay diversas **iniciativas ya en curso para mejorar la resolución en las especialidades relacionadas con la oftalmología y el aparato locomotor,** que prevén acciones dirigidas a disminuir la frecuentación de la AE, reducir la variabilidad territorial detectada, avanzar en las TIC, optimizar las competencias de los diferentes profesionales, incorporar nuevos perfiles profesionales, etc. Todas estas iniciativas se han desarrollado con la participación de representantes de los profesionales de AP y de AE, de las sociedades científicas y de los proveedores de servicios del sistema público de salud.

En el ámbito de la **salud mental**, ya hay una experiencia de implantación progresiva de cartera de servicios a la atención primaria y de apoyo de la atención especializada, mediante consultorías y colaboración en la atención a pacientes.

En general, para los diversos ámbitos seleccionados, la dinámica de reorganización de procesos persigue los siguientes objetivos estratégicos:

- **Incrementar la capacidad resolutive de la atención primaria** en relación con la enfermedad prevalente y de baja complejidad.
- **Mejorar la accesibilidad y la eficiencia de la atención especializada:** atención a las enfermedades más complejas y agilización del diagnóstico y tratamiento con una intervención ordenada de los diferentes profesionales.
- **Asegurar la continuidad asistencial.**

La estrategia de cambio pasa por definir, con la participación de instituciones y profesionales, los siguientes elementos que configuran la base de los planes de resolución territoriales:

- Utilización de sistemas de información y comunicación integrados, sobre la base de nuevas tecnologías, entre la AP y la AE (lo que contribuye a una mayor permeabilidad de los compartimentos asistenciales).
- Sistemas de colaboración y coordinación entre ámbitos asistenciales.
- Elementos de gestión territorial compartidos: objetivos asistenciales, gestión por procesos y cooperación territorial.
- Acciones en el ámbito de la atención primaria:
 - Acceso de atención primaria a otros profesionales (por ejemplo, fisioterapeutas y optometristas, siempre integrados en equipos asistenciales de la atención especializada, con protocolos de procesos y bajo la supervisión de los correspondientes médicos especialistas).
 - Acceso protocolizado a pruebas diagnósticas en función de la complejidad de la patología y de la cartera de servicios previamente definida.
 - Acceso preferente a la atención especializada según criterio de derivación.
 - Acercamiento de la atención especializada a la AP, mediante consultorías y asesoramiento.
 - Evaluación de los resultados y difusión para la mejora continuada.
- Acciones en el ámbito de la atención especializada:
 - Accesibilidad acordada para la derivación ordinaria y preferente.
 - Protocolización basada en la evidencia científica.
 - Integración de diferentes perfiles profesionales en los servicios de la especialidad.

- Cartera de servicios pactada entre los diferentes profesionales que intervienen en el proceso.
- Colaboración con la atención primaria para el establecimiento del plan terapéutico y farmacológico compartido.
- Evaluación de los resultados y difusión para la mejora continuada.

El **despliegue de la receta electrónica en la atención especializada** comportará beneficios para los pacientes y debe generar dinámicas de mejor uso del medicamento, como ha pasado en la atención primaria. Por otra parte, es también una palanca de cambio para mejorar las transiciones entre los diferentes ámbitos asistenciales y contribuir a la continuidad asistencial.

Un aspecto no despreciable en la mejora de la capacidad resolutoria de la atención primaria es el que se refiere a la gestión de la incapacidad temporal (IT), la cual está fuertemente relacionada con algunos de los ámbitos priorizados como, por ejemplo, el de las enfermedades del aparato locomotor. El Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas y Sanitarias (ICAMS) puede contribuir dando apoyo especializado a la atención primaria. Asimismo, la compartición de información es clave para la orientación clínica y la gestión de la IT, de manera que se puedan reducir la variabilidad y las cargas administrativas.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

- Modelo de atención del aparato locomotor implantado en varios territorios en el contexto del plan director de enfermedades del aparato locomotor.
- Programas de apoyo de los especialistas de salud mental en la atención primaria, con una reducción de aproximadamente el 15% en las tasas de derivación.
- Experiencias de prescripción electrónica en la atención especializada y desarrollo de herramientas facilitadoras de la coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos (sistema de mensajería, trazabilidad y plan terapéutico único e integrado).
- Experiencia en Cambrils de aumento de la resolución de la atención primaria mejorando la coordinación con la atención especializada.

ii. Objetivos para 2015

- Reducir el número de visitas a la atención especializada en oftalmología, enfermedades del aparato locomotor, salud mental, dermatología y urología, en un 10-15% según la especialidad, sin que afecte a la calidad asistencial y disminuyendo la variabilidad entre territorios.
- Reducir el tiempo de espera para la visita al especialista y para pruebas diagnósticas en un 10%.

iii. Objetivo de resultado para 2012

- Haber implantado el nuevo modelo para enfermedades del aparato locomotor, salud mental y oftalmología, cubrir un mínimo del 30% de la población de cada región sanitaria y haber completado el despliegue de la receta electrónica al 50% de la XHUP. Año 2012.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Realizar e implantar los planes de resolución territoriales para enfermedades del aparato locomotor, salud mental y oftalmología, de acuerdo con los modelos definidos, y abarcar los servicios de AP y AE de estos ámbitos asistenciales que cubran como mínimo el 30% de la población de cada región sanitaria.
- Definir el modelo de atención en dermatología y urología.
- Definir la cartera de servicios derivada del modelo de atención alérgica en Cataluña.
- Desplegar la receta electrónica en la atención especializada al 50% de los centros de la XHUP.

v. Acciones posteriores al 2012

- Completar la implantación de los planes de resolución territoriales para enfermedades del aparato locomotor, salud mental y oftalmología.
- Incorporar los modelos de atención de dermatología y urología en los planes de resolución territoriales en todas las regiones sanitarias.

Proyecto 3.2. Transformar el modelo de atención en urgencias para dar respuestas más adecuadas a las demandas de atención inmediata

Se reordenarán territorialmente los servicios de atención a las demandas inmediatas (en ubicación y niveles de complejidad) y se establecerá un sistema de triaje común que permita adecuar mejor la atención a las necesidades de los pacientes.

- **Objetivo para 2015.** Reducir la frecuentación de las urgencias hospitalarias en aproximadamente un 10%, dirigiendo las demandas de atención a niveles más adecuados y disminuyendo la variabilidad en la utilización. Aumentar hasta el 75% el porcentaje de urgencias atendidas en los hospitales que han pasado previamente por un contacto telefónico o un dispositivo de baja complejidad o que han sido dirigidas por el SEM.
- **Objetivo para 2012.** Reducir un 2% las urgencias hospitalarias.

Las **demandas de atención inmediata abarcan situaciones de complejidad diferentes** (desde emergencias con riesgo vital hasta consultas por problemas poco graves o que no requieren una atención inmediata) y se producen con intensidad variable en diferentes momentos. Esta **diversificación de situaciones requiere también de respuestas diferentes**, de manera que **es necesario diseñar mecanismos para clasificar** esta demanda y establecer circuitos que permitan dirigirla al recurso más adecuado según la necesidad asistencial de la persona afectada.

Si bien las tasas de utilización de **urgencias hospitalarias** han disminuido, todavía hay una **proporción importante de urgencias de baja complejidad, a menudo por motivos poco graves**, que pueden ser atendidas por dispositivos asistenciales más adecuados, reservando los hospitales para los casos de emergencias o urgencias que requieren un mayor nivel de especialización y/o tecnología.

En cuanto a la **distribución territorial** de los dispositivos para atender las urgencias, la elevada capilaridad de la atención primaria y descentralización de la atención hospitalaria en Cataluña comporta una **multiplicidad de puntos de atención** que implica un volumen muy bajo de actividad en determinados lugares.

Por otra parte, **han tenido éxito experiencias de clasificación** de la demanda de atención inmediata y de organización coordinada entre los dispositivos de un territorio, **y han dado una respuesta de calidad y rápida** a la demanda a través del dispositivo más adecuado y con un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles (como ha sido en el caso de Osona). En determinados lugares, con un volumen de actividad suficiente, se han constituido dispositivos de **urgencias vinculados a la atención primaria con más capacidad de resolución** (con acceso a pruebas diagnósticas de urgencia y con posibilidad de tener enfermos en observación) que han asumido casos con un nivel de complejidad hasta ahora

reservado a los hospitales y han permitido absorber con agilidad una gran parte de la demanda, también como receptores de traslados del SEM, como por ejemplo en el CUAP de Manso.

La **experiencia de códigos** para determinadas situaciones críticas (IAM, ictus, traumatismo grave) y la ordenación de flujos preferentes han significado un gran avance en la respuesta rápida y adecuada a las emergencias, con una mejora de resultados contrastables. Estas innovaciones, sin embargo, requieren la adaptación de los servicios de urgencias hospitalarios e implican el conjunto de la organización del hospital, así como una evolución del SEM como dispositivo asistencial de primera línea y con una estrecha colaboración con el resto del sistema.

Por eso, **la consolidación del proceso de transformación de la atención urgente ya iniciada en Cataluña se valora como un proyecto prioritario**, que afecta tanto a la atención primaria como a la hospitalaria, y que debe permitir mejorar la resolución en términos del conjunto del sistema. Los objetivos estratégicos del proyecto son los siguientes:

- Mejorar la adecuación de la atención urgente.
- Conseguir una articulación correcta entre los diferentes servicios implicados.
- Adecuar el tiempo de respuesta.
- Favorecer la continuidad y la longitudinalidad en la atención a las personas.

El Departamento de Salud, conjuntamente con el CatSalut y con la colaboración de un grupo de trabajo compuesto por profesionales de diversas instituciones y sociedades científicas, ha definido el modelo de atención en las urgencias, cuyos elementos claves son los siguientes:

- **Canalización de la atención inmediata** a los dispositivos más adecuados según la complejidad de la urgencia.
- **Gestión de la demanda**, mediante la canalización de la demanda inicial, promoviendo el contacto telefónico y con protocolos de actuación sobre la demanda improcedente.
- **Acceso directo de la población a la atención primaria y a dispositivos de urgencias de baja complejidad** por vía presencial, y a la central de llamadas por vía telefónica. Con derivación calificada a dispositivos de atención compleja cuando corresponda, con preferencia de acceso.
- **Cartera de servicios diferenciada** según dispositivos, con correspondencia con los niveles de triaje del modelo andorrano de triaje.
- Atención a las urgencias de **baja complejidad con estilo de práctica clínica de atención primaria**, ya sea en dispositivos localizados en centros de atención primaria, centros específicos de urgencias o centros hospitalarios.

- El modelo se puede **adaptar a las características de cada territorio**, pero respetando los elementos definidores del modelo sobre acceso, cartera de servicios y canalización.
- Cada territorio debe definir un **plan funcional territorial de ordenación de la atención inmediata**, con los compromisos de todos los dispositivos que intervienen y buscando el mejor equilibrio entre accesibilidad, calidad y optimización de los recursos disponibles.

Modelo de atención en urgencias

Acceso libre de la población	Funciones	Tipo de atención			Localización	Horario
		Telefónica	Presencial	Domiciliaria		
EAP	<ul style="list-style-type: none"> Resolver consultas telefónicas Resolver niveles de urgencias de baja complejidad Derivar la atención compleja a niveles de urgencias de alta complejidad 	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> CAP (+ consultorios) 	<ul style="list-style-type: none"> Horario definido en el territorio
Dispositivo urgencias territorial	<ul style="list-style-type: none"> Derivar la atención al EAP correspondiente Resolver consultas telefónicas Resolver urgencias de baja complejidad Derivar la atención compleja a niveles de urgencias de alta complejidad 	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> CAP Hospital 	<ul style="list-style-type: none"> Complemento horario en el EAP hasta 24 horas
Central de llamadas (061-112)	<ul style="list-style-type: none"> Resolver consultas telefónicas Derivar la atención a los dispositivos más adecuados Comunicar a territorio las demandas de atención a domicilio Gestionar recursos de emergencias directamente 	✓			<ul style="list-style-type: none"> Centro de llamadas 	<ul style="list-style-type: none"> 24 horas
Acceso redireccionado						
De atención compleja	<ul style="list-style-type: none"> Atender y resolver niveles de urgencias de alta complejidad. Atender demandas inmediatas derivadas por 061, EAP-dispositivo de urgencias territorial Atención a las emergencias derivadas por SEM y códigos específicos 		✓		<ul style="list-style-type: none"> Hospital Móvil 	<ul style="list-style-type: none"> 24 horas

Fuente: Modelo de atención en urgencias: respuestas adecuadas a las demandas de atención inmediata.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

- Aplicación de modelos de triaje y de redirección de la atención de urgencias en el Eixample Esquerra con reducciones de la frecuentación de las urgencias hospitalarias del 35%.
- Reordenación de la atención en las urgencias en Osona.
- Código infarto y código ictus.

ii. Objetivos para 2015

- Reducir la frecuentación de las urgencias hospitalarias en aproximadamente un 10%, dirigiendo las demandas de atención a niveles más adecuados y disminuyendo la variabilidad en la utilización.
- Aumentar hasta el 75% el porcentaje de urgencias atendidas en los hospitales, que han pasado previamente por un contacto telefónico o un dispositivo de baja complejidad o que han sido dirigidas por el SEM.

iii. Objetivo de resultado para 2012

- Reducir un 2% las urgencias hospitalarias.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Elaborar e implantar los planes territoriales de atención urgente.
- Implantar un modelo de triaje homogéneo en todos los centros hospitalarios.
- Potenciar la atención telefónica.
- Elaborar un plan de comunicación.
- Diseñar un sistema de seguimiento de la atención urgente.

v. Acciones posteriores al 2012

- Evaluar la implantación y los resultados en todas las regiones sanitarias. Años 2013-15.

Proyecto 3.3. Ordenar territorialmente la cartera de servicios según los niveles de complejidad

Se partirá de criterios comunes que se deben determinar con la participación de profesionales y organizaciones y del análisis de los elementos de optimización en cada región.

- **Objetivo para 2015.** Implantar la ordenación de la cartera de servicios de las seis áreas seleccionadas y alcanzar un grado de concordancia del 75% entre los niveles de complejidad definidos.
- **Objetivo para 2012.** Haber iniciado la reordenación de la cirugía pediátrica en todos los territorios y haber completado el despliegue de la instrucción politrauma.

La **cartera de servicios por territorios**, entendida como el conjunto de servicios que se prestan por los dispositivos asistenciales del territorio, debe venir determinada según **criterios de accesibilidad, calidad y eficiencia**.

Hay servicios que son de proximidad por naturaleza, como la atención primaria, o que tienen un gran volumen de actividad y no requieren una tecnología sofisticada. Hay **otros servicios que necesitan un ámbito poblacional grande para garantizar la calidad** y/o que se benefician de importantes **economías de escala**.

Si bien el primer grupo de servicios debe ser común en la mayoría de los territorios, en el segundo grupo hay que ordenarlos teniendo en cuenta criterios de volumen y distribución de la demanda, niveles de complejidad y optimización de los equipos asistenciales y la capacidad instalada requerida para dar un buen nivel de calidad.

En cualquiera de los casos, **hay que garantizar la equidad de acceso y de resultados a todos los ciudadanos**, independientemente del lugar de residencia y de sus características.

El proyecto **se centra en los servicios con especialidades que se consideran propias de hospitales de referencia y que presentan oportunidades de mejora en calidad y eficiencia si se establece una dinámica de ordenación**, sobre la base de definir la cartera de servicios que el CatSalut compra para el conjunto de los dispositivos de cada territorio de referencia. Son ejemplo de estos servicios los que están relacionados con las **especialidades quirúrgicas más específicas** (no troncales), tales como la cirugía pediátrica, la cirugía vascular, la cirugía torácica, la neurocirugía o las nuevas líneas de intervención como la cirugía bariátrica. Asimismo, se pueden beneficiar de este enfoque la organización territorial de la atención a las urgencias quirúrgicas, las unidades de atención a la **patología emergente en salud mental** (los trastornos límite de la personalidad, de la conducta alimentaria, etc.) o determinadas **pruebas diagnósticas y/o intervencionistas**.

Se ha iniciado en el ámbito de Cataluña un trabajo de **definición de criterios y elementos de ordenación en cirugía pediátrica, en colaboración con profesionales** designados por las organizaciones de proveedores y las sociedades científicas implicadas. También en la atención a los **pacientes traumáticos graves** se ha establecido una categorización de niveles en función de la gravedad de los pacientes y definiendo los requerimientos para cada nivel a fin de dar una atención correcta. Se propone extender estas líneas de trabajo a otras áreas de especialización o de atención de determinadas condiciones.

El proyecto se estructura en los siguientes elementos:

- **Selección de áreas de especialización objeto de ordenación**, sobre la base del análisis del volumen, la variabilidad entre centros y el grado de dependencia estructural, de los condicionantes organizativos y de la pericia que tenga la práctica clínica en cada caso.
- **Clasificación de la cartera de servicios según los niveles de complejidad**, a partir de factores de clasificación de la complejidad y del criterio experto de la práctica clínica por parte de grupos de profesionales, con metodologías de consenso.
- **Definición de los requerimientos sobre características de los centros, equipos profesionales y capacidad asistencial**: de acuerdo con la clasificación por niveles de complejidad, se identifican las características que deben tener los centros y los equipos profesionales para atender adecuadamente al conjunto de procedimientos que configura cada nivel.
- **Establecimiento del grado de cobertura territorial y orientación de los flujos de referencia entre territorios y centros**: la estimación del volumen de casos

esperados por unidades territoriales y para los diferentes niveles permite valorar la cobertura, determinando una masa crítica suficiente para garantizar la calidad de la atención y el mantenimiento de la competencia profesional. En consecuencia, hay que revisar la distribución territorial para encontrar el mejor equilibrio entre accesibilidad y eficiencia, teniendo en cuenta la capacidad asistencial de los diferentes centros.

- **Colaboración entre centros y equipos profesionales:** el modelo organizativo que se propone se basa en la distribución de la cartera de servicios según el nivel de complejidad con un esquema de red. Esta configuración debe permitir asegurar la calidad de la atención en el recurso más adecuado según la complejidad y la pericia necesarias. Facilita los flujos de derivación, si procede, y el seguimiento de proximidad. También favorece mantener la competencia de los profesionales en el conjunto de todos los centros de la red, y compartir la información y el conocimiento para favorecer la excelencia en la atención, la docencia y la investigación.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

- Ordenación de la atención a los pacientes traumáticos graves.
- Alianzas en cirugía pediátrica.
- Equipos asistenciales compartidos en el Baix Llobregat (cirugía vascular, oncología).

ii. Objetivos para 2015

- Implantar la ordenación de la cartera de servicios de las seis áreas seleccionadas y alcanzar un grado de concordancia del 75% entre los niveles de complejidad definidos.

iii. Objetivos de resultado para 2012

- Haber iniciado la reordenación de la cirugía pediátrica en todos los territorios y haber completado el despliegue de la instrucción politrauma. Año 2012.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Implantar el modelo de atención a los pacientes traumáticos graves, ordenar la cirugía pediátrica y abarcar el 100% del territorio de Cataluña. Año 2012.
- Establecer la cartera de servicios por nivel de complejidad en otras cuatro áreas de especialización seleccionadas. Año 2012.

v. Acciones posteriores al 2012

- Implantar progresivamente la ordenación territorial de la cartera de servicios para las cuatro áreas de especialización seleccionadas. Años 2013 y 2015.

Proyecto 3.4. Integrar la salud pública y comunitaria en el modelo asistencial

Se aprovechará el nuevo enfoque de la salud pública y el rol que debe tener la farmacia comunitaria para mejorar la resolución del sistema.

- **Objetivo para 2015.** Desplegar completamente la cartera de servicios de la ASPC, contratarla desde el CatSalut y disponer de la cartera de servicios asistenciales de las oficinas de farmacia.
- **Objetivo para 2012.** Haber completado la puesta en marcha de la ASPC y haber definido la cartera de servicios de las oficinas de farmacia.

La puesta en funcionamiento de la Agencia de Salud Pública de Cataluña y la definición de la cartera de servicios que formará parte de la prestación normalizada como una prestación del sistema de salud abren perspectivas innovadoras que deben permitir intervenir en la evolución de las enfermedades y de sus determinantes, tanto desde el punto de vista de la incidencia y prevalencia como de la morbimortalidad, especialmente la prematura y la evitable.

Las acciones de la cartera de servicios de salud pública se centran en actividades que inciden sobre los determinantes, las causas y los riesgos de los problemas de salud más prevalentes, con componentes de protección y promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia de la salud.

La consolidación y el refuerzo de este ámbito de actuación de la salud pública y comunitaria, así como la interacción articulada con el resto de ámbitos asistenciales se traducirán en una mejor adecuación de los niveles de intervención en términos de valor añadido de costo-efectividad, y redundará en una mejora de la resolución en el conjunto del sistema.

En el ámbito comunitario, hay la oportunidad de contar con agentes y dispositivos que pueden llevar a cabo de una manera eficiente determinadas tareas de promoción de la salud, prevención, seguimiento y de orientación de la población. En esta línea, hay que destacar el papel de las farmacias en su perspectiva comunitaria. Es necesaria la evolución hacia nuevas fórmulas que incentiven los servicios profesionales de los farmacéuticos comunitarios, incluyendo la provisión de servicios de cariz asistencial que contribuyan al correcto seguimiento clínico de los enfermos.

Cartera de servicios de la Agencia de Salud Pública de Cataluña

<ul style="list-style-type: none"> Proteger a la población de los efectos negativos que pueden tener elementos del medio sobre la salud y el bienestar Promover la salud y prevenir las enfermedades, especialmente aquellas para las que existen pruebas de la eficacia de sus actuaciones Vigilar la salud pública y actuar ante brotes y emergencias Realizar actuaciones específicas, y transversales, como es el caso de la salud laboral o la seguridad alimentaria 	Protección de la salud <ul style="list-style-type: none"> Evaluación de los riesgos sanitarios relacionados con el medio y los alimentos Gestión de los riesgos sanitarios presentes en el medio y en los alimentos
	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad <ul style="list-style-type: none"> Promoción de la salud y prevención de la enfermedad dirigidas a etapas vitales Promoción de la salud y prevención de la enfermedad sobre problemas de salud prioritarios: actividad física y alimentación saludable, tabaquismo, lesiones, infecciones de transmisión sexual y del VIH, salud bucodental, enfermedades transmisibles mediante vacunación y enfermedades crónicas Reducción de las desigualdades en salud
	Drogodependencias y salud mental <ul style="list-style-type: none"> Intervenciones de promoción y prevención en salud mental y drogodependencias en diferentes ámbitos (educativo, familiar, ocio, salud, laboral y comunitario) Prevención, detección y control del consumo de alcohol y otras drogas
	Vigilancia de la salud pública <ul style="list-style-type: none"> Vigilancia, monitoraje y control de las enfermedades infecciosas, crónicas, de los efectos sobre la salud, de los factores ambientales, de los accidentes y las lesiones, de la salud laboral, de drogodependencias y de la salud materno-infantil Emergencias en salud pública Evaluación del impacto en salud
	Seguridad alimentaria <ul style="list-style-type: none"> Evaluación de los riesgos y los beneficios relacionados con los alimentos Comunicación de los beneficios y los riesgos en materia de seguridad alimentaria
	Salud laboral <ul style="list-style-type: none"> Asesoramiento, soporte técnico y formación a los profesionales del sistema público de salud y a los servicios de prevención de riesgos laborales
	Servicios analíticos <ul style="list-style-type: none"> Detección y cuantificación de peligros en los alimentos, en el agua de consumo humano y en los riesgos ambientales Soporte analítico a la investigación ambiental y alimentaria cuando se producen brotes epidémicos o alertas sanitarias Realización de analíticas reglamentarias

Fuente: Departamento de Salud.

Finalmente, la acción interdepartamental es uno de los motores que deben posibilitar el aprovechamiento de todas las potencialidades de la salud pública.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

- Plan de actividad física, deporte y salud (PAFDS).
- Programa de promoción de la dieta mediterránea (AMED).
- Programas de promoción de la salud y prevención del consumo de drogas en la comunidad educativa y en los espacios de ocio.
- Participación de las farmacias en el cribado del cáncer de colon.
- Programa para la determinación de riesgo de infección por el VIH por medio del test rápido.
- Programa de atención a los pacientes drogodependientes en el tratamiento con agonistas opiáceos en las farmacias.

ii. Objetivos para 2015

- Desplegar completamente la cartera de servicios de la ASPC y contratarla desde el CatSalut.
- Disponer de la cartera de servicios asistenciales de las oficinas de farmacia.

iii. Objetivos de resultado para 2012

- Haber completado la puesta en marcha de la ASPC y haber definido la cartera de servicios de las oficinas de farmacia.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Desplegar la Agencia de Salud Pública en las líneas de servicios y en los territorios: regiones y sectores.
- Publicar la cartera de servicios de salud pública.
- Firmar el contrato-programa con el Departamento de Salud / CatSalut.
- Identificar la estrategia de vinculación de las oficinas de farmacia como agentes de salud comunitaria.

v. Acciones posteriores al 2012

- Ampliar la cartera de servicios de la farmacia comunitaria. Años 2013-15.

LÍNEA DE ACTUACIÓN 4. UN SISTEMA DE MÁS CALIDAD Y EQUIDAD EN LA ALTA ESPECIALIZACIÓN

- Los **procedimientos y tratamientos de alta especialización** son elementos que requieren un **enfoque muy específico**.
 - Hay una variabilidad muy alta en la calidad de la provisión de servicios terciarios.
 - Es necesario armonizar la prescripción de fármacos de alta complejidad.
- **Cinco grandes principios** son los que establecen las bases del nuevo modelo de procedimientos terciarios y tratamientos de alta complejidad:
 - Ofrecer un **servicio de calidad** a los ciudadanos.
 - Proveer un servicio **equitativo**.
 - Continuar siendo un **foco de prestigio e innovación** médica.
 - **Aprovechar los recursos** destinados a este tipo de servicios.
 - Asegurar el **dinamismo** en la gestión.
- Sobre la base de estas necesidades, se han identificado **dos grandes proyectos**:
 - **Reordenar** los procedimientos de **alta especialización**.
 - **Armonizar** los **tratamientos farmacológicos** de alta complejidad.

Por *terciarismo* se entiende un **conjunto de servicios altamente especializados que implican un muy alto requerimiento tecnológico y pericia profesional, habitualmente de un coste elevado** y que, dada su baja prevalencia y alta complejidad, se benefician de la concentración en un número reducido de proveedores. Es por eso que, a diferencia de otros servicios públicos de salud, la planificación del terciarismo se debe llevar a cabo en un marco nacional y no regional. Por otra parte, los tratamientos de alta complejidad asociados a los procedimientos terciarios también tienen un conjunto de características, por las que es necesario gestionarlos de modo específico.

Las características diferenciales de los procedimientos terciarios y de los tratamientos de alta complejidad se resumen en:

- Una baja frecuencia de procedimientos que condiciona su gestión.
- La necesidad de pericia profesional y equipos multidisciplinares (complejidad organizativa).

- Un alto requerimiento tecnológico (utilización de equipamientos sofisticados y con un coste muy elevado).
- En general, un coste elevado.
- Una alta complejidad y un riesgo elevado en las intervenciones.
- Una elevada especificidad (baja prevalencia y procedimientos muy específicos).
- Nuevos fármacos innovadores: terapias farmacológicas huérfanas, terapia avanzada, génica, etc. con poca evidencia disponible en el momento de la autorización y de coste elevado.
- Dificultad para medir los resultados en salud en condiciones de práctica clínica habitual, tanto de las intervenciones sanitarias en general como de los medicamentos en particular.

Vistas las características de los procedimientos terciarios y de los tratamientos de alta complejidad relacionados, hay dos aspectos prioritarios:

- a) Es importante reordenar la estructura del terciarismo en Cataluña.
- b) Se debe armonizar la prescripción de los tratamientos de alta complejidad.

a) Es importante reordenar la estructura del terciarismo en Cataluña

La **variabilidad clínica en la provisión de los servicios terciarios es muy alta**. Esta variabilidad está **relacionada con el volumen de casos atendidos por cada centro** (los resultados en salud son mejores en los centros con un volumen de casos más alto).

Hay estudios internacionales contrastados que aportan evidencia entre el volumen de casos y los resultados en salud. En la siguiente tabla se muestra, como ejemplo, el resultado de una revisión en diferentes procedimientos:³⁸

Procedimiento	Media de la tasa de mortalidad (%)	Media de diferencia en la tasa de mortalidad entre centros de bajo y alto volumen (%)
Angioplastia coronaria	1,9	0,2
Cirugía cardíaca pediátrica	7,3	11
Cirugía sin ruptura de aneurisma de aorta	7,5	3,3
Cirugía de aneurisma de aorta roto	49,8	7,9
Cirugía de neoplasia de páncreas	9,7	13
Cirugía de neoplasia de esófago	13,9	12
Cirugía de neoplasia de pulmón	5,5	1,9
Cirugía de neoplasia de estómago	10,9	6,5

Los estudios realizados en Cataluña muestran también una asociación entre volumen y calidad, y se observa una tendencia general a realizar procedimientos terciarios en un número muy elevado de centros; en muchos casos por debajo de la masa crítica recomendable.

Complementariamente, **el terciarismo representa un coste considerable para el sistema sanitario** en comparación con otros servicios.

Estos argumentos justifican **la necesidad de concentrar ciertos procedimientos terciarios en centros o unidades de referencia**. Esta concentración representa un beneficio contrastable en dos ámbitos: más calidad (vinculada al volumen de casos atendidos) y más eficiencia.

Por otra parte, también se plantea el debate **sobre cuál debe ser la distribución territorial de estos servicios**. Actualmente, Barcelona ciudad y el área metropolitana están actuando como polo de atracción del terciarismo y es necesario plantearse, de forma objetiva, si esta situación de asimetría territorial supone un beneficio o si en determinados casos se debería hacer una corrección de esta distribución. El volumen global de casos, la disponibilidad de la oferta y la valoración del nivel de accesibilidad de cada procedimiento deben definir el equilibrio más razonable.

Finalmente, es necesario destacar la importancia de realizar una planificación del terciarismo no solo con respecto a la estructura de provisión y de ordenación territorial, sino también en relación con la **planificación del catálogo de procedimientos o patologías de alta especialización y el monitoreo y la prospección de la actividad terciaria**.

b) Se debe armonizar la prescripción de los tratamientos farmacológicos de alta complejidad

La oferta farmacéutica de tratamientos de alta complejidad se caracteriza por un elevado nivel de innovación que conlleva la aparición constante de medicamentos nuevos. En este contexto, es necesario conseguir una armonización en la selección y la utilización de los medicamentos de acuerdo con un marco de actuaciones y un proceso de toma de decisiones que aseguren:

- La equidad en el acceso a los medicamentos y tratamientos.
- La mejora en los niveles de eficiencia y efectividad, maximizando el nivel de utilidad terapéutica.
- El aprovechamiento de recursos y sostenibilidad.

En relación con los medicamentos en el ámbito hospitalario, en los últimos años se ha incrementado considerablemente el número de fármacos nuevos, así como la aprobación de nuevas indicaciones de principios activos ya

comercializados, y se prevé que este proceso continúe en el futuro dado el desarrollo actual de la investigación preclínica y clínica.

Actualmente son **las comisiones de cada centro hospitalario las que determinan los medicamentos que se incorporan** a sus protocolos farmacoterapéuticos, sobre la base de criterios de evidencia científica. Así, cada centro realiza la selección y la evaluación científica de los medicamentos y del uso, y elabora los protocolos farmacoterapéuticos de utilización de los medicamentos.

Aunque la toma de decisiones en el centro hospitalario tiene ciertas ventajas, puede dar lugar a algunas diferencias o discrepancias entre centros hospitalarios. Esto puede generar una variabilidad no justificada en el uso de los medicamentos.

Principios y modelo

Los principios que deberían regir la gestión de los servicios de alta especialización deben ser una base que acerque los servicios de alta especialización a los objetivos del sistema de salud en Cataluña (mejorar la salud de los ciudadanos sin poner en riesgo la sostenibilidad del sistema sanitario).

- Ofrecer un servicio de calidad a los ciudadanos. Los servicios de alta especialización establecen en muchos casos intervenciones muy complejas, y es imprescindible garantizar unos estándares elevados de calidad. En el caso de los medicamentos se da la circunstancia del uso de fármacos de alta complejidad por diferentes procesos clínicos, que no siempre garantizan unos resultados costo-efectivos.
- **Proveer a los ciudadanos de un servicio equitativo que minimice la variabilidad clínica.** A diferencia de otros servicios, en el caso del terciarismo a menudo no es posible garantizar la proximidad del servicio manteniendo al mismo tiempo la calidad. Por eso, en el caso del terciarismo se prioriza la equidad en resultados en salud sobre la proximidad. Esto suscita la necesidad de analizar detalladamente cuál es la estructura óptima en cuanto a centralización/descentralización para cada uno de estos procedimientos o patologías y, en el caso de los medicamentos, reducir la variabilidad clínica en el uso armonizando los protocolos en todo el ámbito del CatSalut.
- **Potenciar el terciarismo como un foco de prestigio y de innovación médica en Cataluña.** En este sentido, se debe continuar garantizando el desarrollo de los profesionales para mejorar la calidad de las intervenciones y mantener el posicionamiento de Cataluña como referente en la resolución de casos de alta complejidad y en la investigación, la docencia y la innovación de la práctica clínica y, al mismo tiempo, facilitar la incorporación de innovaciones médicas, quirúrgicas, farmacológicas, etc.

- **Evaluar y orientar la gestión hacia la obtención de resultados.** Basar la planificación de los servicios terciarios en los resultados obtenidos requiere garantizar el volumen de casos suficientes para poder utilizar mecanismos de evaluación y medición de resultados en salud. Los registros de pacientes y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos son iniciativas fundamentales que se deben impulsar.
- **Asegurar el dinamismo en la gestión del terciarismo.** Un servicio puede ser considerado terciario y, a causa de cambios en tecnologías/prácticas clínicas o de la extensión de una patología determinada, volverse generalista. Sin embargo, a medida que se producen avances en la ciencia y la tecnología médica es necesario incorporar nuevas prácticas que al principio probablemente serán consideradas terciarias.

Proyectos estratégicos

Sobre la base de los principios definidos, se proponen dos grandes proyectos:

Proyecto 4.1. Reordenar los procedimientos de alta especialización

Se analizarán, para cada uno de estos procedimientos, las posibilidades de reordenación sobre la base de un conjunto de criterios centrados en garantizar más calidad en la atención.

- **Objetivo para 2015.** Garantizar que, para los 18 procedimientos reordenados, el 100% de la población es atendida en centros que cumplan los criterios definidos.
- **Objetivo para 2012.** Garantizar que para los ocho procedimientos se cumplan los criterios de masa crítica que aseguran una mejor calidad en la provisión.

La reordenación de los procedimientos terciarios parte de una serie de criterios definidos sobre la base de sus principios. Es a partir de estos **criterios que se regirá la estructura de provisión de los diferentes procedimientos terciarios en Cataluña.** Para cada uno de los servicios terciarios es necesario hacer un proceso de análisis sobre la base de los siguientes criterios:

- Volumen mínimo o una masa crítica suficiente de casos. Esta necesidad es especialmente manifiesta cuando se trata de procesos infrecuentes o de recursos muy costosos. Se trata de minimizar los riesgos de estas prácticas y de asegurar las competencias y las habilidades necesarias mediante la experiencia acumulada. Hay evidencia de que los centros que ofrecen procedimientos de alta especialización y no disponen de un volumen mínimo difícilmente podrán ofrecer un servicio con las garantías de calidad requeridas.

- Entorno apropiado para el desarrollo del servicio. Es necesario poder garantizar la interrelación con otros procesos o entre los diferentes profesionales desde la perspectiva de un abordaje multidisciplinar. De esta manera, se determina que un centro en el que se realicen servicios de alta especialización debe ser capaz de sostener equipos de profesionales punteros y que trabajen con un enfoque multidisciplinar.
- Tecnologías e infraestructuras apropiadas. Asociado a la realización de determinados procedimientos hay un grado de complejidad que no solo requiere unos equipos de profesionales específicos, sino también equipos tecnológicos de última generación que representan una inversión considerable y de los que se debe maximizar el grado de utilización. Así, hay que asegurar servicios de apoyo adecuados al nivel de complejidad en el centro hospitalario.
- Cultura interna del centro. Este punto se refiere al modelo hospitalario que debe conseguir el centro que ubica servicios de carácter terciario. A menudo estos centros se orientan hacia el desarrollo tecnológico y asistencial y, de forma muy manifiesta, abarcan otros ámbitos claves como la docencia y la investigación o innovación.
- Distribución territorial y unidades funcionales colaborativas. Aunque los servicios terciarios tengan una necesidad de concentración, a la hora de decidir una reordenación de estos servicios se debe considerar cuál es la distribución territorial deseada. El hecho de que sea necesario realizar esfuerzos de concentración del terciarismo en centros de referencia no comporta siempre una ubicación determinada, y también hay que considerar criterios como la proximidad o la accesibilidad y los volúmenes de población según procedimientos y patologías. De esta manera, la reordenación del terciarismo abre la posibilidad de crear redes o unidades funcionales colaborativas que incrementen la interrelación entre los centros para poder ofrecer un modelo de excelencia clínica y al mismo tiempo de proximidad.

Analizando la situación sobre la base de estos criterios, se observa la necesidad de replantear la estructura y realizar una reordenación de determinados servicios de alta especialización.

La Comisión de Servicios de Alta Especialización (CSAE) es el órgano ejecutivo que vela por el **desarrollo y la organización correctos del terciarismo en Cataluña**. Las principales funciones de esta comisión son analizar, priorizar y proponer actuaciones relativas a la ordenación de las prestaciones y los servicios de alta especialización en el CatSalut, así como formular la estrategia necesaria para desarrollarlos e implantarlos.

Por cada una de las intervenciones que se establecen en el marco 2011-2015 y sobre la base de los criterios definidos previamente, **se pueden plantear soluciones de reordenación en los siguientes ámbitos:**

- **Reforzar** determinados **centros como centros de excelencia** a los que se deben derivar principalmente las demandas de atención terciaria.
- **Concentrar la actividad en un centro** determinado y cesarla en otros dispositivos que no cumplen los requisitos establecidos, especialmente si los centros no llegan a la masa crítica mínima de actividad.
- **Crear alianzas entre centros** (unidades funcionales colaborativas) en un modelo de red, para incrementar el volumen de actividad. Estas unidades funcionales son el resultado de acuerdos estratégicos entre entidades y permiten crear servicios multicéntricos para dar una prestación de calidad con mejores resultados y mantener un modelo de atención próximo.
- **Potenciar el papel del SEM**, entendiendo que su función es clave en la gestión de los procesos en los que el factor *tiempo* condiciona resultados como el código infarto, el código ictus o el código politrauma, y también en los casos en los que el transporte entre centros es vital para el pronóstico del caso: neonatos prematuros, críticos, etc. La función de coordinación del SEM garantiza una selección adecuada del circuito que se debe seguir según el perfil de los pacientes y la puesta en marcha a tiempo con los centros receptores de la cadena asistencial en caso de urgencias y emergencias.

El modelo de ejecución de la reordenación de los servicios terciarios gira en torno al trabajo que se realiza desde la CSAE. Esta comisión es la encargada de analizar la situación, en colaboración con las patronales, la red hospitalaria y las sociedades científicas. Este análisis debe comportar soluciones principalmente basadas en dichos ámbitos.

A la hora de formalizar una reordenación, en función de la complejidad, en general se pueden **seguir dos mecanismos**:

- Para casos de baja complejidad, **identificación y comunicación** en la red de cuáles son los centros de referencia para un proceso determinado (a través de una notificación ordinaria).
- Cuando la complejidad organizativa requiere regular los centros de referencia, los territorios y otros criterios que afecten a la gestión asistencial y la relación entre centros, el CatSalut utilizará **elementos normativos** más formales (como por ejemplo, instrucciones).

i. Ejemplos de iniciativas en curso

La Comisión de Servicios de Alta Especialización (CSAE) está constituida actualmente y está revisando los procedimientos terciarios relativos a las cardiopatías congénitas, la hipertensión arterial pulmonar, los implantes cocleares y los politraumatismos terciarios. Por otra parte, la reordenación hecha con la implantación del código infarto en los procedimientos de angioplastias ha sido ejecutada con éxito.

ii. Objetivo para 2015

- Garantizar que, para 18 procedimientos reordenados, el 100% de la población es atendida en centros que cumplen los criterios definidos.

Dentro del alcance de este Plan de Salud de Cataluña 2011-2015, el objetivo es **proponer un marco adecuado para la reordenación de los servicios** de alta especialización que se ajuste a los principios establecidos.

Además, es necesario priorizar qué **conjunto de servicios terciarios serán reordenados en este periodo**. Estas intervenciones se han escogido sobre la base de la relevancia en cuanto al impacto en la salud de los ciudadanos y en los costes que representan para el sistema, y el potencial de mejora por los dos conceptos. Hay que tener en cuenta que, dado el carácter dinámico del terciarismo y que es un periodo largo, esta lista de servicios por considerar puede incrementarse durante los próximos años. La reordenación de estos servicios se realizará sobre la base de los principios y criterios definidos previamente.

De esta manera, la planificación de las reordenaciones ha quedado definida como se muestra en la figura siguiente:

Planificación de la reordenación de los procedimientos terciarios 2011-2015

	2011	2012	2013
Tratamientos terciarios	<ul style="list-style-type: none">Cardiopatías congénitas niños-adultosHipertensión pulmonar arterialImplantes coclearesCódigo politrauma	<ul style="list-style-type: none">OncopediatríaCódigo ictusHemorragia subaracnoideaNeurocirugía, Parkinson y epilepsia	
Guardias		<ul style="list-style-type: none">Cirugía oncológica complejaNeurocirugíaCirugía vascularCirugía torácicaCirugía cardíaca	
Trasplantes		<ul style="list-style-type: none">Cardíacos adultosPancreáticosRenalesHepáticos	

Fuente: Comisión de Servicios de Alta Especialización (CSAE).

Esta reordenación de las actividades terciarias también comporta la necesidad de evaluar cuál es la estructura territorial que queremos para estos servicios. Lógicamente, la necesidad de concentrar centros llevará a un modelo más centralizado, aunque en casos específicos puede ser necesario evaluar el traspaso de funciones sobre la base de la proximidad. En cualquiera de los

casos, el criterio principal en los servicios terciarios debe ser **garantizar la equidad en resultados**, más que la proximidad.

iii. Objetivo de resultado para 2012

- Garantizar que para los ocho procedimientos se cumplen los criterios de masa crítica que aseguran una mejor calidad en la provisión.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Completar la reordenación para ocho procedimientos de alta especialización.
- Definir los criterios generales para la reordenación de diez procedimientos adicionales.

Proyecto 4.2. Armonizar la prestación de tratamientos farmacológicos de alta complejidad

Se armonizará la prestación farmacéutica sobre la base de procedimientos comunes y criterios de efectividad en costes en todos los centros sanitarios.

- **Objetivo para 2015.** Alcanzar un total de 25 protocolos armonizados al año.
- **Objetivo de resultados para 2012.** Incrementar el número de protocolos armonizados en al menos 20 tratamientos.

Con vistas a la **armonización de los tratamientos de alta complejidad se establecen dos programas**: el programa de evaluación, seguimiento y financiación de los tratamientos farmacológicos de alta complejidad (**PESFTAC**) y el programa de armonización farmacoterapéutica de medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (**PAFMHDA**) del CatSalut con las funciones siguientes:

- **Armonizar los protocolos farmacoterapéuticos de los tratamientos de alta complejidad** de la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria de aplicación en el ámbito del CatSalut. La armonización incluirá recomendaciones sobre el lugar de práctica clínica habitual, la pertinencia del tratamiento (tipo de pacientes), las condiciones de uso y dispensación del medicamento, así como sobre los criterios de seguimiento y respuesta terapéutica, de éxito clínico y de eficiencia de estos tratamientos.
- Determinar, **proponer y promover medidas para la implantación óptima de los protocolos** farmacoterapéuticos de los tratamientos de alta complejidad. Para poder poner en marcha los protocolos armonizados, es necesario identificar mecanismos que consideren las peculiaridades del sistema sanitario en Cataluña y permitan su implantación en el ámbito del CatSalut y las diferentes entidades proveedoras.

- **Potenciar el registro de los datos clínicos y administrativos.** Hacer un seguimiento epidemiológico y de los resultados en salud de los pacientes tratados con las enfermedades para las que se autoricen tratamientos farmacológicos de alta complejidad y poder cuantificar el gasto y la costo-efectividad.
- **Crear el Consejo Asesor de Tratamientos Farmacológicos de Alta Complejidad** para:
 - Asesorar al CatSalut en todos los aspectos relacionados con los tratamientos farmacológicos de alta complejidad.
 - Valorar las solicitudes de autorización, renovación, suspensión o finalización de los tratamientos farmacológicos de alta complejidad y emitir los informes correspondientes.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

Actualmente, las iniciativas en curso en el ámbito de la armonización y de los tratamientos farmacológicos de alta complejidad son:

- Programas PESFTAC (dieciocho fármacos con informe y dictámenes disponibles) y PAFMHDA (tres fármacos con informe y dictamen disponibles) a 1 de noviembre de 2011.
- Registro de pacientes en última fase de diseño.

ii. Objetivos para 2015

En el contexto del uso racional del medicamento, definir e implementar una política global de la prestación farmacéutica en materia de acceso de los fármacos que incorpore la vertiente clínica y económica y, sobre todo, que mida los resultados clínicos. En concreto:

- Alcanzar un total de 25 protocolos armonizados al año.

iii. Objetivo de resultado para 2012

- Incrementar el número de protocolos armonizados en al menos 20 tratamientos.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Ampliar los programas PESFTAC y PAFMHDA para incrementar el número de protocolos armonizados al año.
- Implantar el registro de datos clínicos y garantizar el registro de al menos 35 medicamentos seleccionados.

Los dos proyectos propuestos, reordenación de los servicios de alta especialización y armonización de los tratamientos de alta complejidad, mantienen una relación absolutamente estrecha, condicionada por el hecho de garantizar un esquema de reordenación basado en la continuidad y coherencia asistencial de los centros.

Es imprescindible el desarrollo de una serie de instrumentos o facilitadores transversales que darán apoyo a uno o varios proyectos de cambio de modelo de atención contenidos en el Plan de Salud. De estos instrumentos destacan la necesidad de desarrollar un modelo de estratificación poblacional de riesgos, la adaptación del modelo de contratación, el desarrollo de herramientas de información compartida (historia clínica unificada, receta electrónica desplegada en todos los niveles asistenciales) y el diseño y la implantación de procesos de evaluación y rendición de cuentas rigurosos que valoren los resultados de las acciones ejecutadas. Todos estos elementos son parte de un modelo organizativo del sistema que, por otra parte, ha evolucionado lentamente en los últimos años. **La modernización de la organización (que se trata en el siguiente capítulo) es clave para asegurar el éxito de este Plan de Salud.**

IV.III. Modernización del modelo organizativo: un sistema sanitario más sólido y sostenible

LÍNEA DE ACTUACIÓN 5. MAYOR ENFOQUE EN LOS PACIENTES Y LAS FAMILIAS

- El Servicio Catalán de la Salud debe seguir evolucionando hacia el **modelo de aseguradora pública**.
- El modelo propuesto de mayor enfoque en los ciudadanos se basa en los siguientes **principios**:
 - Más proactividad de la aseguradora en esta relación.
 - Incremento de la transparencia en los compromisos y en los servicios de la aseguradora a los ciudadanos.
 - Refuerzo de la responsabilización de los ciudadanos.
- Se proponen **tres proyectos claves del cambio**, con una aspiración hasta 2015 definida para cada uno:
 - Mejorar el conocimiento de los ciudadanos sobre el sistema de salud y las prestaciones que cubre la aseguradora.
 - Gestionar el riesgo de las personas aseguradas.
 - Garantizar la calidad de la prestación y la satisfacción de los pacientes.
 - Potenciar la participación de los asegurados mediante mecanismos directos, como por ejemplo la Comisión Asesora de Enfermedades Minoritarias o el Consejo Catalán del Paciente.

El CatSalut está evolucionando hacia la asunción de su papel de aseguradora pública y, en el marco de esta evolución, debemos priorizar:

- Promoción de un modelo que establezca una relación proactiva con los asegurados.
- Definición de los compromisos del CatSalut con las personas aseguradas para conseguir una relación que se sustente en un ámbito de confianza y de autoexigencia.
- Establecimiento de un modelo de aseguramiento sanitario público que avale el autocuidado y la responsabilidad de los pacientes, en dos dimensiones. Por

una parte, en las tareas de carácter más administrativo y, por la otra, en la mejora y el cuidado de su salud.

- Potenciación de actuaciones sectorizadas y estratificadas de acuerdo con los análisis sectoriales de riesgo que potencien las actuaciones de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud.

Principios y modelo

En este sentido, **proponemos un modelo basado en los tres principios siguientes:**

- Más proactividad de la aseguradora en esta relación.
- Incremento de la transparencia en los compromisos y en los servicios de la aseguradora a los ciudadanos.
- Refuerzo de la responsabilización de los ciudadanos.

De acuerdo con estos principios, basamos el modelo en los cuatro ejes de contenido siguientes:

- **Garantizar que los ciudadanos conocen el sistema y las prestaciones.** Alta proactividad en la relación con los asegurados y elevada transparencia respecto a los compromisos con los asegurados y al funcionamiento del sistema. Es necesario diferenciar claramente el rol de aseguramiento del de provisión de servicios.
- **Gestionar el riesgo de los asegurados.** Conocimiento profundo de los riesgos de la población asegurada, promoción de una mayor autonomía de gestión de los asegurados tanto en la vertiente de resolución de los contactos de carácter administrativo como en el autocuidado de sus patologías.
- **Asegurar la calidad en la provisión de los servicios.** Énfasis en los criterios de acreditación y de los procedimientos de aseguramiento a través del establecimiento de la definición de la cartera de servicios y de los niveles de cobertura de los diferentes grupos asegurados.
- Estos tres ejes tendrán el apoyo, para su despliegue, de un cuarto eje, que es el sistema de comunicación integral con los asegurados, que se desarrolla en la línea de actuación 9 de este Plan de Salud.

Proyectos estratégicos

De acuerdo con estos principios y ejes de contenido, **proponemos tres proyectos estratégicos con objetivos para 2015 y compromisos claros.**

Proyecto 5.1. Mejorar el conocimiento de los ciudadanos sobre el sistema integrado de utilización pública y las prestaciones que cubre el CatSalut como aseguradora

Se realizará a través de cuatro acciones principales: (1) transparencia en el catálogo de prestaciones; (2) manual de incorporación de los usuarios en el sistema; (3) continuidad y seguridad asistencial en el territorio, y (4) segmentación proactiva.

- **Objetivo para 2015.** Conseguir que el 90% de la población conozca la aseguradora y sepa cuáles son las prestaciones que ofrece.
- **Objetivo de resultados para 2012.** Conseguir que el 50% de la población conozca la aseguradora y sepa cuáles son las prestaciones que ofrece.

Con este proyecto pretendemos poner en valor la tarjeta del Servicio Catalán de la Salud de nuestros asegurados. Para conseguir esta aspiración, creemos que hay que emprender al menos cuatro acciones bien diferenciadas. Son las siguientes:

- **Transparencia en el catálogo de prestaciones.** Definir el catálogo de prestaciones, y facilitar su conocimiento y aplicabilidad. Hay que impulsar herramientas de relación y un modelo explícito de acceso a los servicios de acuerdo con las características poblacionales y de estructura de la red. Es necesario definir una póliza pública conjuntamente con el Departamento de Salud que sea efectiva mediante la tarjeta sanitaria individual (TSI).
- **Manual de incorporación de los usuarios en el sistema.** Elaborar un manual explicativo para los ciudadanos de cómo se deben mover por el sistema (coberturas, mejores prácticas en las situaciones más frecuentes, etc.). La idea es establecer un marco de corresponsabilización y participación ciudadana que promueva la sostenibilidad del sistema sanitario público. Hay que mejorar la información sobre los costes del aseguramiento que tiene la ciudadanía.

Proponemos completar esta acción proporcionando información específica sobre el coste individualizado del acceso a los servicios de salud (toma de conciencia y responsabilización). No solo será necesario tener en cuenta las guías de uso de los asegurados, sino que también habrá que definir un modelo de información para los profesionales.

- **Continuidad y seguridad asistencial en el territorio.** Visualizar el concepto de persona asegurada y su derecho a determinadas coberturas, tanto en el ámbito territorial catalán como en espacios supraterritoriales, como por ejemplo el Estado español (sistema integrado de información del Fondo de Cohesión Sanitaria, SIFCO), instaurando un modelo que se caracterice por la garantía de la continuidad asistencial.

- **Segmentación proactiva.** Iniciar procesos mediante los que el sistema atienda a determinados grupos poblacionales en función de características de discriminación positiva, como por ejemplo la TSI en braille y la tarjeta “Cuida’m” para colectivos de alta fragilidad relacional y sus cuidadores.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

- Acceso al certificado de inclusión en el registro de listas de espera.
- Tarjeta “Cuida’m”.

ii. Objetivo para 2015

- Conseguir que el 90% de la población conozca la aseguradora y sepa cuáles son las prestaciones que ofrece.

iii. Objetivo de resultados para 2012

- Conseguir que el 50% de la población conozca la aseguradora y sepa cuáles son las prestaciones que ofrece.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Disponer del diseño del catálogo de servicios y prestaciones.
- Lanzar la TSI en braille y asegurar que el 90% de los solicitantes disponga de la tarjeta.
- Realizar la prueba piloto y la evaluación de la TSI “Cuida’m”.
- Editar y difundir la guía de uso del sistema (en coordinación con Comunicación).
- Iniciar la definición de la Carta de Derechos y Deberes.

Proyecto 5.2. Gestionar el riesgo de los asegurados

Se realizará mediante una estratificación poblacional, el fomento de los programas de formación de los ciudadanos en el conocimiento del sistema sanitario y de autocuidado y de los programas interdepartamentales (especialmente en el ámbito de Educación y de Bienestar y Familia).

- **Objetivo para 2015.** Conseguir que toda la población de Cataluña (100% de la que tenga algún contacto con la sanidad pública) tenga identificados su perfil de riesgo vigente y su evolución temporal en los dos años previos.
- **Objetivo de resultados para 2012.** Estratificar el 100% de la población según su riesgo con base en un modelo predictivo y diseñar como mínimo tres intervenciones específicas para 2013, como la identificación del 100% de los reingresadores frecuentes con el perfil que se defina.

Este es el segundo proyecto que queremos potenciar en el ámbito de relación con los asegurados/ciudadanos. Su finalidad última es aumentar la gestión que hacemos del riesgo de los asegurados. Así pues, internamente, tenemos que asegurar el conocimiento del riesgo de nuestra base de asegurados y adoptamos medidas en consecuencia.

Conocer el riesgo de la población asegurada debe incrementar las actuaciones de prevención y promoción de la salud mejorando la capacidad de respuesta de la aseguradora pública y aumentando su eficiencia. Los ciudadanos asegurados deben recibir el mensaje que la valoración del riesgo es un elemento de corresponsabilización de su salud que favorece la introducción de la transversalidad en el concepto salud de la mano de políticas basadas en la educación para la salud.

Habría que valorar la posibilidad de incorporar los objetivos de salud priorizados en este Plan de Salud a la póliza de los seguros privados como un elemento favorecedor de la promoción de la salud.

Este mejor conocimiento del riesgo poblacional facilitará emprender actuaciones específicas sobre colectivos especialmente sensibles y que son relevantes en el marco de las actuaciones específicas definidas en la línea de actuación 2 (un sistema más orientado a los enfermos crónicos).

Las actividades que se deben desarrollar son:

- **Estratificación poblacional.** Definir grupos poblacionales con riesgos estandarizados que faciliten el desarrollo de actuaciones preventivas y de promoción de la salud. Se debe obtener una mejor gestión de los riesgos de salud de los diferentes grupos poblacionales estableciendo un modelo de sectorización poblacional con la utilización del Registro Central de Asegurados (RCA) como herramienta instrumental básica.

Hay que establecer grupos poblacionales con características homogéneas de lugar, edad, patologías o hábitos de utilización de recursos para diseñar carteras específicas que se adecuen al perfil seleccionado de las personas aseguradas.

Por lo tanto, es básico confirmar el concepto de conocimiento del riesgo de las personas aseguradas para ser capaces de hacer una oferta personalizada para la resolución de las necesidades de salud. No se podrá entender un modelo de gestión de la demanda sin haber profundizado en modelos de conocimiento del riesgo poblacional.

- **Programas de educación y autocuidado.** Es necesario fomentar el conocimiento de los pacientes sobre su patología y posibilitar que sus actuaciones sean más eficientes en costes tanto para su salud como para el sistema en general. Es por eso que las prácticas profesionales deben

incorporar e integrar la experiencia de los pacientes, de acuerdo con la exposición y la valoración de sus necesidades y expectativas.

En este contexto hay que destacar experiencias como la del “Paciente Experto”. También hay que tener presente el papel que deben desarrollar entidades como el Foro Catalán de Pacientes y otras asociaciones de pacientes, con su efecto de pericia y de transmisión como canales de interacción potentes.

- **Programas multidepartamentales.** En la misma dinámica de gestión de riesgos y siniestralidad de la ciudadanía en aspectos de salud, nos debemos abrir a otros ámbitos específicos de relación. Tienen especial relevancia en temas de salud las interacciones con Educación y Trabajo y, de manera prioritaria, hay que establecer modelos de gestión compartida, integral y continuada con los servicios sociales y de ayuda a la dependencia.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

- Impulso del uso de tecnologías que faciliten la interacción no presencial de los ciudadanos. Oficina Virtual de Trámites. Altas del RCA notificadas de manera personalizada.

ii. Objetivo para 2015

- Conseguir que toda la población de Cataluña (100% de la que tenga algún contacto con la sanidad pública) tenga identificados su perfil de riesgo vigente y su evolución temporal en los dos años previos.

iii. Objetivos de resultados para 2012

- Estratificar el 100% de la población según su riesgo con base en un modelo predictivo y diseñar como mínimo tres intervenciones específicas para 2013, como la identificación del 100% de los reingresadores frecuentes con el perfil que se defina.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Poner en marcha la clasificación de la población en *Clinical Risk Groups* (CRG) a partir de los datos de los CMBD y de farmacia.
- Identificar a las personas que corresponden con el perfil de pacientes. Año 2012. Reingresadores frecuentes asociados a condiciones clínicas priorizadas en el Plan de Salud.
- Poner en marcha el CMBD de atención primaria y el CMBD de atención urgente.

Proyecto 5.3. Garantizar la calidad de la prestación y la satisfacción de los pacientes

Se realizará mediante un seguimiento exhaustivo de la satisfacción de los usuarios y la revisión del modelo de gestión de quejas y reclamaciones.

- **Objetivo para 2015.** Conseguir una mejora de la satisfacción de la ciudadanía con los servicios sanitarios recibidos del 5% en comparación con el año 2011.
- **Objetivos de resultados para 2012.** Reducir en un 10% las reclamaciones de trato y conseguir una mejora de la satisfacción del 1% en comparación con el año 2011.

Es necesario garantizar una buena calidad de la prestación mediante la priorización de la satisfacción de los pacientes con el servicio. Hay que introducir el concepto de valoración de las actuaciones de la propia aseguradora y no solo analizar los comportamientos de las entidades proveedoras. En este sentido, pensamos que hay tres elementos que debemos seguir potenciando:

- **Plan de encuestas de satisfacción (PLAENSA).** Hay que profundizar en el conocimiento de la percepción cualitativa que tienen los ciudadanos de los servicios y de la prestación del sistema sanitario público. Para ello, hay que utilizar herramientas metodológicas contrastadas, válidas y fiables que permitan instaurar procesos de mejora continuada de la calidad asistencial.
- **El PLAENSA es un ejemplo claro de acciones dirigidas a potenciar y mejorar el conocimiento de la percepción ciudadana hacia la prestación de los servicios de salud.** Es necesario redefinir las vías de investigación y potenciar el uso como una herramienta fundamental para mejorar la gestión en la prestación de servicios. Se deben utilizar los resultados como elementos de *benchmarking* y facilitar el desarrollo de políticas de transparencia informativa hacia los asegurados. Esta actuación se debe potenciar mediante la instauración de mecanismos que faciliten la comunicación de los resultados de satisfacción y expectativas a la población asegurada.
- **Procesos de proactividad en el compromiso.** Ante determinadas demandas de actuaciones preferentes en colectivos y grupos específicos, con las herramientas metodológicas que se determinen, la aseguradora pública debe responder con compromisos activos y efectivos de cumplimiento. Esta respuesta de la aseguradora debe ser correcta en tiempo y resultados, y la deben conocer los actores afectados.

Estamos hablando de procesos y de actividades consensuadas en grupos de ciudadanos con riesgos identificados que tienen demandas concretas que, al ser asumidas por la aseguradora, tienen un compromiso de transparencia en su resolución y evaluación (por ejemplo, diagnóstico rápido del cáncer,

enfermedades minoritarias, atención continuada en periodos de alta asistencia, etc.).

- **Gestión de quejas y reclamaciones.** Las quejas y reclamaciones de los asegurados son, en su gestión, un elemento que facilita el conocimiento y la mejora de la calidad de los servicios. La propuesta es evolucionar hacia un modelo integral de la gestión de las reclamaciones y quejas que permita conocer y estandarizar los principales motivos de disconformidad de la ciudadanía y, al mismo tiempo, proponga los elementos de mejora adecuados.

Un buen modelo de gestión de quejas debe permitir instaurar políticas de mejora sectoriales y también definir elementos de *benchmarking* entre los proveedores. Hay que potenciar el uso de las nuevas tecnologías en la gestión de las quejas para facilitar una gestión más eficiente de los recursos utilizados en su tramitación y resolución. Así pues, el conocimiento específico del conjunto de reclamaciones anuales se debe traducir en políticas proactivas de mejora en la prestación de servicios.

Asimismo, hay que potenciar otras medidas y métodos de acceso a la opinión ciudadana como, por ejemplo, el uso de las redes sociales.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

- PLAENSA, en marcha desde 2003 (cada año, diferentes niveles asistenciales), niveles de satisfacción actual: notable alto (8,2/10).

ii. Objetivo para 2015

- Conseguir una mejora de la satisfacción de la ciudadanía con los servicios sanitarios recibidos del 5% en comparación con el año 2011.

iii. Objetivos de resultados para 2012

- Reducir en un 10% las reclamaciones de trato.
- Conseguir una mejora de la satisfacción del 1% en comparación con el año 2011.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Realizar y comunicar los resultados de los estudios planificados PLAENSA© 2012 (AP, AH y CSMA).
- Elaborar el modelo de respuesta de las reclamaciones de trato y la prueba piloto en la región de Barcelona (extender a todo el territorio las mejoras para el registro de estas reclamaciones).
- Elaborar un modelo de accesibilidad de los servicios sanitarios más transparente e interactivo.

- Disponer de un modelo de participación ciudadana de todos aquellos ámbitos que no son de participación en los Consejos de Salud y Dirección (línea de actuación 8).

Hay que tener presente las TIC como herramientas facilitadoras de este proceso de gestión como elemento transversal en las políticas de mejora relacional con los asegurados. Por este motivo, desarrollamos un proyecto específico de red multicanal de comunicación y atención a los ciudadanos (véase la línea de actuación 9, proyecto 9.2.).

Es muy importante asegurar su accesibilidad y evaluar los resultados de mejora obtenidos con su uso. Desde el punto de vista específico de relación con los asegurados, tenemos que considerar:

- Impulso del uso de Internet como elemento de acercamiento de la Administración, de los proveedores y de la ciudadanía (utilización de las posibilidades de las TIC como elementos de colaboración entre ambas partes).
- Acercamiento del uso de las TIC a los asegurados en sus diferentes niveles de interrelación con la aseguradora (autogestión de prestaciones, autocuidado, accesibilidad, conocimiento de la póliza, etc.).
- Las actuaciones previstas en esta línea se deben plantear, en muchos casos, de manera conjunta con otros proyectos del Plan de Salud.

Los ciudadanos deben considerar que las TIC son herramientas que mejoran las prestaciones del sistema. Estas herramientas deben propiciar que los profesionales y la aseguradora las utilicen como instrumentos que faciliten la actuación profesional y, al mismo tiempo, contribuyan a la sostenibilidad del sistema. Resuelven problemas para todos los actores del sistema y, por lo tanto, lo hacen más efectivo y resolutivo.

LÍNEA DE ACTUACIÓN 6. NUEVO MODELO DE CONTRATACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA MÁS ORIENTADO A RESULTADOS EN SALUD

El modelo de contratación se adaptará a las nuevas necesidades del modelo de atención para conseguir una mayor orientación a resultados y una mayor integración entre niveles asistenciales, y continuar estimulando la eficiencia del sistema. Los cambios afectarán a los siguientes elementos claves:

- Se establecerá un pago orientado a resultados (salud, accesibilidad, integración, satisfacción, etc.).
- Se introducirán fórmulas de incentivos como palancas para facilitar el cumplimiento de los objetivos.
- Se contratarán por separado las intervenciones de alta complejidad y terciarismo.
- Se llegará a acuerdos de riesgo compartido con la industria farmacéutica vinculados a resultados en salud.
- Se adecuará la solución a las particularidades de cada territorio respetando los principios establecidos, de manera que la solución pueda ser diferente para algunos territorios concretos.

Hay cuatro proyectos estratégicos para la puesta en marcha del **nuevo modelo de contratación**:

- Implantar el nuevo modelo de asignación territorial de base poblacional, más equitativo y transparente.
- Implantar el nuevo modelo de contratación e incentivos vinculado a resultados (atención a la cronicidad, potenciación de la capacidad de compra de la primaria y nuevo modelo de accesibilidad).
- Implantar el nuevo modelo de compra de procedimientos de alta especialización.
- Incorporar la financiación de los medicamentos, basándose en resultados clínicos (acuerdos de riesgo compartido con la industria farmacéutica).

Hay que hacer modificaciones y adaptaciones en los instrumentos de contraprestación para alinear los incentivos con los objetivos establecidos en el bloque de transformación del modelo de atención, priorizando e incentivando:

- La prestación de una atención más resolutive que fomente que los pacientes sean atendidos en el nivel más adecuado.
- La promoción de la coordinación y el trabajo en red de los diferentes proveedores, de manera que se introduzcan cambios en el modelo de atención, especialmente en los casos de cronicidad y de alta complejidad.

- El diseño de un sistema de incentivos que no esté tan condicionado por la estructura existente, sino por las necesidades de las personas, para contribuir a la finalidad de fomentar una atención centrada en los pacientes.

En este proceso no empezamos de cero. En el año 2002 se puso en marcha la experiencia de un modelo de pago de base poblacional en cinco zonas demostrativas, con la finalidad de superar los problemas que genera la compra fraccionada por líneas de servicio y evolucionar hacia una compra integrada de servicios de salud, mediante la asignación de un presupuesto per cápita a los proveedores que operan en un ámbito geográfico determinado con estructuras de oferta bien diferenciadas.

La evaluación de esta experiencia demostrativa pone de manifiesto dos aspectos positivos:

- Es útil para generar cambios en la organización de los proveedores.
- Orienta hacia un modelo más integrado.

Al mismo tiempo señala que, **para continuar mejorando el modelo, es necesario:**

- Mejorar el mecanismo de asignación mediante la introducción de nuevos factores que permitan un mejor ajuste del riesgo.
- Generar incentivos que potencien las actuaciones transversales con el objetivo de promover la prevención, la atención, el tratamiento y la rehabilitación en el nivel más eficiente.
- Propiciar cierto marco de estabilidad a largo plazo para los proveedores para facilitarles los cambios estructurales que deben hacer para adaptarse mejor al nuevo modelo de servicio.
- Asegurar que las experiencias demostrativas tienen una duración adecuada y que recogen los aprendizajes para extender el modelo rápidamente.

Principios y modelo

El modelo de contratación que se propone tiene un objetivo general claro: la estructuración del sistema en torno a las necesidades de los ciudadanos, a través de la mejora de la eficiencia de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, promueve el trabajo en red de los proveedores, facilita las sinergias y garantiza la calidad asistencial y la distribución equitativa de los recursos. **Se pretende alcanzar este objetivo mediante una asignación territorial de recursos basada en las necesidades de la población.**

La propuesta se fundamenta en los cinco principios básicos siguientes:

- Implantar un **pago orientado a resultados** (salud, accesibilidad, integración, satisfacción, etc.).

- Introducir **fórmulas de incentivos** como palancas para facilitar el cumplimiento de los objetivos.
- Contratar **por separado** los procedimientos **de alta complejidad y terciarismo**.
- Llegar a **acuerdos de riesgo compartido con la industria farmacéutica** vinculados a resultados en salud.
- Adecuar la **solución a las particularidades** de cada territorio respetando los principios establecidos.

Proyectos estratégicos

Este modelo se desarrollará mediante **cuatro proyectos** claves.

Proyecto 6.1. Implantar el nuevo modelo de asignación territorial de base poblacional, más equitativo y transparente

El elemento más innovador de este modelo será la inclusión de variables de morbilidad, que permitirán en el futuro adaptar los recursos al estado de salud de la población y fomentar una mejor gestión de los riesgos asociados.

- **Objetivo para 2015.** Implantar el nuevo modelo de asignación territorial en todo el territorio y hacer su seguimiento y evaluación.
- **Objetivo de resultado para 2012.** Tener el nuevo modelo de asignación territorial y para los proveedores preparado para iniciar su implantación en 2013.

Este proyecto consiste en la definición de un **modelo que permita una asignación de recursos a cada territorio** adecuada a las necesidades de salud de su población.

La construcción de este modelo se basará en dos tipologías de variables: (1) variables sociodemográficas que caractericen la estructura de la población (distribución por edad y sexo, dispersión de la población, nivel de renta, etc.) y (2) variables que midan la morbilidad atendida (mediante agrupadores de casuística como los grupos de riesgo clínico, GRC) para adaptar los recursos al estado de salud de la población y fomentar una mejor gestión de los riesgos asociados. La introducción de estas variables es el elemento más innovador de este proyecto, que tendrá, como factor facilitador clave, los sistemas de información.

Dejaremos fuera del modelo los procedimientos terciarios y de alta complejidad, así como los programas de especial interés del Departamento de Salud (PEIDS), ya que requieren una consideración específica porque se trata de actividades relacionadas exclusivamente con un territorio concreto definido.

Aspectos básicos del proyecto son la **definición de criterios y la identificación de las unidades territoriales susceptibles de aplicación del modelo**. La definición de los territorios debe tener en cuenta algunos criterios básicos, como el volumen de población residente o la disponibilidad de los recursos sanitarios necesarios para prestar la cartera de servicios básicos común para toda Cataluña. En este sentido, 150.000 habitantes es el valor mínimo necesario para cumplir los dos criterios.

Este modelo finalizará en el año 2012, aunque se establecerá un plan de medio plazo para el ajuste de las diferencias entre la asignación territorial teórica y la resultante del modelo actual de contratación.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

- Realización de experiencias demostrativas y evaluación de un modelo de compra de servicios de base poblacional, que ha demostrado la utilidad del sistema así como la necesidad de incorporar medidas de morbilidad atendida al proceso de asignación de recursos.

ii. Objetivos para 2015

- Implantar el nuevo modelo de asignación territorial en todo el territorio y hacer su seguimiento y evaluación.

iii. Objetivo de resultados para 2012

- Tener el nuevo modelo de asignación territorial y para los proveedores preparado para iniciar su implantación en 2013.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Tener definido un modelo de asignación y preparado para iniciar su implantación (2T2012).
- Tener un modelo claro de contratación a los proveedores del territorio, que baje la asignación territorial a cada proveedor (2T2012).

Proyecto 6.2. Implantar el nuevo modelo de contratación e incentivos vinculado a resultados

Se impulsarán tanto incentivos individuales como mancomunados en el territorio para conseguir una mayor integración entre proveedores.

- **Objetivo para 2015.** Incorporar a los nuevos contratos un mínimo de un 5% de incentivos.
- **Objetivo de resultados para 2012.** Tener el nuevo modelo de incentivos para la atención a la cronicidad y resolución diseñado, probado y preparado para su extensión a Cataluña en 2013.

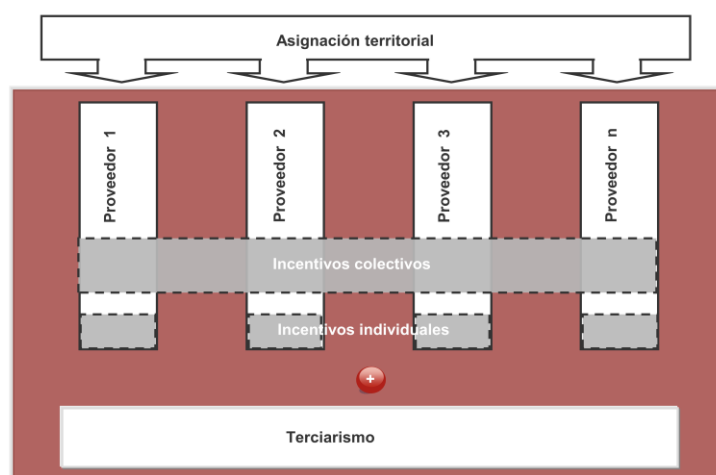
La asignación territorial de recursos se debe traducir en los contratos con las unidades proveedoras de cada territorio, los cuales deben incluir incentivos vinculados al cumplimiento tanto de los objetivos fijados para cada unidad proveedora como de los definidos en el territorio.

Los objetivos territoriales deben ser transversales y dinámicos y estar relacionados principalmente con resultados en salud, resolución, integración y satisfacción, para cuyo cumplimiento harán falta la participación y la cooperación entre diferentes entidades proveedoras y niveles asistenciales.

Para articularlo, promoveremos **un convenio territorial en el que determinaremos los objetivos colectivos para los proveedores del territorio y contratos individuales**, en segunda instancia, con cada proveedor. Delimitaremos las aportaciones de cada unidad proveedora al cumplimiento de los objetivos colectivos para poder imputar las compensaciones correspondientes a través de los contratos individuales, cuyo pago estará condicionado a la consecución del objetivo en el ámbito territorial. Es relevante destacar que será necesario que los incentivos se transmitan de la aseguradora a los proveedores y de estos a los profesionales.

Para conseguir que los objetivos que se marquen **transformen el modelo de atención de la manera definida**, será preciso: (1) que los incentivos tengan un peso suficientemente importante como para animar a los proveedores a realizar estos cambios (como mínimo un 5%); (2) que los objetivos que se marquen no sean estáticos y varíen a lo largo del tiempo, y (3) que la parte variable sea pagada a cuenta (devengada) y se regularice de forma retrospectiva.

Esquema conceptual del modelo propuesto



Fuente: Plan de Salud de Cataluña 2011-2015.

Finalmente, **con la finalidad de incentivar los procesos de cooperación de las entidades y unidades proveedoras** en el territorio y garantizar la trascendencia y el impacto de los procesos de evaluación, será necesario que se realicen las siguientes actividades:

- Definición territorial de objetivos de resultados, de acuerdo con las directrices emanadas del Plan de Salud y establecidas basándose en las necesidades y expectativas de salud de la población.
- Establecimiento en el ámbito territorial de mecanismos y dinámicas de trabajo para la toma de decisiones de manera coordinada entre las entidades proveedoras que prestan servicios en un territorio determinado (papel clave de las TIC).
- Asunción, por parte de los proveedores, del compromiso de proporcionar los recursos (estructurales, humanos y tecnológicos) y los elementos organizativos necesarios para la provisión de los servicios pactados.
- Compatibilidad general y territorial de la información necesaria para conocer la situación y los riesgos principales para la salud de la población y la existencia de un sistema de evaluación común para el territorio (estrechamente vinculado al papel del Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña y a la evaluación clínica sistemática, desarrollados en los proyectos 9.3 y 9.4).

Para asegurar el éxito del proyecto, **potenciaremos la evaluación continuada del modelo** en su implantación para conocer los ámbitos de mejora y extenderlo a todo el territorio de la manera más eficaz posible.

Este proyecto tiene tres subproyectos:

- Introducir en el contrato de servicios sanitarios **incentivos que promuevan una atención mejor y más coordinada a los pacientes crónicos.**

Proponemos vincular los incentivos a elementos como la identificación nominal en el ámbito territorial de los pacientes crónicos complejos, la implementación de actuaciones dirigidas al uso adecuado de los recursos sanitarios, la disminución de los ingresos urgentes y de las consultas a urgencias y el uso adecuado de medicamentos.

- **Potenciar la capacidad de compra de la atención primaria.** Una de las líneas prioritarias de transformación del modelo asistencial es el incremento de la capacidad resolutoria de la atención primaria. A esta finalidad pueden contribuir diversas acciones, como el acceso a pruebas diagnósticas y a otros profesionales o la protocolización de las relaciones con la atención especializada.

Este proyecto consiste en incorporar a los contratos de servicios de atención primaria un procedimiento que les confiera un poder creciente sobre la

compra de servicios intermedios determinados (por ejemplo, transporte programado, derivaciones a la atención especializada, etc.). Su finalidad es ir dotando la atención primaria de una capacidad resolutive creciente.

Este proyecto se iniciará en un número reducido de equipos de atención primaria (EAP) y servicios seleccionados y se irá ampliando progresivamente, tanto con respecto al número de equipos como al de servicios.

Hay dos alternativas a la hora de hacer realidad el proyecto: (1) mediante la compra directa por los EAP de un territorio y (2) con el modelo GMA de asignación de un gasto máximo por EAP. Sin embargo, hay que vigilar el efecto secundario que se puede derivar de esta medida, que es que el EAP experimente un incremento de los costes de transacción, que en la actualidad son mínimos.

- **Implantar el nuevo modelo de accesibilidad.** El proyecto consiste en incluir en los contratos los elementos necesarios para pasar de un modelo como el actual, basado en el volumen de pacientes en lista de espera y centrado en la compra de actividad de esta lista, a un modelo basado en el reconocimiento de la prioridad clínica de unos enfermos en relación con otros.

i. Objetivo para 2015

- Incorporar a los nuevos contratos un mínimo de un 5% de incentivos.

ii. Objetivo de resultados para 2012

- Tener el nuevo modelo de incentivos para la atención a la cronicidad y resolución diseñado, probado y preparado para su extensión a Cataluña en 2013.

iii. Objetivos de proceso para 2012

- Tener un modelo de incentivos con indicadores definidos y negociados con los agentes.
- Haber realizado al menos dos experiencias demostrativas con los incentivos colectivos.

Proyecto 6.3. Implantar el nuevo modelo de compra de procedimientos de alta especialización

Se asignará una tarifa a cada intervención terciaria de alta complejidad a medida que se vaya revisando su ordenación.

- **Objetivo para 2015.** Contratar por separado los 18 procedimientos de alta especialización que se revisarán hasta 2015.
- **Objetivo de resultados para 2012.** Poder realizar la contratación por separado de los procedimientos de alta complejidad que se reordenarán durante 2012.

Actualmente, la contratación de procedimientos terciarios y de alta complejidad se realiza de manera conjunta con el resto de servicios. Vista su singularidad, **estas actividades no se incluirán en el modelo de asignación territorial**, ya que se realizan en centros cuya referencia es más amplia que el territorio concreto en el que están ubicados.

Este proyecto prevé la implantación progresiva de la compra separada de este tipo de actividades en los contratos de los centros que las deben realizar, de acuerdo con la reordenación definida por la Comisión de Servicios de Alta Especialización, estableciendo una contraprestación económica adecuada por actividad contratada y una corrección marginal para la actividad que exceda el volumen contratado, que se define basándose en modelos predictivos.

Supone, por lo tanto, la identificación de las actuaciones que se consideran terciarias y de alta especialización y su reordenación en Cataluña, la definición de los centros de referencia y de los flujos, si procede, la asignación de una tarifa adecuada a cada actividad y su incorporación a los contratos de los centros definidos como de referencia.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

- Ya hay una compra específica de técnicas terciarias (por ejemplo, cirugía cardíaca y neuroangiografía). Esta fórmula de contratación incorpora elementos que permiten orientar la compra basándose en los resultados clínicos.

ii. Objetivo para 2015

- Contratar por separado los 18 procedimientos de alta especialización que se revisarán hasta 2015.

iii. Objetivo de resultados para 2012

- Poder realizar la contratación por separado de los procedimientos de alta complejidad que se reordenarán durante el año 2012.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Haber definido una tarifa específica para cada procedimiento reordenado durante 2012.
- Haber realizado el seguimiento y la evaluación (desde el punto de vista de contratación) de los procedimientos reordenados.

Proyecto 6.4. Incorporar la financiación de los medicamentos tomando como base los resultados clínicos (acuerdos de riesgo compartido con la industria farmacéutica)

Permitirá compartir el riesgo con los proveedores en la introducción de nuevos medicamentos (especialmente los de más coste).

- **Objetivo para 2015.** Generalizar el modelo de acuerdos de riesgo compartido y disponer de diez acuerdos firmados en 2015.
- **Objetivo de resultados para 2012.** Haber firmado tres nuevos acuerdos de riesgo compartido y haber revisado el proceso y modelo de ARC.

La política farmacéutica debe orientarse hacia la evaluación de los resultados en salud. Por lo tanto, hay que avanzar en el conocimiento del perfil real de efectividad y seguridad del medicamento en el contexto de la práctica clínica habitual.

En esta línea, y con el objetivo de alinear objetivos con el resto de agentes del sistema sanitario, apostamos por un **nuevo modelo de relación con la industria farmacéutica y por iniciar acuerdos de riesgo compartido** en los que la financiación de algunos fármacos se pueda vincular a los resultados en salud obtenidos en los pacientes en condiciones de práctica clínica habitual. Se trata de un modelo innovador en Europa y en el mundo, con algunos referentes como el Reino Unido e Italia.

En el año 2011, en el CatSalut se ha apostado por una introducción pautada y gradual que permita adquirir experiencia práctica con el modelo de acuerdos de riesgo compartido a través de la puesta en marcha de algunas experiencias demostrativas.

En definitiva, avanzar hacia un modelo de pago de los medicamentos por resultados clínicos, especialmente en medicamentos con incertidumbre en cuanto a sus resultados y de elevado coste, sin dejar de considerar que en todo el proceso es muy importante mantener una interacción fluida con la industria farmacéutica.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

- **Firma del primer acuerdo** entre CatSalut-ICO-AstraZeneca con un citostático indicado en cáncer de pulmón.
- **Constitución de la Comisión de Provisión y Financiación (CPF)** del CatSalut para elaborar y proponer nuevos marcos de actuación en la compra y provisión de los fármacos.
- **Comisión de Administración de la Industria Farmacéutica (CAIF) para la sostenibilidad y la innovación**, con el objetivo de consensuar medidas que permitan compatibilizar la eficiencia, la calidad y la seguridad de la prestación farmacéutica con el impulso a la economía productiva y a la investigación y la innovación. Los acuerdos forman parte de las iniciativas claves.
- **CatSalut *Bio_Workshops***: jornadas y talleres teóricos y prácticos para adquirir formación en relación con este tipo de acuerdos y conocer experiencias que están en marcha en otros países, y para valorar las condiciones para su implantación eventual en nuestro entorno.

ii. Objetivos para 2015

- Generalizar el modelo de acuerdos de riesgo compartido y disponer de diez acuerdos firmados en 2015.

iii. Objetivos de resultados para 2012

- Haber firmado tres nuevos acuerdos de riesgo compartido y haber revisado el proceso y modelo de ARC.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Tener un modelo de acuerdos de riesgo compartido (ARCO), con indicadores definidos y negociados con los agentes.
- Haber firmado tres nuevos acuerdos de riesgo compartido con la industria farmacéutica.

LÍNEA DE ACTUACIÓN 7. INCORPORACIÓN SISTEMÁTICA DEL CONOCIMIENTO PROFESIONAL Y CLÍNICO

Los profesionales de la salud constituyen un eje fundamental y vertebrador del sistema sanitario de Cataluña.

Se proponen **tres proyectos claves** dentro del ámbito de este Plan de Salud:

- Impulsar la creación de comités clínicos para propiciar la participación del conocimiento profesional en la planificación y evaluación del sistema sanitario.
- Elaborar un código de principios de los profesionales de la salud en el ejercicio de la función pública en el sistema sanitario de Cataluña.
- Asegurar la participación efectiva de los profesionales en el CatSalut y el Departamento de Salud.

Hay **elementos adicionales que son objeto de la acción de Gobierno** en relación con los profesionales de la salud, pero que no se desarrollan en el ámbito de este Plan de Salud:

- Planificación de los profesionales de la salud fundamentales para el sistema sanitario.
- Formación de grado, especializada y continuada.
- Sistemas de acreditación globales en el ámbito de los profesionales de la salud.

La participación de los profesionales de la salud en el desarrollo, la aplicación, la evaluación y la mejora de este Plan de Salud es fundamental y básica para su éxito. La **participación e incorporación sistemática del conocimiento profesional** figuran entre los fundamentos básicos de esta línea de actuación, en la que hay que diferenciar finalidades (información, consulta, decisión, evaluación), ámbitos (proceso asistencial, órganos de gestión y de gobierno de los centros, regulación compartida de la profesión, políticas sanitarias), niveles (individuales, colectivos) y formas (formales, informales). También incluye los conceptos de responsabilidad y rendición de cuentas.

El Plan de Salud es la herramienta del Gobierno para provocar un cambio en el modelo asistencial y en la manera de organizarse. No obstante, y tal como se ha anticipado en la introducción de este documento, **hay otros aspectos que son propiamente acción de Gobierno, que quedan recogidos en el Plan de Gobierno** y que, por lo tanto, no se desarrollan en el Plan de Salud. En este sentido, se ha considerado conveniente enumerarlos y explicar brevemente cuál es la dirección de los cambios que el Gobierno plantea en estos tres apartados:

- **Planificación.** El Departamento de Salud tiene como objetivo disponer de los mejores profesionales de la salud mediante una planificación adecuada de la oferta formativa y la demanda de profesionales, para evitar desequilibrios y, al mismo tiempo, garantizar sistemas rigurosos y exigentes de reconocimiento profesional.
- **Formación.** Los estudiantes de ciencias de la salud y los profesionales de la salud piden que el sistema sanitario les asegure y facilite un buen proceso de formación y de adquisición de las competencias que requiere su ejercicio profesional y un encaje adecuado en el sistema sanitario para poder mantener, mejorar y desarrollar todas las competencias adquiridas en la etapa de formación. El Departamento de Salud asume una **responsabilidad directa e irrenunciable en el ámbito del desarrollo profesional**, que ejercerá con la implicación de los agentes del sistema y, en especial, de los profesionales de la salud, tanto en su vertiente individual como colectiva.
- **Acreditación.** El reconocimiento, el mantenimiento y la mejora de la competencia profesional y el desarrollo profesional continuado son una necesidad y una exigencia para la mejora de la seguridad, la calidad y la eficiencia de la atención sanitaria. Hay que articular mecanismos de acreditación de la adquisición, el mantenimiento y la mejora de competencias en conocimientos, habilidades y actitudes, desde la fase de aprendizaje universitario hasta la fase del ejercicio profesional y a lo largo de toda la duración de esta. Estos mecanismos, que se deben basar en criterios y procesos públicos y transparentes, deben ser liderados, desarrollados y aplicados por los mismos profesionales (colegios profesionales y sociedades científicas).

La línea de actuación concreta desarrollada en el ámbito de este Plan de Salud se centra en la participación de los profesionales mediante la incorporación sistemática del conocimiento clínico en la toma de decisiones y la evaluación de resultados del sistema sanitario.

Este es un elemento primordial para una mejor gestión del sistema sanitario y para alcanzar los mejores resultados posibles en salud (calidad, seguridad y eficiencia).

- En el contexto actual, los profesionales de la salud han sido y son los primeros en realizar importantes esfuerzos por asegurar la calidad y sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.
- Los profesionales de la salud son el eje fundamental y el motor del sistema sanitario.

El sistema de salud no ha sido capaz de clarificar finalidades e instrumentos de participación ni ha establecido los canales de diálogo adecuados con los profesionales en los diferentes ámbitos en los que habría que interactuar para incorporar sistemáticamente el conocimiento profesional.

El sistema de salud incorpora habitualmente el conocimiento profesional, pero no lo hace de una manera sistemática y no tiene unos instrumentos de participación bien establecidos y estandarizados.

Esta participación se debe llevar a cabo en la toma de decisiones relacionada con las políticas sanitarias, el modelo sanitario, la organización sanitaria, la evaluación, la gestión del propio tiempo de trabajo, la relación asistencial y la práctica clínica mediante diferentes mecanismos e instrumentos. Esta participación implica identificar las reglas que la gobiernan, saber y conocer cuál es su objetivo concreto, asegurar un retorno adecuado de información y utilizar vías y mecanismos de comunicación ágiles y transparentes.

La participación y la incorporación sistemática del conocimiento profesional en la toma de decisiones no requiere necesariamente estructuras estables, pero sí que exige liderazgo e implicación profesionales, y un marco de relación claro y transparente que genere confianza y facilite el intercambio de opiniones y los conocimientos que garanticen el objetivo común a todos los agentes del mundo sanitario: disfrutar de un sistema sanitario seguro, de calidad y eficiente. Para hacer efectiva esta participación, será necesario disponer de herramientas que permitan resolver sesgos de selección de profesionales en función de su ubicación geográfica o del número, en casos de consultas muy especializadas.

Principios y modelo

Siguiendo el diagnóstico de situación, la prioridad estratégica que se propone es la de clarificar y reordenar los elementos e instrumentos de participación con la incorporación del conocimiento profesional en la toma de decisiones y la evaluación del sistema sanitario de Cataluña.

Hay que mejorar la comunicación con los profesionales de la salud mediante la identificación de interlocutores adecuados potenciando la participación del conocimiento profesional en el proceso de toma de decisiones e incorporando este conocimiento profesional para la priorización, ordenación y evaluación de la actividad asistencial con criterios de eficiencia clínica (costes y resultados en salud).

Queremos avanzar hacia el concepto de **gobernanza clínica**, y en este proceso los profesionales juegan un rol clave. En el ámbito departamental deberemos acordar una serie de principios y valores de sistema que tendrán que ser transmitidos a los proveedores (agencia) y aplicados por los profesionales de la salud (agente).

Proyectos estratégicos

Se han identificado tres proyectos claves.

Proyecto 7.1. Impulsar la creación de comités clínicos o grupos de trabajo para propiciar la participación sistemática del conocimiento profesional en la planificación y evaluación del sistema sanitario

- **Objetivo para 2015.** Disponer de un modelo evaluado de participación profesional que sea compartido y conocido entre los profesionales.
- **Objetivo de resultados para 2012.** Haber finalizado el proceso de participación de los tres estudios piloto.

Enfocamos este proyecto con el ánimo de que los profesionales participen en prácticamente todas las actividades del Plan de Salud. Un hecho muy diferente es el peso que debe tener esta participación en cada proyecto. Así pues, su participación debe ser muy alta en todo lo que se refiere al conocimiento y a la práctica asistencial, y más baja en lo que está más relacionado con los elementos organizativos (por ejemplo, mecanismos de contratación).

Para conseguir esta participación, el proyecto definirá una dinámica que servirá de modelo para facilitar la participación profesional de ahora en adelante. Este modelo consistirá en (1) realizar una propuesta de temas (*call for topics*) abierta para discusión; (2) definir los criterios de elección de participantes, y (3) definir la dinámica de interacción.

Así pues, el proyecto tiene cuatro grandes frentes de trabajo:

- La definición y difusión del modelo.
- La selección de temas a tratar en una primera oleada de participación.
- La prueba del modelo en al menos tres temas.
- La evaluación de la experiencia.

Dicho esto, y considerando que este Plan de Salud es bastante exhaustivo en los proyectos de cambio en el modelo asistencial, creemos que los profesionales al menos deberían participar en:

- **La participación de los profesionales en la creación de comités clínicos o de grupos de trabajo para la transformación del modelo de asistencia en relación con la cronicidad** (línea de actuación 2). El Plan de Salud identifica la necesidad de crear comités clínicos para desarrollar protocolos asistenciales y procesos clínicos en las enfermedades crónicas priorizadas en el apartado Cronicidad. El trabajo en esta línea se enmarca en una perspectiva clínica y debe permitir identificar en cada momento de evolución de una enfermedad crónica cuál es la intervención preventiva, terapéutica y de seguimiento más apropiada y cuáles son los servicios más adecuados para llevarla a cabo, y cómo se deben

adaptar los papeles de los profesionales de la salud. Esta definición de procesos se basa en el mejor, más seguro y más eficiente manejo clínico de los pacientes, incluyendo también el manejo terapéutico específico con fármacos. Incluye la participación activa en la definición y la evaluación de los resultados obtenidos.

- **La participación de los profesionales de la salud en la mejora de la resolución en los ámbitos de relación más frecuentes entre la atención primaria y la atención especializada** (proyecto 3.1). Hay diversas iniciativas en curso para mejorar la resolución en algunas especialidades, las cuales prevén acciones dirigidas a disminuir la frecuentación a la atención especializada, reducir la variabilidad territorial detectada, optimizar las competencias de los diferentes profesionales e incorporar nuevos perfiles profesionales. Todas estas iniciativas se han trabajado con la participación de los representantes de los profesionales de atención primaria y de atención especializada, de las sociedades científicas y de los proveedores de servicios del sistema público de salud. Incluye la participación activa en la definición y evaluación de los resultados obtenidos.
- **La participación de los profesionales en la ordenación territorial de la cartera de servicios según niveles de complejidad** (proyecto 3.3). Se ha iniciado en Cataluña un trabajo de definición de criterios y elementos de ordenación en cirugía pediátrica, en colaboración con los profesionales de la salud designados por las organizaciones de proveedores y las sociedades científicas implicadas. El Plan de Salud propone extender estas líneas de trabajo a otras áreas de especialización o de atención de determinadas condiciones. Incluye la participación activa en la definición y evaluación de los resultados obtenidos.
- **La participación de los profesionales en la ordenación de la alta especialización** (proyecto 4.1). A partir de factores de clasificación de la complejidad y del criterio experto de la práctica clínica de los grupos de profesionales, utilizando metodologías de consenso, se debe llegar a esta clasificación para reordenar el llamado *terciarismo*. Esta actividad se debe potenciar entendiéndola como un foco de prestigio y de innovación médica en Cataluña. En este sentido, se debe continuar garantizando el desarrollo de los profesionales para mejorar la calidad de las intervenciones y mantener el posicionamiento de Cataluña como referente en cuanto a resolución de casos de alta complejidad y en la investigación, la docencia y la innovación de la práctica clínica. Incluye la participación activa en la definición y la evaluación de los resultados obtenidos.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

- En este mismo documento se han descrito, en los apartados correspondientes, diversas experiencias concretas de la participación de los profesionales en la mejora del ámbito de resolución entre atención primaria y atención especializada, la participación en la ordenación territorial y la definición y reordenación de terciarismo.

ii. Objetivo para 2015

- Disponer de un modelo evaluado de participación profesional que sea compartido y conocido entre los profesionales.

iii. Objetivo de resultados para 2012

- Haber finalizado el proceso de participación de los tres estudios piloto.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Escribir el documento de definición del modelo.
- Identificar tres temas prioritarios.
- Haber finalizado la prueba de la herramienta en los tres temas (pendiente de evaluación).

Proyecto 7.2. Elaborar un código de principios de los profesionales de salud en el ejercicio de la función pública en el sistema sanitario de Cataluña

- **Objetivo para 2015.** Disponer de un código de principios de los profesionales de la salud en relación con las organizaciones en las que desarrollan sus actividades asistenciales.
- **Objetivo de resultados para 2012.** Disponer de un código de principios de los profesionales de la salud en relación con las organizaciones en las que desarrollan sus actividades asistenciales.

Actualmente, los profesionales no solo se relacionan con los pacientes, sino que también empieza a cobrar fuerza su relación con las empresas de las que forman parte. Para la primera tipología de relaciones existen los códigos de deontología, que indican el código de conducta general de los profesionales con los pacientes y que no son objeto de este proyecto.

Para la segunda tipología, queremos impulsar el proyecto 7.2. Este proyecto tiene por objetivo crear un código de principios para indicar cómo debe ser el marco de relación entre los profesionales y sus empresas proveedoras, dentro del ejercicio de la función pública. Se entiende que las relaciones entre los profesionales y las empresas se pueden analizar a dos niveles: el nivel laboral y el nivel estrictamente profesional. Las relaciones laborales ya tienen sus mecanismos y una dinámica propia de relación. El proyecto 7.2 se ocupará del segundo nivel: las relaciones profesionales.

Para enfocar este proyecto tenemos los siguientes frentes de trabajo:

- Organizar una jornada de trabajo con profesionales del sector y expertos para determinar las dimensiones concretas que deben guiar estos principios (por

ejemplo, definir la frontera entre lealtad a la empresa y lealtad a los pacientes).

- Recoger las opiniones concretas de los profesionales sobre los principios identificados en el taller (*workshop*) (ámbito colaborativo amplio).
- Redactar, publicar y comunicar el código.

Hay que destacar que no partimos de cero en esta tarea y que, en este sentido, hay precedentes, como el informe Nolan en el Reino Unido (Grupo Consultivo sobre Normas de Conducta en la Vida Pública), pensados para guiar la conducta de los servidores públicos, que se consideran generalmente aceptables y aplicables a otras áreas, y que ofrecen un conjunto básico de principios que pueden ser aplicables a los profesionales de la salud en el ejercicio de sus funciones en el sistema sanitario público. Estos principios son: (1) capacidad de asumir el interés público, (2) integridad, (3) objetividad, (4) responsabilidad, (5) transparencia, (6) honestidad y (7) capacidad de decisión-liderazgo.

i. Objetivo para 2015

- Disponer de un código consensuado de principios de los profesionales de la salud en relación con las organizaciones en las que desarrollan sus actividades asistenciales, difundirlo y aplicarlo.

ii. Objetivo de resultados para 2012

- Disponer de un código consensuado de principios de los profesionales de la salud en relación con las organizaciones en las que desarrollan sus actividades asistenciales, difundirlo y aplicarlo.

iii. Objetivos de proceso para 2012

- Celebrar una jornada de trabajo para redactar un borrador de principios.
- Discutir el borrador entre los participantes de la jornada de trabajo y los expertos y tenerlo a punto de publicar.

Proyecto 7.3. Asegurar la participación efectiva de los profesionales en el CatSalut y el Departamento de Salud

Se identificarán y se definirán las reglas que rigen la participación de los profesionales en la transformación del sistema y la toma de decisiones.

- **Objetivo para 2015.** Consolidar mecanismos estables de consulta y participación de los profesionales en su relación con el Departamento y el CatSalut.
- **Objetivo de resultados para 2012.** Tener probado y evaluado el modelo.

El proyecto se dirige a encontrar los mecanismos más adecuados y sencillos para hacer posible la participación activa de los profesionales de la salud aprovechando todo el conocimiento y la pericia en la planificación, gestión, evaluación y gobernanza del modelo sanitario de Cataluña, especialmente en su vertiente asistencial.

El enfoque que damos al proyecto distingue entre cuatro frentes de trabajo claros:

- Definir el **modelo de participación** (no incompatible con los consejos de participación).
- Identificar los **temas concretos** que se deben tratar y los criterios para la elección de nuevos temas.
- Identificar **líderes de opinión**.
- Realizar el **seguimiento y la evaluación** de la participación.

En el primero de los frentes de trabajo (definición del modelo) hay que destacar la voluntad de apostar por una verdadera participación de los profesionales, abierta y dinámica. Queremos apostar por un modelo que consista en grupos de profesionales dispuestos a dar su opinión de manera regular sobre temas que propongan el Departamento de Salud y el CatSalut, y viceversa, principalmente a través de las nuevas tecnologías (por ejemplo, encuestas en línea). El modelo se basará en el hecho de que estos grupos de profesionales formarán círculos de participantes de diferentes ámbitos (por ejemplo, atención primaria, profesionales de fuera de la Región Sanitaria Barcelona, etc.) y que darán su opinión de manera regular (por ejemplo, trimestralmente y *ad hoc*, cuando sea necesario).

i. Ejemplo de iniciativas en curso

- Documentos de trabajo del Consejo de la Profesión Médica de Cataluña y del Consejo de la Profesión Enfermera de Cataluña: participación de profesionales de la medicina y de la enfermería en los órganos de gobierno y de gestión de los centros sanitarios.

ii. Objetivo para 2015

- Consolidar mecanismos estables de consulta y participación de los profesionales en su relación con el Departamento y el CatSalut.

iii. Objetivo de resultados para 2012

- Tener probado y evaluado el modelo.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Tener el modelo diseñado.
- Identificar los temas y ámbitos.

- Realizar dos pruebas piloto.
- Evaluar las dos pruebas piloto. Año 2012.

LÍNEA DE ACTUACIÓN 8. MEJORA DEL GOBIERNO Y DE LA PARTICIPACIÓN EN EL SISTEMA

En el ámbito del gobierno y la participación se incluye el análisis de:

- Modelo de dirección y de participación del CatSalut.
- Modelo de relación con la red de proveedores del SISCAT.

En el primero de los ámbitos, queremos revisar el modelo de gobierno y participación, central y territorial del CatSalut mediante, principalmente, las siguientes acciones:

- Revisar la efectividad del modelo y de la naturaleza de las funciones y representatividades de los agentes en los diferentes órganos de dirección y participación.
- Desplegar los consejos de dirección y de participación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios reforzando la efectividad de la participación local en el marco legal establecido por la LOSC para buscar un modelo propio y actualizado.

En el segundo de los ámbitos, queremos reforzar el modelo de relación con la red de proveedores del SISCAT mediante, principalmente, las siguientes acciones:

- Profundizar en el modelo de separación de funciones y establecer un modelo de relación homogéneo con la red, sea cual fuere la titularidad de las entidades que la configuran.
- Reforzar el contrato y la evaluación como instrumentos de relación con los proveedores.
- Desplegar el proceso de reformulación del sector público de la salud como prestador de servicios sanitarios: ICS, empresas públicas y consorcios.

Para conseguir realizar estos proyectos con éxito, los cambios legislativos, el refuerzo del contrato como fuente de relación entre la aseguradora y los proveedores y el cambio en el modelo de contratación son tres elementos claves.

Después de veinte años de la aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC), en el año 1990, es un buen momento para revisar si se mantienen los modelos de gobierno y participación del sistema que debían reforzar los rasgos diferenciales del modelo sanitario catalán, avalados por los resultados de eficiencia y excelencia, o si se han diluido.

En este apartado se profundizará en los elementos de mejora de la gobernanza del modelo de dirección y de participación del CatSalut, y en el modelo de relación con la red de proveedores del SISCAT.

En relación con el primer ámbito (modelo de dirección y de participación del CatSalut), hay que recordar que uno de los elementos de consenso de la LOSC fue el modelo de dirección descentralizado (CatSalut, regiones sanitarias y sectores sanitarios) y participativo (con representación de todos los agentes del sistema). Los consejos de dirección y de participación de las regiones sanitarias solo se reúnen de forma preceptiva para aprobar el presupuesto y la memoria de actividad, y los de los sectores sanitarios no se han desplegado. Paralelamente, se han creado los gobiernos territoriales de salud (GTS) como modelo de gobernanza compartida con el mundo local, con una compleja trama de consejos y comisiones de gobierno y de participación. Por otra parte, ni el CatSalut ni los agentes que participan en los consejos han conseguido aportarles valor tanto en contenidos como en canales de participación y pertenencia que hay que comunicar a los diferentes agentes.

En relación con el segundo ámbito (modelo de relación con la red de proveedores del SISCAT), nos encontramos con un modelo de gobernanza cada vez más condicionado por la naturaleza jurídica de las entidades que forman parte de la red (ICS, empresas públicas y consorcios, y centros concertados sin participación mayoritaria de la Generalitat de Catalunya), que nos aleja del modelo deseado de separación de funciones de financiación y provisión de los servicios con una red de centros que favorezca la gestión empresarial y profesionalizada de los servicios, gobernada por el Departamento de Salud a través de políticas y estrategias de salud operativizadas desde el CatSalut con el contrato y la evaluación. Al mismo tiempo, a través de instrumentos de planificación y otros recursos, la Administración ha entrado más en el “cómo” hay que prestar los servicios que en el “qué” y “con qué resultados” deben prestarse.

Principios y modelo

Tomando como base el diagnóstico breve, nacen dos grandes ámbitos de cambio y una serie de principios para cada uno de ellos:

a) Modelo de dirección y de participación del CatSalut

En primer lugar es importante recuperar el valor esencial de lo que deberían ser los derechos y deberes de los órganos de dirección y de los órganos de participación de cualquier organismo de la Administración, tanto la autonómica como la local. En general, destacan:

- **Los órganos de dirección** suelen desarrollar dos funciones principales: (1) tener responsabilidad compartida en la definición de las líneas estratégicas y comunicarlas a la organización y (2) fijar objetivos, hacer una evaluación continuada de resultados y proponer medidas correctoras. En todo este proceso, hay que asegurar la independencia de los miembros integrantes de los órganos para evitar que representen sus intereses individuales y asegurar que asuman la responsabilidad compartida en la toma de decisiones (en el caso concreto que nos ocupa, asegurar la sostenibilidad y el progreso de la sanidad pública de nuestro país).
- **Los órganos de participación** también tienen dos funciones principales: (1) recibir información relevante de los agentes involucrados y (2) realizar recomendaciones que permitan incorporar una perspectiva externa y una guía por temas concretos a largo plazo. En este proceso, la proximidad a los agentes es un factor clave.

Finalmente, para desarrollar con éxito las funciones de los órganos de dirección y de participación se recomienda, por una parte, crear cuadros de mando firmes que sepan capturar la situación real con las métricas claves y, por otra, comunicar en cascada las propuestas y los acuerdos a los respectivos representados de manera sucesiva.

En general, tomando como base esta descripción de derechos y deberes de los órganos de dirección y de participación y considerando los retos que afrontamos, las principales líneas estratégicas de cambio que proponemos son:

- Recuperar la esencia del modelo de dirección y de participación que recoge la LOSC y reforzarlo, pero también actualizarlo y buscar un modelo propio próximo a la realidad del modelo sanitario catalán y a las nuevas tendencias de los países de nuestro entorno.
- Simplificar y garantizar la efectividad de los órganos de dirección y de participación centrales y territoriales.
- Incorporar la visión de un sistema integral de atención a las personas: salud pública-atención sanitaria-atención a la dependencia para reforzar el valor del contínuum asistencial.
- Reforzar la corresponsabilidad y la participación activa de todos los agentes.

b) Modelo de relación con la red de proveedores del SISCAT

Las piezas claves del modelo sanitario catalán son: (1) el modelo de relación del CatSalut con los centros que configuran la red sanitaria de cobertura pública y (2) el refuerzo de la organización instrumental del modelo (sistema de acreditación, de planificación, de contratación, de evaluación, de incentivos y de rendición de cuentas). **Partiendo del convencimiento del valor diferencial**

de este modelo sanitario y de su contribución a la sostenibilidad y al progreso del sistema sanitario, las líneas estratégicas de actuación que se plantean son:

- Desadministrativizar la red de proveedores y que la naturaleza jurídica de las entidades no obligue a mantener modelos de gobernanza y de limitación de los instrumentos de gestión que segmentan la red y generan confusión en el modelo de relación del CatSalut con las entidades que la configuran.
- Revisar y actualizar los instrumentos de gobernanza (acreditación, planificación territorial de servicios, contratación, evaluación e incentivos, y rendición de cuentas) y reforzar el contrato como instrumento que debe permitir alinear a los agentes en la consecución de los objetivos de política sanitaria y de modelo de resolución asistencial.
- Potenciar la red TIC como elemento integrador del SISCAT al servicio de un modelo de atención basado en el contínuum asistencial.
- Promover la rendición de cuentas y la transparencia de resultados como elemento que incentiva la mejora de la eficiencia clínica y económica de los centros y del conjunto del sistema.
- Promover sinergias en la red que permitan optimizar recursos humanos, físicos y de servicios, y también mejorar su eficiencia.

Proyectos estratégicos

Para desarrollar este nuevo modelo de gobierno y de participación, proponemos poner en marcha nuevos proyectos, así como impulsar los que actualmente ya están en curso. Nacen los dos grandes proyectos que se describen a continuación.

Proyecto 8.1. Revisar el modelo de dirección y de participación del CatSalut

El objetivo es garantizar la efectividad de los órganos de dirección y de participación y reforzar la corresponsabilización de todos los agentes.

- **Objetivo para 2015.** Desplegar un modelo propio de dirección y de participación del CatSalut, de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios.
- **Objetivos para 2012.** Despliegue efectivo de los consejos de dirección de los sectores, aprobación de los nuevos reglamentos de funcionamiento y de los cuadros de mando y replanteamiento del modelo de participación.

Las principales líneas estratégicas del proyecto son:

- Revisar la representatividad de los agentes en los diferentes órganos de dirección y de participación y reforzar la contribución del conocimiento profesional y de los ciudadanos y pacientes.
- Revisar la delimitación territorial de los sectores sanitarios para adecuarla al ámbito natural de asignación de recursos del CatSalut, desplegar los consejos de dirección de los sectores sanitarios y repensar el modelo de participación. Reconsiderar los gobiernos territoriales de salud (GTS).
- Reforzar, de acuerdo con la LOSC, el rol de gobierno de las regiones sanitarias y los sectores en el ámbito de la planificación, contratación y evaluación en el marco de los objetivos del Plan de Salud de Cataluña.
- Reconocer la flexibilidad y adaptabilidad territorial al despliegue de comisiones territoriales en el ámbito de las regiones sanitarias y/o de los sectores sanitarios.
- Revisar los reglamentos de funcionamiento interno de los consejos y reforzar y sistematizar los instrumentos de información y comunicación que permitan que los miembros de los consejos ejerzan las funciones de gobierno y/o de seguimiento y participación.
- Elaborar el código ético de gobierno y participación, y de derechos y deberes de los representantes en los diversos consejos (destacando, por ejemplo, la obligatoriedad de elaborar un cuadro de mando y de informar en cascada a los agentes representados).

Destacan cuatro elementos claves en la implantación de este proyecto:

- **El Proyecto de Ley de Agilidad y Reestructuración Administrativa** (en el marco de las leyes ómnibus) refuerza la representatividad de los profesionales (corporaciones profesionales sanitarias) y de los ciudadanos (asociaciones de consumidores, usuarios y/o enfermos) en los órganos de dirección y de participación del CatSalut, así como la representatividad del mundo local en los consejos de dirección y de participación de los sectores sanitarios (no puede ser inferior al 40%). Al mismo tiempo, reconoce la posibilidad de crear comisiones específicas de trabajo, de carácter temporal o permanente, de ámbito territorial o funcional.
- Con respecto al **despliegue efectivo de los consejos de dirección y de participación de los sectores sanitarios** es clave que su delimitación territorial se corresponda con la de **planificación, asignación territorial de recursos y evaluación** de resultados del CatSalut. Con este criterio habrá que revisar la delimitación actual de los sectores sanitarios.
- **Las funciones que la LOSC atribuye a los órganos de dirección y de participación de los sectores sanitarios no desplegados hasta ahora tienen valor ejecutivo en las políticas del CatSalut**, porque forman parte de su estructura de gobierno y de participación. En consecuencia, tanto para dar

valor a la efectividad de estos órganos como para simplificar y racionalizar los órganos de gobierno y participación territorial en salud se reconsidera, una vez desplegados efectivamente los consejos de los sectores, la existencia de los GTS.

- Habrá que **revisar los reglamentos de funcionamiento de los consejos de dirección y de participación del CatSalut** para avanzar hacia un modelo sistematizado y de información y corresponsabilización en la toma de decisiones.

i. Objetivo para 2015

- Desplegar los órganos de dirección y de participación del CatSalut y de las regiones sanitarias y los sectores sanitarios para buscar un modelo propio de proximidad.

ii. Objetivos para 2012

- **Despliegue efectivo de los consejos de dirección de los sectores sanitarios**, una vez que se haya revisado su delimitación territorial, y repensar el modelo de participación del CatSalut. Año 2012.
- Aprobación de los **nuevos reglamentos de funcionamiento** y los cuadros de mando/seguimiento de los **consejos de dirección**. Año 2012.

Proyecto 8.2. Reforzar el modelo de relación con la red de proveedores del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT) basado en el contrato y la evaluación

El objetivo es, por una parte, profundizar en el modelo de separación de funciones y establecer un modelo de relación con la red homogéneo y basado en el contrato y la evaluación y, por la otra, desplegar el proceso de reformulación del sector público como prestador de servicios sanitarios.

- **Objetivo para 2015.** Potenciar un modelo único de relación con los proveedores que garantice un trato equitativo y ponga en valor las capacidades de gestión del sistema.
- **Objetivos para 2012.** Iniciar el despliegue de la reformulación del ICS y del sector público de salud asistencial y reforzar el modelo de contratación y evaluación de resultados.

Las principales líneas estratégicas del proyecto son:

- Desplegar el proceso de reformulación del ICS con el objetivo de normalizar la integración efectiva en el SISCAT, en el ámbito de las unidades productivas, de instrumentos de gestión y del modelo de relación con el CatSalut (concertación).

- Iniciar un proceso de reformulación del sector público de la salud (empresas públicas y consorcios) que, preservando el gobierno del patrimonio que le corresponda a la Administración, devuelva la gestión a estructuras de provisión que potencien la autonomía de gobierno, la flexibilidad de gestión y al mismo tiempo la responsabilidad directa en los resultados.
- Reforzar los instrumentos de gobernanza del CatSalut con el SISCAT (desarrollados en detalle en las líneas de actuación 6 y 9).
- Impulsar la Central de Resultados y el Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña (OSSC) como instrumentos al servicio de las políticas de mejora de los centros y profesionales del SISCAT.
- Poner en valor y promover las sinergias y las alianzas estratégicas entre proveedores para mejorar la eficiencia individual y colectiva de la red.

En la implantación de este segundo proyecto destacan cuatro elementos claves:

- **En el ámbito del ICS, es importante que los centros dispongan de personalidad jurídica propia en el marco del propio ICS**, que el CatSalut establezca contratos o conciertos con los mismos requerimientos y condiciones que con el resto de proveedores de la red, y también que el ICS pueda tener los mismos instrumentos de gestión para participar activamente en los procesos de reordenación que se establezcan en el SISCAT.
- **En relación con el ámbito del sector público asistencial**, empresas públicas y consorcios que gestionan la prestación de servicios sanitarios, hay que avanzar en un proceso de transformación singular y específico que, preservando el patrimonio público, devuelva a las entidades la capacidad de gestión y la asunción de la responsabilidad del cumplimiento de resultados.
- **Nuevo sistema de asignación de recursos y de contratación del CatSalut**, coherente con el nuevo modelo asistencial de atención a las personas, que recoge este Plan de Salud y que sitúa la planificación, el contrato y la evaluación en los ejes de gobernanza del sistema (véase la línea de actuación 6).
- **Sistemas de información del SISCAT, instrumentos de la aseguradora y sistemas de información compartidos con el sector y los profesionales** (por ejemplo, la Central de Resultados y el Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña) como instrumentos para la toma de decisiones, mejora de la calidad y rendición de cuentas (véase la línea de actuación 9).

i. Objetivo para 2015

- Potenciar un modelo único de relación con los proveedores que garantice un trato equitativo y ponga en valor las capacidades de gestión del sistema.

ii. Objetivos para 2012

- **Despliegue del proceso de reformulación del ICS** y del sector público de la salud. Año 2012.
- **Refuerzo del modelo de contratación y evaluación de resultados** no solo como instrumentos de relación del CatSalut con el SISCAT, sino también como instrumentos de cambio y transformación del modelo asistencial. Año 2012.

LÍNEA DE ACTUACIÓN 9. INFORMACIÓN COMPARTIDA, TRANSPARENCIA Y EVALUACIÓN

- La gestión de la información es clave para el sistema, tanto en lo que concierne a una **mayor integración entre proveedores** y con los ciudadanos como para poder hacer **el sistema más transparente y disponer de sistemas de evaluación**.
- Los principios que deben regir la gestión de la información son:
 - Modelo de gobernanza unificado.
 - Los proveedores deben compartir la información en línea.
 - Se debe gestionar la información en todo el sector.
 - Aseguramiento de los valores de independencia, rigor y transparencia.
 - La información debe ser validada, auditada y evaluada.
 - Se debe incorporar el conocimiento clínico a la evaluación y la rendición de cuentas.
- En este apartado se prevén cuatro grandes proyectos:
 - Transformar la historia clínica compartida en Catalunya (HCCC) en una red de información y servicios que facilite la integración entre todos los proveedores.
 - Desplegar una red multicanal de comunicación y atención a los ciudadanos (Sanitat Respon, Canal Salud y carpeta personal de salud).
 - Consolidar el Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña como base para la transparencia de la información y potenciar la Central de Resultados como herramienta de evaluación.

La **gestión de la información es un componente fundamental** para asegurar la integración, la transparencia y la evaluación del sistema sanitario de Cataluña y es absolutamente esencial para poder **ofrecer un servicio asistencial integrado** mediante una red de información compartida y para dar **transparencia y disponer de mecanismos de evaluación y rendición de cuentas**.

Las nuevas tecnologías hacen posible el establecimiento de modelos de colaboración entre los profesionales, la Administración y los ciudadanos que:

- Facilitan la realización de los actos asistenciales.

- Incrementan la continuidad asistencial favoreciendo la integración entre proveedores y la compartición de servicios o procesos asistenciales.
- Permiten un ciclo de vida completo de la información, desde la generación hasta la difusión de conocimiento del sistema sanitario.
- Se convierten en un instrumento clave para la evaluación y la mejora de los resultados de la atención sanitaria.

Conseguir estos modelos **requiere transformaciones** organizativas importantes, tanto en la propia gestión de las tecnologías, con una gobernanza clara del Departamento de Salud, como en las entidades que las utilizan, para trabajar de manera colaborativa con el conjunto del sistema sanitario de Cataluña.

El Plan de Salud 2011-2015 establece tres ámbitos fundamentales para la gobernanza del ciclo de vida completo de la información hasta la gestión del conocimiento y la evaluación del sistema de salud de Cataluña:

a) Anella TicSalut: red de información y servicios de salud de Cataluña

En el contexto actual, principalmente por la necesidad de dar un mejor servicio a los pacientes crónicos, debemos ofrecer **un modelo asistencial con un mayor grado de integración**. Para hacerlo, se debe tener en cuenta que la gestión **compartida de la información es un requisito indispensable**, que tiene un papel fundamental.

Consolidar una red de información, de infraestructuras y de servicios compartidos representa un gran reto para Cataluña. El modelo sanitario catalán se caracteriza por una alta diversidad de proveedores. Esta diversidad hace que cada uno de los proveedores tenga independencia para desarrollar sus propios sistemas de gestión de la información e, incluso, que haya invertido en la creación de redes locales para compartir la información. Esta planificación de ámbito local o de cada proveedor y la falta de un modelo de gobernanza claro del sector ha desembocado en una estructura heterogénea en la que el establecimiento de protocolos comunes supone un gran reto.

Sin embargo, en los últimos años se ha avanzado en varios frentes:

- Se han encomendado las competencias básicas para la gobernanza de la red de información del sistema de salud catalán al **Centro de Servicios TicSalut de la Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud (AIAQS)**.
- **En la denominación común Anella TicSalut se incluyen ya hoy iniciativas** que se han puesto en marcha para garantizar un **flujo de información entre proveedores**.
 - **La receta electrónica** en la práctica está totalmente desplegada en la atención primaria y permite la gestión en línea de prácticamente la totalidad de la prestación farmacéutica, con más de treinta entidades proveedoras prescribiendo y todas las oficinas de farmacia conectadas.

- **La HCCC y el plan para la digitalización de la imagen médica en Cataluña** permiten ya el intercambio de informes clínicos, diagnósticos, documentos médicos (voluntades anticipadas, etc.) e imágenes entre la práctica totalidad de los agentes de la red de salud. La publicación de las diferentes modalidades de imagen médica digital ha permitido la eliminación, en muchos casos, de la impresión de placas radiológicas y el acceso sencillo e integrado mediante la HCCC al resultado de las pruebas entre diferentes proveedores en el territorio. Sin embargo, el **grado de utilización de la HCCC por parte de los proveedores es todavía limitado** y no hay políticas definidas que aseguren unas normas de utilización necesarias para disponer de un sistema en línea.
- En cuanto a la introducción de las TIC en la relación entre el sistema de salud y los ciudadanos, toda la interacción por web se canalizará a través del **Canal Salud** y, en este momento, ya se ha iniciado el despliegue de la **carpeta personal de salud**, que permite que más de 88.000 ciudadanos tengan acceso a la información de su HCCC y a la prescripción activa.
- Se han desarrollado **iniciativas puntuales pero punteras en telemedicina que hay que ampliar**, como es el caso de la **Red Teleictus**, que aporta la tecnología de base para hacer posible la reordenación de los servicios de guardia relacionados con el código ictus.
- **También bajo la denominación Anella TicSalut** se ofrecen ya servicios tecnológicos de telecomunicaciones, de seguridad, de interoperabilidad y de procesamiento de datos, que garantizan el funcionamiento rutinario y eficiente de los servicios.

A pesar de todos estos resultados, hay que ir más allá para poder afrontar los retos que representan la sostenibilidad del sistema de salud y la mejora continua de la calidad asistencial. Esto no solo requiere **asegurar la compartición de los resultados clínicos, sino también la continuidad del mismo proceso clínico** entre diferentes proveedores para obtener una atención efectiva, segura y eficiente en todos los ámbitos.

b) Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña

En un entorno de gestión complejo como el que supone un sistema de salud, el acceso a una **información sistemática, orientada a evaluar la consecución de hitos, que utilice indicadores objetivos, válidos, sensibles, específicos y compartidos, representa un activo intangible de gran importancia.**

A pesar de este hecho, no se han abordado con determinación las mejoras estructurales y tecnológicas orientadas a la gestión y la explotación de la información sanitaria. La estructuración, la integración y la difusión actuales de la información del sistema sanitario de Cataluña son un reflejo de la fragmentación de la información sanitaria, están vinculadas monográficamente a la actividad de cada organización, se estructuran en departamentos estancos y han evolucionado

autónomamente sin una visión global sistémica. Otros aspectos, como los retos asociados a la privacidad y la confidencialidad, han dado lugar al desarrollo de herramientas de información, de comunicación y de conocimiento de pequeña escala, muy particularizadas y no integradas.

El esfuerzo hecho en los últimos años para mejorar los sistemas de información ha sido más que notable en el ámbito sanitario catalán y, especialmente, desde la perspectiva de la aseguradora pública. En particular, los avances en el diseño y la aplicación de estrategias TIC han permitido disponer de más y mejor información, pero **todavía hay que realizar esfuerzos para integrar esta información** a fin de poder tratarla de manera más eficiente y beneficiosa. Este es un elemento clave en la coyuntura actual de debate sobre la sostenibilidad del sistema sanitario y la apuesta por la transparencia en la información y la rendición de cuentas ante la ciudadanía.

El reto ahora es **garantizar que seguimos avanzando hacia una mayor interoperabilidad entre los actores claves del sistema.** Apostar por esta integración comporta vencer numerosas dificultades técnicas, legales, de organización, de resistencias del entorno y de desarrollo de habilidades de los diferentes profesionales del sistema sanitario.

En este contexto, nace el **Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña (OSSC)**, que forma parte de la Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud (AIAQS). El Observatorio debe ser un **órgano que integre la información disponible y necesaria para ofrecerla de forma ágil a agentes tanto internos como externos del sector de la salud.**

El Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña y, en concreto, uno de sus productos, la Central de Resultados, deben ayudar a difundir los resultados alcanzados en el ámbito de la asistencia sanitaria por los diferentes agentes integrantes del sistema sanitario de utilización pública.

c) Evaluación, transferencia e impacto

La evaluación es un elemento clave en el proceso de toma de decisiones a diferentes niveles. El objetivo del sistema sanitario y, por lo tanto, de la práctica clínica es conseguir el máximo valor con los recursos disponibles. Para poder garantizar que se mantiene o se incrementa su valor es imprescindible aportar información basada en el conocimiento del sistema de salud.

Esta evaluación de los resultados del sistema sanitario se debe realizar desde dos perspectivas diferentes, pero complementarias: la evaluación para tomar decisiones y la evaluación para rendir cuentas.

- **Para la toma de decisiones.** Poder emitir recomendaciones para la mejora del sistema tomando como base el análisis, el estudio y la evaluación de la eficacia, la seguridad, el coste, la eficiencia y las consecuencias de la

introducción de tecnologías, los recursos, la investigación y/o las mejoras organizativas (innovación). Hay que establecer las evaluaciones siguientes:

- **Evaluación desde la perspectiva de la seguridad clínica.** La evaluación de la seguridad clínica tiene sentido en lo que concierne a la calidad (no se puede hablar de calidad en el marco de unos dispositivos asistenciales inseguros) y a la percepción que tiene la ciudadanía de la calidad del servicio (el ser humano es más sensible a la pérdida que a la ganancia).
- **Evaluación de sistemas complejos.** En el caso de los dispositivos asistenciales, la complejidad se centra en la intervención de múltiples profesionales que, en muchos casos, pertenecen a organizaciones diferentes. La evaluación de los sistemas complejos es especialmente importante en el marco de las innovaciones organizativas.
- **Evaluación de la efectividad.** Con demasiada frecuencia se supone que la eficacia identificada en los ensayos clínicos se dará automáticamente en la práctica habitual, pero las características propias del sistema sanitario, de las organizaciones y de la práctica clínica de los profesionales son factores que condicionan los resultados. Por eso, la evaluación de la efectividad es fundamental (*compared effectiveness research* o *pragmatic trials*).
- **Para la rendición de cuentas.** Se toma como base la evaluación de los resultados alcanzados en términos de calidad y mejora de la salud y de la asistencia sanitaria a la ciudadanía. Los ciudadanos, en relación con las administraciones públicas en general, exigen información, consulta y participación. En el marco del sistema sanitario, además, los ciudadanos quieren:
 - Información para poder **tomar decisiones (compartidas) que afectan directamente a su salud** (qué respuesta pueden esperar de un tratamiento, de qué alternativas disponen y/o cuál es el centro que tiene mejores resultados).
 - **Acceso a estudios de evaluación que rindan cuentas de las acciones llevadas a cabo y los resultados asociados, tanto a nivel clínico como sanitario o de gestión.**

Es imprescindible que todo este proceso se desarrolle en un marco de transparencia. Para conseguirlo hacen falta dos elementos: la evaluación robusta y la difusión. Así, la creación del Banco de Conocimiento integrará las evaluaciones del sistema sanitario de Cataluña en el ámbito de las tecnologías sanitarias, la calidad de la atención y la investigación de la AIAQS.

Principios y modelo

Los principios que deben regir la gestión del conocimiento del sistema de salud de Cataluña son:

- Modelo de **gobernanza unificado** y participado que permita **alinear las estrategias de salud y servicios con la estrategia** de gestión de la información.
- Gestión de la información de **todo el sector**, ya que la **propiedad de la información es de los ciudadanos** y, por extensión, del sector sanitario en su conjunto.
- **Compartición en línea** de la información **entre los proveedores**.
- Aseguramiento de los **valores de independencia, rigor y transparencia** en los procesos de gestión de la información.
- **Información de calidad, auditada, evaluada e integrada** para garantizar que la toma de decisiones sea esmerada y pertinente.
- Incorporación del **conocimiento clínico en la evaluación y en la rendición de cuentas**.

El modelo para la gestión del conocimiento del sistema sanitario de Cataluña debe partir de un modelo de **gobernanza unificado que esté coordinado con las estrategias que parten del Departamento de Salud**. Así pues, es necesario que cualquier desarrollo, proyecto o ámbito de actuación tenga un propietario claro de tipo estratégico y que esté asociado de forma directa a unas prioridades de salud o de servicios.

Para potenciar una mayor integración entre los diferentes niveles asistenciales (prioridad del Plan de Salud de Cataluña), **hay que extender y mejorar los servicios y contenidos de la Anella TicSalut**, y garantizar la participación de todos los agentes con las capacidades en TIC necesarias y a un coste razonable.

La gobernanza de la Anella TicSalut se debe realizar en la AIAQS, ya que en la dirección de esta Agencia participan todos los agentes del sistema de salud y porque tiene encomendada esta misión en sus estatutos.

Desde la **AIAQS**, pues, hay que ir **diseñando, desarrollando y poniendo al alcance de los proveedores todos los servicios de TIC que hacen posible la continuidad de la información** en el conjunto del sistema de salud de Cataluña. Se trata de facilitar, entre otras cosas, el uso de estándares semánticos en todo el sector y de aprovechar economías de escala en la prestación de servicios, la adquisición de licencias y la configuración de soluciones para estaciones clínicas.

Al mismo tiempo la AIAQS **debe tener la responsabilidad de actuar como punto de referencia en la gestión del conocimiento** y debe ser un auténtico órgano facilitador de la introducción de estas tecnologías, tanto en la aplicación y el uso de

las tecnologías de la información en el sector de la salud como en el apoyo tecnológico, metodológico y operativo en la gestión de la información y en la evaluación de los resultados en salud.

Por último, en la evaluación, deben participar los mejores expertos en la materia, especialmente en el diseño de la intervención y en la interpretación de los resultados clínicos.

Proyectos estratégicos

Tomando como base el modelo de gestión definido y las prioridades establecidas, se concretan cuatro grandes proyectos estratégicos que hay que priorizar en el marco temporal 2011-2015.

Proyecto 9.1. Transformar la historia clínica compartida en una red de información y servicios que facilite la integración entre todos los proveedores

La historia clínica compartida debe evolucionar para ofrecer un funcionamiento dinámico y permitir la inclusión del curso clínico de los pacientes y la gestión por procesos clínicos para las ocho patologías crónicas priorizadas.

- **Objetivo para 2015.** Disponer de la Historia Clínica Compartida de Cataluña en línea utilizada, actualizada por todos los proveedores, interoperable con sus estaciones de trabajo e integrando las funcionalidades identificadas.
- **Objetivo de resultados para 2012.** Tener una red de información compartida utilizada y actualizada en más del 65% de los actos asistenciales de atención hospitalaria, de urgencias y primaria y más del 25% de los actos asistenciales de la red de salud mental.

Para favorecer la integración asistencial, es necesario extender la utilización de una historia clínica compartida y común a todos los proveedores. Por eso, este proyecto prioriza el establecimiento de la HCCC a través de políticas definidas que tengan que cumplir todos los proveedores, su enriquecimiento funcional y la gestión de su evolución hacia una herramienta que permita la gestión compartida de los procesos clínicos.

De esta manera, se definen cuatro grandes subproyectos que se deben desarrollar, con unos hitos determinados:

- **Consolidar el despliegue de la HCCC** de acuerdo con los estándares que marca la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias relativos a la información que hay que compartir y a los criterios de cómo compartirla, incluyendo la imagen médica y la receta electrónica.

- **Alinear la HCCC con la HC de los proveedores:** integrar las funcionalidades disponibles y habilitar la interoperabilidad entre los sistemas de la red de manera que haya un sistema de referencia común.
- **Ofrecer a toda la red de proveedores servicios comunes para la gestión de atención primaria, hospitalaria, sociosanitaria y de salud mental:** los proveedores tendrán acceso en forma de servicios a sistemas de información de calidad e interoperables con los sistemas de uso compartido (HCCC, receta electrónica, imágenes, RCA, etc.).
- **Proporcionar herramientas de apoyo a la gestión de los procesos clínicos:** desplegar un sistema que facilite la gestión de los procesos clínicos y asistenciales entre los diferentes agentes, como eje de apoyo a nuevas modalidades de asistencia.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

- La HCCC se establece como un repositorio de informes finalistas con la mayoría de proveedores conectados.
- La receta electrónica es un referente claro en lo que concierne al grado de implantación y de utilización.

ii. Objetivo para 2015

- Disponer de la Historia Clínica Compartida de Cataluña en línea utilizada, actualizada por todos los proveedores, interoperable con sus estaciones de trabajo e integrando las funcionalidades identificadas.

iii. Objetivo de resultados para 2012

- Tener una red de información compartida utilizada y actualizada en más del 65% de los actos asistenciales de atención hospitalaria, de urgencias y primaria y más del 25% de los actos asistenciales en la línea especializada. Año 2012.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Completar el desarrollo del nuevo modelo de HCCC.
- Establecer la actualización de la red de información compartida (HCCC e imagen médica) como una cláusula del contrato de servicios.
- Alinear el desarrollo de la HCCC con el desarrollo de las historias clínicas de los principales proveedores, integrando las funcionalidades disponibles y definiendo el plan para garantizar la interoperabilidad entre sistemas y la disponibilidad de la información.
- Ofrecer el servicio en relación con la identificación de pacientes crónicos complejos y permitir el registro de las variables para posibilitar el seguimiento de los procesos clínicos.

- Poner a disposición de toda la red de AP la plataforma “e-CAP”.

Proyecto 9.2. Desplegar una red multicanal de comunicación y atención a los ciudadanos (Sanitat Respon, Canal Salud y carpeta personal de salud)

La red de comunicación con los ciudadanos tiene dos finalidades principales: (1) facilitar la comunicación de los asegurados-ciudadanos con el sistema para que tengan acceso a su información personal de salud y (2) promover la atención asistencial a los ciudadanos a través de canales nuevos y más eficientes que permitan la mejora de la resolución del sistema.

- **Objetivo para 2015.** Desarrollar nuevas funcionalidades para el Canal Salud y la carpeta personal de salud de ayuda a la autorresponsabilización y extender el acceso a la carpeta personal de salud de forma que cualquier ciudadano pueda consultar su información médica disponible
- **Objetivo de resultados para 2012.** Incrementar la utilización del Canal Salud y consolidar el despliegue de la carpeta personal de salud.

Es necesario potenciar el uso de la atención telefónica y de la web u otros recursos de Internet para facilitar y mejorar el acceso y la atención sanitaria a los ciudadanos y potenciar el papel de la Administración en las redes sociales.

De esta manera, Sanitat Respon (atención asistencial telefónica) y Canal Salud (ventana en línea de apoyo y servicios interactivos) deben proporcionar el máximo de servicios interactivos a la ciudadanía, con equidad, calidad y seguridad, implicando y corresponsabilizando a los mismos ciudadanos en su utilización.

En el ámbito del Canal Salud, la carpeta personal de salud hoy da acceso seguro y en línea a la propia información médica. Como es lógico, el desarrollo de la carpeta depende del estado de consolidación de la HCCC, pero también se plantean desarrollos adicionales para dotarla de más funcionalidades, según las necesidades de cada ciudadano y las prioridades estratégicas. Por ejemplo, en el caso de enfermedades crónicas que requieren un monitoreo frecuente pueden ser muy beneficiosas acciones de telemedicina mediante las que los ciudadanos puedan comunicarse con el sistema asistencial a través de la carpeta personal de salud.

i. Ejemplos de iniciativas en curso

- Sanitat Respon está atendiendo a más de 6.000 consultas al día.
- El Canal Salud funciona con diferentes canales temáticos.
- La carpeta personal de salud actualmente da acceso a los datos clínicos de 88.000 personas.

ii. Objetivos para 2015

- Desarrollar nuevas funcionalidades para el Canal Salud y la carpeta personal de salud de ayuda a la autorresponsabilización y extender el acceso a la carpeta personal de salud de forma que cualquier ciudadano pueda consultar su información médica disponible.

iii. Objetivos de resultados para 2012

- Incrementar la utilización de Canal Salud y consolidar el despliegue de la carpeta personal de salud.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Iniciar la evolución tecnológica de la plataforma para ofrecer nuevas funcionalidades (filtros dinámicos) y definir el modelo de apoyo a enfermos crónicos a través de Canal Salud.
- Incluir en el Canal Salud contenidos adicionales como canales temáticos (drogas, bioética, Observatorio y TICSalut).
- Extender el acceso a la carpeta personal de salud para todos los ciudadanos (incluyendo acceso al plan terapéutico e información médica disponible).

Proyecto 9.3. Consolidar el Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña como base para la transparencia de información potenciando la Central de Resultados como herramienta de evaluación

El Observatorio deberá funcionar como agregador de información del sistema, de forma veraz y accesible, que aporte transparencia a todos sus agentes.

- **Objetivo para 2015.** Disponer de la información del sistema de salud de Cataluña accesible y estructurada a través del OSSC.
- **Objetivo de resultados para 2012.** Tener el Canal Observatorio en funcionamiento y la cartera de servicios de 2012 desplegada.

Los elementos claves que deben regir el Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña tienen que ser los que permitan el acceso a una información de calidad que facilite la evaluación posterior para la toma de decisiones y la rendición de cuentas.

La puesta en marcha del Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña constará de dos partes principales:

- Consolidar la infraestructura del sistema definiendo catálogos de fuentes de datos y variables, clarificando y estandarizando los procesos de gestión de la información, garantizando los criterios de estándares y seguridad e

identificando nuevas necesidades de información. Se prevén las siguientes acciones:

- Diseñar, implantar y terminar la infraestructura del sistema.
 - Hacer un catálogo de los productos actuales que se generan en las diferentes unidades.
 - Diseñar un mapa de datos (identificación y definición de indicadores, variables, fuentes de información, responsables, periodicidad).
 - Clarificar y estandarizar los procesos de gestión de la información.
 - Identificar variables comunes del sistema e interrelaciones.
 - Identificar nuevas necesidades de información.
 - Proponer automatizaciones de los cálculos que se hacen actualmente de manera rutinaria y manual.
- Ejercer de prestador de servicios de información definiendo una cartera de servicios que garantice que se pone al alcance de políticos, técnicos, investigadores y ciudadanos información de calidad sobre el sistema sanitario y favoreciendo la comparación, el *benchmarking* y la evaluación para la toma de decisiones, facilitando la transparencia y la rendición de cuentas.
- Crear InfoSalut, un entorno web dentro del Canal Salud, que servirá de ventana única de acceso a los diferentes productos de información y de fuentes y como instrumento de rendición de cuentas del sistema sanitario.
 - Consolidar la Central de Resultados como producto estrella del Observatorio.
 - Consolidar el Observatorio de Innovaciones en Gestión.
 - Identificar y promover la creación de información.
 - Desarrollar sistemas de comparación (*benchmarking* y series temporales).

i. Ejemplos de iniciativas en curso

- La Central de Resultados, que actualmente está confeccionando su tercer informe, se está consolidando como instrumento de análisis de la efectividad, la calidad y la eficiencia del sistema sanitario, como instrumento para la planificación sanitaria y como herramienta de rendición de cuentas. Además, se está trabajando en el análisis de indicadores de los proveedores como manera de potenciar el *benchmarking* y la mejora de la calidad asistencial.
- El sistema integral de información de salud (SIIS) es el repositorio integrado de los sistemas de información existentes y permite el análisis

de indicadores previamente definidos mediante la utilización de información validada.

ii. Objetivo para 2015

- Disponer de la información del sistema de salud de Cataluña accesible y estructurada a través del OSSC.

iii. Objetivo de resultados para 2012

- Tener el Canal Observatorio en funcionamiento y la cartera de servicios de 2012 desplegada.

iv. Objetivos de proceso para 2012

- Desarrollar el Canal Observatorio como puerta de entrada a la información del sistema de salud.
- Desplegar la cartera de servicios del Canal Observatorio, incluyendo informes dinámicos con base en el SIIS/CdR y el Informe de Salud.
- Iniciar la actividad del Observatorio de la Innovación en la Gestión (OIGSC).
- Haber consolidado una oficina para la respuesta de consultas personalizadas.
- Haber alcanzado un total de 600 indicadores disponibles a través del SIIS/Central de Resultados.

Proyecto 9.4. Potenciar la evaluación clínica sistemática en los ámbitos de las tecnologías, de la calidad y de la investigación

La evaluación es un elemento clave para la rendición de cuentas, la identificación y promoción de buenas prácticas, el análisis para la toma de decisiones y la asignación de recursos.

- **Objetivo para 2015.** Consolidar la evaluación sistemática a través del Banco de Conocimiento, lo que quiere decir tener una red estable de mini-HTA y el reconocimiento de la oficina GPC como referente del sistema sanitario, implantar la evaluación de la cronicidad y mantener la convocatoria de investigación con los cambios necesarios en el Comité Científico.
- **Objetivos de resultados para 2012.** Realizar y publicar una convocatoria de investigación para dar respuesta a las propuestas del Plan de Salud, haber completado la evaluación de las experiencias actuales en torno a la atención a la cronicidad y poner en marcha la oficina de práctica clínica.

La evaluación clínica sistemática en los ámbitos de las tecnologías, de la calidad y de la investigación en salud se plasmará en la consolidación del Banco de Conocimiento. Este se desarrollará en el área de evaluación de la AIAQS.

La evaluación en el campo de la salud se puede enfocar desde diversos puntos de vista o a partir de unas razones determinadas:

- **Rendición de cuentas:** la evaluación está orientada a los ciudadanos para rendirles cuentas.
- **Promoción de buenas prácticas:** orientada a los pacientes o a los profesionales que deben tomar decisiones relacionadas con la salud.
- **Análisis:** evaluación orientada a los decisores para aprender y mejorar.
- **Asignación:** evaluación orientada a la asignación y distribución de los recursos.

Cada uno de estos enfoques adoptará formas distintas en función de si va dirigido a los profesionales y decisores clínicos y sanitarios o a la ciudadanía, los pacientes y sus familiares. El Banco de Conocimiento se debe alimentar de proyectos de los diferentes ámbitos de evaluación que aporten soluciones que permitan la transformación del sistema sanitario promoviendo la excelencia y la sostenibilidad y, por lo tanto, evitando las duplicaciones y las fragmentaciones y disminuyendo la variabilidad.

- **Ámbito de la evaluación de tecnologías sanitarias:** se persigue aportar información oportuna basada en el conocimiento científico para la toma de decisiones (clínicas, de cobertura de prestaciones, de gestión y planificación) en relación con la seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia de cualquier tecnología sanitaria. Se definen las siguientes líneas de actividad:
 - Evaluar críticamente las tecnologías sanitarias (TS) en las diferentes etapas de su evolución, es decir, innovación/introducción, expansión, uso generalizado y obsolescencia.
 - Introducir la evaluación *ex ante* en las tecnologías complejas como las TIC (interacción de múltiples actores y fases de desarrollo) para medir su impacto en el contexto de práctica clínica.
 - Diseñar estrategias de colaboración nacional o internacional relacionadas con proyectos de evaluación de TS.
 - Generar y transferir conocimiento sobre medicamentos en la práctica clínica mediante el diseño, la elaboración y el mantenimiento de herramientas de apoyo a: *a)* la toma de decisiones para la práctica clínica (guías de práctica clínica); *b)* la conciliación y la revisión de la medicación; *c)* el uso efectivo y seguro de los medicamentos; *d)* la evaluación de los resultados en salud vinculados a la terapéutica farmacológica, y *e)* el

incremento de la capacidad de autocuidado de los pacientes crónicos en la carpeta personal de salud.

- Evaluar los medicamentos en el ámbito de la atención primaria de salud (APS) en Cataluña dentro del marco del Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos (CENM).

■ **Ámbito de la calidad de la atención sanitaria:** pretende contribuir a la mejora de la calidad de la atención sanitaria mediante la evaluación de los resultados de las intervenciones en salud y el fomento de la práctica clínica óptima. Se definen las siguientes líneas estratégicas de actividad:

- Elaborar y adaptar indicadores, instrumentos y técnicas de medición de los procesos y resultados de la atención sanitaria.
- Diseñar estrategias de monitoreo de la calidad en la provisión de servicios asistenciales mediante estudios de variabilidad, efectividad, seguridad y eficiencia de la práctica clínica.
- Desarrollar estrategias de mejora mediante instrumentos o intervenciones de ayuda para la toma de decisiones en diferentes ámbitos (enfermos/usuarios, práctica clínica, gestión y política sanitaria) que promuevan y garanticen la equidad y las preferencias en la accesibilidad y la utilización de los servicios sanitarios.
- Ser los referentes en la elaboración, disseminación e implementación de guías de práctica clínica y otros productos relacionados basados en la evidencia en Cataluña.
- Evaluar la efectividad de las experiencias en torno a la atención a la cronicidad que actualmente se llevan a cabo en Cataluña.
- Realizar aproximaciones analíticas integrales en la evaluación del proceso asistencial de patologías prioritarias para el sistema de salud mediante la creación de cohortes a través de la combinación de diferentes fuentes de información disponibles.

■ **Ámbito de investigación:** promover la investigación donde hay vacíos de conocimiento, de acuerdo con las prioridades, las líneas de actuación y los proyectos estratégicos recogidos en el Plan de Salud o identificados por la ciudadanía. En este sentido, es necesario:

- Promover y evaluar la investigación extramural para dar respuesta a los vacíos de conocimiento de los decisores o de los pacientes/ciudadanos.
 - Convocatoria pública competitiva en investigación clínica (efectividad comparada) y en servicios sanitarios orientada a las necesidades del Plan de Salud.
 - Evaluación e impacto de otras convocatorias de investigación promovidas por la ciudadanía.

- Desarrollo de un sistema de información de la investigación en ciencias de la salud.
- Promover la transferencia y el impacto de la investigación en el sistema sanitario y la salud de la población: configuración de una red territorial de grupos de investigación y de colaboración en el ámbito de la evaluación y de la investigación en servicios sanitarios.
- Diseñar un sistema de evaluación *ex post* de los institutos y centros de investigación.

Hay que tener muy presente que la mayor parte de las actividades de evaluación tienen un carácter **transversal**, por lo que tienen implicaciones directas en la mayoría de los objetivos del Plan de Salud.

i. Objetivos para 2015

- Consolidar la evaluación sistemática a través del Banco de Conocimiento, lo que significa tener una red estable de mini-HTA, el reconocimiento de la oficina GPC como referente del sistema sanitario e implantar la evaluación de la cronicidad.
- Mantener la convocatoria de investigación con los cambios necesarios en el Comité Científico.

ii. Objetivos de proceso para 2012

- Realizar y publicar una convocatoria de investigación para dar respuesta a las propuestas del Plan de Salud.
- Evaluar la efectividad de las experiencias actuales en la atención a la cronicidad.
- Promover la evaluación de tecnologías sanitarias en centros sanitarios y crear una red para transferir y compartir conocimiento e información.
- Definir y poner en marcha la oficina de práctica clínica (al menos tres guías de práctica clínica en 2012).

iii. Objetivos de resultados para 2012

Realizar y publicar una convocatoria de investigación para dar respuesta a las propuestas del Plan de Salud, haber completado la evaluación de las experiencias actuales en la atención a la cronicidad y poner en marcha la oficina de práctica clínica.

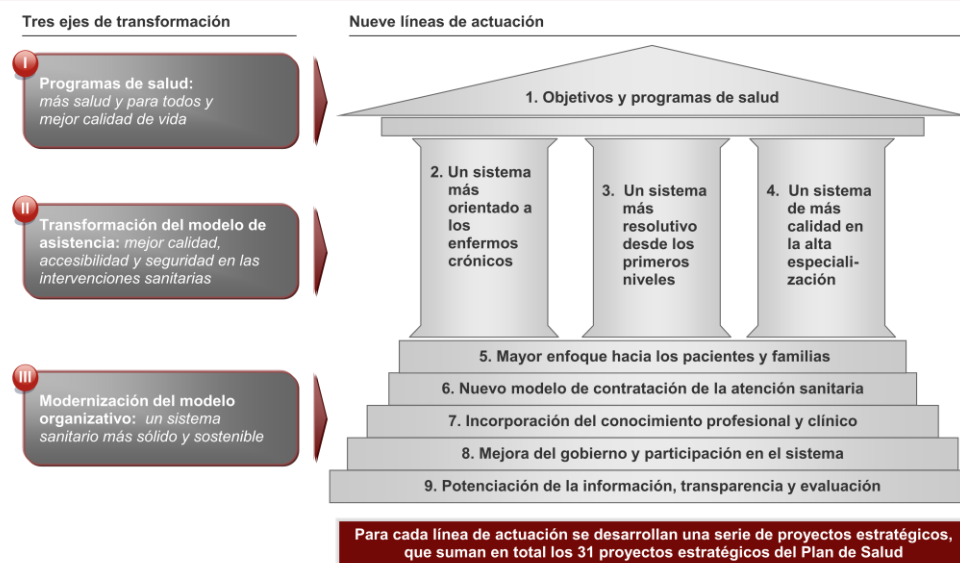
V. Hoja de ruta de la transformación

Este Plan de Salud de Cataluña 2011-2015 es el comienzo de un proceso de cambio estructural del sistema. Los principios y las estrategias contenidos en este Plan han sido adaptados en cada territorio, mediante los planes de salud territoriales. Ahora es necesario empezar a trabajar con los diferentes agentes en la concreción y la implantación de los proyectos de cambio.

La evaluación y la rendición de cuentas tienen un papel fundamental en la ejecución de este Plan y deben servir de mecanismo para la mejora y la adaptación de las diferentes líneas de actuación.

Este Plan se ha desarrollado en torno a tres ejes de transformación que pretenden dar respuesta a un conjunto de tendencias estructurales que suponen un reto para nuestro sistema. Estos ejes se traducen en 9 líneas de actuación y 32 proyectos que, articulados conjuntamente, permiten disponer de una mayor orientación a la salud, de un modelo de atención de más calidad, accesibilidad y seguridad, y de un modelo organizativo más adecuado de cara a garantizar la sostenibilidad y la solidez del sistema sanitario.

Tres ejes de transformación y nueve líneas de actuación



Fuente: Plan de Salud de Cataluña 2011-2015.

Así pues, la ejecución de este Plan de Salud comportará **un cambio estructural del sistema en diversas dimensiones:**

- **Los ciudadanos tendrán una mejor calidad de vida y un modelo de atención más adaptado** a sus necesidades con respecto a la atención que el sistema proporciona (por ejemplo, la gestión del caso), más proactivo y con mejores resultados clínicos. Su educación será mejor y las opciones de acceso serán más amplias (por ejemplo, mediante la plataforma multicanal de atención).
- **Los profesionales tendrán una mayor implicación** en las decisiones del sistema, con una participación más activa en la transformación, y se convertirán en los agentes principales del cambio. Su día a día cambiará por la necesidad de trabajar de forma más coordinada con otros centros y niveles asistenciales, y se simplificará porque se pondrán a su disposición nuevas herramientas de trabajo (por ejemplo, la HCCC unificada) y los nuevos roles profesionales evolucionarán (por ejemplo, profesionales de enfermería, de farmacia, etc.).

- **En el ámbito de política sanitaria**, este Plan impulsará un cambio en las estructuras de provisión a través de la contratación basada en incentivos y de un modelo de gobierno que trate por igual a todos los proveedores. En este sentido, se hará más prevención y aumentará la resolución en la atención primaria, las alternativas a la hospitalización y la atención a través de las nuevas tecnologías. Estos cambios irán acompañados de una disminución, principalmente, de la atención hospitalaria de agudos y de camas de larga estancia.
- **El sistema será más sostenible.** Los proyectos establecidos contribuirán a la sostenibilidad del sistema de salud, tal como hoy lo conocemos, por dos vías: (1) se moderará el crecimiento de la demanda por un mayor enfoque en la gestión del riesgo de los ciudadanos con anterioridad a la enfermedad y una atención más adecuada que asegure una mejor calidad de vida por más tiempo, y (2) se hará mucho más eficiente la utilización de los recursos del sistema al impulsar la integración, la racionalización y la ordenación de las actividades y los procesos en los diferentes niveles de atención.

Hoja de ruta para la aprobación del Plan de Salud

Este es el comienzo de un camino de cambio: el Plan de Salud 2011-2015 aporta el marco de trabajo y establece las prioridades y aspiraciones que el Departamento de Salud ha definido. A partir de aquí es necesario empezar a trabajar con los diferentes agentes en la concreción e implantación de los proyectos de cambio.

El proceso para la aprobación del Plan de Salud durará hasta finales de febrero de 2012. En paralelo, **se han realizado los planes de salud territoriales** para adaptar los principios y las estrategias propuestos a las peculiaridades de cada territorio y para traducirlos en acciones y objetivos concretos asumibles para todos ellos. Estos han sido aprobados, a principios de febrero, por los consejos de Dirección y Salud de cada región y posteriormente, tal como delimita la LOSC, se han elevado al CatSalut para integrarlos en una versión final del Plan de Salud.

Posteriormente, se ha presentado la versión final del Plan para su aprobación por los Consejos de Dirección y Salud del CatSalut. A continuación, se presentará para su aprobación por el Consejo Ejecutivo del Gobierno de la Generalitat (finales de febrero). Finalmente, en un máximo de 30 días, se dará a conocer al Parlamento de Cataluña.

Después de la aprobación final por el Consejo Ejecutivo empezará la fase de implantación de los 32 proyectos que conforman este Plan de Salud de Cataluña 2011-2015.

Evaluación del Plan de Salud y rendición de cuentas

En el año 2012 el cambio debe ser visible; por este motivo, el Departamento ha definido una serie de compromisos concretos que se ejecutarán a corto plazo. Cada uno de los proyectos tendrá unos objetivos de actuación para 2012. Así, por

ejemplo, en el año 2012 reduciremos el riesgo de sufrir patologías crónicas y retrasaremos su aparición con programas específicos de prevención y promoción (un mínimo de un millón de ciudadanos involucrados en programas renovados de ejercicio físico y alimentación saludable); haremos un punto de inflexión en las listas de espera quirúrgicas, alcanzando una reducción del 2%; reduciremos las complicaciones por polimedicación, revisando el tratamiento de como mínimo el 90% de los pacientes polimedcados, y reduciremos un 10% las reclamaciones de trato, y continuaremos mejorando la satisfacción de los ciudadanos (incremento de la satisfacción del 1% en comparación con el año 2011).

El Plan de Salud no es un documento de intenciones, sino que servirá como **hoja de ruta del cambio en el modelo de atención del Departamento de Salud durante los próximos años**. El Departamento será responsable de la ejecución de los proyectos y de la evaluación pública y transparente de los objetivos. En este sentido, el Departamento se compromete a implantar los proyectos diseñados, a monitorear anualmente los indicadores de los objetivos y, también con una periodicidad anual, a hacer una evaluación pública en el ámbito de la Comisión de Salud del Parlamento de Cataluña.

El Departamento de Salud es el **responsable de la ejecución de los proyectos y objetivos** que marca este Plan de Salud. En este sentido, se realizarán tres actividades claves:

- **Seguimiento.** Se definirán los indicadores de salud y se realizará el seguimiento del cumplimiento de los **objetivos** proyecto a proyecto y año a año. Siempre que las fuentes de información lo permitan, los indicadores de los objetivos de salud se presentarán de forma global para el conjunto de Cataluña y según la distribución por edad, sexo, condición social, territorio y evolución temporal. La valoración de los objetivos de salud del Plan formará parte del Informe anual de Salud. El Departamento de Salud, mediante la oficina del Plan de Salud, será el responsable del monitoreo anual y de la evaluación del Plan de Salud.
- **Evaluación.** Este Plan de Salud es susceptible de revisión frecuente. Debe ser entendido como una **herramienta de trabajo abierta y viva**, susceptible de incorporar cambios y mejoras a lo largo del actual periodo de planificación.
- **Comunicación.** Por último, nos comprometemos a hacer una evaluación transparente de los resultados y una rendición de cuentas anual y pública a la Comisión de Salud.

Epílogo

Según la LOSC, el Plan de Salud “es el instrumento indicativo y el marco de referencia de todas las actuaciones públicas en la materia de salud, en el ámbito de la Generalidad de Cataluña”. La LOSC, en sus artículos 62, 63 y 64, determina cuál es la naturaleza del Plan, el contenido y el procedimiento de elaboración y aprobación, respectivamente.

Este epílogo señala en qué apartados de este documento se tratan los cinco aspectos que, según el artículo 63 de la LOSC, deben conformar el Plan de Salud:

a) Una **valoración de la situación inicial**, con el análisis de los recursos personales, materiales y económicos empleados; del estado de salud; de los servicios y los programas prestados, y de la ordenación sanitaria y jurídico-administrativa existente. Este primer punto se trata en los apartados I (Contexto de partida del sistema sanitario de Cataluña) y III (Punto de partida y prioridades del sistema sanitario de Cataluña).

b) Los **objetivos y niveles a alcanzar** en cuanto a:

- Indicadores de salud y enfermedad.
- Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención sanitaria y sociosanitaria y rehabilitación.
- Homogeneización y equilibrio entre regiones sanitarias.
- Disposición y habilitación de centros, servicios y establecimientos.
- Personal, organización administrativa, información y estadística.
- Eficacia, calidad, satisfacción de los usuarios y coste.

Este segundo punto se trata en el apartado IV.I (Programas de salud: más salud para todo el mundo y mejor calidad de vida) y se detalla extensamente en los planes de salud territoriales adjuntos.

c) El **conjunto de los servicios, los programas y las actuaciones**, generales y por regiones sanitarias, que hay que desplegar. Este tercer punto se trata extensamente en los apartados IV.II (Transformación del modelo de atención: mejor calidad, accesibilidad y seguridad en las intervenciones sanitarias) y IV.III (Modernización del modelo organizativo: un sistema sanitario más sólido y sostenible), y se incorpora la visión de las regiones sanitarias a los planes de salud territoriales adjuntos.

d) Las **previsiones económicas y de financiación**, generales y por regiones sanitarias. Este cuarto punto se detalla en los presupuestos del Departamento de Salud, que se han presentado el 24 de enero y que se adjuntan en el anexo.

e) Los **mecanismos de evaluación de la aplicación y el seguimiento** del Plan. Este último punto se desarrolla en el apartado V (La hoja de ruta de la transformación).

Abreviaciones

AE	Atención especializada
AIAQS	Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud
AMED	Alimentación mediterránea
AP	Atención primaria
APS	Atención primaria de salud
APVP	Años potenciales de vida perdidos
ASPC	Agencia de Salud Pública de Cataluña
AVC	Accidente vascular cerebral
CAIF	Comisión de Administración de la Industria Farmacéutica
CDR	Circuito de diagnóstico rápido
CENM	Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos
CMA	Cirugía mayor ambulatoria
CMBD-AH	Conjunto mínimo básico de datos – atención hospitalaria
CPF	Comisión de Previsión y Financiación
CPS	Carpeta personal de salud
CSAE	Comisión de Servicios de Alta Especialización
CUAP	Centro de urgencias de atención primaria
DGRPRS	Dirección General de Regulación, Planificación y Recursos Sanitarios
EA	Efectos adversos
EAP	Equipo de atención primaria
EFQM	Fundación Europea para la Gestión de la Calidad
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ESCA	Encuesta de salud de Cataluña
EV	Esperanza de vida
EVBS	Esperanza de vida en buena salud
GMA	Gasto máximo asequible
GRD	Grupos relacionados por el diagnóstico

GTS	Gobiernos territoriales de salud
HC	Historia clínica
HCCC	Historia clínica compartida de Cataluña
HTA	Hipertensión arterial
IAM	Infarto agudo de miocardio
ICAMS	Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas y Sanitarias
ICC	Insuficiencia cardíaca congestiva
ICO	Instituto Catalán de Oncología
ICS	Instituto Catalán de la Salud
IRM	Incidente relacionado con los medicamentos
IT	Incapacidad temporal
ITS	Infección de transmisión sexual
LOSC	Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña
MAT	Modelo andorrano de triaje
MHDA	Medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ORL	Otorrinolaringología
OSSC	Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña
PAAS	Plan integral para la promoción de la salud mediante la actividad física y la alimentación saludable
PAFDS	Plan de actividad física, deporte y salud
PESFTAC	Programa de evaluación, seguimiento y financiación de los tratamientos farmacológicos de alta complejidad
PD	Plan director
PEIDS	Programas de especial interés del Departamento de Salud
PAFMHDA	Programa de armonización farmacoterapéutica de medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria

PGE	Programas de gestión de enfermedades
PISP	Plan Interdepartamental de Salud Pública
PLAENSA	Plan de encuestas de satisfacción
PPAC	Programa para la prevención y la atención a la cronicidad
PRM	Problemas relacionados con los medicamentos
PS	Plan de Salud
RCA	Registro Central de Asegurados
RCIM	Repositorio Central de Imágenes Médicas
RMC	Registro de Mortalidad de Cataluña
RV	Razón de variación
SEM	Sistema de Emergencias Médicas
SIIS	Sistema integral de información de salud
SIFCO	Sistema integrado de información del Fondo de Cohesión Sanitaria
SISCAT	Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña
TA	Tensión arterial
TIC	Tecnologías de la información y la comunicación
TS	Tecnologías sanitarias
TSI	Tarjeta sanitaria individual
VAB	Valor añadido bruto
VINCat	Programa de vigilancia de las infecciones nosocomiales en los hospitales de Cataluña
XHUP	Red Hospitalaria de Utilización Pública

Referencias bibliográficas

- ¹ SERVICIO CATALÁN DE LA SALUD. *Memòria del CatSalut 2010*. Generalitat de Catalunya, 2011.
<http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/publicacions/memories/2010/10_catsalut.pdf>
- ² DEPARTAMENTO DE SALUD. *Salut en Xifres, 2009*. Generalitat de Catalunya, 2010.
- ³ ARTÍS, M.; SURIÑACH, J. *Aportación del sector sanitario en la economía catalana*. Estudis Caixa de Catalunya (vol. 5). Caixa de Catalunya, 2007.
- ⁴ DEPARTAMENTO DE SALUD. *Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010*. Generalitat de Catalunya, 2009.
<<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.a499bb079a1061fbe23fed3b0c0e1a0/?vgnextoid=d8ec63c30a0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=d8ec63c30a0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>>
- ⁵ DEPARTAMENTO DE SALUD. *Enquesta de salut de Catalunya (ESCA)*. Generalitat de Catalunya, 2010.
<<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.f33aa5d2647ce0dbe23fed3b0c0e1a0/?vgnextoid=0eae131afa762310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=0eae131afa762310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>>
- ⁶ BRUGULAT, P.; TRESSERRAS, R.; CANELA, J. (ed.). "La Salud y los servicios sanitarios en las encuestas de salud de Cataluña". *Medicina Clínica* 137, extraordinario 2 (2011), pág. 1-70.
- ⁷ DEPARTAMENTO DE SALUD. "Avaluació dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010". *Pla de Salut de Catalunya* Generalitat de Catalunya, 2011.
<<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.32914321817ccf7be23fed3b0c0e1a0/?vgnextoid=3739f1b6a85c3310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=3739f1b6a85c3310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>>
- ⁸ IDESCAT. Estructura de población por sexo y grupo de edad. Datos absolutos y relativos (%). Cataluña, 2011.
<<http://www.idescat.cat/territ/BasicTerr?TC=8&V3=669&V4=1181&ALLINFO=TRUE&PARENT=1&V0=3&V1=0&CTX=B&VN=3&VOK=Confirmar>>
- ⁹ DEPARTAMENTO DE SALUD. *Registro de mortalidad de Cataluña*. Generalitat de Catalunya, 2009.
- ¹⁰ DEPARTAMENTO DE SALUD. *Encuesta de salud de Cataluña (ESCA)*. Generalitat de Catalunya, 2010.
- ¹¹ DEPARTAMENTO DE SALUD. *Registro de mortalidad de Cataluña*. Generalitat de Catalunya, 2009. *Plan director de cáncer y ESCA 2006*.
- ¹² SUBDIRECCIÓN GENERAL DE DROGODEPENDENCIAS. Dirección General de Salud Pública. *Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España 2005-2006*. Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

- ¹³ DEPARTAMENTO DE SALUD. Encuesta y examen de salud de Cataluña 2006. Generalitat de Catalunya, 2009.
<<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3598/doc32868.html>>
- ¹⁴ DEPARTAMENTO DE SALUD. Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública. Generalitat de Catalunya, 2009.
- ¹⁵ AGENCIA DE INFORMACIÓN, EVALUACIÓN Y CALIDAD EN SALUD (AIAQS). Central de Resultados. Generalitat de Catalunya, 2011.
- ¹⁶ DEPARTAMENTO DE SALUD. Memòria 2010 del CatSalut. Generalitat de Catalunya, 2011.
- ¹⁷ DEPARTAMENTO DE SALUD. Demanda en cifras. Generalitat de Catalunya 2010.
http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3579/demanda_sanitaria_2010.pdf
- ¹⁸ SURÍS, X. [et al.]. "A Rheumatology consultancy programs with general practitioners in Catalonia, Spain". *The Journal of Rheumatology* 34, (2007), pág. 1328-1331.
- ¹⁹ CAMERON, D. J. "Postacute strategic planning: preparing for an aging population". *Healthcare Financial Management Journal* 62(2), (2008), pág. 104-110, 112.
- ²⁰ STRATEGIC RESEARCH CENTER. *El gasto farmacéutico en España*. EAE Business School, 2011.
<http://www.eae.es/es/strategic-research-center.html>
- ²¹ RODRÍGUEZ, M.; SOLÉ, M. "Estimación y análisis del gasto en atención primaria y salud comunitaria en Cataluña, 2005-2008". *Estudis d'Economia de la Salut* (vol. III). Departamento de Salud.
- ²² SERVICIO CATALÁN DE LA SALUD. Conjunto mínimo básico de datos (CMBD). Generalitat de Catalunya, 2011.
- ²³ SERVICIO CATALÁN DE LA SALUD. PLAENSA y *Estudi de les visions de ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya*. Generalitat de Catalunya, 2011.
- ²⁴ DEPARTAMENTO DE SALUD. *Estudi de les visions de ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya*. Departamento de Salud, 2007.
- ²⁵ STIGLITZ, J. E.; SEN, A.; FITOUSE, J. P. *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*. <www.stiglitz-sen-fitouse.fr>
- ²⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION. "Health21: The health for all policy framework for the WHO European Region". *European Health for all Series* Núm. 6. World Health Organization, 1999.
- ²⁷ Healthy People 2020 (diferentes documentos). US Department of Health and Human Services. <<http://www.healthypeople.gov/2020/default.aspx>>
- ²⁸ TRESSERRAS, R.; CASTELL, C.; SALLERAS, L. "Development of a policy for health for all in Catalonia". En RITSATAKIS A. [et al.] (ed.): *Exploring health policy development in Europe*. Copenhagen. World Health Organization, 2000.
- ²⁹ TRESSERRAS, R.; BRUGULAT, P. "Catalonia: Improved intelligence and accountability?" En WISMAR M. [et al.] (ed.): *Health targets in Europe. Learning from experience*. European

Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, 2008.
<http://www.google.es/search?sourceid=navclient&aq=0vL&oq=Health+targets+in+&hl=es&ie=UTF8&rlz=1T4ADBR_esES229ES266&q=health+targets+in+europe+learning+from+experience&gs_upl=0I0I2I1063474IIIIIIIIII0&aqi=g-vL5>

³⁰ DEPARTAMENTO DE SALUD. Planes directores.

<<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.bb3f78e47a64f59be23ffed3b0c0e1a0/?vgnnextoid=46156708ba0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=46156708ba0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>>

³¹ GENERALITAT DE CATALUNYA. Alianza para la seguridad de los pacientes en Cataluña.
<http://www.seguretatpacient.org/cms/index_staging.html>

³² GENERALITAT DE CATALUNYA. Programa VINCat.

<<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.41e04b39494f1be3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnnextoid=dc0ad58cbb2fb210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=dc0ad58cbb2fb210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD>>

³³ DEPARTAMENTO DE SALUD. Planes de salud (1993-1995, 1996-1998, 1999-2001, 2002-2005).
<<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.bb3f78e47a64f59be23ffed3b0c0e1a0/?vgnnextoid=48b06708ba0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=48b06708ba0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>>

³⁴ DEPARTAMENTO DE SALUD. Encuesta de salud a Catalunya continúa (ESCAc). Generalitat de Catalunya, 2011.

<<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.f33aa5d2647ce0dbe23ffed3b0c0e1a0/?vgnnextoid=0eae131afa762310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=0eae131afa762310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>>

³⁵ DEPARTAMENTO DE SALUD. Programas de salud pública.

<<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.f33aa5d2647ce0dbe23ffed3b0c0e1a0/?vgnnextoid=e3fb63c30a0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=e3fb63c30a0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>>

³⁶ DEPARTAMENTO DE SALUD. Ordenación de la atención sanitaria y de la cartera de servicios (varios documentos).

<<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.01ad7f0676f03a8be23ffed3b0c0e1a0/?vgnnextoid=60308c1d58a53310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=60308c1d58a53310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>>

³⁷ MEYER, J.; MARKHAM, B. Chronic Disease Management. Evidence of Predictable Savings, 2008.

³⁸ POST, P. N.; KUIJPERS, M.; EBALS, T.; ZIJLSTRA, F. "The relation between volume and outcome of coronary interventions: a systematic review and meta-analysis". *European Heart Journal* 31(16), (2010), pág. 1985-1992.

Otras referencias

- ASOCIACIÓN CATALANA DE ENTIDADES DE SALUD. *Propostes de mesures estructurals d'esforç del sector per a la millora de la productivitat i la reordenació dels serveis*. ACES, 2011.
- CENTRO DE ANÁLISIS Y PROGRAMAS SANITARIOS. *Anàlisi del pressupost de salut 2011 i propostes alternatives per millorar el sistema públic de salut*. CAPS, 2011.
- COMISIÓN DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. *Informe Abril Martorell. Informe y recomendaciones*. Sistema Nacional de Salud, 1991.
- COMISIÓN EUROPEA. *Information Society and Media Directorate General. Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe*. 2008.
- COMISIÓN EUROPEA. *Information Society and Media Directorate General. Euro Health Consumer Index, 2008*.
- CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL. *Desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario*. CES, 2010.
- CONSEJO INTERTERRITORIAL. *Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud*. SNS, 2010.
- CONSORCIO DE SALUD Y SOCIAL DE CATALUÑA. *Propostes del CSC en relació amb l'escenari econòmic i de contractació per a l'any 2011 i les línies estratègiques que l'acompanyen*. CSC, 2011.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING, AUSTRALIAN GOVERNMENT. <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/Pharmaceutical+Benefits+Advisory+Committee-1>
- FAZEKAS, M.; ETTTEL, S.; NEWBOULD, J.; NOLTE, E. *Framework for assessing, improving and enhancing health service planning*. Rand Corporation, 2010. http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR847.html
- FÒRUM DE LA PROFESSION MÈDICA. *Propostes per a la sostenibilitat i millora del sistema sanitari públic*. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 2011.
- FUNDACIÓN DE ESTUDIOS DE ECONOMÍA APLICADA. *Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario*. FEDEA, 2009.
- GIL, V. [et al.]. *Sostenibilidad financiera del sistema sanitario. 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto*. 2010.
- GRUPO DE TRABAJO DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA UNIÓN. *Posicionament de La Unió en relació amb els àmbits que el Departament de Salut ha proposat abordar per tal de fer front a l'ajust pressupostari*. La Unió, 2011
- HARVARD UNIVERSITY SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. *Confianza en el Sistema Nacional de Salud*. Abril de 2006. "Tabla 5. ¿Cuáles son los problemas más importantes del sistema español de asistencia sanitaria?"

- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). <www.has-sante.fr>
- Informe Viladrell 2005. Documento marco del grupo de trabajo para la racionalización y la financiación del gasto sanitario, 2005.
- Informe Viladrell 2010. Segundo documento marco del grupo de trabajo para la racionalización y la financiación del gasto sanitario, 2010.
- INSTITUTO DE ESTUDIOS DE LA SALUD. *Estratègies per a la planificació de les professions sanitàries. Síntesi de reflexions estratègiques*. Generalitat de Catalunya, 2010.
- LA UNIÓ. *Repensant el model sanitari. Anàlisi i propostes per a una revisió constructiva del model sanitari català*. La Unió, Associació d'Entitats Sanitàries i Socials, 2011.
- LINNA, M. [et al.]. *Hospital productivity and the Norwegian ownership reform - A Nordic comparative study*. "The Norwegian Hospital reform". Universidad de Oslo.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, G. "La innovació: eix de competitivitat i qualitat per al sector sanitari i d'atenció a la dependència". Revista *Referent*, número 9. Papers de la Fundació Unió, 2010.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G. *Una reflexión sobre la financiación sanitaria y una propuesta de articulación de copagos basados en la renta*.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Tablas de Gasto Sanitario, 2007. "La alta tecnología: Estudios de TAC. Mamografías. Equipos de Resonancia Nuclear Magnética".
- NATIONAL HEALTH SERVICE IN ENGLAND. <<http://www.dh.gov.uk/health/category/policy-areas/nhs/>>
- OECD. *Health Data - Frequently requested data*. Junio 2009. "Risk factors: Tobacco consumption, % of population 15+ who are daily smokers". "Risk factors: Overweight population, % of total population".
- ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA. *Nuevos retos para la profesión médica: una aportación al debate social*. Organización Médica Colegial de España, 2010.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.
- Pacto de medidas para la sostenibilidad del sistema sanitario y social de Cataluña, 2008.
- PEIRÓ, S.; ARTELLS, J. J.; MENEU, R. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 2011; 25:95-105.
- PRICEWATERHOUSECOOPERS. "Diez temas candentes de la sanidad española para 2011: el momento de hacer más con menos". <<http://www.pwc.com/es>>
- PUIG-JUNOY, J. *La corresponsabilidad individual en la financiación de medicamentos: evidencia y recomendaciones*. "Tabla 1. El gasto en medicamentos en la UE-15".

RUBIA VILA, F. J. (coord.) [et al.]. *Libro blanco sobre el sistema sanitario español*. Academia Europea de Ciencias y Artes, 2011.

SWEDISH ASSOCIATION OF LOCAL AUTHORITIES AND REGIONS (SALAR). *Quality and Efficiency in Swedish Health Care - Regional Comparisons*. 2007.

THOMSON, S.; OSBORN, R.; SQUIRES, D.; REED, S. J. *International Profiles of Health Care Systems*. The Commonwealth Fund, 2011.

<<http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2011/Nov/International-Profiles-of-Health-Care-Systems-2011.aspx>>

WÜBKER, A. [et al.]. *Does Better Information About Hospital Quality Affect Patients' Choice? Empirical Findings from Germany*. Alemania, 2008.