



Pla de salut de Catalunya 2011-2015



Generalitat de Catalunya
**Departament
de Salut**

Febrer de 2012

© 2012, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Departament de Salut
Trav. de les Corts, 131-159
Pavelló Ave Maria
08028 Barcelona
www.gencat.cat/salut
<http://canalsalut.gencat.cat/>

Edició: Departament de Salut

Coordinació editorial: Departament de Salut

Assessorament lingüístic: Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Redacció: Departament de Salut

Primera edició: Barcelona, febrer de 2012

Nota: aquest document és d'ús intern i de consulta durant el període d'aprovació del Pla de Salut 2011-2015. Versió subjecte a canvis.

Índex

Resum executiu	4
I. Context de partida: els reptes del sistema sanitari de Catalunya	22
II. Principis que inspiren el Pla de salut	29
III. Punt de partida: diagnòstic i prioritats del sistema sanitari de Catalunya	36
L'avaluació dels objectius del Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010	37
Els resultats en salut	38
La situació dels serveis	47
Les prioritats clau del canvi	63
IV. Els tres eixos vertebradors del Pla de salut de Catalunya 2011-2015	65
IV.I. Més salut per a tothom i millor qualitat de vida	66
Línia d'actuació 1. Objectius i programes de salut	66
IV.II. Transformació del model d'atenció: millor qualitat, accessibilitat i seguretat en les intervencions sanitàries	79
Línia d'actuació 2. Un sistema més orientat als malalts crònics	79
Línia d'actuació 3. Un sistema integrat més resolutiu des dels primers nivells i al territori	101
Línia d'actuació 4. Un sistema de més qualitat i equitat en l'alta especialització	115
IV.III. Modernització del model organitzatiu: un sistema sanitari més sòlid i sostenible	127
Línia d'actuació 5. Major enfocament cap als pacients i les famílies	127
Línia d'actuació 6. Nou model de contractació de l'atenció sanitària més enfocat a resultats en salut	136
Línia d'actuació 7. Incorporació sistemàtica del coneixement professional i clínic	146
Línia d'actuació 8. Millora en el govern i en la participació en el sistema	154
Línia d'actuació 9. Informació compartida, transparència i avaluació	162
V. Full de ruta de la transformació	176
Epíleg	181

Abreviacions.....	184
Referències bibliogràfiques	188

Resum executiu

Des de fa anys, el nostre sistema sanitari fa front a un conjunt de tendències estructurals de caràcter social (envelliment, cronicitat, etc.), però també de caràcter tecnològic (noves teràpies, nous medicaments, etc.) i econòmic (augment de la pressió sobre els recursos públics), les quals posen en risc la permanència del sistema tal com el coneixem.

Des del Departament de Salut estem treballant per donar resposta a tots aquests canvis i poder mantenir l'essència del sistema públic de forma sostenible a mitjà termini. En aquest context, volem que el **Pla de salut de Catalunya 2011-2015 sigui un instrument fonamental per donar resposta als nostres reptes de futur.**

I. CONTEXT DE PARTIDA: ELS REPTES DEL SISTEMA SANITARI DE CATALUNYA

El punt de partida pel que fa als resultats en salut és bo, però les tendències de futur requereixen canvis importants. El nostre sistema sanitari presenta uns resultats que el situen al capdavant d'Europa com un dels sistemes de referència (a Catalunya, l'esperança de vida se situa 1,9 anys per sobre de la xifra de la UE-15), està ben valorat pels usuaris i es converteix en un motor potent de l'economia del país.

L'eficiència del sistema sanitari català queda avalada pels resultats, no només en termes d'excel·lència sinó també de competitivitat en costos. Cal, doncs, valorar els seus elements diferencials: (1) una xarxa descentralitzada d'equipaments de proximitat en el territori i (2) la separació de funcions entre l'Administració (acredita qualitat, planifica, compra i avalua) i una xarxa d'entitats de diversa titularitat que gestiona professionalitzadament la prestació dels serveis.

A la vegada, els reptes de futur són molt exigents i el nostre sistema sanitari ha de canviar de forma important per afrontar-los millor, tenint en compte que partim d'un model diferencial amb un gran potencial per donar respostes que Catalunya haurà d'assumir. Entre d'altres destaquen:

- Una demanda que creix de forma constant, amb una població més envellida (entre l'any 2012 i el 2020 hi haurà per sobre de dues-centes mil persones més majors de 65 anys), i un perfil de morbiditat pitjor (entre l'any 2012 i el 2020 es duplicarà el nombre de persones que pateixen almenys una malaltia crònica).
- Uns recursos que cada cop són més escassos, amb tractaments mèdics més personalitzats i costosos (a Catalunya, el cost dels tractaments citostàtics s'ha multiplicat per tres en els darrers cinc anys) i amb una utilització creixent.
- Un esquema de finançament pressionat per aquest augment de demanda i pel creixement continuat dels costos d'atenció, que posa de manifest les tensions cròniques de finançament. Aquesta situació s'ha complicat en el

context actual, de difícil conjuntura econòmica, i fa el debat sobre la sostenibilitat encara més urgent.

Els països del nostre entorn estan començant a avançar. Aquests canvis en el context són similars en tots els països desenvolupats, els quals, en alguns casos, han iniciat reformes importants dels seus sistemes sanitaris: França, amb la transformació dels hospitals públics per millorar l'eficiència i la qualitat; Alemanya, amb més èmfasi en el tractament dels principals trastorns crònics, o Suècia, que ha introduït reformes per dotar de més capacitat d'elecció els ciutadans i millorar l'accés al seu sistema.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) també es fa ressò d'aquesta necessitat de transformació en el seu informe publicat el 2010 (*El finançament dels sistemes de salut. El camí cap a la cobertura universal*). L'OMS identifica dos tipus d'actuacions clau que es poden aplicar en tots els països: (1) recaptar finançament per al sistema sanitari mitjançant accions innovadores (nous impostos sobre substàncies perjudicials, aportacions solidàries per a l'ús de determinades tecnologies, etc.), i (2) fomentar l'eficiència dels recursos disponibles, ja que s'estima que entre el 20 i el 40% dels recursos destinats a sanitat són malgastats (ús inadequat dels medicaments, repetició de proves diagnòstiques, dimensió inadequada dels serveis o dispositius, errors o qualitat insuficient, etc.), i millorar així la qualitat i quantitat del rendiment dels recursos.

A Catalunya, el Pla de salut ha de contribuir a guiar la transformació del sistema sanitari. El Pla de salut, segons la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC, títol 5, article 62), "és l'instrument indicatiu i el marc de referència de totes les actuacions públiques en matèria de salut, en l'àmbit de la Generalitat de Catalunya". Com a tal, aquest Pla de salut aborda les principals línies de canvi i transformació del sistema sanitari de Catalunya en els pròxims anys.

L'estratègia global del Departament de Salut s'emmarca en l'eix 3, de Salut, del Pla de Govern 2011-2014, que estableix deu àmbits estratègics. Un dels àmbits clau és la reformulació del model assistencial de Catalunya, que, mantenint els valors fonamentals i diferencials del model sanitari català, ha de permetre fer front als nous paradigmes assistencials, econòmics, socials i tecnològics.

El Pla de salut de Catalunya 2011-2015 donarà resposta a aquestes necessitats, desenvolupant principalment els elements d'aquest Pla de Govern més lligats a la transformació del model d'atenció i de l'organització del sistema sanitari públic (el punt 3, Model d'atenció assistencial adaptat a les noves necessitats sanitàries de la població, i el punt 4, Millora de la gestió, els resultats i l'excel·lència de la sanitat pública).

Àmbits de l'eix salut del Pla de Govern

- 1 Sostenibilitat i progrés del sistema sanitari català
- 2 Millora de l'eficiència i agilitat de l'Administració sanitària
- 3 Model d'atenció assistencial adaptat a les noves necessitats sanitàries de la població
- 4 Millora de la gestió, els resultats i l'excel·lència de la sanitat pública
- 5 Model de salut pública que reforci la protecció i la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i la seguretat alimentària
- 6 El paper dels professionals sanitaris en la governança i la gestió del sistema
- 7 Implicació i coresponsabilització dels ciutadans en la seva salut
- 8 Reconeixement de la complementarietat del sistema de sanitat privada
- 9 Recerca i innovació
- 10 Marca "Q" de Qualitat de Salut Catalunya, pública i privada, com a referent d'excel·lència

Font: Pla de Govern 2011-2014.

Hi ha un conjunt d'elements que formen, en conseqüència, part de l'estratègia i dels plans d'actuació del Departament de Salut (recerca i innovació, paper del sistema sanitari privat, entre d'altres) que s'estan abordant des del mateix Pla de Govern i amb projectes específics però que no seran desenvolupats en aquest Pla de salut.¹ Malgrat això, el desplegament d'aquests elements s'emmarcarà en les línies estratègiques d'aquest Pla de salut.

Aquest Pla de salut 2011-2015 és diferent dels anteriors en tres aspectes clau:

- **Vol ser més ampli en el seu abordatge** i generar un debat d'ampli abast sobre els elements de salut, però també de serveis i d'organització del nostre sistema.
- **És una eina de treball oberta i viva.** *Oberta*, perquè en el seu desenvolupament s'involucrarà tots els agents del sector i els diferents territoris i *viva*, perquè s'estableix un procés anual d'avaluació, rendició de comptes i revisió, que implicarà ajustaments del Pla en funció del seu grau de desenvolupament i execució.
- **És un pla orientat al fet que el canvi succeeixi.** Les mesures del Pla de salut parteixen en molts casos d'iniciatives que estan sent desenvolupades per la

¹ Aquest també seria el cas de programes i actuacions en la salut maternoinfantil i la salut bucodental i de malalties transmissibles com ara les malalties que poden ser previngudes per vacunes, les infeccions de transmissió sexual, les infeccions pel VIH i la sida o la tuberculosi, les malalties minoritàries o diversos àmbits de reordenació (la pediatria, l'al·lèrgologia, etc.).

xarxa. La major novetat és: (1) el compromís del Departament a desenvolupar les eines i els facilitadors que assegurin un canvi assistencial a escala i (2) Els compromisos assumits en l'execució tant a llarg termini (visió fins al 2015) com a curt termini (objectius per al 2012).

II. PRINCIPIS QUE INSPIREN EL PLA DE SALUT

L'elaboració del Pla de salut es basa en un conjunt de principis que identifiquen els principals elements de transformació del sistema fins al 2015:

- 1. Els fonaments i els elements diferenciadors del sistema a Catalunya que consagra la LOSC són el punt de partida i se'n reforçarà la seva presència en aquest Pla de salut:** accessibilitat universal, equitat i eficiència, xarxa descentralitzada, separació de funcions i gestió professionalitzada.
- 2. Els ciutadans tenen un nou rol i es converteixen en la finalitat primera del sistema.** L'atenció als ciutadans i la millora de la seva salut i qualitat de vida són objectius últims. Per aconseguir-los, es plantejaran canvis en la relació entre el sistema sanitari i els assegurats en ambdues direccions (introduint nous elements de relació com, per exemple, Sanitat Respon, o l'increment de la informació a la ciutadania).
- 3. La salut pública i la seva cartera de serveis constituirà un dels instruments essencials per a la millora dels resultats en salut i la qualitat de vida de la població.** La consolidació de l'Agència de Salut Pública de Catalunya és un pas fonamental en aquest camí, i estendrà els elements diferenciadors del sistema sanitari català.
- 4. El model de prestació de l'atenció augmentarà el seu nivell d'integració i s'adaptarà a les noves necessitats i oportunitats, amb una adaptació adequada per a cada territori.** Es treballarà a millorar el contínuum assistencial per als pacients i a assegurar que tots els recursos (salut pública, atenció primària, especialitzada, sociosanitària i salut mental) treballin de forma coordinada i amb uns objectius comuns.
- 5. El CatSalut desenvoluparà un veritable rol d'asseguradora pública.** Es farà una gestió més propera i adaptada de les necessitats de la població, d'acord amb models predictius i s'adoptarà una orientació proactiva en la relació i comunicació amb els ciutadans.
- 6. La gestió del sistema se centrarà de forma decidida en els resultats en salut.** Els resultats clínics, entesos com la millor salut i atenció a la població, seran el concepte clau sobre el qual girarà un nou model de planificació i contractació de serveis, que es gestionarà amb un enfocament predictiu (prenent com a base l'evolució de les necessitats de salut de la població).
- 7. El coneixement dels professionals clínics és bàsic per a la planificació, gestió i millora del sistema.** El coneixement clínic ha de guiar la transformació del sistema i ha de passar a tenir un rol prioritari en la planificació mitjançant l'establiment d'esquemes de governança clínica i

participació, i l'extensió de l'avaluació (clínica) com a eina clau per a la presa de decisions.

8. **El govern efectiu del sistema sanitari preveurà els valors del bon govern: la transparència de la informació, l'avaluació i la rendició de comptes s'estenen a tots els nivells.** En els pròxims anys es treballarà en la creació d'una xarxa d'informació i serveis unificada del sistema sanitari que permeti compartir informació i coneixement, donar una major transparència als resultats dels diferents agents i elaborar mecanismes d'avaluació i revisió per assegurar que avancem en la direcció correcta.
9. **La sostenibilitat del sistema sanitari es farà compatible amb els últims resultats de progrés i d'excel·lència en l'atenció.** El Pla de salut té com a objectiu final adaptar el sistema sanitari per donar resposta a uns reptes estructurals per als quals avui en dia no està preparat. El resultat d'aquest canvi serà un sistema més sostenible i perdurable amb un cost assumible, que millorarà alhora la qualitat dels resultats i l'atenció als ciutadans.
10. **El Pla de salut serà un instrument del canvi amb vocació de lideratge i centrat en el fet que el canvi succeeixi.** Aquest Pla és més ampli, i tracta tant els elements de salut, com els de serveis i d'organització. És una eina *oberta i viva*, que involucra tots els agents del sector i que serà revisada i adaptada anualment. Finalment, és un pla orientat al canvi, en què les propostes es tradueixen en compromisos, tant a llarg termini com de forma més immediata.

III. PUNT DE PARTIDA: DIAGNÒSTIC I PRIORITATS DEL SISTEMA SANITARI DE CATALUNYA

L'elaboració del Pla de salut es basa en un diagnòstic que determina les **prioritats del model d'atenció fins al 2015**.

- La situació de partida pel que fa als resultats en salut és bona, amb una esperança de vida superior en gairebé 2 anys a la mitjana europea i una evolució positiva de les taxes de mortalitat en les principals causes de mort. No obstant això, hi ha tres grans reptes: (1) l'envelliment continuat de la població (increment de més de 200.000 persones majors de 65 anys en els pròxims 10 anys); (2) revertir l'empitjorament dels hàbits i estils de vida (un de cada dos catalans té excés de pes), i (3) la creixent prevalença de les malalties cròniques (el 2010, el 34% dels catalans afirmava patir com a mínim un trastorn crònic). Per aquests motius, plantejarem **programes de salut que aportin més salut per a tothom i més qualitat de vida (eix de transformació I)**.
- Els serveis sanitaris a Catalunya es caracteritzen per una alta accessibilitat, tant geogràfica (el 98% de la població té un centre d'atenció primària a menys de deu quilòmetres) com d'amplitud de prestacions. Tanmateix, hi ha certa saturació comparada amb altres països (reflectida en les llistes d'espera) i la freqüentació és alta, especialment en l'atenció especialitzada i

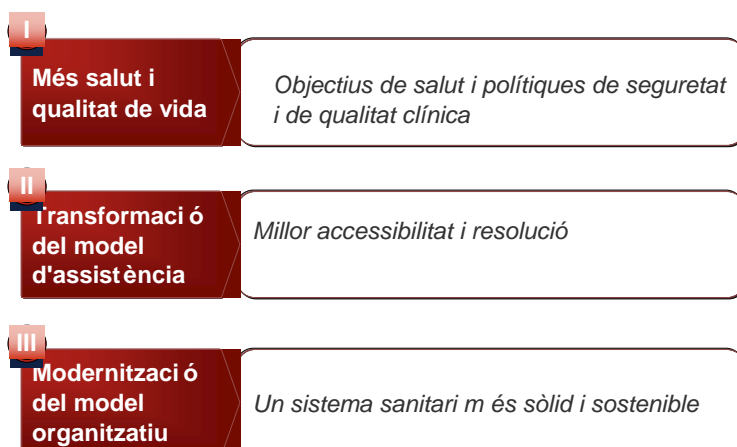
urgències. La integració entre nivells assistencials és limitada (especialment en els àmbits de relació més freqüents entre l'atenció primària i l'especialitzada) i la innovació és insuficient en models d'atenció més adaptats a les necessitats dels pacients crònics, fet que impedeix tractar-los amb la qualitat òptima. Addicionalment, hi ha oportunitats de millora de la qualitat clínica en procediments d'alta especialització en què la massa crítica és un determinant clau de l'expertesa i, consegüentment, dels resultats (per exemple, quinze centres no arriben al mínim d'intervencions de cirurgia de càncer de recte a l'any). Per aquests motius, impulsarem una **transformació del model assistencial que millori la qualitat i faci més efectives les intervencions sanitàries (eix de transformació II)**.

- Els valors fonamentals i diferencials del model sanitari català s'han de reforçar per adaptar-se als canvis en la implantació dels programes de salut i del model assistencial. Per tal de fer-ho possible, **modernitzarem el model organitzatiu per aconseguir un sistema sanitari més sòlid i sostenible (eix de transformació III)**.

IV. ELS TRES EIXOS VERTEBRADORS DEL PLA DE SALUT

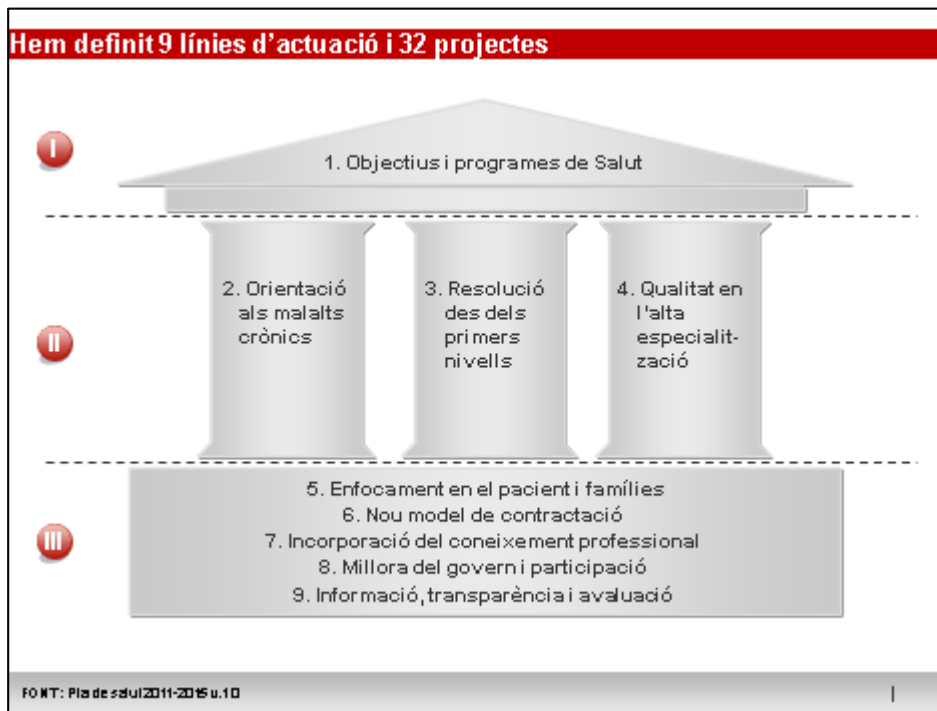
El Pla de salut 2011-2015 s'estructura en 3 eixos de transformació, 9 grans línies d'actuació i 32 projectes estratègics que conformen el full de ruta del sistema sanitari fins al 2015.

El Pla de salut s'estructura en 3 eixos de transformació



Font: Pla de salut 2011 -2015 v.1.0

Aquest procés de transformació no comença des de zero, sinó que se sustentará sobretot en el treball fet fins ara. **Els tres eixos de transformació s'han definit i desenvolupat partint de múltiples experiències que estan en marxa a Catalunya.** Una selecció (no exhaustiva) d'aquestes experiències es detallen al llarg dels capítols del Pla de salut com a exemples d'iniciatives en curs i referència per a les actuacions.



IV.I. Més salut i millor qualitat de vida

Aquest Pla de salut, malgrat ser més ampli (ja que considera els canvis estructurals del model d'atenció i de l'organització), no renuncia a l'objectiu últim d'incrementar l'esperança de vida en bona salut per a tothom.

Aquest Pla de salut estableix:

- **Un objectiu general de salut.** D'aquí a l'any 2020 augmentar en un **5%** la **proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut** en homes i en dones.
- **Objectius de salut i de disminució del risc per als problemes prioritzats.** Per exemple, d'aquí al 2020, cal reduir la mortalitat per malalties cardiovasculars en un 20%, reduir la mortalitat global per càncer en un 10% i reduir la mortalitat per malalties mentals en un 10%.

S'ha de tenir en compte que en la consecució d'aquests objectius estan involucrats tant el sector públic com el privat.

Línia d'actuació 1. Objectius i programes de salut

Per aconseguir aquests objectius, s'han de desenvolupar programes específics de salut, que abastaran:

- **Projecte 1.1. Desenvolupar i implantar els plans directors** (socio sanitari, de l'aparell respiratori, de l'aparell circulatori, de salut mental i addiccions, d'oncologia, de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor), amb el propòsit de donar resposta als problemes de salut de més impacte.
- **Projecte 1.2. Elaborar i implementar el Pla interdepartamental de salut pública**, desenvolupant sistemàticament projectes adreçats a resoldre problemes de salut que requereixen intervencions intersectorials.
- **Projecte 1.3. Promoure les polítiques de seguretat i de qualitat clínica** per actuar en dos fronts principalment. Augmentar la seguretat dels pacients en els centres en què són atesos i reduir els problemes incidents relacionats amb el medicament. Adicionalment, es potencia l'autorització administrativa i acreditació de centres, i es crea un tercer esglaió com a reconeixement de l'obtenció de bons resultats (marca Q de qualitat en salut)
- **Projecte 1.4. Avaluar els objectius de salut fixats en el Pla de salut de Catalunya 2011-2015.** Els objectius de salut i de disminució de risc seran objecte d'un seguiment i avaluació anual per tal de conèixer si s'està evolucionant en la direcció desitjada.

IV.II. Transformació del model d'atenció: millor qualitat, accessibilitat i seguretat en les intervencions sanitàries

Entre el 2011 i el 2015, el sistema sanitari català donarà prioritat a tres línies d'actuació en l'àmbit del model d'atenció.

Línia d'actuació 2. Un sistema més orientat als malalts crònics

Les patologies cròniques suposen actualment el 80% de la mortalitat, i consumeixen més del 50% dels recursos del sistema. Tres de cada deu catalans reconeixen patir o haver patit una malaltia crònica i aquesta xifra s'incrementarà en els pròxims anys, a mesura que la població envelleixi i mentre els estils de vida no millorin.

El sistema més orientat als malalts crònics a Catalunya estableix sis canvis fonamentals: (1) fomenta una visió poblacional que permetrà conèixer millor els pacients i les seves necessitats; (2) ofereix resposta des de la fase preclínica fins a tots els estadis de la malaltia; (3) promou un paper actiu dels ciutadans i dels

pacients (responsabilitat individual sobre la salut i la malaltia); (4) estableix les bases per aconseguir una atenció integrada i coordinada amb l'atenció primària com a eix en l'atenció als malalts crònics, desenvolupant nous rols dels professionals; (5) aprofita les noves tecnologies i sistemes de comunicació per oferir un sistema d'atenció innovador i accessible, i (6) abasta una dimensió interdepartamental, especialment en la relació entre els departaments de Salut i de Benestar Social i Família.

Aquesta estratègia es materialitza en sis grans projectes:

- **Projecte 2.1. Implantar processos clínics integrats per a deu malalties –malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)/asma, diabetis, insuficiència cardíaca congestiva (ICC), càncer, demències, trastorns mentals greus i molt greus, depressió, nefropatia, dolor crònic i malalties de l'aparell locomotor–**, prioritzades per la seva prevalença i incidència en la salut de la població i el seu elevat cost per al sistema sanitari.
- **Projecte 2.2. Potenciar els programes de protecció i promoció de la salut i prevenció de les malalties**, promovent la salut i reduint la freqüència de les malalties cròniques amb la implementació d'intervencions amb criteris de cost-efectivitat alineades amb les prioritats de salut.
- **Projecte 2.3. Potenciar l'autoresponsabilització dels pacients i dels cuidadors amb la seva salut i fomentar l'autocura**, amb l'extensió del programa "Pacient expert" a la totalitat de Catalunya per a cinc patologies cròniques (almenys 5000 pacients coberts) i el desenvolupament de continguts formatius a través de Canal Salut, carpeta personal de salut i Sanitat Respon com a canals preferents d'informació i consell en base a les necessitats dels ciutadans.
- **Projecte 2.4. Desenvolupar alternatives assistencials en el marc d'un sistema integrat** que potenciaran: (1) l'atenció primària com a nucli assistencial de la cronicitat; (2) els models d'atenció alternatius a l'hospitalització (hospitals de dia per a la gestió de malalties cròniques, i definició d'un marc per a la regularització i contractació de llits de subaguts); (3) reordenació del model d'hospitalització de llarga estada, sociosanitària i de salut mental; (4) la reorientació de l'atenció a domicili amb la col·laboració del Departament de Benestar Social i Família; i (5) el nou model de prestació farmacèutica en residències geriàtriques. L'aspiració és reduir en un 15% les hospitalitzacions convencionals envers models més adequats per a l'atenció dels pacients amb malalties cròniques.
- **Projecte 2.5. Desplegar programes territorials d'atenció als pacients crònics complexos**, enfocats en el 5% dels pacients crònics més crítics, amb l'aspiració d'arribar a 25.000 pacients atesos sota un model proactiu d'atenció de casos el 2015.

- **Projecte 2.6. Implantar programes d'ús racional del medicament**, millorant el pla de medicació (i integrar-hi tots els nivells assistencials) i facilitant el seu accés i utilització, per assegurar tractaments farmacològics adequats a la seva malaltia i la millora en l'adherència als tractaments.

Línia d'actuació 3. Un sistema integrat més resolutiu des dels primers nivells i al territori

La pressió de la demanda i les limitacions pel que fa als recursos exigeixen que el nostre sistema sanitari sigui més resolutiu, especialment en els nivells d'atenció més pròxims als pacients, tot maximitzant el valor afegit de l'atenció més complexa o especialitzada. Per això, el nou model de resolució a Catalunya proposa potenciar tres elements: (1) tractar prenent com a base les intervencions més cost-efectives; (2) assignar les funcions i intervencions al nivell d'atenció més adequat en termes de qualitat i d'optimització de les competències professionals; (3) assegurar un servei assistencial coordinat que doni un tractament integral als pacients, i (4) millorar el temps d'accés com a resultat de la millora de la resolució dels primers nivells del sistema i de la gestió amb criteris clínics de les llistes d'espera.

El 2015, el sistema sanitari de Catalunya s'enfocarà a millorar la capacitat de resolució des dels primers nivells mitjançant quatre projectes:

- **Projecte 3.1. Millorar la resolució en els àmbits de relació més freqüent entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada** (oftalmologia, aparell locomotor, salut mental, dermatologia, urologia i atenció al·lèrgològica) amb l'objectiu d'estendre a tot Catalunya el nou model. Com a conseqüència, s'espera reduir el temps d'espera de visita a l'especialista i per proves diagnòstiques en un 10% en els àmbits seleccionats, tot mantenint la qualitat assistencial i disminuint la variabilitat territorial. Per fer-ho, es buscarà incrementar la capacitat de resolució en l'àmbit de la primària per consultes de baixa complexitat i millorar l'accés a l'especialitzada, agilitzant el diagnòstic, ordenant les intervencions i articulant la col·laboració.
- **Projecte 3.2. Transformar el model d'atenció a urgències per donar respostes més adequades a les demandes d'atenció immediata**, amb l'objectiu de reduir el 10% la freqüentació a urgències hospitalàries dirigint les demandes d'atenció a nivells més adequats i reduint la variabilitat en la utilització. Per això, es reordenaran territorialment els serveis d'atenció a les demandes immediates (en ubicació i nivells de complexitat) i s'establirà un sistema de triatge comú que permeti adequar millor l'atenció a les necessitats dels pacients.
- **Projecte 3.3. Ordenar territorialment la cartera de serveis segons els nivells de complexitat**, en sis àrees seleccionades (per exemple, cirurgia pediàtrica, atenció al traumatisme greu o patologies emergents de salut mental). Aquesta reordenació partirà de criteris comuns sobre nivells de complexitat i requeriments dels centres. Aquests criteris es

determinaran amb la participació de professionals i organitzacions i de l'anàlisi dels elements d'optimització en cada regió (per exemple, les duplicitats o el baix volum d'activitat).

- **Projecte 3.4. Integrar la salut pública i comunitària en el model assistencial** aprofitant el nou enfocament de la salut pública i el suport que pot donar la farmàcia comunitària per millorar la resolució del sistema. Aquest enfocament permetrà incidir principalment en els determinants de salut i factors de risc des d'una òptica de protecció, promoció, prevenció i vigilància de la salut.

Línia d'actuació 4. Un sistema de més qualitat i equitat en l'alta especialització

Els procediments i tractaments d'alta especialització són elements que requereixen un enfocament molt específic, atesa l'alta variabilitat en la qualitat de la provisió dels procediments d'alta especialització i la necessitat d'harmonitzar la prescripció de fàrmacs d'alta complexitat.

El nou model per als procediments d'alta especialització i tractaments d'alta complexitat es basa en una sèrie de premisses: (1) oferir un servei de qualitat als ciutadans; (2) proveir un servei equitatiu en salut, i (3) continuar sent un focus de prestigi i innovació mèdica.

Prenent com a base aquestes necessitats, es duran a terme dos grans projectes:

- **Projecte 4.1. Reordenar els procediments d'alta especialització**, analitzant per a cadascun d'aquests procediments les possibilitats de reordenació d'acord amb un conjunt de criteris enfocats a garantir una major qualitat en l'atenció. Per a l'any 2015, es marca l'objectiu d'haver completat la reordenació de disset procediments (incloent guàrdies i trasplantaments) i implantar un sistema d'avaluació i seguiment.
- **Projecte 4.2. Harmonitzar la prestació de tractaments farmacològics d'alta complexitat** d'acord amb procediments comuns i criteris de cost-efectivitat en tots els centres sanitaris, per assolir la fita de vint-i-cinc protocols harmonitzats a l'any any al 2015.

IV.III. Modernització del model organitzatiu: un sistema sanitari més sòlid i sostenible

Una transformació tan ambiciosa del model d'atenció requereix que el Departament de Salut iniciï, a la vegada, un conjunt de projectes que actuïn com a facilitadors del canvi. Per això, el Pla de salut 2011-2015 ha prioritzat el treball en una sèrie d'àrees transversals.

Línia d'actuació 5. Major enfocament cap als pacients i les famílies

El nou model d'atenció ha de posar els assegurats en el centre del sistema sanitari, reforçant la seva relació amb l'asseguradora pública prenent com a base els principis següents: (1) una major proactivitat de l'asseguradora per desenvolupar aquesta relació; (2) un increment de la transparència en els compromisos i en els serveis de l'asseguradora envers els ciutadans, i (3) el reforç de la responsabilització dels ciutadans.

Aquesta evolució es traduirà en tres projectes prioritaris:

- **Projecte 5.1. Millorar el coneixement dels ciutadans sobre el sistema de salut i les prestacions que cobreix l'asseguradora**, garantint una adequada transparència i informació, assegurant una adequada segmentació dels diferents grups de població i les seves necessitats (potenciant pràctiques de discriminació positiva quan apliqui) i desenvolupant una guia d'ús del sistema per a l'assegurat.
- **Projecte 5.2. Gestionar el risc dels assegurats** que es traduirà en (1) un major coneixement de la població i de les seves necessitats; (2) una estratègia d'educació per al 100% dels ciutadans sobre la seva salut i l'ús del sistema sanitari, i (3) una estratègia interdepartamental que assegurï una visió global de la prevenció i promoció de la salut dels assegurats.
- **Projecte 5.3. Garantir la qualitat de la prestació i la satisfacció dels pacients**, esperant una millora de la satisfacció al voltant del 5%, implantant un sistema de tolerància zero amb les reclamacions de tracte i impulsant nous models de participació ciutadana més oberts i proactius.

Línia d'actuació 6. Nou model de contractació de l'atenció sanitària més enfocat a resultats en salut

El model de contractació s'adaptarà a les noves necessitats del model d'atenció per assolir més enfocament en resultats, més integració entre nivells assistencials i continuar estimulant l'eficiència del sistema.

Els canvis afectaran els elements clau següents: (1) s'establirà un pagament orientat a resultats; (2) s'introduiran fórmules d'incentius més potents com a palanques per facilitar l'assoliment dels objectius i amb l'ambició que arribin a tots els nivells; (3) es contractaran per separat les intervencions d'alta especialització, i (4) s'identificarà la millor fórmula d'aplicació del nou model a cada territori, dins del marc general però adaptant-la a determinades particularitats (per exemple, l'estructura i el pes dels nivells d'atenció).

Hi ha quatre projectes estratègics per a la posada en marxa del nou model de contractació:

- **Projecte 6.1. Implantar el nou model d'assignació territorial de base poblacional, més equitatiu i transparent**, pel qual es calcularà, per al

100% dels territoris, l'assignació econòmica corresponent (exclosa l'atenció altament especialitzada o d'alta complexitat), basant-se en criteris demogràfics, socioeconòmics i de morbiditat de la seva població, entre d'altres. L'element més innovador d'aquest model serà la inclusió de variables de morbiditat. Aquest model també inclourà l'assignació als proveïdors i finalitzarà durant l'any 2012, encara que s'establirà un pla de mig termini per a l'ajustament de les diferències.

- **Projecte 6.2. Implantar el nou model de contractació i incentius lligats a resultats (atenció a la cronicitat, potenciació de la capacitat de compra de l'atenció primària i nou model d'accessibilitat).** Els contractes amb els agents inclouran incentius significatius (mínim d'un 5%) lligats a resultats d'acord amb programes estratègics del Departament (cronicitat, resolució i alta especialització). **Aquests incentius seran de dues tipologies: individuals i col·lectius al territori.**
- **Projecte 6.3. Implantar el nou model de compra de procediments d'alta especialització** pel qual s'assignarà una tarifa a cada intervenció terciària d'alta complexitat a mesura que es vagi revisant l'ordenació, i es contractarà de forma separada a l'assignació territorial els disset procediments que es revisaran fins al 2015.
- **Projecte 6.4. Incorporar el finançament dels medicaments prenent com a base els resultats clínics (acords de risc compartit amb la indústria farmacèutica),** la qual cosa permetrà compartir el risc amb els proveïdors en la introducció de nous medicaments (especialment aquells de més cost); cal haver realitzat deu acords de risc compartit fins al 2015.

Línia d'actuació 7. Incorporació sistemàtica del coneixement professional i clínic

Els professionals seran clau en el desplegament i l'execució d'aquest Pla de salut. El seu coneixement ha de guiar el desenvolupament dels diferents plans de transformació del sistema.

Aquest Pla de salut no aborda la totalitat de la relació amb els professionals de la salut (que s'està desenvolupant en el Pla de Govern) sinó que se centra en com fomentar i potenciar la seva contribució i lideratge en el canvi del model assistencial.

L'estratègia de participació del coneixement professional se centra en els projectes següents:

- **Projecte 7.1. Impulsar la creació de comitès clínics o grups de treball per propiciar la participació sistemàtica del coneixement professional en la planificació i l'avaluació del sistema sanitari,** amb un enfocament principal en els elements del canvi del model d'atenció.
- **Projecte 7.2. Elaborar un codi de principis dels professionals de salut en l'exercici de la funció pública en el sistema sanitari de Catalunya,**

amb l'objectiu de disposar, difondre i aplicar un codi de principis dels professionals de la salut en l'exercici de la funció pública en el sistema sanitari de Catalunya.

- **Projecte 7.3. Assegurar la participació efectiva dels professionals en el CatSalut i el Departament de Salut.** Identificant i definint les regles que regeixen la participació dels professionals i desenvolupant estructures estables o *ad hoc* que permetran assegurar o normalitzar aquesta participació.

Línia d'actuació 8. Millora en el govern i en la participació en el sistema

Vint anys després de l'aprovació de la LOSC és necessari revisar els elements de govern del sistema per assegurar que s'ajusten a les necessitats futures. Hi ha dos elements clau que cal revisar en els quals s'han identificat oportunitats de millora per actualitzar, simplificar i fer més efectiu el govern i la participació:

- **Projecte 8.1. Revisar el model de direcció i de participació del CatSalut,** per assegurar que es recupera l'essència i el model de direcció i participació recollit en la LOSC, que es garanteixi l'efectivitat dels òrgans de direcció i participació i que es reforci la coresponsabilització de tots els agents. Es revisarà la naturalesa de les funcions i representativitats dels agents en els diferents òrgans de direcció i participació i es desplegaran els consells de direcció i de participació de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris, reforçant l'efectivitat de la participació local en el marc legal que disposa la LOSC.
- **Projecte 8.2. Reforçar el model de relació amb la xarxa de proveïdors del Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) basat en el contracte i l'avaluació.** Per aconseguir-ho, (1) s'aprofundirà en el model de separació de funcions i en l'establiment d'un model de relació homogeni amb la xarxa, sigui quina sigui la titularitat de les entitats que la configuren, reforçant el contracte i l'avaluació com a instruments de relació amb els proveïdors, i (2) es desplegarà el procés de reformulació del sector públic de salut com a prestador de serveis sanitaris: Institut Català de la Salut (ICS), empreses públiques i consorcis.

Línia d'actuació 9. Informació compartida, transparència i avaluació

La gestió de la informació, en tot el seu cicle de vida, des de la seva recopilació fins a la generació i difusió de coneixement és clau per al sistema. El model de gestió de la informació ha de considerar les premisses següents: (1) la informació ha de ser gestionada en l'àmbit de sector i per això és necessari un model de governança unificat; (2) els proveïdors han de tenir un compromís per compartir la informació dels seus pacients en línia, i (3) s'ha de garantir la validesa i seguretat de la informació.

D'acord amb les necessitats establertes, es defineixen quatre grans projectes per a la potenciació de la informació, transparència i avaluació:

- **Projecte 9.1. Transformar la història clínica compartida en una xarxa d'informació i serveis que faciliti la integració entre tots els proveïdors**, dinàmica en el tractament de la informació, actualitzada "on-line" per tots els proveïdors i interoperable amb els sistemes seus proveïdors.
- **Projecte 9.2. Desplegar una xarxa multicanal de comunicació i atenció als ciutadans** (Sanitat Respon, Canal Salut i carpeta personal de salut), convertint Canal Salut en una finestra virtual d'accés a la informació del sector i consolidant la Carpeta Personal de Salut com a eina interactiva que permeti al ciutadà corresponsabilitzar-se amb la seva salut i accedir a serveis personalitzats on-line
- **Projecte 9.3. Consolidar l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya com a base per a la transparència d'informació, potenciant la Central de Resultats com a eina d'avaluació**. L'Observatori haurà de funcionar com un agregador d'informació del sistema, veraç i accessible que aporti transparència a tots els agents. Per fer-ho, al 2015 ha de contenir la consolidació de la infoestructura del sistema i el desplegament de la cartera de serveis.
- **Projecte 9.4. Potenciar l'avaluació clínica sistemàtica en els àmbits de les tecnologies, de la qualitat i de la recerca**, mitjançant la consolidació del Banc de Coneixement.

V. FULL DE RUTA DE LA TRANSFORMACIÓ

Amb la implantació d'aquests 32 projectes recollits en nou línies d'actuació, aquest Pla de salut comportarà **un canvi estructural del sistema en diverses dimensions**:

- **Els ciutadans tindran una millor qualitat de vida i un model d'atenció més adaptat** a les seves necessitats pel que fa a l'atenció que proporciona (per exemple, la gestió del cas), més proactiu i amb millors resultats clínics. La seva educació serà millor i les opcions d'accés seran més àmplies (per exemple, la plataforma multicanal d'atenció).
- **Els professionals de la salut guanyaran en involucració** respecte a les decisions del sistema amb una participació més activa en la transformació, i es convertiran en els agents principals del canvi. El seu dia a dia es modificarà quant a la necessitat de treballar de forma més coordinada amb altres centres i nivells assistencials, se simplificarà per la posada a la seva disposició de noves eines de treball –per exemple, la història clínica compartida de Catalunya (HCCC) unificada– i per l'evolució dels nous papers dels professionals (per exemple, professionals d'infermeria, de farmàcia, etc.).
- **En l'àmbit de la política sanitària**, aquest Pla impulsarà un canvi en les estructures de provisió a través de la contractació basada en incentius i

d'un model de govern que tracti per igual a tots els proveïdors. En aquest sentit, es previndrà més, augmentarà la resolució en l'atenció primària, les alternatives a l'hospitalització i l'atenció a través de noves tecnologies. Aquests canvis aniran acompanyats d'una disminució, principalment, de l'atenció hospitalària d'aguts i dels llits de llarga estada.

- **El sistema serà més sostenible.** Els projectes establerts contribuiran a la sostenibilitat del sistema de salut com avui la coneixem per dues vies: (1) s'alentirà el creixement de la demanda per un major enfocament en la gestió del risc dels ciutadans des d'abans de la malaltia i una atenció més adequada que asseguri una millor qualitat de vida per més temps, i (2) es farà molt més eficient la utilització dels recursos del sistema en impulsar la integració, la racionalització i l'ordenació de les activitats i els processos en els diferents nivells d'atenció.

Full de ruta per a l'aprovació del Pla de salut

Aquest és el començament d'un camí de canvi. El Pla de salut 2011-2015 aporta el marc de treball, les prioritats i aspiracions que el Departament de Salut ha definit. A partir d'aquí és necessari començar a treballar amb els diferents agents en la concreció i implantació dels projectes de canvi.

El procés per a l'aprovació del Pla de salut durarà fins a finals de febrer de 2012. En paral·lel, **s'han realitzat els plans de salut territorials** per adaptar els principis i estratègies proposades a les peculiaritats de cada territori i traduir-les en accions i objectius concrets assumibles per tots ells. Aquests han estat aprovats, a principis de febrer, pels consells de Direcció i Salut de cada regió i posteriorment, tal com delimita la LOSC, s'han elevat al CatSalut per integrar-los en una versió final del Pla de salut.

Posteriorment, s'ha presentat la versió final del Pla per a l'aprovació dels consells de Direcció i Salut del CatSalut. A continuació es presentarà per a l'aprovació del Consell Executiu del Govern de la Generalitat (finals de febrer). Finalment, en un màxim de 30 dies, es donarà a conèixer al Parlament de Catalunya.

Després de l'aprovació final del Consell Executiu començarà la fase d'implantació dels 32 projectes que conformen aquest Pla de salut de Catalunya 2011-2015.

Avaluació del Pla de salut i rendició de comptes

L'any 2012 el canvi ha de ser visible; per aquest motiu, el Departament ha definit una sèrie d'objectius concrets que s'executaran a curt termini. Cada un dels projectes tindrà uns objectius d'actuació per al 2012. Així, per exemple, l'any 2012 reduïrem el risc de patir patologies cròniques i retrasarem la seva aparició amb programes específics de prevenció i promoció (mínim de 1.000.000 ciutadans involucrats en programes renovats d'exercici físic i alimentació saludable), farem un punt d'inflexió en les llistes d'espera quirúrgiques, assolint una reducció del 2%, reduïrem les complicacions per polimediació revisant el tractament de com a

mínim el 90% dels pacients polimedicats i reduirem un 10% les reclamacions de tracte i continuarem millorant la satisfacció dels ciutadans (increment de la satisfacció 1% respecte a 2011).

El Pla de salut no és un document d'intencions sinó que servirà com a **full de ruta del canvi en el model d'atenció del Departament de Salut durant els pròxims anys**. El Departament serà responsable de l'execució dels projectes i l'avaluació pública i transparent dels objectius. En aquest sentit, el Departament es compromet a implantar els projectes dissenyats, a monitorar anualment els indicadors dels objectius i, també amb una periodicitat anual, a fer-ne una avaluació pública en l'àmbit de la Comissió de Salut del Parlament de Catalunya.

Finalment, cal destacar que aquest Pla de salut és susceptible de revisió freqüent. Ha de ser entès com una eina de treball oberta i viva, susceptible d'incorporar canvis i millores al llarg de l'actual període de planificació.

I. Context de partida: els reptes del sistema sanitari de Catalunya

Tot i que el punt de partida és bo pel que fa als resultats en salut i nivells d'eficiència, els reptes envers el futur són estructurals i requereixen d'una transformació profunda del sistema. En aquest sentit, molts dels països del nostre entorn també han iniciat reformes. En el nostre cas, el Pla de salut serà l'instrument del canvi que permetrà realitzar aquesta transformació.

El sistema sanitari català parteix d'una bona situació

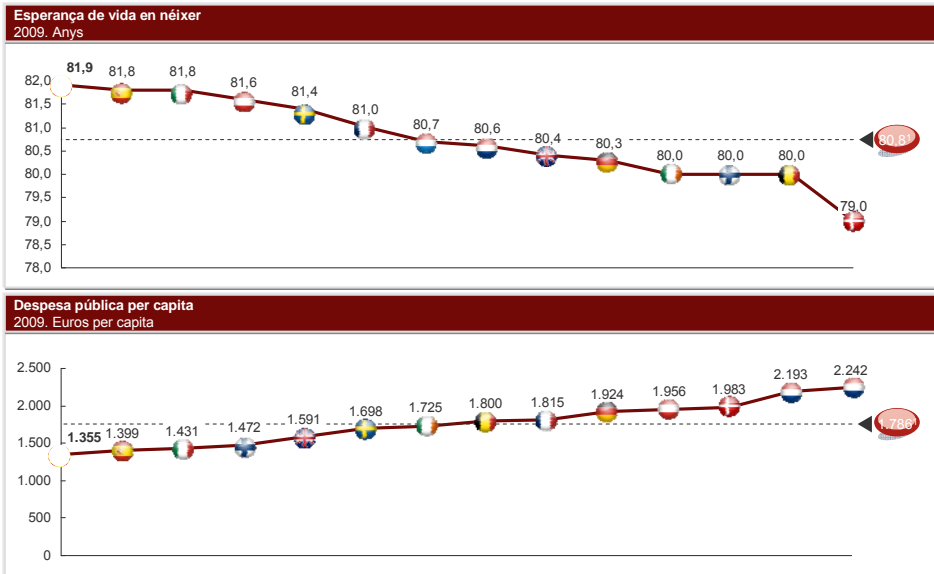
Durant l'any 2010, el CatSalut ha donat cobertura sanitària a un total de 7.646.944 persones assegurades, amb un cost anual estimat de la prima de 1.295 € per persona assegurada.

Quant als recursos per a la prestació d'assistència durant l'any 2010, el sistema sanitari ha disposat de 451 centres d'atenció primària, 831 consultoris locals, 69 hospitals d'aguts, 96 centres sociosanitaris, 158 centres de salut mental (d'adults i infantojuvenils) i 41 centres de salut mental amb internament.ⁱ

En aquest context de partida, el sistema sanitari català ha evolucionat fins a tenir avui una **bona situació** en les variables clau principals:

- **El nostre sistema sanitari contribueix a assolir uns indicadors relacionats amb resultats en salut excel·lents. L'esperança de vida en néixer és elevada** (81,9 anys), superior a la mitjana europea i a la mitjana de l'Estat espanyol. L'esperança de vida ha millorat en 24 mesos de vida entre l'any 2000 i 2009, principalment a causa de la reducció de les taxes de mortalitat per a les principals patologies cròniques (per exemple, reducció d'un 36,6% en la taxa de mortalitat per episodis coronaris aguts) i de la mortalitat associada a accidents de trànsit (reducció d'un 45% entre 1999 i 2009).ⁱⁱ
- Aquests resultats s'aconsegueixen amb uns **nivells d'eficiència en la gestió superiors als de qualsevol país del nostre entorn**. La despesa sanitària per capita se situa a la cua d'Europa i és un 25% inferior a la mitjana dels països de la UE-15.
- El sistema sanitari s'ha convertit en un **motor potent de l'economia nacional**: 154.000ⁱⁱⁱ persones treballaven el 2006 directament o indirectament en el sector, que ha contribuït, segons les estimacions, amb el 4,3% del valor afegit brut (VAB) generat a Catalunya el 2007.
- Els catalans estem **satisfets amb el nostre sistema sanitari**. L'Enquesta de satisfacció dels assegurats del CatSalut, que es publica des de l'any 2004, evidencia una satisfacció creixent (en la darrera enquesta, la satisfacció mitjana era de 8,2 sobre 10 punts), mentre que el Baròmetre sanitari publicat en l'àmbit estatal, posa Catalunya en el primer quartil de comunitats autònomes de l'Estat espanyol.

Catalunya se situa al capdavant en esperança de vida i és dels països amb una despesa pública en salut per capita menor



1 Per consistència, Catalunya no ha estat inclosa en el càlcul de la mitjana.

Font: OCDE Health Data 2011, juny 2011.

Els reptes del sistema són estructurals i requereixen d'una profunda transformació

El repte de sostenibilitat del sistema sanitari no és un problema financer a curt termini sinó que és un problema amb un component estructural elevat, que està afectant tots els països desenvolupats i que es fonamenta en una sèrie de tendències de caràcter social, tecnològic i econòmic. Entre d'altres, cal destacar:

- **L'augment de la demanda.** Derivat principalment d'una població cada vegada més envellida (per exemple, s'estima que en deu anys, aproximadament un de cada cinc catalans tindrà més de 65 anys, la qual cosa representa un creixement relatiu de quasi el 20%) i amb un pitjor perfil de morbiditat (el 2010, el 34% dels catalans afirmaven patir com a mínim un trastorn crònic). A Catalunya, a aquest fet se li ha sumat en els darrers vuit anys l'augment de la població en més de vuit-cents mil habitants, fet que ha suposat un repte addicional per al sistema.

- **L'encariment dels recursos.** Amb tractaments mèdics cada vegada més personalitzats i costosos (per exemple, en els darrers cinc anys el cost dels tractaments citostàtics s'ha multiplicat per tres a Catalunya), i una freqüentació cada vegada més elevada dels recursos (es fan 6,9 visites anuals d'atenció primària a l'any per persona). A més, els avenços en l'àmbit de la biologia molecular estan afavorint una nova oferta farmacèutica, caracteritzada per un elevat nivell d'innovació amb teràpies progressivament més específiques i complexes, com les teràpies avançades, la genòmica, la medicina personalitzada, etc.
- **Tensions cròniques de finançament.** Un esquema de finançament pressionat per aquest augment de demanda i pel creixement continuat dels costos d'atenció sobre un sistema parcialment saturat en diferents punts. Aquesta situació s'ha complicat en el context actual, de difícil conjuntura econòmica, i ha fet el debat sobre la sostenibilitat encara més urgent.

Són aquestes tendències les que fan necessàries les reformes que van més enllà dels ajustaments necessaris a curt termini.

Molts dels països del nostre entorn han iniciat canvis profunds per afrontar aquests desafiaments

El desafiament a llarg termini de la sostenibilitat del sistema sanitari afecta els principals països desenvolupats del món i ha passat a ocupar un lloc destacat en l'agenda política dels seus dirigents. De fet, nombrosos països (molts dels quals del nostre entorn) estan endegant programes de transformació ambiciosos per abordar el repte sanitari, per exemple:

- **Regne Unit.** Llançament d'un pla integral amb un objectiu de reducció de la despesa de 20.000 milions de lliures anuals. Entre altres mesures, s'impulsa la reducció en un 45% de les despeses administratives, entre un 10-15% la despesa farmacèutica i s'ha instaurat un nou mecanisme de compres dels serveis sanitaris.
- **França.** Transformació de 1.700 hospitals públics amb l'objectiu de millorar la qualitat clínica (per exemple, el 80% de pacients tractats a urgències en menys de quatre hores) i eficiència (el 2,5% de reducció de costos operatius).
- **Alemanya.** Reformes sanitàries successives per tal d'incrementar la competència, reduir la demanda (copagament) i millorar els mecanismes de contractació, grups relacionats pel diagnòstic (GRD). Enfocament de les asseguradores en el llançament de programes de gestió de malalties (PGM) per al tractament integrat de malalties cròniques.
- **Suècia.** Introducció de l'element de lliure elecció dels ciutadans i canvi radical del model de compra, orientant-lo cap a la compra de resultats a hospitals i centres sanitaris, en comptes d'activitat.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) també es fa ressò d'aquesta necessitat de transformació en el seu informe publicat el 2010 (*El finançament dels sistemes de salut. El camí cap a la cobertura universal*). L'OMS identifica dos tipus d'actuacions clau que es poden aplicar a tots els països: (1) recaptar finançament per al sistema sanitari mitjançant accions innovadores (nous impostos sobre substàncies perjudicials, aportacions solidàries per a l'ús de determinades tecnologies, etc.), i (2) fomentar l'eficiència dels recursos disponibles ja que s'estima que entre el 20 i el 40% dels recursos destinats a sanitat és emprat de forma poc eficient (ús inadequat dels medicaments, procediments innecessaris o repetits, etc.).

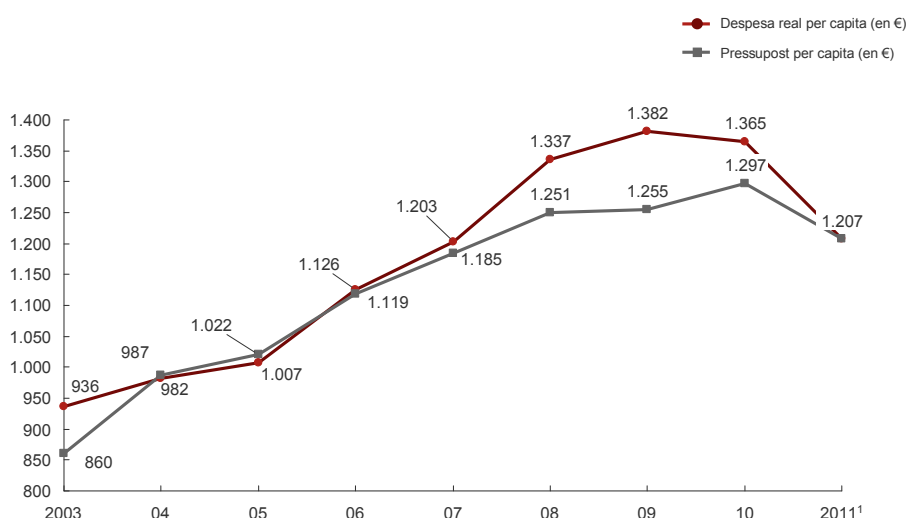
El context actual ha obligat a prendre mesures d'ajust necessàries

Els desenvolupaments socials i sanitaris dels darrers anys han estat possibles gràcies a la cobertura universal i una gairebé il·limitada provisió de prestacions. Aquesta cobertura, no obstant això, no ha anat sempre de la mà d'un creixement addicional dels ingressos dedicats ni d'un enfocament de millora de l'eficiència que permetés fer front a l'augment de les despeses. En conseqüència, el desajustament del finançament ha anat augmentat en els darrers anys.

L'actual context de crisi i restricció de recursos ha obligat a posar en marxa programes de mesures d'ajust a curt termini. L'enfocament de les mesures llançades l'any 2011 pel Departament ha estat a millorar l'aprofitament dels recursos de què disposem assegurant la universalitat, l'accessibilitat i la qualitat de l'atenció.

La despesa sanitària pública s'ha situat en els darrers anys per sobre del pressupost, generant importants dèficits anuals

Evolució del pressupost i la despesa real en salut per capita 2003-2011



¹ Els valors de la despesa i el pressupost així com la població per a l'any 2011 són provisionals.

Font: Memòria Calsalut; INE.

En aquest sentit, s'han realitzat actuacions en quatre àmbits principals per tal de corregir el desajustament del finançament: (1) farmàcia: avançar en l'eficiència i l'ús racional; (2) inversions: reprogramació i revisió d'actuacions endegades; (3) actuacions sobre els serveis sanitaris, i (4) ordenació de l'atenció a la demanda urgent.

El context econòmic actual ha fet més evident la possible falta de sostenibilitat del sistema, posant de manifest la necessitat d'iniciar una transformació estructural.

El Pla de salut 2011-2015 com a instrument del canvi del sistema sanitari català

El Pla de salut de Catalunya és un mandat de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya de 1990 que estableix que "és l'instrument indicatiu i el marc de referència de totes les actuacions públiques en matèria de salut, en l'àmbit de la Generalitat de Catalunya" (LOSC, títol 5, article 62). El Pla de salut va permetre, entre altres avenços, reorientar les polítiques assistencials des d'una visió centrada en la quantitat d'activitat i els recursos, cap una altra basada en l'establiment d'objectius de salut de la població i, prenent-los com a base, definir les activitats dels serveis assistencials del sistema públic de salut de Catalunya, i per aquest motiu ha de ser l'instrument que permeti guiar el canvi en el futur del sistema sanitari català.

L'estratègia global del Departament de Salut s'emmarca en l'eix de Salut del Pla de Govern que estableix deu àmbits. Un dels àmbits clau és la reformulació del model assistencial de Catalunya, que, mantenint els valors fonamentals i diferencials del model sanitari català, permeti fer front als nous paradigmes assistencials, econòmics, socials i tecnològics. Estem convençuts que és possible construir un nou model assistencial que faci compatible en un mateix projecte el repte de la sostenibilitat i el progrés del sistema sanitari a Catalunya i, alhora, esdevingui un model de referència, d'atenció a les persones, innovador i de qualitat. El Pla de salut 2011-2015 donarà resposta a aquestes necessitats, desenvolupant principalment els elements d'aquest Pla de Govern més lligats a la transformació del model d'atenció i de l'organització del sistema sanitari públic (el punt 3, Model d'atenció adaptat a les noves necessitats sanitàries, i el punt 4, Millora de la gestió, els resultats i l'excel·lència de la sanitat pública).

Tal com hem vist, el conjunt de circumstàncies en què s'elabora aquest Pla de salut és molt especial, motiu que justifica que l'abordatge del Pla sigui necessàriament diferent:

- **Quant a l'abast.** El Pla de salut 2011-2015, a més d'orientar la formulació d'objectius estratègics de salut i serveis, s'implica profundament en les mesures que els poden fer possibles i els mecanismes que els poden facilitar. Així, es dona molt relleu a aspectes com la contractació i la compra, la resolució, l'alta especialització, els incentius o la innovació organitzativa.

- **Quant a eina de treball oberta i viva.** El Pla de salut 2011-2015 vol ser una eina viva de gestió, que indiqui la direcció, les prioritats estratègiques i els objectius, però que s'adapti a mesura que passa el temps a les noves necessitats i avenços del sistema sanitari. Per aquest motiu, no pot considerar-se un pla tancat sinó que ha de ser mesurat en els seus acompliments i revisat anualment en col·laboració amb els agents, que hauran ajudat a dissenyar-lo participativament.
- **És un Pla orientat al fet que el canvi succeeixi.** Les mesures del Pla de salut parteixen en molts casos d'iniciatives que estan sent desenvolupades per la xarxa. Les novetats més rellevants són: (1) el compromís del Departament a desenvolupar les eines i els facilitadors que assegurin un canvi assistencial a escala, i (2) els objectius assumits en l'execució tant a llarg termini (visió fins al 2015) com a curt termini (actuacions per al 2012).

El Departament de Salut vol que el Pla de salut 2011-2015 sigui un instrument fonamental per donar resposta als nostres reptes i assegurar la sostenibilitat del sistema sanitari públic a mitjà termini.

II. Principis que inspiren el Pla de salut

Aquest Pla de salut s'inspira en un conjunt de principis fonamentals que actuen com a nuclis tant del sistema sanitari de Catalunya com de la pròpia transformació que es proposa en el marc 2011-2015. Aquests principis inspiraran els canvis proposats al llarg d'aquest Pla de salut.

L'objectiu fonamental del sistema sanitari a Catalunya definit a la LOSC és mantenir i millorar el nivell de salut de la població. Per assegurar el compliment d'aquest objectiu, l'estructura i el funcionament del sistema sanitari s'han de basar en una sèrie de principis fonamentals que han d'inspirar totes les iniciatives i accions dels diferents agents (gestors, professionals, ciutadans, etc.). **L'elaboració del Pla de salut es basa en principis** que identifiquen els principals elements de transformació del sistema fins al 2015:

- 1. Els fonaments i els elements diferenciadors del sistema sanitari de Catalunya que consagra la LOSC són el punt de partida i se'n reforçarà la presència en aquest Pla de salut** (accessibilitat universal, equitat i eficiència, xarxa descentralitzada, separació de funcions, gestió professionalitzada).

Des del primer Pla de salut, **l'accessibilitat s'ha plantejat com un objectiu últim i irrenunciable** del sistema sanitari que permetria la universalització i l'equitat d'accés a tots els ciutadans. En les dues últimes dècades, la superació de les barreres geogràfiques i la recerca de l'equilibri territorial han estat una preocupació fonamental del Departament de Salut. Això ha permès que el 2011 aquestes barreres s'hagin superat i l'accessibilitat sigui bona (un 98% de la població té un centre de salut a menys de deu quilòmetres) per a la totalitat de la ciutadania. No obstant això, el repte és ara assegurar aquest mateix equilibri i equitat pel que fa a l'accessibilitat en temps. Les llistes d'espera s'han convertit en un repte fonamental del sistema sanitari, que es fa més rellevant en un context de recursos escassos. En aquest sentit, el nou Pla de salut ha de preveure mesures encaminades a avançar en aquesta dimensió i a assegurar una millora substancial en l'accés a aquells procediments amb més impacte en la salut de la població.

L'equitat és el segon fonament irrenunciable sobre el qual se sustenta el sistema. El Departament de Salut s'ha d'ocupar fonamentalment de l'equitat en els resultats en salut. Per això, el Pla de salut 2011-2015 estableix objectius ambiciosos de resultats en salut, que es monitoraran no només per la mitjana sinó que també en termes de variabilitat, i defensarà la implantació de mesures encaminades a oferir una millor salut per a tothom, independentment de les circumstàncies individuals (per exemple, geogràfiques). L'ordenació dels procediments d'alta complexitat és un exemple clar amb el qual es pretén assegurar els millors resultats possibles en aquest nivell d'atenció.

En la difícil conjuntura econòmica actual i en previsió de les tendències futures del sistema, **la utilització òptima dels recursos** mantenint els mateixos resultats clínics ha de passar a ocupar un lloc prioritari. En aquest sentit, els elements de canvi proposats al model assistencial han de contribuir a assegurar l'ús eficient dels recursos sota anàlisis de cost i benefici clínics.

Finalment, els elements diferencials del sistema sanitari a Catalunya (xarxa descentralitzada, govern participatiu dels diferents agents, separació de funcions i gestió professionalitzada) han demostrat la seva bondat i seran

respectats i reforçats en el context d'aquest Pla de salut, ja que suposen un element de gran potencial per a la transformació del sistema.

2. Els ciutadans tenen un nou rol i es converteixen en la finalitat primera del sistema

L'atenció als ciutadans i la **millora de la seva salut i qualitat de vida** són els objectius últims del sistema sanitari i, per tant, responsabilitat de tots els agents del sistema.

La LOSC expressa com a finalitat del **sistema la humanització dels serveis sanitaris** mantenint el màxim respecte a la dignitat de la persona i la llibertat individual (art. 6.1) i el disseny d'un marc per garantir aquests drets (art. 6.2). L'actual Pla de salut persegueix que aquests drets s'elevin al nivell següent i, per això, planteja una sèrie de canvis en la relació sistema sanitari-ciutadans. Aquesta nova relació ha de produir-se en ambdues direccions.

El Pla de salut 2011-2015 plantejarà la creació de **nous elements de relació i alternatives d'atenció** perquè els ciutadans rebin una atenció més adequada a les seves necessitats en cada moment (per exemple, amb el reforç de canals d'atenció alternatius com Sanitat Respon). El Pla de salut recollirà també un compromís d'**informació als pacients i als ciutadans** en general, tant de la cartera de serveis a la qual tenen accés com del suport que se'ls ofereix per "navegar" pel sistema sanitari. En el futur, el sistema s'enfocarà a **conèixer millor els pacients/ciutadans**, i a plantejar solucions més d'acord amb les seves necessitats, tal com es reflectirà, per exemple, en l'enfocament renovat en el tractament de les patologies cròniques. Finalment, els ciutadans seran el **centre de polítiques interdepartamentals** que buscaran mitigar les causes principals de les malalties, mitjançant la combinació de l'esforç amb altres departaments del Govern. Exemples clars seran els plans socio-sanitaris (en especial en l'atenció a la cronicitat) i els plans interdepartamentals de salut pública que abastaran àmbits com el medi ambient, l'educació, etc.

Per assegurar aquest canvi el **rol dels ciutadans** haurà de ser també diferent. En primer lloc, els ciutadans estaran més informats i podran prendre un rol més actiu en el sistema. Per exemple, responsabilitzant-se en major mesura de la seva salut i cura així com de la utilització que fan del sistema sanitari. Per això, el sistema dotarà els ciutadans d'una major formació i de les eines necessàries (per exemple, desenvolupant programes com ara el del "Pacient expert"). Així mateix, la participació dels ciutadans serà també més efectiva en els àmbits establerts de govern del sistema, i es reforçarà la seva representació i la seva responsabilitat en aquests àmbits.

3. La salut pública i la seva cartera de serveis constituirà un dels principals instruments essencials per a la millora dels resultats en salut i la qualitat de vida de la població

La salut pública té un rol prioritari en la salut de la població i aquest rol ha de reforçar-se en el futur. La **creació de l'Agència de Salut Pública és un pas fonamental** en aquest camí. L'Agència tindrà un rol de proveïdor del sistema

sanitari, i passarà a executar una cartera de serveis de salut pública que es contractarà mitjançant un contracte-programa. La filosofia de la salut pública s'adapta per tant als elements diferenciadors del sistema sanitari català (separació de funcions, descentralització, etc.).

La protecció i promoció de la salut i la prevenció de les malalties constitueixen una part nuclear de la cartera de serveis de salut pública. La posada en funcionament de l'Agència potenciarà la realització d'accions comunitàries de promoció i prevenció adreçades als determinants de salut i factors de risc principals de les malalties. A més, el treball en coordinació amb els serveis sanitaris, fonamentalment l'atenció primària (però també els dispositius comunitaris com ara les farmàcies i el conjunt de l'acció interdepartamental), seran elements que potenciaran aquesta estratègia.

Per últim, el Pla interdepartamental de salut pública, que es publicarà el 2012, ajudarà a establir intervencions sobre els determinants de la salut de la població que requereixen un abordatge conjunt des de molts sectors socials i de l'Administració pública per tal d'assolir els propòsits de millora i protecció de la salut de la forma més equitativa i eficient possible.

4. El model de prestació de l'atenció augmentarà el nivell d'integració i s'adaptarà a les noves necessitats i oportunitats, amb una adaptació adequada per a cada territori

El sistema sanitari català ha de fer front en el futur a nous reptes i oportunitats. Entre els primers, hi ha la necessitat d'**adaptar-se a les noves necessitats derivades d'un perfil de morbiditat diferent**, especialment per una major prevalença de malalties cròniques. Entre les segones, cal destacar l'**aparició de noves tecnologies, evidències científiques i coneixements** que poden millorar de forma radical la qualitat de l'atenció i la qualitat de vida dels pacients.

La necessitat de desenvolupar elements d'integració no és nova però es fa més urgent en l'actual context de canvi. Per això, el Pla de salut 2011-2015 treballarà per **millorar el contínuum assistencial** per als pacients i assegurar que tots els recursos (salut pública, atenció primària, especialitzada, sociosanitària i salut mental) actuen de forma coordinada i amb uns objectius comuns i d'acord amb la visió clínica.

Aquest Pla preveu formes relativament innovadores d'apostar per una major integració assistencial (per exemple, desenvolupant nous rols de professionals que actuïn d'enllaç entre els diferents nivells d'atenció o incentius compartits entre proveïdors d'una mateixa regió) i potencia altres elements que porten temps en desenvolupament però que són fonamentals per fer-ho (per exemple, la creació d'una xarxa d'informació unificada entre proveïdors del sistema sanitari públic).

Finalment, el model sanitari català sempre ha tingut en compte les peculiaritats dels territoris i aquest Pla de salut no n'és l'excepció. En aquest sentit, els canvis en el model assistencial es detallaran localment en el marc dels **plans de salut territorials** que es desenvoluparan properament per assegurar el millor ús dels recursos i el millor servei possible per a cada regió.

5. El CatSalut desenvoluparà un veritable rol d'asseguradora pública

Com a asseguradora pública, el CatSalut és l'encarregat de garantir l'assistència sanitària integral i de qualitat per a tota la ciutadania. El Pla de salut incorporarà mesures específiques que desenvolupin determinats àmbits del rol del CatSalut al nivell següent, fent més proactiu el seu paper de gestor, especialment en els àmbits prioritaris de relació amb els assegurats.

D'una banda, el CatSalut es compromet a una **gestió molt més propera i adaptada** a les necessitats dels pacients d'acord amb models predictius que s'hi avancin. En l'àmbit individual es desenvoluparan ofertes més segmentades; en l'àmbit poblacional, el model de contractació s'enfocarà a la compra de resultats en salut per a la població de cada territori. S'establiran polítiques de gestió proactiva del risc dels assegurats amb un major enfocament en la prevenció que en el tractament de la malaltia. Finalment, el CatSalut serà més proactiu en la informació als assegurats, tant en les cobertures del sistema sanitari com en la seva utilització correcta.

6. La gestió del sistema se centrarà de forma decidida en els resultats en salut

Els resultats clínics, entesos com la millor salut i atenció a la població, seran el concepte clau sobre el qual girarà un nou model de planificació i contractació de serveis. Aquest model suposa una evolució natural d'un sistema que inicialment funcionava en un marc de pressupostació i que en els últims anys ja ho ha fet d'acord amb l'activitat, buscant assegurar un major nivell d'eficiència i productivitat.

El focus i els objectius del nou Pla de salut requereixen de manera natural que **els resultats clínics siguin l'eix sobre el qual gira el sistema sanitari**. Per això, es planteja un canvi de filosofia en dues de les seves activitats fonamentals.

D'una banda, la **planificació haurà de passar de ser retrospectiva a predictiva**. La predictibilitat es tradueix a disposar d'una visió poblacional capaç de valorar l'estat de salut de la població (quant a morbiditat), identificar les seves necessitats futures i reaccionar amb actuacions i plans d'acord amb aquestes. De l'altra, la **contractació de la provisió s'ha d'adequar** a aquesta filosofia, incloent elements de territorialitat (assignació d'acord amb les necessitats concretes de la regió) i uns incentius més potents (a nivell individual i territorial) que assegurin l'alineament del funcionament del sistema amb aquests plans.

Aquest nou model està lligat a la capacitat de resolució del sistema, especialment en els primers nivells d'atenció. Per això, serà necessari reforçar el rol i la capacitat de resolució de la salut pública i de l'atenció primària, assegurant que els problemes de salut es resolen, quan sigui possible, fins i tot abans d'aparèixer.

7. El coneixement dels professionals clínics és bàsic per a la planificació, gestió i millora del sistema

Els professionals són els agents clau del canvi del sistema sanitari com a propietaris del coneixement clínic. El **coneixement clínic ha de guiar la transformació** del sistema per assegurar que la presa de decisions és coherent amb la millora de la salut i de la qualitat de vida de la població.

Aquests principis són àmpliament coneguts i reconeguts. No obstant això, cal potenciar la **capacitat dels professionals per executar** aquest coneixement més enllà de la pràctica clínica, i estendre'l a la **planificació**, gestió i millora del sistema. En aquest sentit, el coneixement dels professionals clínics serà un element de lideratge en la transformació del model d'atenció que proposa aquest Pla de salut.

Per assegurar que aquest rol del coneixement clínic es fa efectiu, el nou Pla de salut planteja diversos **esquemes de participació**. Així, entre d'altres, es crearan comitès clínics a diversos nivells que ajudin a la definició dels projectes de transformació. També s'estendrà l'avaluació clínica com a eina clau per a la presa de decisions mitjançant el reforç del rol d'avaluació de l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) pel que fa a processos, tecnologies i medicaments.

8. El govern efectiu del sistema sanitari establirà els valors del bon govern: la transparència de la informació, l'avaluació i la rendició de comptes s'estenen a tots els nivells

El Pla de salut 2011-2015 vol ser diferencial quant a la utilització de la informació per a la consecució dels objectius de salut. Això es farà per diverses vies.

En els pròxims anys es treballarà en la creació d'una **veritable xarxa unificada d'informació del sistema sanitari** que permeti compartir informació i coneixement, donar una major transparència als resultats dels diferents agents i elaborar mecanismes d'avaluació i revisió per assegurar que avancem en la direcció correcta.

La **transparència** convertirà la informació en un bé comú per a tots els agents i l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (OSSC) serà l'eina que ho farà possible. Els ciutadans i pacients tindran accés a una millor informació dels resultats del sistema i, per tant, podran prendre decisions més informades. Els

professionals i proveïdors tindran visibilitat sobre el seu propi rendiment comparat amb altres agents del sistema.

Un element diferencial d'aquest Pla és la rellevància que adquireix **la rendició de comptes**. En aquest sentit, el Departament de Salut es compromet a seguir anualment la consecució dels objectius proposats, reavaluar la validesa de les diferents actuacions i respondre públicament de tots dos conceptes. Aquest procés no serà només responsabilitat del Departament, sinó també dels territoris que executaran la implantació del Pla.

9. La sostenibilitat del sistema sanitari es farà compatible amb els resultats últims de progrés i excel·lència en l'atenció

El Pla de salut té com a objectiu final adaptar el sistema sanitari per donar resposta a uns **reptes estructurals** per als quals avui en dia no està suficientment preparat. Els canvis necessaris que inspiren aquest Pla de salut són **independents de l'actual conjuntura de crisi**.

La transformació proposta al model del sistema sanitari català té com a objectiu, no només mantenir el sistema tal com avui el coneixem, sinó millorar en la qualitat dels resultats i en l'excel·lència en l'atenció. Per això, **no es tracta d'un pla d'ajust pressupostari sinó en un canvi en el model d'operació i d'organització del sistema** que aconsegueixi dos objectius simultàniament.

El resultat d'aquest canvi serà un sistema més sostenible i perdurable amb un cost assumible, alhora que milloraran la qualitat, els resultats i l'atenció als ciutadans.

10. El Pla de salut serà un instrument del canvi amb vocació de lideratge i enfocat en el fet que el canvi succeeixi

Aquest Pla de salut 2011-2015, igual que els anteriors, compleix amb els objectius recollits a la LOSC, però és diferent en tres aspectes clau:

En primer lloc, el Pla de salut 2011-2015 vol **ser més ampli i generar un debat** d'ampli abast sobre els elements de salut, de serveis i d'organització del nostre sistema. En segon lloc, és **una eina de treball oberta i viva**. *Oberta*, perquè en el seu desenvolupament s'involucrarà tots els agents del sector i els diferents territoris, i *viva* perquè s'estableix un procés anual d'avaluació, rendició de comptes i revisió, que implicarà ajustaments del Pla en funció del seu grau de desenvolupament i execució. Finalment, és un pla **orientat al fet que el canvi succeeixi**. Les mesures del Pla de salut parteixen en molts casos d'iniciatives que estan sent desenvolupades per la xarxa. La major novetat és: (1) el compromís del Departament a desenvolupar les eines i facilitadors que assegurin un canvi assistencial a escala, i (2) els objectius assumits en l'execució tant a llarg termini (visió fins al 2015) com a curt termini (actuacions per al 2012).

III. Punt de partida: diagnòstic i prioritats del sistema sanitari de Catalunya

Tot i que la situació de partida és bona quant a resultats en salut i eficiència, hi ha aspectes estructurals que requereixen un canvi profund, principalment:

- La creixent prevalença i incidència de les malalties cròniques, associada a l'envelliment de la població i l'empitjorament dels estils de vida i la falta d'innovació a oferir solucions adaptades a les necessitats dels malalts crònics.
- El cert nivell de saturació (especialment en urgències) i la baixa integració entre nivells assistencials (especialment entre l'atenció primària i l'especialitzada) que afecten negativament l'agilitat del sistema.
- L'alta variabilitat en la qualitat de la provisió dels procediments d'alta especialització.

Aquests elements determinaran les prioritats de futur del sistema i els eixos de transformació.

L'AVALUACIÓ DELS OBJECTIUS DEL PLA DE SALUT DE CATALUNYA A L'HORIZÓ 2010

Finalitzat el període d'aplicació del Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010 correspon ara fer-ne l'avaluació per tal de conèixer el grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc fixats. Els resultats han de contribuir al diagnòstic de la situació actual, a l'establiment de les prioritats i a l'orientació dels objectius i les intervencions del Pla de salut 2011-2015.

El nombre total d'indicadors utilitzats per avaluar els objectius ha estat de 200 i d'aquests s'ha obtingut informació del 82% (a febrer de 2012). Fins ara, se n'ha avaluat el 73,8 %:

- El 62,8% han estat assolits.
- El 9,9% s'han assolit parcialment.
- El 27,3% no han estat assolits.

Aproximadament, dos de cada tres objectius han estat assolits mentre que al voltant de la quarta part no han estat assolits:

■ S'han assolit els objectius relacionats amb:

- La disminució de la mortalitat per malalties cròniques: la cardiopatia isquèmica, l'ictus, el càncer i la MPOC a causa bàsicament d'un millor control d'aquestes malalties o dels factors de risc –hipertensió arterial (HTA), hipercolesterolèmia, diabetis mellitus, vacunació contra la grip– o per la millora en l'aplicació de tècniques diagnosticoterapèutiques (Codi ictus, Codi infart, detecció precoç de càncer, quimioteràpia).
- La disminució de la mortalitat per lesions per causes accidentals, excepte en la gent gran i per accidents de trànsit de vehicles de motor en tots els grups de població, a excepció dels associats a graus excessius d'alcoholèmia.
- La reducció del nombre de brots per toxiinfeccions alimentàries, tant en l'àmbit de l'hostaleria i les cases de colònies, com quan l'agent causal és la salmonel·la.
- La prevalença del tabaquisme en homes de 15 i més anys i la taxa d'abandonament de l'hàbit tabàquic.

■ No s'han assolit els objectius relacionats amb:

- Els estils de vida: augment del sedentarisme; disminució del consum de fruita fresca; estabilització de les taxes de mortalitat per accidents de trànsit de vehicles de motor associats a graus excessius d'alcoholèmia, ni en alguns subgrups de població específics, com és

el tabaquisme en dones, les pràctiques de risc pel VIH en grups de risc i els embarassos en dones menors de 18 anys.

- La supervivència global per càncer als cinc anys, que ha augmentat però no s’ha assolit l’objectiu fixat.
- La incidència de càncer, i molt especialment els relacionats amb el tabac i els de còlon i recte.
- Algunes malalties transmissibles: tos ferina, parotiditis i xarampió i les infeccions de transmissió sexual, que han augmentat considerablement el nombre de casos, a causa, entre d’altres, de canvis en la declaració obligatòria d’aquestes malalties i l’augment en la utilització de tècniques diagnòstiques més sensibles.
- La prevalença dels nadons de baix pes, preterme i menors de 33 setmanes de gestació.

ELS RESULTATS EN SALUT

La situació de salut a Catalunya i els aspectes que la condicionen es caracteritza per quatre elements clau:

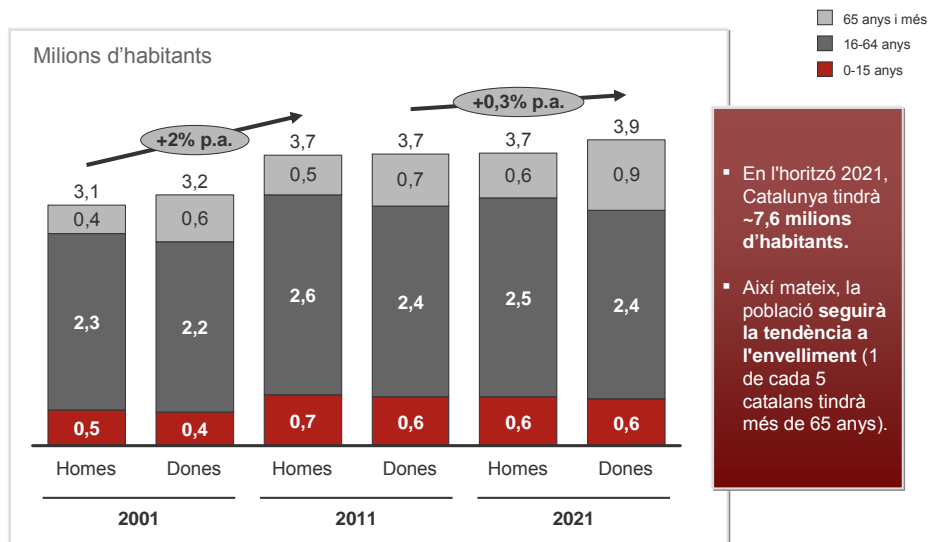
- a) Baix creixement de la població i continuació del procés d’envelliment en els propers anys.
 - b) Elevada esperança de vida i bona evolució de les taxes de mortalitat per càncer, malalties cardiovasculars i per accidents.
 - c) Indicadors poc favorables relacionats amb els hàbits i estils de vida.
 - d) Major càrrega de morbiditat a causa de la prevalença i l’impacte de les malalties cròniques.
- a) Baix creixement de la població i continuació del procés d’envelliment en els propers anys**

Catalunya té una població de 7,6 milions d’habitants,^{iv} que ha sofert un fort creixement en la darrera dècada (mitjana de creixement anual del 2% entre el 2000 i el 2010). A mitjà termini, es preveu un creixement baix (mitjana de creixement anual del 0,3% entre el 2011 i el 2021) i que continuï el procés d’envelliment de la població catalana.

- A mitjà termini, a l’horitzó 2021, l’Idescat preveu que Catalunya tindrà una població de 7,6 milions d’habitants. La piràmide demogràfica s’ampliarà per la base però, sobretot, per la cúspide. La distribució per edats canviarà ja de manera significativa el 2021, amb un màxim de població infantil (1,4 milions de menors de 0 a 15 anys) i un lleu increment de la població en edat laboral.

- Amb l'augment sostingut de l'esperança de vida es preveu un increment significatiu de la població de 65 anys i més (fins a 1,5 milions d'habitants) i de 80 i més anys (fins a 450.000 habitants).

La població de Catalunya creixerà més lentament que els darrers anys i seguirà la tendència a l'envelliment



- En l'horitzó 2021, Catalunya tindrà ~7,6 milions d'habitants.
- Així mateix, la població seguirà la tendència a l'envelliment (1 de cada 5 catalans tindrà més de 65 anys).

L'estat de salut de la població de Catalunya té un nivell alt dins dels països del nostre entorn. Indicadors com ara la mortalitat són millors que els del conjunt de la UE i de l'Estat espanyol, amb unes taxes crues i estandarditzades més baixes i una esperança de vida en néixer més alta.^v

- L'autovaloració de l'estat de salut és un bon indicador de la mortalitat i morbiditat futura. En aquest sentit, el 79,3% de la població catalana fa una valoració positiva del seu estat de salut (83,3% en els homes i 75,6% en les dones).^{vi}

b) Elevada esperança de vida i bona evolució de les taxes de mortalitat per càncer, malalties cardiovasculars i per accidents

L'esperança de vida (EV) en néixer a Catalunya, l'any 2009, és de 81,9 anys (78,9 per als homes i 84,8 per a les dones). Aquesta longevitat és de les més elevades, tant a l'Estat espanyol com al conjunt de la Unió Europea.

L'esperança de vida en bona salut (EVBS) en néixer a Catalunya, el 2005, era de 63,0 anys per als homes i de 60,6 anys per a les dones. A partir d'aquestes dades es pot concloure que les dones, tot i viure més anys que els homes, viuen més anys amb mala salut.

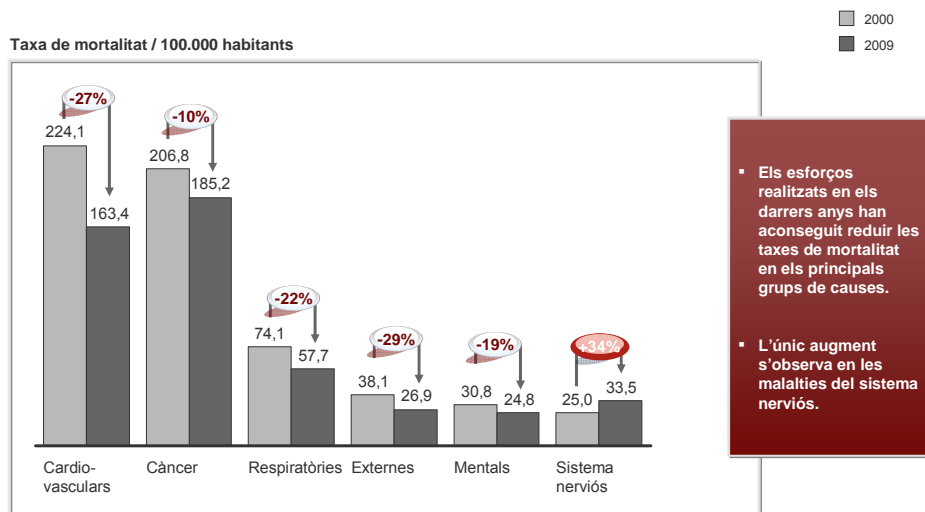
En els darrers anys, les taxes de mortalitat per càncer, malalties cardiovasculars i d'accidents han evolucionat favorablement, malgrat l'augment de la incidència de malaltia en alguns casos, com el càncer. També s'han obtingut bons resultats pel que fa al control de determinats factors de risc i de pràctiques preventives com el cribratge mamogràfic en els grups prioritzats.^{vii}

L'anàlisi sistemàtica de la mortalitat mostra alguns punts del territori amb mortalitat superior a la mitjana.

La disminució de la mortalitat ha comportat una concentració de les defuncions en les edats més avançades, entre els 85 i 89 anys en les dones i dels 80 als 84 anys en els homes.

L'evolució en gairebé totes les taxes de mortalitat dels principals grups de causes en els darrers deu anys ha estat positiva

Taxes de mortalitat estandaritzades per edat



Font: Departament de Salut, Registre de Mortalitat de Catalunya, 2009.

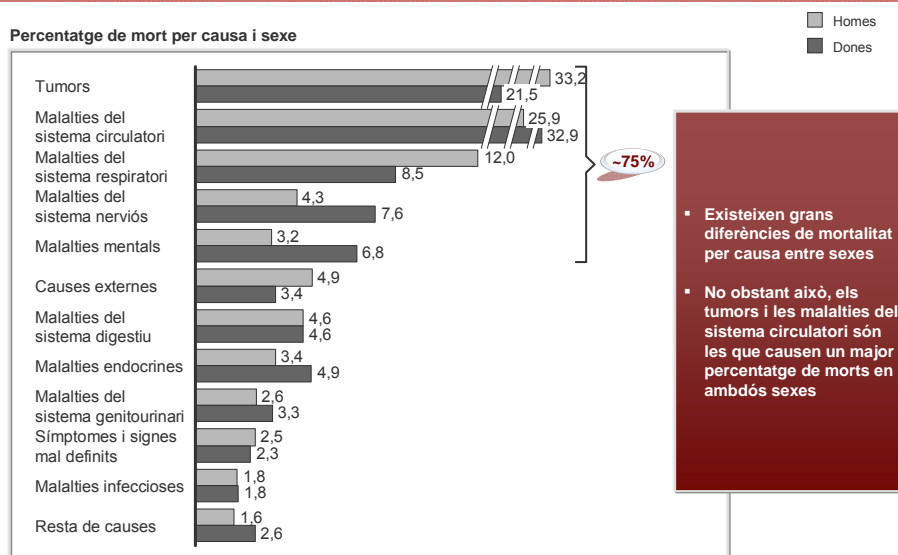
Més de la meitat de les defuncions són causades per malalties del sistema circulatori i per tumors. En els homes la causa més freqüent són els tumors (33,2%) i en les dones, les malalties circulatories (32,9%). Per sexe i edat destaquen:

- En els homes, els tumors són la primera causa de mort de 35 a 84 anys, i les causes externes són la primera causa de mort entre els 5 i els 34 anys.
- En les dones, els tumors són la primera causa de mort dels 5 als 14 anys i dels 35 als 74, i les causes externes són la primera causa de mort dels 15 als 34 anys.
- Per tots dos sexes, els tumors són la segona causa de mort en el grup de 15 a 34 anys.

- La mortalitat per malalties del sistema circulatori apareixen en tercer lloc en les dones de 15 a 44 anys i en els homes de 35 a 44 anys. Són la segona causa de mort dels 45 als 84 anys per als homes i fins als 74 anys per a les dones. A partir d'aquestes edats, passen a ser la primera causa de mort en ambdós sexes.

Els primers cinc grups de causes de mortalitat expliquen el ~75% de les defuncions de la població catalana

Mortalitat proporcional per causes de mort i sexe; 2009



Font: Departament de Salut, Registre de Mortalitat de Catalunya, 2009.

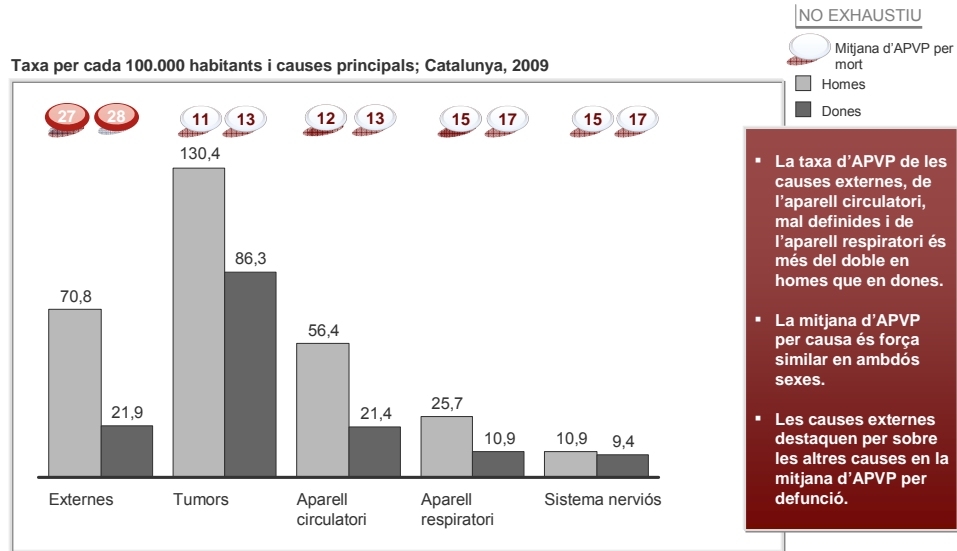
Des de l'any 1999, la mortalitat potencialment evitable ha disminuït en conjunt, si bé les taxes de les causes susceptibles d'intervenció dels serveis d'assistència sanitària han mostrat un descens més marcat (45% menys) que les causes susceptibles d'intervenció de les polítiques sanitàries intersectorials (20% menys).

En aquest sentit, un terç de les morts potencialment evitables (33,9%) mitjançant accions dels serveis sanitaris en les dones, corresponen a les morts causades per càncer de mama. En canvi, en els homes, el 45,5% d'aquestes morts potencialment evitables ho són per cardiopatia isquèmica. Pel que fa a polítiques intersectorials, gairebé el 40% de les morts potencialment evitables són degudes al càncer de pulmó.

Una mesura que ens permet avaluar la magnitud de l'impacte de determinades malalties en la població catalana són els anys potencials de vida perduts (APVP), és a dir, els anys que es deixen de viure a causa d'una mort prematura. En aquest sentit, els tumors ocasionen el 47% dels APVP per mort prematura entre les dones i el 35% en els homes de Catalunya.

- Si s'exclouen les malalties congènites detectades ja en el període perinatal, els accidents de trànsit són la causa que provoca més APVP per cada mort, tant en els homes (33 APVP) com en les dones (31 APVP).

Les causes externes i els tumors presenten un alt impacte sobre els APVP



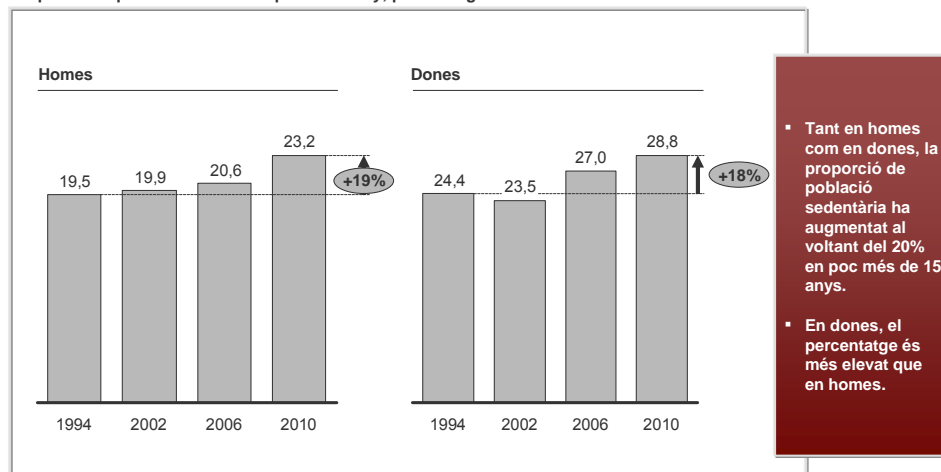
Font: Departament de Salut, Registre de Mortalitat de Catalunya, 2009.

c) Indicadors poc favorables relacionats amb els hàbits i estils de vida

La proporció de població sedentària (en funció de l'activitat física a la feina o a la llar) ha augmentat de manera constant en els darrers anys.

La proporció de població sedentària ha augmentat en els darrers anys, tant en homes com en dones

Proporció de població sedentària per sexe i any; percentatge



Font: ESCA 2010, 2006, 2002 i 1994.

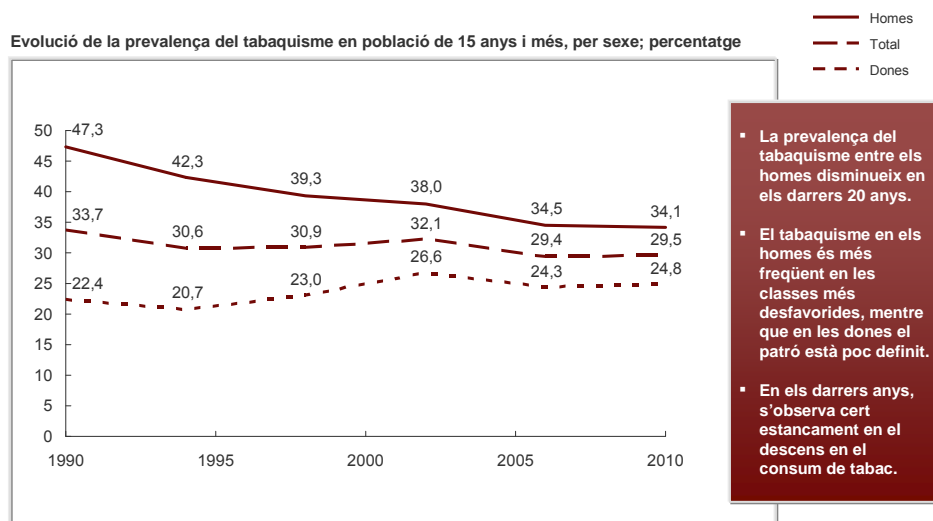
L'any 2010, gairebé la meitat de la població de 18 a 74 anys té excés de pes (un 35,3% de les persones amb sobrepès i un 12,0% amb obesitat). Mentre que el sobrepès afecta més els homes (43,4%) que les dones (27,2%), els percentatges d'obesitat són bastant similars per als dos sexes (13,1% i 11,0%, respectivament).

Pel que fa al tabac, en el període 1990-2010, la proporció de fumadors ha disminuït, i ho ha fet principalment gràcies a l'abandonament de l'hàbit tabàquic entre els homes. En els darrers anys, s'observa un cert estancament en el descens iniciat l'any 2002 en el consum de tabac.

Les dades sobre consum de risc d'alcohol^{viii} mostren una evolució poc favorable. A Catalunya la proporció de població bevedora de risc d'alcohol en el període 1999-2005 ha augmentat del 6,4% (8,7% en homes i 4,0% en dones) al 8,5% (10,3% en homes i 6,7% en dones). En la població de 15 a 29 anys, el percentatge ha augmentat del 7,5% (9,0% en homes i 5,8% en dones) al 12,6% (12,9% en homes i 13,3% en dones) en el mateix període.

En el període 1990-2010, la proporció de fumadors ha disminuït

Prevalença del tabaquisme en població de 15 anys i més, per sexe



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Programa per a la prevenció i el control del tabaquisme. Enquesta de consum de tabac, alcohol i drogues 1990,1998. Enquestes de salut de Catalunya 1994, 2002 i 2006 i 2010.

Finalment, el consum de medicaments ha augmentat en els darrers anys.

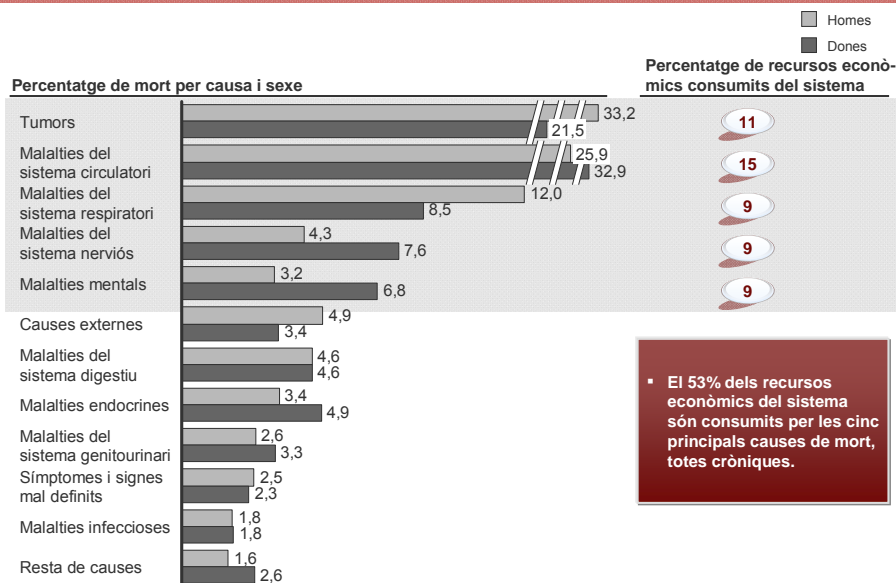
L'any 2010, el 60,6% de la població declara haver consumit algun medicament en els darrers dos dies (57,5% l'any 2006). El consum de medicaments en la població de 15 i més anys és superior entre les dones i a mesura que els grups són de més edat. En la població de 0 a 14 anys no s'observen diferències per sexe.

d) Major càrrega de morbiditat a causa de la prevalença i l'impacte de les malalties cròniques

La major càrrega de morbimortalitat es deu a la freqüència i a l'impacte de les malalties cròniques que representen una càrrega important per al sistema de salut. Aquest fet pren una rellevància important per quatre motius:

- **Les cinc principals malalties cròniques amb major impacte en la mortalitat** (aparell circulatori, tumors, aparell respiratori, sistema nerviós i mentals) representen el 78% de les defuncions i consumeixen el 53% dels recursos del Departament de Salut.
- **Quant a la morbiditat**, les malalties de l'aparell locomotor, la pressió alta i depressió i/o ansietat constitueixen els trastorns crònics principals declarats per la població adulta i es troben entre els principals motius de consulta.

Les primeres cinc malalties per mortalitat són cròniques i consumeixen més de la meitat dels recursos del sistema

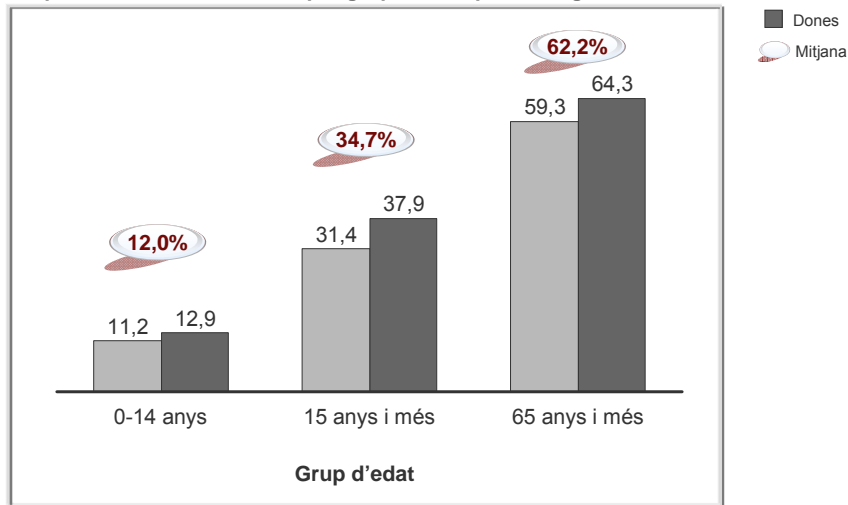


Font: Departament de Salut, Registre de Mortalitat de Catalunya, 2009.

- **La prevalença de les malalties cròniques augmenta progressivament.**^{ix}
 La proporció de persones adultes que declaren patir trastorns crònics augmenta amb l'edat, i passa del 12% en menors de 15 anys, al 65,2% per als majors de 74 anys. L'increment és lleugerament inferior en les dones que en els homes. Entre els trastorns que han experimentat un creixement més important destaquen la depressió i/o ansietat, el colesterol elevat i la pressió alta entre els homes.
- **El 77,1% de la població de 15 anys i més (71,7% dels homes i 82,3% de les dones) declara patir o haver patit un trastorn crònic o més** d'una llista de problemes de salut seleccionada per l'alta prevalença i pel consum de recursos sanitaris que generen. L'any 2010, els trastorns crònics declarats amb major freqüència per la població de 15 anys i més són els mateixos que a l'any 2006.

La proporció de malalts crònics augmenta fortament amb l'edat

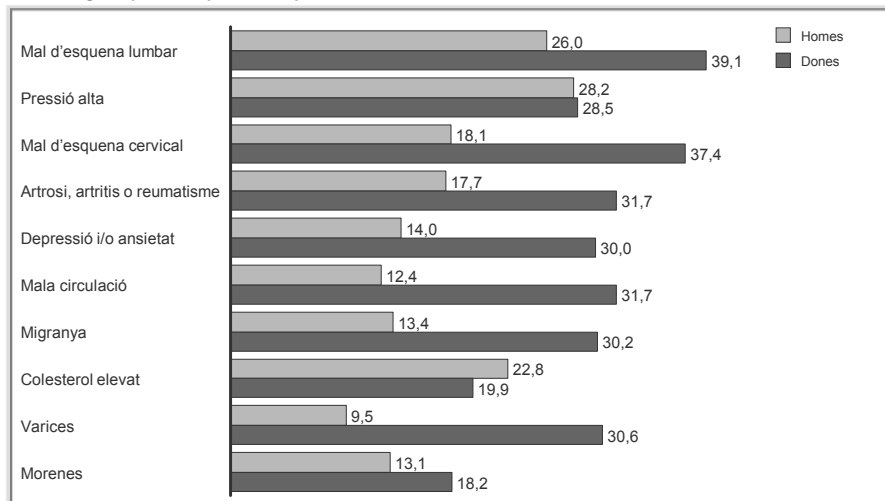
Proporció de malalts crònics per grup d'edat; percentatge



Font: Departament de Salut, Enquesta de salut de Catalunya, 2010.

Principals trastorns crònics que declara patir la població de 15 anys i més, per sexe

Percentatge de població que declara patir trastorns crònics



Font: Departament de Salut, Enquesta de salut de Catalunya, 2010.

LA SITUACIÓ DELS SERVEIS

En l'anàlisi de la situació dels serveis cal destacar quatre aspectes molt rellevants:

- Accessibilitat
- Adequació
- Eficiència
- Satisfacció

Accessibilitat

L'accessibilitat als serveis del sistema sanitari de Catalunya es caracteritza per quatre elements clau:

- a) Elevada accessibilitat geogràfica.
- b) Temps d'accés condicionat per les llistes d'espera en alguns procediments quirúrgics, en les visites d'atenció especialitzada i en les proves complementàries.
- c) Millora de l'accessibilitat al procés diagnòstic en determinades patologies.
- d) Catàleg de prestacions cobertes per l'assegurança pública molt ampli.

a) Elevada accessibilitat geogràfica, tant pel nombre de centres com per la distància i temps de desplaçament de la població de referència

El 98% de la població disposa d'un centre d'atenció primària a menys de deu quilòmetres i el temps de desplaçament, en el 96,8% de la població, és menor als deu minuts. El 98% de la població es troba a menys de trenta quilòmetres d'un centre que ofereixi hospitalització d'aguts. Finalment, el 87% de la població de Catalunya es troba a menys de trenta quilòmetres d'un altre centre d'atenció especialitzada^x (salut mental, sociosanitari, etc.).

Aquesta elevada accessibilitat es deu a la distribució territorial dels centres assistencials. A finals de 2010 i distribuïts pel territori, a Catalunya hi havia 417 centres d'atenció primària i 831 consultoris locals. L'hospitalització d'aguts de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública es va realitzar en 69 centres.² Pel que fa a l'atenció sociosanitària, hi havia 101 centres amb internament i 70 hospitals de dia. Per atendre la salut mental i les addiccions es disposava de 87 centres de salut mental d'adults i 70 infantojuvenils, 39 centres amb internament, 65 centres de dia, 36 hospitals de dia de salut mental d'adults i 29 hospitals de dia de salut mental infantil i juvenil.^{xi}

² Corresponen a 65 hospitals (l'Hospital de la Vall d'Hebron disposa de tres centres; l'Hospital Clínic, de dos, i l'Hospital d'Althaia, de dos).

b) Temps d'accés condicionat per les llistes d'espera en alguns procediments quirúrgics, en les visites d'atenció especialitzada i les proves complementàries, malgrat l'increment de l'activitat

L'any 2010 es va enregistrar un increment d'un 11,26% en la taxa de pacients en llista d'espera per a procediments quirúrgics per 10.000 habitants, tot i l'increment de l'activitat realitzada respecte a l'any 2009, que va ser d'un 2,52%, amb un total de 161.931 intervencions quirúrgiques. El temps d'espera s'ha incrementat en un 1,48%, que resulta ser, en el moment del tall de desembre de 2010, de 4 mesos i 3 dies. Cal destacar que la contractació de procediments en llistes d'espera quirúrgiques s'ha ajustat per donar resposta als temps màxims garantits en els procediments que es regulen per decret.

En canvi, pel que fa a la llista d'espera de proves diagnòstiques, les dades a 31 de desembre de 2010 presenten una llista d'espera de 102.456 pacients, que representen una disminució d'un 16,6% respecte a l'any 2009 (la diferència és deguda a canvis en els sistemes d'informació d'alguns centres declarants, que han comportat retards en la tramesa de la informació). El temps d'espera global és de 53 dies i una activitat acumulada de 553.507 proves declarades.^{xii} El seguiment es realitza a 13 proves (ecocardiografia, ecografia abdominal, ecografia ginecològica, ecografia urològica, colonoscòpia, endoscòpia esofagogàstica, tomografia computada, mamografia, polisomnografia, ressonància magnètica, ergometria, electromiograma i gammagrafia).

c) Millora de l'accessibilitat al procés diagnòstic en determinades patologies

Des de 2005 i en dues fases, s'ha implantat a Catalunya el circuit de diagnòstic ràpid (CDR) de càncer. El Programa de diagnòstic ràpid de càncer té per objectiu aconseguir que el temps transcorregut entre la primera visita a l'hospital per sospita de càncer colorectal, de mama, de pulmó i de bufeta urinària fins a l'inici del tractament sigui inferior a 30 dies.

- L'any 2009, es van incloure 17.623 pacients al CDR per sospita de càncer de còlon, mama o pulmó, 6.588 dels quals van ser tractats. El 60,4% d'aquests pacients tractats van iniciar el tractament amb un interval de temps inferior als 30 dies, des de l'entrada en el CDR (3.981 casos).
- L'any 2009, es van incloure 2.001 pacients per sospita de càncer de bufeta i 2.377 de càncer de pròstata en el CDR corresponent. El percentatge d'acompliment dels criteris d'inclusió va ser del 89%. Es va confirmar el diagnòstic en el 41,9% dels casos sospitosos de càncer de pròstata i en el 46,9% dels de bufeta.

- La mitjana de temps entre l'entrada en el CDR i l'inici del tractament se situa al voltant dels 35 dies en pròstata i en els 30 en bufeta. El percentatge que va iniciar tractament abans dels 30 dies va ser del 66,7% en el càncer de pròstata i del 74,2% pel càncer de bufeta.

d) **Catàleg de prestacions cobertes per l'assegurança pública molt ampli**

A Catalunya hi ha un catàleg molt ampli de prestacions sanitàries i de caràcter universal. La Llei 21/2010, del 7 de juliol, d'accés a l'assistència sanitària de cobertura pública a càrrec del CatSalut, determina les persones que són objecte de la prestació de serveis sanitaris a Catalunya.

El Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, determina la relació de prestacions sanitàries. Recentment, s'ha incorporat a la cartera de serveis comuns la interrupció voluntària de l'embaràs, a través de la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs.

A més de la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut, a Catalunya s'hi han incorporat les prestacions següents:

- Atenció bucodental a la població infantil.
- Atenció podològica a les persones diabètiques amb patologies vasculars i neuropàtiques cròniques.
- Vacuna contra el virus del papil·loma humà.
- Assistència natural al part normal.
- Programa de diagnòstic prenatal d'anomalies congènites fetals (primer trimestre d'embaràs).
- Programa d'anticoncepció d'emergència.
- Intervenció quirúrgica de canvi de sexe.
- Cribratge de la malaltia de Chagas en dones embarassades llatinoamericanes.
- Cribratge i diagnòstic precoç de la hipoacúsia neonatal.

Cal incorporar criteris de cost-efectivitat en la definició del catàleg de prestacions, que ajudin en la priorització de les prestacions, tant en l'àmbit estatal com de Catalunya.

Adequació de l'atenció

Pel que fa a l'adequació de l'atenció del sistema sanitari a Catalunya, cal destacar quatre elements rellevants:

- a) Elevada freqüentació.
- b) Oportunitat de millorar en alguns àmbits de resolució.
- c) Oportunitat de reordenar determinats serveis sota criteris de planificació.
- d) Identificació de procediments d'alta especialització que requereixen concentració.

a) Elevada freqüentació en la majoria de nivells assistencials, amb evolucions diferents en funció del nivell

L'atenció primària a Catalunya té una bona cobertura de la població amb xifres altes de freqüentació. El percentatge de població assignada atesa a l'atenció primària (AP) durant el 2010 va ser del 73,4%. La freqüentació a l'AP (incloent visites a medicina, infermeria, infermeria obstetricoginecològica, odontologia, treball social) l'any 2009 va ser de 6,9 visites per persona assignada i 9,4 visites per població atesa. Tant per la cobertura com per la freqüentació, l'evolució temporal mostra valors estables en els últims anys.

L'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya presenta una elevada freqüentació, que augmenta de forma sostinguda. L'any 2009 es van realitzar 3,7 milions de primeres visites d'especialistes a consultes externes hospitalàries i 9,4 milions de visites totals (1.242 visites per 1.000 habitants). L'evolució temporal de les primeres visites mostra increments del 10,7% al 2006, 3,8% al 2007, 7,2% al 2008 i 10,6% al 2009.^{xiii} La ràtio de primeres visites/visites successives mostra una alta variabilitat entre centres.

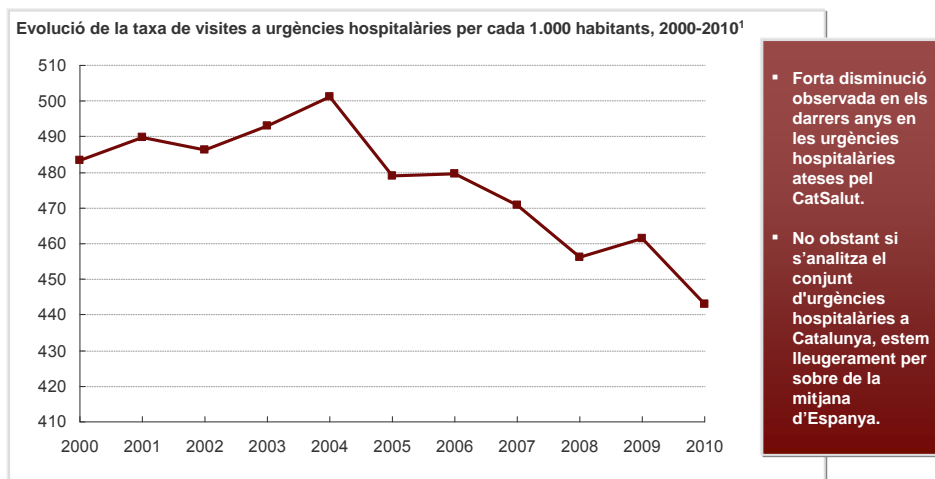
Les malalties relacionades amb l'**aparell locomotor** arriben a afectar més del 30% de la població, representen un dels principals motius de consulta a l'atenció primària, i el conjunt d'especialitats de **traumatologia i reumatologia** apleguen el nombre més alt de derivacions i de visites totals a les consultes externes. L'**oftalmologia** és la segona especialitat en freqüentació, amb 971.073 visites l'any 2010. Pel que fa a altres especialitats, la **dermatologia** i la **urologia** representen també un alt nombre de visites d'atenció especialitzada.

Les malalties relacionades amb la **salut mental** s'atenen bàsicament a l'atenció primària de salut però també en dispositius específics de salut mental, amb un volum de 213.000 pacients atesos i un total de més de 634.000 visites l'any 2009.

La taxa de visites a urgències en els hospitals del SISCAT per cada 1.000 habitants va ser de 443 el 2010, i s'observa una disminució en els últims anys. Malgrat la disminució, si s'analitza el conjunt d'urgències hospitalàries

tant a càrrec del sistema públic com privat, Catalunya està per sobre de la mitjana de l'Estat (635 visites per 1.000 habitants en comparació a 586 visites per 1.000 habitants de mitjana a Espanya).

Elevada freqüentació a urgències hospitalàries amb tendència a la disminució



¹ Es consideren les urgències a càrrec del CatSalut.

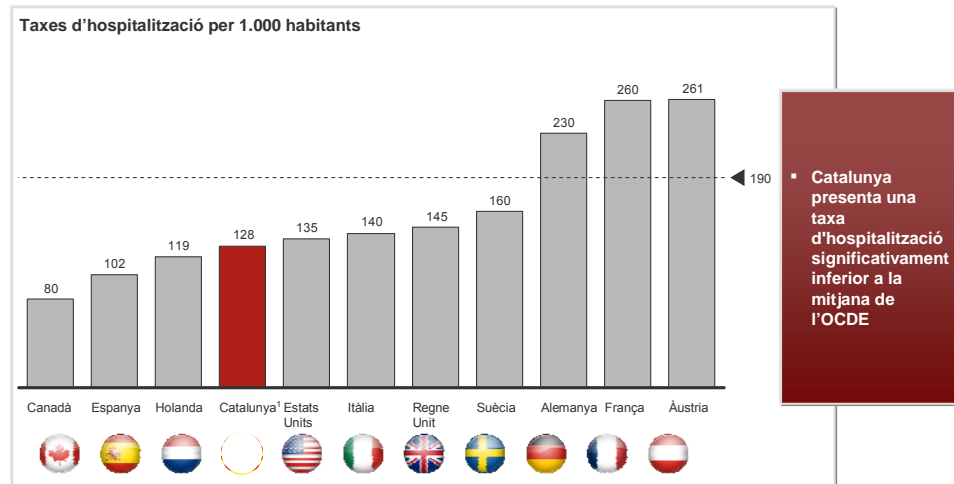
Font: Memòria CatSalut, 2010.

Les taxes d'hospitalització d'aguts són moderades i estables en el temps. La taxa d'hospitalització en centres d'aguts és de 128 per 1.000 habitants. La taxa d'hospitalització finançada per CatSalut és de 97,4 per 1.000 habitants. L'evolució temporal mostra estabilitat al llarg dels últims sis anys. La taxa és moderada en comparació amb altres països del nostre entorn.

Els episodis d'hospitalització en l'atenció socio sanitària (llarga estada, convalsència i cures pal·liatives) s'han incrementat lleugerament durant l'any 2010. L'any 2009 van ser 5,4 per cada 1.000 habitants i s'ha incrementat a 5,6 durant el 2010. L'evolució temporal indica un increment total del 40% en els últims sis anys.

Finalment, ha augmentat el nombre de pacients atesos ambulatoriament en dispositius de salut mental (18% d'increment) mentre que l'hospitalització es manté estable. Cal destacar que l'any 2010, van ser 213.359 (28 per cada 1.000 habitants), i els ingressats van ser 22.480 (3,0 per 1.000 habitants).

Catalunya presenta una taxa d'hospitalització d'aguts moderada en comparació a la majoria de països desenvolupats comparables




¹ La dada de Catalunya inclou hospitalització convencional i CMA.

Font: OCDE, 2009; Memòria del CatSalut 2010.

b) Oportunitat de millorar en alguns àmbits de resolució

Hi ha una gran variabilitat en la utilització de serveis per territoris, especialment en els dispositius assistencials de primera línia (atenció primària, atenció especialitzada ambulatoria i urgències), en les hospitalitzacions sociosanitàries i en la prestació farmacèutica. Una part d'aquesta variabilitat es podria explicar per les característiques sociodemogràfiques del territori i una altra part, per diferències en l'oferta de serveis i l'estil de pràctica clínica.

Existeix una gran variabilitat en la utilització de serveis per territoris

 Variabilitat moderada (entre 2 i 4)
 Variabilitat alta (més de 4)

Utilització de serveis	Indicador	Valor de Catalunya 2009	RV ¹ entre GTS ²
▪ Freqüentació en AP	▪ Visites per pobl. assignada	6,1	3,6
▪ Primeres visites hospitalàries	▪ Taxa per 1.000 hab.	450	6,5
▪ Visites a urgències hospitalàries	▪ Taxa per 1.000 hab.	461	4,9
▪ Hospitalització d'aguts	▪ Taxa per 1.000 hab. estandarditzada	124,7	1,3
▪ Hospitalitzacions sociosanitàries	▪ Taxa per 1.000 hab.	5,4	42,9
▪ Pacients atesos a salut mental ambulatoria	▪ Taxa per 1.000 hab.	28	5,4
▪ Hospitalitzacions psiquiàtriques	▪ Taxa per 1.000 hab.	3,1	2,5

S'observa una alta variabilitat especialment en:

- Dispositius assistencials de primera línia (atenció primària, especialitzada i urgències).
- Hospitalitzacions sociosanitàries.
- Pacients atesos en salut mental ambulatoria.

1 Raó de variació (RV): quocient entre el valor màxim i el valor mínim.
 2 GTS: governs territorials de salut.

Font: Central de Resultats; Demanda en xifres.

Es constata una manca de coordinació entre els diferents nivells assistencials i entre professionals d'un mateix nivell, però hi ha iniciatives territorials en la línia de millorar la continuïtat assistencial. Per exemple: accés als serveis especialitzats bàsics i a les proves complementàries per atenció preferent; atenció urgent i continuada amb perspectiva territorial; atenció pediàtrica amb equips territorials o implantació de la visita i consultoria virtuals i telemedicina. També s'han portat a terme iniciatives de consultoria d'especialistes a l'AP, que a més d'augmentar la satisfacció dels professionals han disminuït els productes intermedis i les derivacions a l'atenció especialitzada.^{xiv} Els programes de suport dels especialistes de salut mental a l'atenció primària han mostrat una reducció al voltant del 15% en les taxes de derivació.

- La dificultat en l'articulació i coordinació de dispositius i línies d'atenció és un fet reconegut tant per professionals com pels ciutadans, i sobre el qual es disposa de molt poca informació. Entre les raons d'aquest fet, destaquen la diversitat de proveïdors, la diferència en els sistemes de pagament per línies de servei, el desconeixement de la cartera de serveis de cada dispositiu i les llistes d'espera per a diferents especialistes. Com exemple, en una enquesta recent a professionals que treballen en patologies de l'aparell locomotor, menys del 40% de professionals de l'atenció primària declarava l'existència d'algun mecanisme de coordinació amb l'atenció especialitzada.
- La preocupació per aquestes dificultats ha donat origen a diverses iniciatives entre les quals cal anomenar el sistema de compra capítatiu

(amb un pressupost global per capita per a un determinat territori), les organitzacions sanitàries integrades (que engloben diferents línies de serveis en una mateixa organització), les propostes de creació d'equips territorials o l'establiment d'unitats funcionals territorials per processos.

Aproximadament un 15% de les hospitalitzacions agudes són evitables. L'any 2009 el 14,6% de les hospitalitzacions eren evitables. La variabilitat territorial oscil·la entre el 9,3% i el 17,9%. L'evolució temporal mostra estabilitat en els últims anys.

En **algunes malalties cròniques els reingressos** abans de 30 dies estan al voltant del **7-8%** per cada hospital.

- Entre els hospitals de la xarxa, la mitjana de reingressos per MPOC en menys de 30 dies va ser del 9,9% al 2009, 10,6% al 2008 i 7,2% al 2007. La mitjana de reingressos per insuficiència cardíaca congestiva (ICC) abans de 30 dies de l'alta va ser del 8% al 2009, 7,3% al 2008 i 8% al 2007. La variabilitat entre hospitals en tots dos casos és molt alta (raó de variació de 6,9 i 14 respectivament al 2009).

Al voltant del 27% dels contactes d'hospitalització aguda de la població de 65 anys i més serien susceptibles d'atenció postaguda, que representaria un estalvi entre el 9% i el 13% de les estades en hospitals d'aguts.

- Es considera atenció postaguda^{xv} la que ha de rebre una persona malalta una vegada estabilitzada després d'un accident o un episodi agut i els seus objectius són no utilitzar un recurs d'aguts per a pacients que no el necessiten, augmentar l'autonomia dels pacients i disminuir els reingressos. Els pacients candidats estan reunits en una sèrie de diagnòstics que conformen un grup diana i que fonamentalment està constituït per insuficiència cardíaca, recanvi articular de genoll i maluc, MPOC, accident vascular cerebral (AVC) i fractura de fèmur (80%).
- L'impacte de l'aplicació d'un programa d'atenció postaguda (al 100% d'aquests contactes) segons el dia d'aplicació (cinquè o tercer de la hospitalització aguda) representaria un estalvi d'entre el 9% i el 13% del total d'estades d'aguts (entre el 45% i 67% de les estades del grup diana) i el corresponent alliberament de llits d'aguts. Els llits necessaris per a l'aplicació del programa es podrien aconseguir amb la reorganització dels existents.

La seguretat dels pacients és un aspecte clau dins de l'àmbit assistencial i una prioritat dels sistemes sanitaris actuals. Per *seguretat dels pacients* entenem el conjunt de bones pràctiques recomanades a professionals i a ciutadans orientades a la reducció del risc de dany evitable associat a l'atenció sanitària fins a un mínim acceptable. Entre aquestes bones pràctiques, de les quals s'adjunten alguns exemples a continuació, cal destacar també les que fomentin

el bon ús dels medicaments per reduir els problemes relacionats amb la medicació i els seus efectes indesitjables.

A la taula següent es mostren els resultats d'alguns indicadors en projectes de millora de la seguretat dels pacients el març del 2010. La majoria d'hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) han incorporat objectius i indicadors de seguretat dels pacients en la seva pràctica assistencial.

Resultats de projectes de millora de la seguretat dels pacients Març de 2010

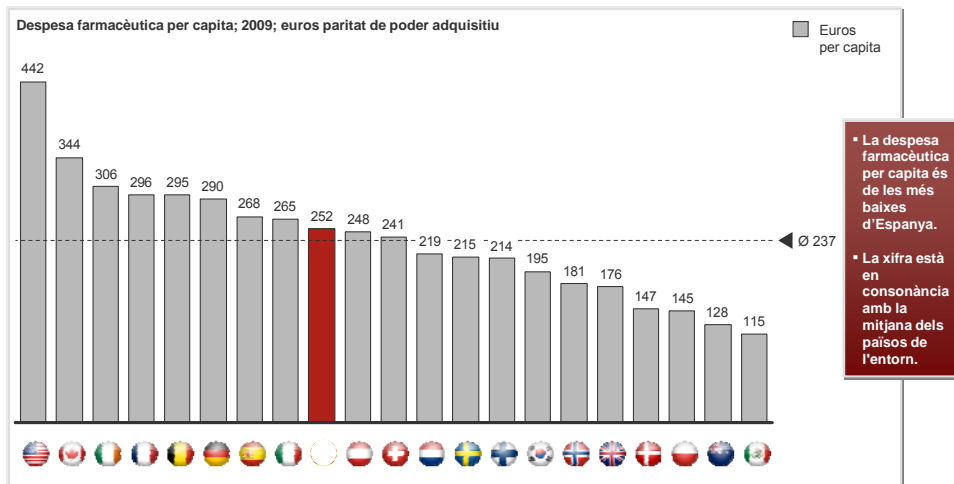
Projecte	Participació	Indicador	Percentatge
Prevenió de caigudes	78 centres sanitaris:	Percentatge d'avaluació del risc de caigudes	Total: 68,3%
	- 43 hospitals		- Hospitals: 58,8%
	- 35 centres socio-sanitaris		- Centres socio-sanitaris: 88,7%
Identificació inequívoca dels pacients	55 centres sanitaris:	Percentatge de pacients ingressats amb identificació	Total: 90,5%
	- 53 hospitals		
	- 2 centres socio-sanitaris		
Higiene de mans	53 centres sanitaris: - 49 hospitals - 4 centres socio-sanitaris	Percentatge d'hospitals que han realitzat	
		- accions formatives bàsiques	Total: 50,0%
		- accions formatives sobre els cinc moments	Total: 42,4%
		- percentatge de professionals formats	Total: 12,9%
Bacterièmia zero	32 UCI ¹ participants: 32/38 (84% de les UCI de Catalunya)	Taxa de bacterièmia per 1.000 dies de catèter:	
		Percentatge taxes de < 4‰ (objectiu)	Total: 78,0%
		Percentatge taxes de < 2‰	Total: 50,0%
		Percentatge taxes de 0‰	Total: 16,0%

1 Unitat de cures intensives.

Font: DGRPRS – Servei de Promoció de la Seguretat dels Pacients.

A Catalunya, com a Espanya, hi ha un elevat consum de medicaments; tot i que a Catalunya la despesa farmacèutica per habitant és una de les més baixes de l'Estat. Durant el 2009, el percentatge d'assegurats als quals se'ls ha dispensat com a mínim un medicament o producte sanitari amb recepta mèdica ha estat del 70,72%. El nombre de receptes per habitant assegurat és de 18,91 (semblant a la dada espanyola de 20 receptes per habitant). Les xifres són estables durant els últims quatre anys amb una baixa variabilitat territorial. La despesa farmacèutica per capita (252,2 € per persona al 2009) és de les més baixes d'Espanya (que té en conjunt una despesa per capita de 267,54).^{xvi} Si comparem aquesta xifra amb els països de l'entorn, la despesa està en consonància amb la mitjana.

La despesa farmacèutica és de les menors d'Espanya i en consonància amb la mitjana dels països de l'entorn



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

c) Oportunitat de reordenar determinats serveis sota criteris de planificació

La definició de la cartera de serveis de cobertura pública a Catalunya haurà d'anar acompanyada de criteris de planificació per tal d'ordenar els serveis per centres i territoris per a la millora de l'equitat en l'accés i en els resultats de qualitat i eficiència.

La distribució territorial actual de les prestacions fa que no sempre les activitats s'estiguin realitzant en els centres més adequats, ni pel volum de casos atesos (massa crítica), ni per la capacitat i el nivell assistencial.

- Un exemple que pot il·lustrar aquesta afirmació és la distribució de l'activitat de cirurgia pediàtrica a Catalunya els anys 2008 i 2009 en els diferents centres sanitaris de la xarxa sanitària pública.

Existeix potencial d'ordenar determinats serveis per centres i territoris per assegurar la millora de l'equitat en l'accés, en els resultats de qualitat i eficiència

EXEMPLE
CIRURGIA PEDIÀTRICA

Nombre de centres amb activitat de cirurgia pediàtrica segons l'interval del nombre de contactes i edat. Anys 2008-2009

Nombre de contactes	0 anys		1 - 7 anys		8 - 14 anys		15 - 17 anys	
	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 centres	20	19	45	43	56	57	58	61

▪ Existeix potencial de reordenació de determinats serveis si se segueixen criteris de planificació.

▪ L'objectiu últim és millorar l'equitat en l'accés i en els resultats de qualitat i eficiència.

Font: DGRPRS. Oficina de Planificació de Serveis i Mapa Sanitari.

Un altre exemple, ja materialitzat, és l'ordenació de l'atenció als pacients traumàtics greus, amb la classificació dels hospitals segons el grau de complexitat dels pacients i l'ordenació de fluxos.

Els plans estratègics d'ordenació de serveis i plans directors han aportat, cadascun d'ells en el seu àmbit d'actuació, definicions més detallades de les activitats necessàries i les han ordenades amb una visió integrada dels diferents nivells assistencials. L'ordenació dels fluxos i la identificació de quins centres realitzen preferentment una tipologia d'activitat, tractament o prestació en un territori, ha d'incloure les relacions de col·laboració entre equips que fan que un servei de la cartera estigui garantit a tota la població.

d) Identificació de procediments d'alta especialització que requereixen concentració

A Catalunya, es disposa d'informes que associen el volum o massa crítica mínima amb la qualitat de la pràctica clínica. Recentment, s'ha realitzat un estudi sobre el càncer de recte que va analitzar en detall aquesta relació:

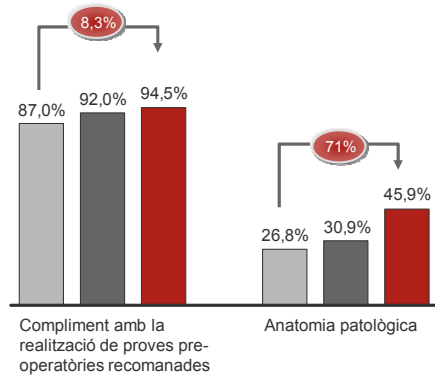
Hi ha una relació clara entre la qualitat clínica i el volum de casos

Exemple del càncer de recte

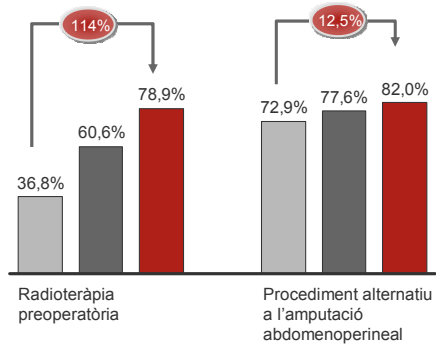
< 11 casos
 entre 11 i 30 casos
 > 30 casos

Percentatge de millora relativa

Relació entre volum i indicadors del procés de diagnòstic



Relació entre volum i indicadors del procés terapèutic



Font: Avaluació del procés assistencial i dels resultats terapèutics del càncer de recte, Pla director d'oncologia, 2010.

Actualment hi ha un conjunt significatiu de centres realitzant certs procediments sense disposar d'una massa crítica mínima que garanteixi uns resultats acceptables de salut.

Existeix un percentatge elevat de centres que no compleixen una mínima massa crítica de casos

Catalunya, 2010

Procediment	Nombre de casos/any	Massa crítica mínima	Descripció de la situació actual	Percentatge de centres per sota de la massa crítica
Cirurgia de càncer de recte	1.000	> 11	<p>Centres per sobre de la massa crítica: 36 Centres per sota de la massa crítica: 15</p>	29%
Cirurgia de càncer d'esòfag	80	> 6	<p>Centres per sobre de la massa crítica: 6 Centres per sota de la massa crítica: 7</p>	54%
Cirurgia de càncer de pulmó	700	> 50	<p>Centres per sobre de la massa crítica: 6 Centres per sota de la massa crítica: 6</p>	50%
Trasplantament renal en adults	500	> 50	<p>Centres per sobre de la massa crítica: 6 Centres per sota de la massa crítica: 1</p>	14%
Cirurgia programada d'aorta abdominal	280	> 25	<p>Centres per sobre de la massa crítica: 5 Centres per sota de la massa crítica: 9</p>	64%

Font: Comissió de Serveis d'Alta Especialització (CSAE).

El conjunt d'activitat de terciarisme representa un cost considerable per al sistema sanitari en comparació amb altres serveis. S'estima que aquests serveis representen un 2,4% de les altes i un 11%³ del pressupost sanitari del CatSalut.

Eficiència

Pel que fa a l'eficiència del sistema sanitari a Catalunya, cal destacar quatre elements rellevants:

- a) Augment de la despesa per capita en l'atenció primària.
- b) Grau d'utilització variable dels serveis segons el nivell assistencial.
- c) Recursos humans i capacitat instal·lada suficients i avenç en el procés d'acreditació.
- d) Alt impacte de la prestació farmacèutica en la despesa sanitària.

a) Augment de la despesa per capita en l'atenció primària

Per al conjunt de les activitats que comprèn l'atenció primària, la mitjana de despesa assignada per persona ha augmentat en una mitjana del 4,2% anual de 2005 a 2008 (ha passat de 387,7 € a 459,3 € per persona). Hi ha variabilitat territorial entre les regions sanitàries i hi ha diferències de més de 100 € per persona entre regions que es mantenen al llarg del període estudiat. Les partides més importants són les de farmàcia i d'equip d'atenció primària que sumen al voltant del 85% de la despesa.^{xvii}

b) Grau d'utilització variable dels serveis segons el nivell assistencial

L'estada mitjana en hospitalització d'aguts (hospitalització convencional i cirurgia major ambulatoria) ha disminuït els últims anys de forma continuada. L'any 2007 va ser de 4,9 dies (mitjana: 3 dies), l'any 2008 de 4,8 dies (mitjana: 2 dies) i l'any 2009 de 4,7 dies (mitjana: 2 dies).^{xviii}

En l'atenció sociosanitària, l'estada mitjana per episodis finalitzats l'any 2009 varia segons el tipus d'activitat del recurs (de 10 dies en cures pal·liatives; de 36 dies en convalsència, i de 62 dies en llarga durada) i s'ha mantingut estable al llarg dels últims anys. S'observa una important variabilitat territorial en l'estada mitjana d'internament amb valors que van de 16 a 412 dies en el cas de la llarga durada; de 19 a 134 dies en els recursos de convalsència, i de 3 a 23 dies en els recursos de cures pal·liatives.

Hi ha un increment en el nombre de contactes en hospital d'aguts amb modalitats alternatives a l'hospitalització convencional. En referència a cirurgia major ambulatoria (CMA), s'ha produït un increment del 8,6% en

³ Actualment resulta difícil establir el cost real del terciarisme, ja que es paga principalment amb el mateix model contractual amb què es paguen la resta de serveis hospitalaris. És per això que, probablement, la xifra de l'11% sigui inferior al cost real del terciarisme.

l'activitat de l'any 2008 respecte al 2007 i un increment del 4,1% de l'any 2009 respecte a l'any 2008. En hospitals de dia l'increment ha estat del 10,8% l'any 2008 respecte al 2007 i de l'1,0% l'any 2009 respecte al 2008.

- L'índex de substitució de cirurgia major ambulatoria ha augmentat els darrers cinc anys. Així, el percentatge de contactes de CMA respecte el total de contactes, amb un grups relacionats pel diagnòstic (GRD) quirúrgic, ha augmentat els darrers cinc anys i és més elevat en els hospitals de la XHUP (43,2%) que en els privats (31,0%).
- Cal destacar que no hi ha alternatives estandarditzades a l'hospitalització en les especialitats mèdiques i la majoria dels centres amb activitat d'hospital de dia els dediquen al tractament de pacients oncològics i pacients amb trastorns immunològics.
- En alguns llocs s'estan implantant altres formes de relació amb els pacients com, per exemple, la telemedicina, amb la finalitat d'evitar al màxim els ingressos hospitalaris (250 pacients van ser atesos mitjançant el programa Teleictus durant l'any 2010).

Hi ha multiplicitat d'estructures de guàrdia amb baixa activitat, tant en l'atenció primària amb punts d'atenció amb menys d'una visita diària de mitjana a partir de les 22 hores fins al matí com en la xarxa hospitalària per a determinades especialitats i/o territoris amb poc volum de demanda d'intervenció urgent.

c) **Recursos humans i capacitat instal·lada suficients i avenç en el procés d'acreditació**

Els dispositius assistencials compleixen un procés d'acreditació que està consolidat en hospitals i s'està estenent a altres línies. El model d'acreditació català es fonamenta en l'exercici de la responsabilitat de l'Administració sanitària, que estableix el nivell de qualitat per a una organització competent i impulsa la millora progressiva de les organitzacions. En aquest sentit, es defineixen els estàndards, inspirats en els diferents models d'acreditació reconeguts i en el model de gestió de la Fundació Europea per a la Gestió de la Qualitat (EFQM). Aquests estàndards es consensuen amb els diferents agents del sector i s'adequa el nivell d'exigència al nostre entorn. L'acreditació està consolidada entre els hospitals d'aguts i recentment s'ha iniciat el procés per acreditar els centres socio-sanitaris, els de salut mental i addiccions i els d'atenció primària.

La capacitat instal·lada actual, d'acord amb els criteris de planificació del Mapa sanitari, en general és suficient per al conjunt del país amb alguns desequilibris territorials i alguns dèficits en recursos de salut mental comunitaris. Tot i així, el parc d'infraestructures i equipaments requereix l'acció continuada de modernització i adaptació funcional i estructural dels dispositius existents.

Els recursos humans són suficients encara que la seva distribució mostra un alt nombre d'especialistes respecte a altres països del nostre entorn. El primer semestre de 2008, el personal assistencial de grau superior i mitjà era l'equivalent a 50.126 professionals a jornada completa (6,7 professionals equivalents per 1.000 habitants). El 46% correspon al grup 1 (metges i altres professionals assistencials de grau superior) i el 54% restant a personal del grup 2 (personal d'infermeria i altres professionals assistencials de grau mitjà). La taxa de professionals del grup 1 per 1.000 habitants és de 3,1 i la del grup 2 és de 3,6. La densitat de metges de família és de 0,8 per 1.000 habitats (a jornada equivalent) i la de metges que treballen en l'àmbit especialitzat és d'1,9 per 1.000 habitants. Per territori, hi ha poques diferències en la disponibilitat de professionals equivalents. La proporció d'especialistes és alta en comparació amb altres països de l'OCDE i més si es té en compte que les dades internacionals es refereixen a nombre de professionals.

Els centres del SISCAT connectats a la HCCC són el 82,9% dels centres d'atenció hospitalària, el 93,9% dels centres d'atenció primària, el 77,5% dels centres d'atenció especialitzada, el 13,6% dels centres de salut mental i el 10,2% dels centres sociosanitaris. Hi ha més de 22 milions de documents clínics indexats a la HCCC i 21.048 usuaris amb accés a la carpeta personal de salut (CPS).

Dins del Pla d'imatge mèdica, el 61,4% dels hospitals del SISCAT estan connectats a l'Anella TicSalut amb connectivitat de banda ampla amb capacitat per intercanviar informació i imatges mèdiques. El 30% dels hospitals del SISCAT emmagatzemen imatge no radiològica digitalitzada al Repositori Central d'Imatges Mèdiques (RCIM). Hi ha dos milions d'exploracions i 67,2 milions d'imatges, amb 34,7 terabytes emmagatzemats a l'RCIM. El 2,9% dels hospitals del SISCAT publiquen i distribueixen la imatge radiològica dels centres mitjançant la HCCC.

La implantació de la recepta electrònica s'emmarca en l'objectiu d'impulsar el desenvolupament i la utilització de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) i el treball en xarxa en l'àmbit de la salut i a més suposa un estalvi en paper i disminució de visites als centres. Els centres del SISCAT connectats a la recepta electrònica són el 5,7% dels centres d'atenció hospitalària, el 100% dels centres d'atenció primària, el 2,5% dels centres d'atenció especialitzada i el 6,8% dels centres de salut mental. El 100% de les oficines de farmàcia de Catalunya (3.072) dispensen electrònicament i el 73% dels metges de Catalunya fan prescripció electrònica.

La salut pública està en procés de transformació cap a la nova Agència de Salut Pública que integra les organitzacions amb competències en la matèria. La nova Agència de Salut Pública de Catalunya suposa l'aplicació d'un model de governança compartit entre el món local i els departaments amb competències en matèria d'agricultura, ramaderia i pesca, medi ambient, relacions laborals,

benestar social, consum, salut i educació. La seva constitució suposa la integració en un únic ens públic de tres organitzacions fins ara diferenciades i permetrà oferir una cartera de serveis integrats de protecció de la salut, promoció de la salut i prevenció de les malalties, vigilància de la salut, seguretat alimentària i salut laboral.

d) Alt impacte de la prestació farmacèutica en la despesa sanitària

La prestació farmacèutica, tant la que va amb recepta com la hospitalària a pacients ingressats i ambulatoris, suposa un 25,8% del total del pressupost de salut.

Els medicaments constitueixen un dels principals recursos terapèutics en el procés assistencial, ja que moltes de les intervencions preventives com també la major part de les curatives inclouen la utilització de medicaments com a mecanisme intermedi per obtenir un objectiu de salut concret.

El 82% de la població rep una o més prescripcions de medicaments durant l'any a càrrec del sistema públic de salut a Catalunya. La major part dels medicaments (71%) es financen amb càrrec a fons públics i l'evolució de la participació dels usuaris experimenta una tendència clarament decreixent durant els últims 25 anys (d'aproximadament el 19% el 1981 fins per sota del 6% el 2010).

D'altra banda, la constant aparició de nous medicaments –en àrees tan sensibles com l'oncologia, la sida, l'artritis reumatoide, les hepatitis víriques, la diabetis o les malalties òrfenes– així com la major detecció precoç de malalties i el tractament dels seus factors de risc –com la hipertensió arterial, l'osteoporosi o el colesterol– fan necessària la introducció de programes d'accés als nous medicaments. I també fan necessari definir noves fórmules de provisió i finançament d'acord amb la compartició de riscos vinculats als resultats clínics, i dissenyar i implementar nous instruments que facilitin la presa de decisions terapèutiques basades en criteris de cost-efectivitat i les noves tecnologies –com la recepta electrònica–, a més d'establir polítiques de coresponsabilització i avaluació de resultats, per tal de poder transformar la despesa en inversió i que a més sigui sostenible per al sistema sanitari i per als ciutadans.

El nostre país ha aconseguit avançar de forma significativa en el desenvolupament del model d'atenció sanitària, en el qual el medicament hi té un paper clau. Pel que fa a la despesa en tractaments farmacològics, tot i que en els darrers anys ha augmentat de manera sostinguda, se n'ha moderat el creixement. D'aquesta manera, l'any 2011 la despesa farmacèutica presenta, per primera vegada, uns resultats de decreixement. Les polítiques de preu i de gestió de la demanda han contribuït a aquesta moderació.

Satisfacció dels agents amb el sistema

Finalment, pel que fa a la satisfacció dels agents, cal destacar:

- a) Pacients i professionals satisfets amb l'assistència dispensada pel sistema.
- b) Elements de millora coneguts.

a) Pacients i professionals satisfets amb l'assistència dispensada pel sistema

La satisfacció global de les persones que han utilitzat els serveis sanitaris obté de mitjana un notable alt (8,2 sobre 10) i vuit de cada deu persones entrevistades (el 88%) tornarien a fer servir els mateixos serveis si els necessitessin (fidelitat).^{xix}

Els professionals consideren que l'assistència dispensada al sistema sanitari català és de molta qualitat. Les principals raons d'insatisfacció que refereixen són les condicions contractuals (provisionalitat i salari), la pressió assistencial i les interferències de les demandes del sistema sanitari en la seva tasca com a professionals.

b) Elements de millora coneguts

Els principals àmbits de millora en els serveis de la xarxa sanitària segons els pacients són: (1) l'increment de la fluïdesa en les primeres visites; (2) la millora de la informació que reben dels professionals; (3) la millora de l'accessibilitat als serveis (petició de visita i puntualitat, gestió dels problemes urgents i percepció del temps en llista d'espera per intervenció), i (4) la millora de l'atenció integrada (sobretot relacionada amb la coordinació entre nivells assistencials).

Atenent les necessitats actuals, els gestors sanitaris opinen que caldria un canvi del model de gestió (nivells assistencials i coordinació), amb els usuaris com a prioritat i adaptació del sistema a les noves necessitats i les tendències de futur. Els **professionals** opinen que poden millorar les competències i les habilitats relacionades amb el tracte als usuaris, incloent-hi la formació i una millor disposició personal, amb la finalitat d'oferir un tracte correcte i amable que vagi més enllà de l'eficàcia mèdica. Consideren que actualment els usuaris són agents importants de demanda, però qüestionen l'abast que ha de tenir la resposta del sistema a aquesta demanda (necessitat d'aclarir l'oferta i els seus límits).^{xx}

LES PRIORITATS CLAU DEL CANVI

A partir d'aquest diagnòstic, neixen **tres eixos vertebradors del Pla de salut:**

- 1. Programes de salut: més salut per a tothom i millor qualitat de vida.**
Aquest Pla de salut, malgrat que és més ampli (considerant canvis

estructurals del model d'atenció i organització), no renuncia a l'objectiu últim del sistema, que és incrementar l'esperança de vida en bona salut en els homes i les dones de totes les edats per continuar mantenint uns resultats diferencials.

- 2. Transformació del model d'atenció: millor qualitat,** accessibilitat i seguretat en les intervencions sanitàries. Entre 2011-2015, el sistema sanitari català donarà prioritat a tres línies d'actuació en l'àmbit del model d'atenció: (1) adequar el sistema per donar una millor atenció als malalts crònics que suposen més del 80% de la mortalitat i del 70% del consum de recursos del sistema; (2) incrementar la resolució des dels primers nivells d'atenció i al territori, i assegurar que es dona solució als problemes de risc de saturació en diferents punts del sistema (llistes d'espera, urgències) mantenint la qualitat, i (3) proveir més qualitat i equitat en els procediments d'alta especialització, per assegurar uns nivells de qualitat òptims accessibles a tots els ciutadans.
- 3. Modernització del model organitzatiu: un sistema sanitari més sòlid i sostenible.** Una transformació tan ambiciosa del model d'atenció requereix que el Departament de Salut iniciï, a la vegada, un conjunt de projectes que actuïn com a facilitadors del canvi. Aquests projectes estableixen la modernització de l'asseguradora en dues àrees (la relació amb els ciutadans i la contractació de resultats en salut), una millora en el govern i en la participació, el desenvolupament i la millora d'instruments que facilitin la integració assistencial (xarxa d'informació compartida) i més orientació a la participació dels professionals.

IV. Els tres eixos vertebradors del Pla de salut de Catalunya 2011-2015

Els elements transformadors del sistema sanitari de Catalunya es tradueixen en tres eixos que s'articularen de forma conjunta en el futur:

- Més salut per a tothom i millor qualitat de vida.
- Transformació del model d'atenció: millor qualitat, accessibilitat i seguretat en les intervencions sanitàries.
- Modernització del model organitzatiu: un sistema sanitari més sòlid i sostenible.

Aquests eixos es concreten en 9 línies d'actuació i 32 projectes estratègics que conformen el full de ruta del sistema per als pròxims quatre anys.

IV.1. Més salut i millor qualitat de vida

LÍNIA D'ACTUACIÓ 1. OBJECTIUS I PROGRAMES DE SALUT

- **Tot i que aquest Pla de salut amplia el seu abast** i inclou els serveis i els vessants de gestió, organitzatiu i de participació, **no renuncia a la seva finalitat última, que és l'increment dels anys de vida viscuts amb bona salut i qualitat.**
- Per aquest motiu, i com preveu la LOSC, cal **fixar els objectius i els nivells que s'han d'assolir** d'acord amb les prioritats establertes.
- Aquesta línia d'actuació **defineix el objectius de salut del Pla i comprèn quatre projectes estratègics:**
 - Desenvolupar i implantar els plans directors
 - Elaborar i implementar el Pla interdepartamental de salut pública
 - Promoure polítiques de seguretat i de qualitat clínica
 - Avaluar els objectius de salut fixats en el Pla

La salut és un dels principals components que contribueixen al benestar, a la qualitat de vida de la població i al desenvolupament i la riquesa d'un país. **Aconseguir més salut i millor qualitat de vida i mantenir la sostenibilitat del sistema sanitari és la finalitat de les estratègies** que desenvolupa aquest Pla de salut.

D'acord amb el que estableix la LOSC, a partir de la valoració de la situació de l'estat de salut i els serveis, el Departament de Salut estableix les prioritats, formula els objectius de salut i serveis a mig i llarg termini, marca les estratègies i els projectes per assolir-los i fixa els criteris i els indicadors per a l'avaluació i el seu seguiment periòdic.

A partir de les prioritats identificades, el Pla de salut 2011-2015 determina els **objectius de salut i de disminució de risc de caràcter general i d'altres relacionats amb els projectes estratègics en què es concreta aquesta línia d'actuació**. Segons la naturalesa del problema que es vol afrontar, els objectius tenen un horitzó temporal a mig o llarg termini que se situa en l'any 2015 o 2020, respectivament .

Per a la formulació dels objectius del Pla de salut de Catalunya 2011-2015 que es presenten a continuació s'han pres com a referència les directrius del Departament

de Salut, dels experts, així com les recomanacions de l'OMS per a la Regió Europea, així com d'altres orientacions internacionals.

■ **Objectiu general de salut**

- D'aquí a l'any 2020, augmentar en un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut en homes i en dones.

■ **Objectius de salut en relació amb els problemes de salut prioritzats**

D'aquí a l'any 2020:

- Reduir en un 20% la taxa de mortalitat per malalties cardiovasculars.
- Reduir en un 10% la taxa de mortalitat global per càncer.
- Incrementar en un 15% la taxa de supervivència global per càncer als cinc anys.
- Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties respiratòries.
- Reduir en 10% la taxa de mortalitat per malalties mentals.
- Reduir la taxa de mortalitat per malaltia isquèmica del cor en un 15%.
- Reduir la taxa de mortalitat per ictus en un 15%.
- Reduir la taxa de mortalitat per càncer de mama en un 10%
- Reduir la taxa de mortalitat per càncer colorectal en un 5%
- Mantenir per sota del nivell actual la taxa de mortalitat per suïcidi.
- Reduir la incidència de la fractura de coll fèmur en un 10% en les persones de 65 i més anys.
- Reduir en un 10% les amputacions en persones de 45 a 74 anys amb diabetis.

D'aquí a l'any 2015:

■ **Objectius de disminució del risc per als problemes de salut crònics prioritzats**

- Reduir la prevalença de tabaquisme per sota del 28%.
- Reduir la prevalença de sedentarisme per sota del nivell de 2010.
- Incrementar en un 10% la proporció de persones que segueixen les recomanacions d'activitat física saludable (almenys 150 min/setmana d'activitat física moderada o 75 min/setmana d'activitat física intensa o alguna combinació equivalent en persones adultes).
- Reduir la prevalença d'excés de pes (sobrepès o obesitat) en la població per sota dels nivells de 2010. Incrementar en un 15% la

proporció de pacients hipertensos atesos a l'APS amb valors de TA que estan ben controlats TA < 140/90.

- Incrementar en un 15% la proporció de pacients de 35 a 74 anys atesos a l'APS amb xifres de colesterolèmia > 200 mg/dl amb valoració del risc cardiovascular.
- Reduir en un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb diabetis.
- Reduir en un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb MPOC .
- Reduir en un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb ICC.
- Reduir la taxa mitjana de prevalença de la infecció nosocomial global per sota del 7%
- Reduir la taxa d'infecció quirúrgica en pròtesis de genoll per sota del 3,5%
- Reduir la taxa d'infecció quirúrgica en pròtesis de maluc per sota del 3%
- Disminuir la taxa d'infecció quirúrgica en cirurgia de colorectal per sota del 21%
- Reduir la taxa mitjana d'incidència de pneumònia associada a ventilació mecànica per sota 12 episodis per 1.000 dies de ventilació.

Projecte 1.1. Desenvolupar i implantar els plans directors

Els plans directors tenen per finalitat donar una millor resposta als problemes de salut de més impacte

i. Objectiu 2015

- Assegurar l'alineament, l'actualització i l'avaluació dels plans directors

ii. Objectius de resultats 2012

- Assegurar que els objectius actuals estan avaluats i els futurs estan alineats amb el Pla de salut de Catalunya, i formalitzar-ho en un document intern (es calcularà com a percentatge d'avenç)

Amb el propòsit de donar resposta als problemes de salut de més impacte sorgeixen els plans directors (PD). Actualment es troben en fase d'aplicació el PD

d'oncologia, el PD de malalties de l'aparell circulatori, el PD de malalties de l'aparell respiratori, el PD de salut mental i addiccions, el PD sociosanitari i el PD de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor. Aquests plans, que tenen una orientació que conjuga elements estratègics, operatius i de lideratge, cobreixen la major part de l'espectre de les malalties cròniques. Aquest projecte pretén assegurar la implantació dels PD ja dissenyats. Els objectius i compromisos relacionats amb aquests i la seva temporalitat es concreten a continuació.

i. Exemples d'iniciatives en curs

- Tots els Plans Directors excepte el de Malalties Reumàtiques i de l'Aparell Locomotor que està iniciant la seva implantació, es troben en fase avançada. En aquests sentit cal destacar diverses actuacions com: el diagnòstic ràpid de càncer, el pla d'espirometries de qualitat, el codis infart i ictus, el model atenció a la depressió i prevenció del suïcidi o l'atenció integral a les persones amb demència.

ii. Objectius per al 2015

- Assegurar l'alineament, l'actualització i l'avaluació dels plans directors.

iii. Objectius de resultats 2012

- Assegurar que els objectius actuals estan avaluats i els futurs estan alineats amb el Pla de salut de Catalunya, i formalitzar-ho en un document intern (es calcularà com a percentatge d'avenç). Any 2012.

iv. Objectius de procés 2012

- Valorar l'estat d'actualització dels plans directors.
- Avaluar els objectius de procés i de resultats dels plans directors.
- Ordenar el contingut dels plans directors i del Pla de salut (evitar duplicitats).

Projecte 1.2. Elaborar i implementar el Pla interdepartamental de salut pública

El Pla interdepartamental de salut pública pretén assolir els propòsits de millora i la protecció de la salut de la manera més equitativa i eficient possible.

i. Objectiu 2015

- Tenir tres o més actuacions interdepartamentals en marxa (per exemple, alimentació i activitat física saludable; instrucció i educació bàsica; seguretat viària o mobilitat urbana; entorns saludables)

ii. Objectius de resultats 2012

- Haver realitzat una actuació des del Pla interdepartamental (programes renovats d'exercici físic i alimentació saludable), i assolir els objectius que es marquin

El Pla interdepartamental de salut pública (d'ara endavant PISP) és la figura que la Llei 18/2009, de 22 d'octubre, de salut pública, estableix per tal de dur a terme les intervencions sobre els determinants de la salut de la població, que requereixen un abordatge conjunt des de molts sectors socials i de l'Administració pública, per tal d'assolir els propòsits de millora i protecció de la salut de la forma més equitativa i eficient possible. És, per tant, un instrument de governança i ha de servir per a la presa de decisions estratègiques i operatives en el Departament de Salut i en altres departaments de la Generalitat de Catalunya que tenen responsabilitats en àrees que afecten directament o indirectament la salut de la població. Són exemples molt directes de problemes de salut que requereixen intervencions intersectorials les lesions per trànsit, la violència de gènere o el consum de drogues. Però també ho és la prevenció de les malalties cardiovasculars, atès que els condicionants que provoquen l'aparició de la hipertensió o de les dislipèmies tenen caràcter col·lectiu i no són fàcilment modificables sense intervencions de naturalesa social. I encara més general és la influència de factors com el nivell educatiu de la població.

El PISP contribuirà a l'establiment de prioritats i a la formulació d'objectius que requereixen tant activitats de salut pública de l'àmbit del sistema sanitari com activitats d'altres àmbits que tenen impacte en la salut de les persones i de les poblacions.

El PISP establirà els criteris per al disseny i per a l'avaluació de les intervencions i les polítiques amb impacte sobre la salut i, particularment, per a la coordinació dels plans, programes i intervencions que afecten la salut individual o col·lectiva i són de naturalesa interdepartamental.

En resum, aquest Pla interdepartamental de salut pública (PISP) s'ha d'adreçar als problemes de salut prioritaris que requereixen un abordatge que ultrapassa el sector de la salut.

i. Exemples d'iniciatives en curs

- Entre les activitats interdepartamentals desenvolupades durant els darrers anys cal destacar les endegades en àrees com la prevenció dels accidents de trànsit, la violència de gènere i programes de salut pública com el PAAS, el PAFES o els de prevenció i control de les drogodependències.

ii. Objectius per al 2015

- Tenir tres o més actuacions interdepartamentals en marxa (per exemple, alimentació —i activitat física— saludable; instrucció i educació bàsica; seguretat viària o mobilitat urbana; entorns saludables)

ii. Objectius de resultats per al 2012

- Haver realitzat una actuació des del Pla interdepartamental (programes renovats d'exercici físic i alimentació saludable), i assolir els objectius que es marquin. Any 2012.

iii. Objectius de procés per al 2015

- Identificar els interlocutors clau. Any 2012.
- Elaborar i presentar al Departament de Salut un document inicial per facilitar la presentació del Pla interdepartamental al Govern. Any 2012.
- Acordar amb l'Idescat els indicadors amb caràcter oficial. Any 2012.
- Iniciar la proposta normativa de HIA (*Health Impact Assessment*). Any 2012.
- Seleccionar i impulsar un programa de caràcter interdepartamental (per exemple, programes renovats d'exercici físic i alimentació saludable). Any 2012.
- Difondre el Pla, incloent l'impacte esperat dels programes que s'impulsaran. Any 2012.

Projecte 1.3. Promoure les polítiques de seguretat i de qualitat clínica

La seguretat i qualitat clínica contempla la reducció dels incidents relacionats amb l'atenció sanitària.

i. Objectiu per al 2015

- Reduir les infeccions nosocomials, disminuint: la mitjana de prevalença de la infecció nosocomial global per sota del 7%, la taxa mitjana d'infecció de localització quirúrgica (pròtesis de genoll per sota del 3,5%, pròtesis de maluc per sota del 3% i cirurgia colorectal per sota del 21%) i la taxa mitjana d'incidència de pneumònia associada a ventilació mecànica per sota de 12 episodis per 1.000 dies de ventilació.

ii. Objectiu de resultats per al 2012

- Reduir per sota dels nivells de 2010 la taxa global d'infecció nosocomial

Les polítiques de seguretat i qualitat del sistema sanitari català integren en la seva definició els objectius previstos en el **Pla estratègic de seguretat dels pacients**. S'utilitzen tres eines que a la vegada són tres esglaons amb un nivell d'exigència de qualitat progressiu, on l'element vertebrador és la seguretat clínica:

- L'autorització de centres i serveis assistencials
- L'acreditació de centres i serveis assistencials
- La Marca "Q" de Salut

La seguretat i la qualitat clínica tenen en compte principalment la seguretat dels pacients, entesa aquesta última com la reducció del risc de danys innecessaris relacionats amb l'atenció sanitària fins a un mínim acceptable.

Des de l'any 2005 el Departament de Salut ha promogut l'**Aliança per a la Seguretat dels Pacients a Catalunya**. En aquest marc es desenvolupen projectes orientats a la seguretat de l'atenció sanitària, principalment en hospitals d'aguts. Per tal de fomentar la seguretat dels pacients a tots els serveis sanitaris (atenció primària, hospitalització d'aguts, atenció sociosanitària i salut mental) s'elaboraran els plans estratègics en seguretat dels pacients específics per a cada línia de servei sanitari.

Per avançar en aquesta direcció, el Pla de salut 2011-2015 emfatitza dues àrees:

- **Prevenió dels incidents relacionats amb els medicaments (IRM)** incloent tant l'esdeveniment com la circumstància que ha ocasionat o que podria haver ocasionat un dany innecessari a un pacient.

■ **El Programa de vigilància de les infeccions nosocomials als hospitals de Catalunya (VINCat).** Aquest Programa estableix un sistema de control unificat de les infeccions nosocomials als hospitals i té per missió contribuir a reduir les taxes d'infecció mitjançant la vigilància epidemiològica activa i continuada.

i. Exemples d'iniciatives en curs

- Són molt remarcables en aquest àmbit iniciatives com la de l'Aliança per a la Seguretat dels Pacients a Catalunya, el programa VINCAT per a la vigilància de les infeccions nosocomials i els sistemes de vigilància i control dels incidents relacionats amb els medicaments

ii. Objectiu per al 2015

- Reduir les infeccions nosocomials, disminuint: la mitjana de prevalença de la infecció nosocomial global per sota del 7%, la taxa mitjana d'infecció de localització quirúrgica (pròtesis de genoll per sota del 3,5%, pròtesis de maluc per sota del 3% i cirurgia colorectal per sota del 21%) i la taxa mitjana d'incidència de pneumònia associada a ventilació mecànica per sota de 12 episodis per 1.000 dies de ventilació.

iii. Objectiu de resultats per al 2012

- Reduir per sota dels nivells de 2010 la taxa global d'infecció nosocomial.

iv. Objectius de procés per al 2012

- Aprovar el decret d'autoritzacions.
- Iniciar les acreditacions HA (15%) i AP (10%).
- Definir el concepte de la Marca "Q" de qualitat.
- Tenir el Pla estratègic implantat a l'AP i definit a HA.
- Tenir el 100% dels projectes en l'estat de desenvolupament previst.

Projecte 1.4. Avaluar els objectius de salut fixats en el Pla de salut de Catalunya 2011-2015

L'avaluació anual dels objectius de salut permet conèixer si s'està avançant en la direcció desitjada

i. Objectiu 2015

- Dur a terme el seguiment anual, l'avaluació i la difusió dels resultats obtinguts pel que fa als objectius fixats en el Pla de salut 2011-2015

ii. Objectiu de resultats 2012

- Haver dut a terme el seguiment anual, l'avaluació i la difusió dels resultats obtinguts pel que fa als objectius fixats, corresponents a l'any 2011

Aquest projecte té per finalitat dur a terme el seguiment i l'avaluació anual dels objectius de salut fixats en el Pla de salut 2011-2015, la qual cosa ha de permetre conèixer si s'està evolucionant en la direcció desitjada.

i. Exemples d'iniciatives en curs

- Des dels seus inicis, els objectius dels Plans de Salut de Catalunya s'han avaluat de forma periòdica i sistemàtica i els resultats obtinguts han estat publicats. A banda de les avaluacions de cada pla, cal destacar les relatives a períodes de 10 anys com són les de 2000 i de 2010.

A més, des del Departament de Salut, s'ha desenvolupat i implementat la nova Enquesta de Salut de Catalunya contínua (ESCAc).

ii. Objectiu per al 2015

- Dur a terme el seguiment anual, l'avaluació i la difusió dels resultats obtinguts pel que fa als objectius fixats en el Pla de salut 2011-2015

ii. Objectiu de resultats per al 2012

- Haver dut a terme el seguiment anual, l'avaluació i la difusió dels resultats obtinguts pel que fa als objectius fixats, corresponents a l'any 2011.

iv. Objectius de procés per al 2012

- Haver definit i estimat els indicadors (inclou establir els indicadors, identificar les fonts d'informació, recollir les dades i realitzar el càlcul).
- Haver analitzat i interpretat els resultats de tots els objectius de salut del Pla de salut (inclou realitzar l'avaluació considerant la comparació

nacional i internacional, les dades socioeconòmiques, territorials i temporals).

- Difondre els resultats internament i externament (a través de Canal Salut i l'Informe de Salut)

El procés de seguiment i avaluació comprèn les fases següents: l'establiment dels indicadors d'avaluació, la identificació de les fonts d'informació pertinents, la recollida de les dades, l'estimació de l'indicador, la interpretació dels resultats i la difusió de la informació. En la interpretació i valoració dels resultats es tindrà en compte el punt de partida de cada objectiu, el context, els factors que poden tenir influència sobre els resultats i es farà la comparació nacional i internacional, si escau. Sempre que les fonts d'informació ho permetin els indicadors d'avaluació dels objectius de salut es presentaran de forma global per al conjunt de Catalunya i segons la distribució per edat, sexe, condició social, territori i evolució temporal.

La taula que es presenta a continuació resumeix els objectius, els indicadors d'avaluació així com les fonts principals per a l'obtenció de la informació.

Objectiu general de salut

Objectiu	Indicador	Font
D'aquí a l'any 2020 cal:		
Augmentar en un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut en homes i en dones.	Quocient entre l'esperança de vida amb bona salut i l'esperança de vida per sexe (%)	Registre de Mortalitat de Catalunya(RMC) ESCA

Objectius de salut en relació amb els problemes de salut crònics prioritzats

Objectiu	Indicador	Font
D'aquí a l'any 2020 cal:		
Reduir en un 20% la taxa de mortalitat per malalties cardiovasculars.	Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties del sistema circulatori	Registre de Mortalitat de Catalunya (RMC)
Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer.	Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de càncer	Registre de Mortalitat de Catalunya (RMC)
Incrementar en un 15% la taxa de supervivència per càncer als cinc anys.	Supervivència relativa per càncer als 5 anys (%)	Registre de càncer
Reduir en un 10% la taxa de	Taxa de mortalitat per	Registre de Mortalitat de

mortalitat per malalties respiratòries.	100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties del sistema respiratori	Catalunya (RMC)
Reduir en 10% la taxa de mortalitat per malalties mentals.	Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties mentals	Registre de Mortalitat de Catalunya (RMC)
Reduir la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor en un 15%.	Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties isquèmiques del cor	Registre de Mortalitat de Catalunya (RMC)
Reduir la taxa de mortalitat per ictus en un 15%.	Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties cerebrovasculars	Registre de Mortalitat de Catalunya (RMC)
Reduir la taxa de mortalitat per càncer de mama en un 10%.	Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de tumor maligne de mama	Registre de Mortalitat de Catalunya (RMC)
Reduir la taxa de mortalitat per càncer colorectal en un 5%.	Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de tumor maligne colorectal	Registre de Mortalitat de Catalunya (RMC)
Mantenir per sota del nivell actual la taxa de mortalitat per suïcidi.	Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de suïcidis i autolesions	Registre de Mortalitat de Catalunya (RMC)
Reduir la incidència de la fractura de coll de fèmur en 20% en les persones entre 65 i 84 anys.	Taxa d'ingrés hospitalari per 10.000 h. estandarditzada per edat per fractura de coll de fèmur en població de 65 a 84 anys	Registre del CMBD-AH
Reduir en un 10% les amputacions en persones amb diabetis de 45 a 74 anys.	Taxa d'amputacions per 10.000 h. en persones en diabetis de 45 a 74 anys	Registre del CMBD-AH
Reduir la prevalença de tabaquisme per sota del 28%.	Prevalença del consum de tabac en la població de 15 anys i més (%)	ESCAC
Reduir la prevalença de sedentarisme per sota del nivell de 2010.	Prevalença del sedentarisme en població de 18 a 74 anys (%)	ESCAC
Incrementar en un 10% la proporció de persones adultes que segueixen les recomanacions d'activitat física saludable per setmana	Prevalença d'activitat física saludable en població de 18 a 65 anys (%)	ESCAC

(almenys 150 min d'activitat física moderada o 75 min d'activitat física intensa o alguna combinació equivalent)		
Reduir la prevalença d'excés de pes (sobrepès o obesitat) en la població per sota dels nivells de 2010	Prevalença d'excés de pes declarat en població de 19 a 74 anys (%)	ESCAC/Examen de salut
Incrementar en un 15% la proporció de pacients hipertensos atesos a l'APS amb valors de TA <140/90mmHg	Percentatge de pacients hipertensos atesos a l'Atenció Primària amb valors de TA <140/90 (%)	Registres d'Atenció Primària
Incrementar en un 15% la proporció de pacients de 35 a 74 anys atesos a l'APS amb xifres de colesterolèmia >200 mg/dl amb valoració del risc cardiovascular.	Percentatge de pacients de 35 a 74 anys atesos a l'APS amb xifres de colesterolèmia >200 mg/dl amb valoració del risc cardiovascular	Registres d'Atenció Primària
Reduir en un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb diabetis.	Percentatge de pacients amb diabetis amb reingrés als 30 dies (%)	Registre del CMBD-AH
Reduir en un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb MPOC.	Percentatge de pacients amb MPOC amb reingrés als 30 dies (%)	Registre del CMBD-AH
Reduir en un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb ICC.	Percentatge de pacients amb insuficiència cardíaca congestiva amb reingrés als 30 dies (%)	Registre del CMBD-AH
Reduir la taxa mitjana de prevalença de la infecció nosocomial global per sota del 7%.	Prevalença d'infecció nosocomial global (%)	VINCat
Reduir la taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de genoll per sota del 3,5%.	Taxa global d'ILQ*en cirurgia programada de pròtesi de genoll (%)	VINCat
Reduir la taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de maluc per sota del 3%.	Taxa global d'ILQ*en cirurgia programada de pròtesi de maluc (%)	VINcat
Disminuir la taxa d'infecció quirúrgica en cirurgia colorectal per sota del 21%.	Taxa global d'ILQ*en cirurgia programada colorectal (%)	VINcat
Reduir la taxa mitjana d'incidència de pneumònia associada a ventilació mecànica per sota 12 episodis per 1.000 dies de ventilació.	Densitat d'incidència de pneumònies associades a ventilació mecànica.	VINcat/ENVIN-HELICS

*Infecció de localització quirúrgica

Aquest Pla de salut explicita les prioritats del sistema sanitari per al període 2011-2015. Tanmateix, hi d'altres àmbits que si bé no han estat especialment prioritzats per a aquest període continuen sent àrees d'intervenció principals, les quals es regeixen pels plans i els programes corresponents. Aquest és el cas de la salut maternoinfantil, l'atenció a la salut afectiva, sexual i reproductiva, la salut bucodental, les malalties que poden ser previngudes amb vacunacions, les infeccions de transmissió sexual (ITS), les infeccions pel virus d'immunodeficiència humana i la sida, la tuberculosi, les malalties minoritàries o els àmbits de reordenació dels serveis, com són la pediatria o l'al·lèrgologia, entre d'altres.

IV.II. Transformació del model d'atenció: millor qualitat, accessibilitat i seguretat en les intervencions sanitàries

LÍNIA D'ACTUACIÓ 2. UN SISTEMA MÉS ORIENTAT ALS MALALTS CRÒNICS

- És necessari afrontar el **repte estructural** de la cronicitat amb una estratègia de **canvi integral en el model assistencial**.
- El model proposat es basa en **sis grans principis**:
 - Enfocament **poblacional**, orientat a totes les persones. Des de les sanes amb, o sense, factors de risc fins a les que tenen alguna malaltia en qualsevol **dels seus estats evolutius**.
 - **Autoresponsabilització** de la ciutadania amb la seva salut.
 - Potenciació de **les iniciatives dels professionals**.
 - Model **assistencial integrat**.
 - Aprofitament de les **noves tecnologies**.
 - Col·laboració **interdepartamental**.
- Aquesta estratègia es materialitza en **sis grans projectes**:
 - Implantar **processos clínics integrats** per a deu malalties .
 - Potenciar els programes de **promoció i prevenció** de la salut i prevenció de les malalties.
 - Potenciar l'**autoresponsabilització** dels pacients i dels cuidadors amb la seva salut i fomentar l'**autocura**.
 - **Desenvolupar alternatives assistencials** en el marc d'un sistema integrat.
 - Desplegar programes territorials **d'atenció als pacients crònics complexos**.
 - Implantar programes d'**ús racional del medicament**.
- És fonamental adaptar el **model de contractació**, la **formació** dels professionals i els **sistemes d'informació compartits** per l'èxit d'aquesta estratègia.

L'Organització Mundial de la Salut defineix la **malaltia crònica com aquella que té una llarga durada i és de progressió generalment lenta**. D'altra banda, segons la Comissió Europea, la *malaltia crònica* és una malaltia d'evolució llarga que sovint comporta discapacitat o complicacions que poden afectar l'autonomia i la qualitat de vida de les persones que les pateixen.

Les malalties cròniques presenten una sèrie de trets diferencials:

- El pes que té en el conjunt de la morbimortalitat augmenta progressivament i el seu abordatge requerirà esforços durant dècades.
- Són de llarga durada i sovint comporten lesions o seqüeles definitives i anomalies estructurals, sensorials i de la comunicació de caràcter permanent.
- Un cop diagnosticades, encara que en alguns casos poden ser controlades, rarament es curen.
- Tenen importants efectes adversos en la qualitat de vida dels malalts afectats i les seves famílies així com un impacte socioeconòmic important.
- El seu abordatge comprèn intervencions poblacionals que sovint ultrapassen l'àmbit sanitari, i intervencions individuals, més lligades als serveis sanitaris i socio-sanitaris.
- Les causes subjacents comparteixen factors de risc modificables i susceptibles d'intervencions integrades.
- L'evidència mostra que hi ha mesures cost-efectives per prevenir-les, detectar-les i tractar-les.

L'increment sostingut de l'esperança de vida de la població, atribuïble a les millores socioeconòmiques i sanitàries ha comportat un canvi en les necessitats de salut de la població dels països del nostre entorn. Aquest canvi ve determinat per l'increment dels pacients crònics i el impacte socioeconòmic que comporten per als sistemes de salut.

Enfront d'aquesta realitat, és necessari plantejar-se com oferir un model d'atenció que sigui més resolutiu en la prevenció i el tractament de les malalties cròniques.

a) La carrega sanitària de les malalties cròniques és molt alta i cada cop ho serà més.

La prevalença i la incidència de les malalties cròniques en la societat actual és molt elevada. A Catalunya, la major càrrega de morbimortalitat es deu a problemes crònics de salut. L'any 2009 les malalties de l'aparell circulatori, els tumors, les malalties de l'aparell respiratori, les malalties del sistema nerviós i mentals representaven el 78% de les defuncions. Una bona part corresponia a malalties cròniques.

A més, **l'impacte de les malalties cròniques també és molt elevat quant al consum de recursos del sistema sanitari**. En aquest sentit, s'estima que més del 50% dels recursos estan dedicats al tractament de malalties cròniques o als episodis aguts que s'hi associen.

Cal preveure que el seu pes sigui encara més significatiu en el futur. L'augment sostingut de l'esperança de vida que condueix a un envelliment de la població, la relació entre l'edat i la presència de les malalties cròniques i l'empitjorament dels hàbits de vida justifiquen aquesta tendència.

- Hi ha una tendència estructural cap a **l'envelliment de la població**, així les projeccions per a 2021 estableixen un increment significatiu de la població de 65 anys i més (i arriben a 1,5 milions d'habitants) i de 80 anys i més (i arriben a 450.000 habitants).
- **La proporció de població amb alguna malaltia crònica s'incrementa a mesura que les persones envelleixen**, i passen del 12% en els menors de 15 anys al 65,2% per als majors de 74 anys. Pel que fa al nombre de trastorns, el 36,5% (26,9% dels homes i 45,9% de les dones) de la població adulta declara que pateix quatre trastorns crònics o més.
- **L'empitjorament dels comportaments relacionats amb la salut** implica que certs factors de risc de patir malalties cròniques tinguin un pes més elevat. L'evidència disponible mostra l'existència de la relació de factors de risc com ara el tabaquisme, el sedentarisme, l'excés de pes, la hipertensió arterial i la hipercolesterolèmia amb el desenvolupament de problemes crònics de salut. D'entre les dades disponibles sobre la prevalença d'aquests factors, destaquen un estancament en el descens observat en el tabaquisme en els darrers anys, un increment del percentatge de la població sedentària i l'augment de l'excés de pes sobretot a expenses de la prevalença del sobrepès en els homes.

b) És necessari fer canvis en el model d'atenció per donar una millor resposta a la cronicitat.

Tot i la gran importància que tenen els pacients crònics, els nostres **serveis assistencials estan majoritàriament orientats a atendre pacients amb episodis aguts**. Així, en el nostre sistema d'atenció predomina una orientació molt reactiva orientada a la resolució d'episodis, amb un alt grau de fragmentació i manca de coordinació entre nivells i serveis sanitaris i socials.

És per això que **és necessari replantejar-se el model d'atenció** amb vista a adaptar-lo al repte que planteja la cronicitat al sistema de salut. De fet, ja des de fa temps s'han dut a terme accions per oferir millors serveis als pacients crònics, sobretot orientats a la millora de la gestió de la cronicitat en els estats més avançats de la malaltia (unitats de cures pal·liatives; gran evolució de

l'atenció socio sanitària , com ara programes com el de "Vida als anys", potenciació del concepte d'atenció domiciliària...).

Tot i això, **aquestes accions s'han dut a terme de manera específica, concreta, i no s'ha abordat la cronicitat com un repte global i estructural** que cal afrontar ni s'han potenciat les sinergies entre les diferents iniciatives i un programa global i sostingut.

És necessari un **model d'atenció a la cronicitat que estableixi mesures preventives, assistencials, de rehabilitació i d'atenció de la complexitat i al final de la vida**. Les intervencions que es prioritzen s'han d'orientar a evitar l'aparició dels factors de risc i de les malalties cròniques o minimitzar-ne la progressió cap a estadis més avançats.

Principis i model

L'estratègia que s'ha de desenvolupar per abordar el repte de la cronicitat a Catalunya s'inspira en un conjunt de principis rectoris:

- Tenir un **enfocament poblacional** i de riscos, i ser proactius, orientar-nos a les persones i a les seves necessitats, des de la fase preclínica fins a tots els estadis de la malaltia.
- **Informar adequadament els ciutadans** en la responsabilitat i la gestió de la salut i en la coresponsabilització amb el sistema sanitari.
- **Potenciar l'activitat i les iniciatives dels professionals de la salut** per incorporar el seu coneixement expert com a vehicle de millora, i donar suport i visibilitat a les seves iniciatives i als seus projectes.
- Crear un **sistema assistencial integrat** que augmenti el grau de coordinació entre els diferents nivells assistencials (salut pública, atenció primària, atenció especialitzada, atenció socio sanitària...).
- Aprofitar les **noves tecnologies** i sistemes de comunicació per crear un sistema d'atenció als malalts crònics innovador i accessible.
- Adquirir una **visió interdepartamental** que inclogui el Departament de Salut i altres departaments (Ensenyament, Benestar Social i Família, Territori i Sostenibilitat...) i també altres institucions (associacions de pacients crònics...).

Amb la prioritització de l'abordatge de la cronicitat en el marc del nou Pla de salut el Departament de Salut pretén aconseguir els objectius següents:

- Mantenir i millorar la salut, la qualitat de vida i la satisfacció percebuda dels pacients, les famílies i els cuidadors.
- Adequar els serveis per tal d'oferir una atenció integrada als pacients crònics.

- Coresponsabilitzar els ciutadans en la gestió de la seva salut i de la cronicitat.
- Garantir una atenció correcta en cada situació al llarg de la trajectòria vital de les persones, en el lloc adequat, amb bons resultats en salut i amb la màxima eficiència possible.
- Millorar les transicions pels diferents àmbits d'atenció del sistema sanitari i social.

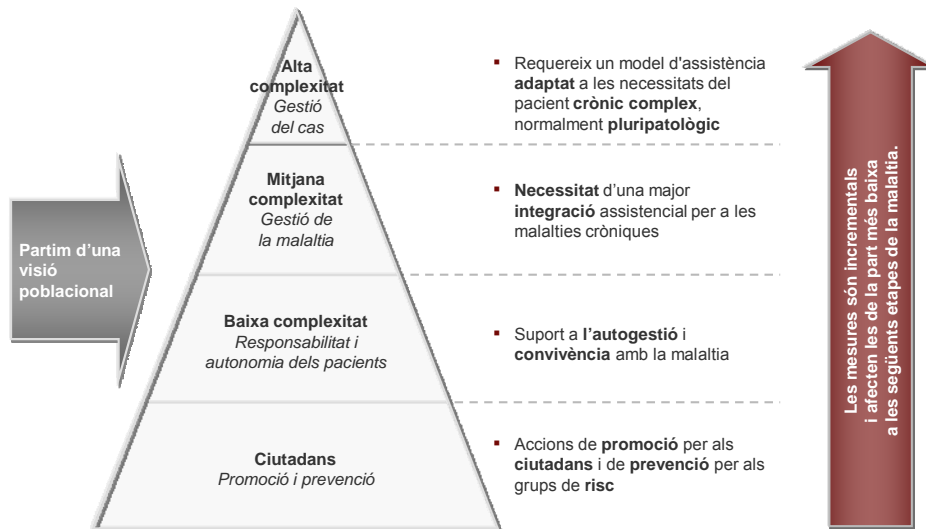
Hi ha un bon nombre de models de referència d'atenció a la cronicitat coneguts a escala internacional que reflecteixen la necessitat de focalització de les polítiques de salut en aquesta direcció i aporten marcs conceptuals per a la definició d'intervencions i l'organització dels serveis partint de l'estratificació de la població i un enfocament proactiu i integral.^{xxi}

El Departament de Salut i el Departament de Benestar Social i Família han creat el Programa per a la prevenció i l'atenció a la cronicitat (PPAC) que ha de facilitar el treball coordinat dels vessants de salut i social en l'abordatge de la cronicitat.

La cronicitat és un procés evolutiu lligat al curs natural de les malalties, amb unes fases prèvies que poden ser asimptomàtiques i una progressió que pot portar a episodis d'agudització, complicacions i comorbiditat fins al final de la trajectòria vital de la persona. **Aquestes diferents etapes de progressió de la malaltia, amb perspectiva poblacional dibuixen diferents grups de població amb necessitats i riscos diferents.** Per tant, també amb objectius i abordatges diferents.

Las causes de molts d'aquests problemes poden tenir un abordatge a través d'accions de salut pública. En aquest sentit, **la protecció i la promoció de la salut, així com la prevenció de les malalties,** tenen un paper clau en la disminució de la seva prevalença.

El repte de la cronicitat requereix un enfocament poblacional



Tal com es pot observar, les solucions assistencials s'han d'adaptar als diferents estrats, per als quals podem definir un enfocament preferent i uns objectius adaptats a les característiques de cada grup.

Cada grup poblacional té unes característiques i necessitats pròpies

	Característiques	Objectius	
Pacients crònics complexos	<ul style="list-style-type: none"> Pacients amb múltiples malalties cròniques o amb malaltia crònica principal greu i comorbiditat, sovint amb discapacitat, i amb freqüents reaguditzacions i descompensacions amb pèrdua de capacitat funcional 	<ul style="list-style-type: none"> Control de símptomes Prevenició de descompensacions Disminució de l'ús de recursos hospitalaris i d'urgències Manteniment de l'autonomia Retard en la institucionalització Millora del benestar i la qualitat de vida, i la satisfacció del pacient i els cuidadors 	Gestió de casos
Persones amb malaltia crònica en situació de risc o fragilitat	<ul style="list-style-type: none"> Persones amb una malaltia crònica avançada en situació de risc per a complicacions però que mantenen la capacitat d'autocura. En fases avançades poden evolucionar cap a situacions pròpies del nivell superior (pacient crònic complex) 	<ul style="list-style-type: none"> Control òptim de la malaltia per alenir la seva progressió i control dels símptomes associats, reduint les reaguditzacions i disminuint les hospitalitzacions i anades a serveis d'urgències. Manteniment de l'autonomia 	Gestió de la malaltia
Persones amb factors de risc o malaltia crònica de baixa complexitat	<ul style="list-style-type: none"> Persones amb factors de risc per a malalties cròniques o amb malaltia crònica poc evolucionada 	<ul style="list-style-type: none"> Manteniment de la salut, estabilitat clínica de les patologies de base i prevenció de l'aparició o progressió de malaltia greu i/o discapacitat 	Suport a l'autocura
Població general	<ul style="list-style-type: none"> Població sense factors de risc ni patologia crònica de base 	<ul style="list-style-type: none"> Gestió de riscos per a la salut, promoció d'estils de vida saludables i activitats de prevenció primària 	Protecció i promoció de la salut i prevenció de la malaltia

Per assolir les actuacions corresponents als objectius apuntats a cada estrat, es requereix un grau diferent d'implicació dels diversos serveis assistencials que configuren combinacions variades de relacions entre aquests serveis i, consegüentment, necessitats de coordinació i lideratge.

- En la base, les actuacions de protecció i promoció de la salut i prevenció de la malaltia es concentren en els àmbits de la salut pública i de l'atenció primària, promovent els estils de vida saludable i les activitats preventives en l'entorn comunitari.
- En el segon estrat, s'ha de donar suport als pacients perquè puguin ser els protagonistes principals en la gestió del seu factor de risc o de la seva malaltia i potenciar el nucli assistencial de referència entorn dels metges de família, del personal d'infermeria i dels especialistes com a consultors.
- En el tercer estrat, l'atenció primària manté la responsabilitat assistencial bàsica, però hi apareixen amb més intensitat l'atenció especialitzada i la utilització variada i puntual de recursos, de manera que la gestió de la malaltia des d'una perspectiva de sistema integral és fonamental.
- Finalment, en l'últim estrat, la combinació de diferents recursos és molt més dominant, cosa que obliga a desplegar programes organitzats que facilitin la identificació dels pacients per part de tots els agents implicats, l'organització de les relacions amb el model de gestió de casos, la cobertura de l'atenció les 24 hores i un lideratge territorial que faciliti les relacions entre tots els serveis.

Tot i que l'abordatge de la cronicitat comporta una **visió més àmplia que la d'una malaltia crònica específica**, també cal tenir en compte que la gestió clínica de cadascuna té les seves especificitats, moments d'atenció i risc de complicacions. Per tant, no s'ha de perdre la perspectiva del procés clínic adequat per a cada malaltia, en relació amb el qual es poden organitzar les activitats dels diferents agents, incloent-hi els mateixos pacients i cuidadors.

El model ha de permetre abordar de manera integral les malalties cròniques promovent un model d'atenció compartit i cooperatiu entre les organitzacions sanitàries i socials, i així redundar en una millora de la continuïtat assistencial i en l'atenció en general.

El model s'ha de desenvolupar en l'àmbit territorial, a prop de la realitat de les relacions entre pacients i els serveis de salut i socials. Per tant, a aquesta combinació de perspectives poblacional, de serveis, de malalties, cal sumar-hi la territorial, per adaptar la implantació a les especificitats de cada lloc.

Finalment, cal destacar que les **noves tecnologies i el desplegament de la telemedicina** són elements facilitadors de l'adaptació dels serveis a les necessitats dels pacients crònics. Ofereixen oportunitats de millorar la qualitat de vida dels pacients a través de sistemes més accessibles i immediats que possibiliten més

control autònom de la malaltia, en un entorn de seguretat i, quan és necessari, d'assessorament i suport professional. L'aplicació de les noves tecnologies dibuixa una nova manera de relacionar-se els pacients i els professionals que probablement comportarà una disminució de les visites presencials però un increment de contactes amb diferents mitjans. Així mateix, faciliten l'articulació entre els serveis i la compartició d'informació entre professionals.

Projectes estratègics

D'acord amb els objectius i característiques del model **s'identifiquen sis projectes que formen el nucli de transformació** del sistema de salut tenint en compte el fenomen de la cronicitat. Aquests projectes s'han d'articular conjuntament per oferir una solució integral a les necessitats dels malalts crònics al llarg del procés evolutiu de la malaltia.

Projecte 2.1. Implantar processos clínics integrats per a deu malalties

Assolir un enfocament de gestió de la malaltia mitjançant la implantació de processos clínics per a: ICC, MPOC/asma, diabetis, trastorns mentals greus i molt greus, depressió, demències, càncer, nefropatia, dolor crònic i malalties de l'aparell locomotor.

- **Objectiu fins al 2015.** Implantar les guies de pràctica clínica i les rutes assistencials en els deu processos a tot el territori i integrar-ne els registres a la HCCC.
- **Objectiu de resultat per al 2012.** Implantar les guies i rutes assistencials definides per a MPOC, depressió i ICC en un 30% de la població i haver definit la guia per a la diabetis.

L'abordatge de la cronicitat requereix un enfocament molt ampli, que integri solucions a les necessitats generals dels pacients crònics al marge de quina en sigui la condició específica. Tot i això, **hi ha un conjunt de malalties de més prevalença, gravetat, dificultat en el maneig clínic i/o complexitat** per la seva interdependència amb altres malalties i processos discapacitants, per a les quals és molt convenient **dissenyar processos en un enfocament de gestió de la malaltia**.

Aquest projecte és d'una rellevància especial en **els nivells intermedis de progressió de la malaltia**, un cop ha estat diagnosticada i abans que els pacients arribin a una situació de complexitat avançada pel caràcter pluripatològic o multimòrbid.

El treball en aquesta línia s'emmarca en una **perspectiva clínica i ha de permetre identificar en cada moment d'evolució d'una malaltia crònica quina és la intervenció** preventiva, terapèutica i de seguiment més adient, quins són els serveis més adequats per dur-la a terme i com s'han d'adaptar els rols professionals.

Aquesta definició de processos es basa en el maneig clínic de les malalties i els pacients, incloent-hi també el maneig farmacològic.

El disseny d'aquests processos clínics s'ha de basar en les bones pràctiques ja conegudes. S'han de **formar comitès clínics** (formats per experts i professionals d'assistència) per adaptar-los a les necessitats locals. A més, amb vista a implantar-los és imprescindible consensuar-los.

En el disseny dels processos s'avaluaran els **avantatges que ofereixen les noves tecnologies** en la forma de proveir els serveis i com a **facilitadores de l'autocura** i el contacte amb el sistema de salut.

Així mateix, en el disseny de processos **a coordinació dels dispositius implicats s'ha de considerar com un aspecte fonamental**, juntament amb la gestió òptima de les transicions entre nivells d'atenció i entre proveïdors.

La revisió i el disseny de processos sobre la base de les malalties prioritzades també **ha de ser la referència per executar accions d'altres projectes relacionats**, com poden ser el programa "Pacient expert" o el desplegament d'eines de teleassistència, els quals només són altament efectius si s'insereixen en els moments oportuns i actors adequats dins d'una visió global de les intervencions per a cada problema de salut.

Les malalties cròniques sobre les quals es treballaran els processos clínics són les que presenten un major grau de prevalença i mortalitat, com serien les de l'aparell circulatori, el càncer i les de l'aparell respiratori. També s'hi inclouen malalties mentals, tenint en compte la gravetat i el risc de cronificació, que afecten població adulta, juvenil i infantil, i per les característiques particulars, relacionades a vegades amb fenòmens d'estigmatització o amb la complexitat derivada dels trastorns en la conducta. Un altre grup de malalties d'interès especial en relació amb la cronicitat és el de malalties neurològiques que cursen amb discapacitat. Finalment, per l'impacte en discapacitats, disminució de la qualitat de vida, risc d'agreujament de la morbiditat i consum de recursos, també es considera convenient incloure l'àmbit de les malalties de l'aparell locomotor.

Concretament, les malalties que es proposa prioritzar en el desenvolupament d'aquest projecte són les següents:

- Insuficiència cardíaca
- MPOC/asma
- Diabetis mellitus
- Trastorns mentals greus i molt greus
- Depressió
- Demències

- Càncer
- Nefropatia
- Dolor crònic
- Malalties de l'aparell locomotor

Els impactes associats a aquest projecte fan referència al retard en la progressió de la malaltia, la millora de la qualitat de vida dels pacients, la disminució de les complicacions i la comorbiditat, com també a l'eficiència, fonamentalment, en l'àmbit de la gestió clínica.

i. Exemples d'iniciatives en curs

Tot i que no s'ha abordat el desenvolupament de guies clíniques unificades, sí que hi ha casos d'èxit en àrees determinades, per exemple:

- Establiment de guies clíniques compartides i consensuades per al tractament de les neoplàsies, conegudes com a *oncoguies*, que ajuden en la coordinació entre diferents centres i nivells assistencials (desenvolupades per l'Institut Català d'Oncologia) i amb augments de l'eficiència de fins a un 25%.
- Diversos plans directors (Pla director de malalties de l'aparell circulatori, Pla director de malalties de l'aparell respiratori, Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor, de salut mental i addiccions, programa de diabetis) han avançat en la definició i el consens dels processos clínics i les intervencions més adequades per al maneig d'aquestes malalties.
- L'ICS ha desenvolupat guies clíniques per a l'atenció primària en aquestes patologies i ha fet experiències demostratives d'integrar-les en la plataforma e-CAP.

ii. Objectius fins al 2015

- Implantar les GPC i les rutes assistencials en els deu processos a tot el territori i integrar-ne els registres a la HCCC.

iii. Objectiu de resultat per al 2012

- Implantar les guies i rutes assistencials definides per a MPOC, depressió i ICC en un 30% de la població i haver definit la guia per a la diabetis.

iv. Objectius de procés per al 2012

- Iniciar la implantació de les rutes assistencials per MPOC, ICC i depressió.
- Definir i consensuar la GPC de la diabetis.
- Completar la formació en rutes assistencials a totes les regions.

v. Accions posteriors al 2012

- Definir els processos clínics per a la resta de patologies. Anys 2013-2014.
- Implantar la resta de processos clínics. Anys 2013-2015.

Projecte 2.2. Potenciar els programes de protecció i promoció de la salut i prevenció de les malalties cròniques

L'objectiu és evitar l'aparició de la malaltia i posar l'enfocament en els principals factors de risc.

- **Objectiu per al 2015.** Tenir sis programes prioritaris de prevenció i promoció implantats en tots els territoris.
- **Objectiu de resultats per al 2012.** Definir i iniciar la implantació dels programes comunitaris territorials de salut pública en els àmbits de alimentació saludable i activitat física, hàbit tàbaquic, consum d'alcohol, vacunació i etapes infantils i prenatales

Gran part de les malalties cròniques i dels seus factors de risc poden ser evitats o controlats, mitjançant l'actuació sobre els determinants de la salut, especialment a través de la promoció de la salut i les activitats preventives.

La protecció i la promoció de la salut i la prevenció constitueixen una part nuclear de la cartera de serveis de salut pública. La posada en funcionament de l'Agència de Salut Pública potenciarà la realització d'accions comunitàries de promoció i prevenció adreçades als determinants de salut i als factors de risc principals de les malalties cròniques. A més, el treball en coordinació amb els serveis sanitaris, fonamentalment l'atenció primària (però també els dispositius comunitaris com les farmàcies i el conjunt de l'acció interdepartamental) seran elements que potenciaran aquesta estratègia.

i. Exemples d'iniciatives en curs

- Programes poblacionals com el Pla d'activitat física, esport i salut (PAFES), el programa de promoció de l'alimentació mediterrània (AMED) o el Pla integral per a la promoció de l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS).

ii. Objectiu per al 2015

- Implantar 5 programes prioritaris de promoció i prevenció de la salut (alimentació saludable i activitat física, hàbit tàbaquic, consum d'alcohol, vacunació i etapes infantils o prenatales).

ii. Objectiu de resultats per al 2012

- Definir i iniciar la implantació dels programes comunitaris territorials de salut pública en els àmbits d'alimentació saludable i activitat física, hàbit tabàquic, consum d'alcohol, vacunació i etapes infantils i prenatales

iv. Objectius de procés per al 2012

- Haver estès el programa PAFES a totes les ABS
- Haver implantat programes comunitaris territorials de prevenció del tabaquisme als territoris prioritzats
- Haver implantat programes comunitaris territorials de prevenció del consum de risc d'alcohol als territoris prioritzats
- Augmentar la cobertura de la vacuna triple vírica fins al 80% dels professionals sanitaris
- Haver estès el cribratge prenatal al 100% dels centres

Projecte 2.3. Potenciar l'autoresponsabilització dels pacients i dels cuidadors amb la seva salut i fomentar l'autocura

Es pretén formar els pacients i el seu entorn en el coneixement de la malaltia de forma que siguin actius a l'hora d'emprendre accions per a la millora del seu estat de salut.

- **Objectiu per al 2015.** Estendre el programa Pacient Expert Catalunya en cinc malalties cròniques a tot el territori català i assolir una xifra de 5.000 pacients incorporats als diferents grups de malalties, carpeta personal de salut amb materials educatius, Sanitat Respon i Canal Salut com a canal d'informació i consells de salut.
- **Objectiu per al 2012.** Arribar a 2.000 pacients inclosos en el programa Pacient Expert Catalunya i haver definit els materials formatius que cal incloure a Canal Salut/Carpeta Personal de Salut/Sanitat Respon.

El coneixement i la comprensió de la malaltia i del mateix procés, així com les instruccions i les informacions que l'equip sanitari dóna als pacients són factors fonamentals en el tractament, l'evolució de la mateixa malaltia i en la capacitat dels pacients d'involucrar-s'hi. En el cas de les malalties cròniques, és fonamental garantir el compliment dels malalts amb el tractament i saber com actuen els medicaments i teràpies.

L'objectiu del projecte és **capacitar els pacients en l'autogestió de la malaltia,** de manera que la coneguin i siguin actius a l'hora d'emprendre accions per millorar el seu estat de salut i evitar la progressió i les complicacions.

Les malalties cròniques generen sovint necessitats de suport i de tenir cura de les capacitats físiques i emocionals. La capacitat dels pacients i ciutadans també ha d'abastar aquests aspectes.

Des de qualsevol nivell assistencial, però especialment des de l'atenció primària, s'han d'aplicar mesures de capacitat i conscienciació dels pacients i els cuidadors, tenint en compte les oportunitats d'autocura d'acord amb el disseny clínic del procés assistencial per a cada malaltia.

Han tingut èxit diverses experiències d'intercanvi de coneixements entre pacients com a mitjà per a l'expansió de l'autogestió sobre la malaltia, com és el cas del programa anomenat "**Pacient expert**". En aquest sentit, una línia central en el marc del projecte serà l'extensió d'aquest programa, específic per a cada malaltia prioritzada, i d'acord amb el disseny del procés clínic.

Sanitat Respon, en la funció receptora i informadora sobre preguntes directes de la ciutadania relacionades amb les seves necessitats té un paper amb una gran potencialitat per al suport a l'autocura i l'orientació de les persones en els contactes amb el sistema de salut.

L'impacte principal associat a aquest projecte fa referència a la capacitat autònoma de la persona de controlar el curs de la malaltia evitant una dependència innecessària respecte als serveis sanitaris, especialment en fases que requereixen una baixa intensitat de recursos assistencials.

i. Exemples d'iniciatives en curs

- Resultats d'èxit en diverses experiències demostratives locals gestionades per l'ICS (resultats de millora d'un 12,7% en els coneixements i d'un 30% en els hàbits de vida dotze mesos després de la realització del programa, i això donarà com a resultat un decrement de més del 50% en les visites als metges d'atenció primària).
- Durant l'última dècada s'ha estès entre els pacients de diabetis l'autocontrol mitjançant aparells senzills que permeten la lectura del nivell de glucèmia mitjançant tires reactives. A través d'aquest sistema, es facilita l'autoresponsabilitat dels pacients, es regula la demanda directa a l'APS i s'assegura un bon control de la malaltia.
- La carpeta personal de salut ofereix accés a més de 88.000 ciutadans al seu historial clínic.
- Es disposa del sistema d'atenció telefònica Sanitat Respon que ha establert iniciatives per ajudar a l'autogestió (6.000 trucades/dia).

ii. Objectiu fins al 2015

- Estendre el programa Pacient Expert Catalunya en cinc malalties cròniques a tot el territori català i assolir una xifra de 5.000 pacients

incorporats als diferents grups de malalties, carpeta personal de salut amb materials educatius, Sanitat Respon i Canal Salut com a canals d'informació i consells de salut.

iii. Objectiu de resultats per al 2012

- Arribar a 2.000 pacients inclosos en el programa Pacient Expert Catalunya i haver definit els materials formatius que cal incloure a Canal Salut/carpeta personal de salut/Sanitat Respon.

iv. Objectiu de procés per al 2012

- Estendre el programa Pacient Expert Catalunya a tot el territori en ICC, TAO, MPOC, DM2 i FM, i assolir 2.000 pacients al programa. Elaborar les noves guies i el material educatiu de Pacient Expert Catalunya en obesitat i en cuidadors experts.
- Definir la informació, la documentació i els materials educatius per incloure al Canal Salut/carpeta personal de salut/Sanitat Respon, i avançar en la formació sanitària de pacients i cuidadors .

v. Accions posteriors al 2012

- Incorporar en els protocols d'atenció de Sanitat Respon, les pautes de consell sobre les malalties cròniques amb processos clínics definits. Anys 2012-2014.

Projecte 2.4. Desenvolupar alternatives assistencials en el marc d'un sistema integrat

Es preveu el desenvolupament d'alternatives assistencials adequades per a l'atenció dels malalts crònics, com el reforç de l'atenció primària, la consolidació de modalitats alternatives d'hospitalització, la reorientació de l'atenció domiciliària o l'aprofitament de canals alternatius com Sanitat Respon.

- **Objectiu fins al 2015.** Disminuir els ingressos urgents i els reingressos a trenta dies dels pacients crònics complexos en hospitals d'aguts en un 15%.
- **Objectiu de resultats per al 2012.** Haver definit les alternatives assistencials per als pacients crònics i haver-ne iniciat la implantació, i assolir un dispositiu de subaguts per a cada regió sanitària.

L'atenció a la cronicitat, especialment en les etapes que requereixen més intensitat assistencial –les que corresponen als grups de pacients amb malaltia crònica greu i fragilitat i de pacients crònics complexos– comporten **múltiples contactes amb el sistema sanitari**. Hi ha alternatives assistencials i experiències d'innovació que

milloren els resultats en salut, la comoditat i la qualitat de vida per als pacients i els seus cuidadors i, a més, permeten un millor aprofitament dels recursos disponibles. Per tant, és una **prioritat i responsabilitat del conjunt del sistema desenvolupar les alternatives assistencials possibles per buscar l'adequació de l'atenció** en el marc d'un model integrat, evitar desplegar nous recursos addicionals que puguin diluir la cartera de serveis de responsabilitat dels existents o que no siguin substitutius d'altres menys adequats.

Les línies de treball que conformen aquest projecte són les següents:

- Reforç de l'**atenció primària** com a nucli assistencial principal en l'atenció a la cronicitat, fer possible una major agilitat en l'atenció a la demanda de les reaguditzacions, capacitat de tractament de descompensacions, desenvolupament de les competències d'infermeria en l'atenció als malalts crònics, comunicació no presencial, potenciació de modalitats adaptades als pacients crònics (per exemple, educació grupal) i lideratge en la integració del pla de medicació, entre d'altres.
- Consolidació de modalitats assistencials sense internament com l'**hospital de dia, tant d'aguts com de salut mental i sociosanitaris**, que evitin l'ingrés i les estades a urgències.
- Redisseny de **modalitats d'hospitalització i relacions de continuïtat**: desenvolupament de la modalitat d'internament de subaguts i postaguts, revisió de les línies d'hospitalització no aguda en salut mental, intensificació de les dinàmiques de relació entre l'hospitalització d'aguts, subaguts i postaguts i convalsència.
- Reordenació de l'**internament de llarga durada** i cooperació amb l'espai residencial en col·laboració amb el Departament de Benestar Social i Família: reequilibri del component sanitari i d'atenció a la dependència, tant en l'àmbit sociosanitari com en el de salut mental, definició de relacions assistencials de suport a l'atenció a la dependència i establiment de mecanismes àgils de transició entre xarxes.
- Reorientació de l'**atenció al domicili**: revisió del model d'atenció domiciliària, potenciació de la proactivitat en l'atenció en casos de fragilitat, treball multidisciplinari i adaptació dels rols professionals de la salut, mecanismes de coordinació entre l'atenció sanitària i social, eines TIC.
- Reordenació del **model assistencial i de prestació farmacèutica a les residències geriàtriques** vinculant els serveis i l'atenció farmacèutica als dispositius sanitaris, orientats segons un abordatge integral i centrat en el mateix pacient (subministrament de la medicació dins del paquet assistencial).

- Aprofitament de **Sanitat Respon**, com a recurs assistencial, d'orientació sobre els serveis, de consell educatiu i terapèutic, seguiment de casos i d'activació de recursos.

Els impactes associats a aquest projecte fan referència a la millora de la qualitat en resultats i satisfacció dels pacients i a l'augment de l'eficiència a través de la utilització adequada dels recursos de la xarxa assistencial.

i. Exemples d'iniciatives en curs

- Equip de suport a residències amb personal d'infermeria i d'atenció primària implantat a Barcelona (programa de suport a l'atenció sanitària en residències) que cobreix 3.800 residents i amb una reducció d'ingressos del 24%, del 37% en urgències i amb un estalvi de farmàcia estimat del 7,4% del cost per resident. Similarment, també desenvolupat per la Corporació del Maresme, amb una disminució del 42% de visites a urgències i una reducció del 9% de la despesa farmacèutica.
- Creació d'una unitat d'hospital de dia de crònics portada per metges internistes i infermers al Maresme Central (Mataró).
- S'estan realitzant experiències demostratives d'unitats de subaguts; destaquen les experiències realitzades al Parc Sanitari Pere Virgili (23 llits i amb avaluació positiva), a Reus i Granollers.
- Canvi del model hospitalari i redefinició del nucli assistencial, com en el cas de Palamós i de Blanes.
- Experiència de millora de la prestació farmacèutica de les persones ingressades en centres residencials.

ii. Objectiu fins al 2015

- Disminuir els ingressos urgents i els reingressos a trenta dies dels pacients crònics complexos en hospitals d'aguts en un 15%.

iii. Objectiu de resultats fins al 2012

- Haver definit les alternatives assistencials per als pacients crònics i haver-ne iniciat la implantació, i assolir un dispositiu de subaguts per a cada regió sanitària.

iv. Objectius de procés fins al 2012

- Definir el model d'atenció domiciliària i d'atenció continuada als pacients crònics i iniciar la implantació a les set regions i realitzar una experiència demostrativa de prestació farmacèutica a residències geriàtriques.
- Definir el model d'atenció sociosanitària i implantar-lo a les regions, amb un dispositiu de subaguts contractat a cadascuna de les set regions.

- Definir el model d'hospitalització d'aguts per a malalts crònics i iniciar la implantació a les set regions.
- Revisar el model d'atenció a la salut mental i iniciar la implantació a les set regions.

v. Accions posteriors al 2012

- Desplegar iniciatives d'atenció preferent per al tractament de reaguditzacions i descompensacions en els centres d'atenció primària o en unitats funcionals territorials amb una cobertura del 40% del territori. Any 2013.
- Augmentar la cobertura de l'atenció domiciliària fins al 50% de la població amb dependència i malaltia crònica en situació de risc o fragilitat. Any 2013.
- Consolidar la modalitat d'hospital de dia per al tractament de pacients crònics en tots els centres hospitalaris amb un índex d'entre trenta i quaranta sessions per cada cent estades hospitalàries no quirúrgiques. Any 2013.
- Integar la prestació farmacèutica en el conjunt de provisió de serveis assistencials a les residències socials, amb una cobertura del 70% de la població institucionalitzada. Any 2015.

Projecte 2.5. Desplegar programes territorials d'atenció als pacients crònics complexos

Els pacients crònics complexos requereixen un alt grau de continuïtat assistencial i rebre atenció en moments de crisi. Per això, és clau incrementar la coordinació entre els diferents professionals i dur a terme una gestió proactiva i basada en el cas.

- **Objectiu fins al 2015.** Disposar del model de gestió de casos per a pacients crònics complexos en tots els territoris i rutes assistencials definides, i cobrir 25.000 pacients crònics complexos.
- **Objectiu de resultats per al 2012.** Definir el model de gestió de casos per a pacients crònics complexos, iniciar la implantació en tots els territoris i cobrir 2.000 pacients crònics complexos.

Les necessitats dels pacients crònics complexos van més enllà de l'atenció fragmentada que es pugui oferir des de diferents àmbits assistencials. L'atenció als pacients crònics complexos implica un elevat intensitat de contactes entre els pacients i el sistema sanitari.

Així, és fonamental la coordinació entre els diferents professionals i serveis per garantir una correcta continuïtat assistencial i l'atenció oportuna en moments concrets. Aquest enfocament requereix crear programes de base territorial, amb un lideratge clínic clau que ha de ser aglutinador i dinamitzador de les línies d'actuació per adaptar els serveis que s'hagin de donar a la resposta adequada en les diferents situacions en cada moment.

Els elements clau que conformen el desenvolupament del projecte al territori són els següents:

- Reorientar l'enfocament assistencial cap a l'**atenció proactiva** a la població identificada en el grup de pacients crònics complexos, especialment des de l'atenció primària de salut.
- Organitzar serveis amb **model de gestió de casos i atenció integral** (professionals de referència, cobertura 24 x 7, coordinació d'equips assistencials sanitaris i sociosanitaris, agilitat de circuits, desenvolupament de nous rols professionals -especialment, el de la infermeria en gestió de casos- i optimització de les competències).

La implantació dels programes territorials d'atenció als pacients crònics complexos comporta les accions principals següents:

- Identificar nominalment les persones que compleixen els criteris per ser considerats pacients crònics complexos.
- Actuar proactivament per fer el seguiment d'aquests pacients des de l'atenció primària.
- Establir sistemes de compartició d'informació per tal que en tots els contactes aquests pacients estiguin identificats i en rebí informació el seu referent assistencial principal.
- Assignar les responsabilitats de gestió de casos.
- Establir protocols o rutes assistencials amb definició de funcions i capacitat de resolució a cada punt assistencial.
- Definir els circuits assistencials per donar cobertura 24 x 7.
- Acordar el lideratge del programa i disposar d'espais de coordinació i seguiment.

Els impactes principals esperats fan referència a la millora de la qualitat de vida dels pacients i cuidadors, i a la reducció en la utilització de serveis d'internament i urgències.

i. Exemples d'iniciatives

- Gestió de casos basats en identificació de població segons risc i atenció proactiva implantat al Baix Empordà.

- Model de gestió de casos implantat a la regió del Baix Llobregat Nord sobre una població diana de 339 pacients, amb equips d'infermeria d'enllaç, amb la intenció d'assolir una reducció del 25% de visites durant el primer any d'aplicació.
- Rutes assistencials implantades per al maneig dels pacients crònics fràgils a l'Hospital de Viladecans, amb un estudi fet sobre una població diana de 81 pacients i una reducció de més del 50% en els ingressos hospitalaris.

ii. Objectiu fins al 2015.

- Disposar del model de gestió de casos per a pacients crònics complexos en tots els territoris i rutes assistencials definides, i cobrir 25.000 pacients crònics complexos

iii. Objectiu de resultats per al 2012.

- Definir el model de gestió de casos per a pacients crònics complexos, iniciar la implantació en tots els territoris i cobrir 2.000 pacients crònics complexos.

iv. Objectius de procés per al 2012.

- Desplegar el model d'identificació de pacients crònics complexos (PCC) a totes les regions.
- Disposar de 2.000 pacients inclosos en el programa PCC. Cada regió sanitària tindrà com a mínim d'un a tres projectes de PCC, amb implantació de rutes assistencials específiques.
- Introduir tres experiències d'atenció pal·liativa en malaltia crònica avançada, i abastar un mínim de 7.000 persones.
- Dissenyar i acordar un model col·laboratiu d'atenció sanitària i social.

iv. Accions posteriors al 2012.

- Extendre la implantació de rutes assistencials específiques per a la gestió dels malalts crònics complexos a totes les regions. Anys 2012-2013.
- Identificar la població diana per al 100% de les ABS. Any 2013.

Projecte 2.6. Implantar programes d'ús racional del medicament

L'ús racional del medicament tracta de garantir un pla de medicació segur, eficient i adequat a les necessitats de cada pacient crònic.

- **Objectiu fins al 2015.** Revisar i conciliar el 100% dels tractaments farmacològics integrant tots els àmbits assistencials, garantir-ne la qualitat, facilitar-hi l'accés i millorar el compliment del tractament.
- **Objectiu de resultats per al 2012.** Haver fet la revisió dels plans de medicació per al 90% de la població polimedicada.

Els pacients amb malalties cròniques són els principals consumidors de medicaments i, sovint, són pacients que necessiten tractaments múltiples. El propòsit d'aquest projecte és emprendre i reorientar actuacions, des de la perspectiva de l'atenció farmacèutica per tal de satisfer les necessitats dels pacients crònics actuals i potencials, en relació amb els seus tractament farmacològics i a la seguretat en l'ús dels medicaments, i garantir la sostenibilitat del sistema.

Els objectius plantejats han de garantir la utilització eficient dels medicaments, la qualitat de la prescripció i l'optimització dels recursos que el sistema sanitari destina a la prestació farmacèutica. Cal, també, facilitar la implantació d'instruments i procediments automatitzats que contribueixin a augmentar la seguretat en l'ús dels medicaments.

La recepta electrònica esdevé, en aquest context, l'eix vertebrador d'una prestació farmacèutica integrada i integral, que incrementa la qualitat i seguretat dels tractaments farmacològics i representa un sistema de cohesió assistencial entre diversos àmbits i professionals sanitaris.

i. Exemples d'iniciatives en curs

- Recepta electrònica amb implementació dels sistema de filtres de prescripció i dispensació.
- Informació del cost del tractament al pla de medicació.

ii. Objectiu fins al 2015

- Revisar i conciliar el 100% dels tractaments farmacològics integrant tots els àmbits assistencials, garantir-ne la qualitat, facilitar-hi l'accés i millorar el compliment del tractament

iii. Objectiu de resultat per al 2012

- Haver fet la revisió dels plans de medicació per al 90% de la població polimedicada.

iv. Objectius de procés per al 2012

- Proposar un procés de revisió dels medicaments inclosos al pla de medicació.
- Haver definit i implantat filtres preventius i prospectius a la recepta electrònica.
- Aprovar acords en la utilització de medicaments per a les principals patologies.
- Oferir als ciutadans eines d'ajuda per a l'ús adequat i responsable dels medicaments.

v. Accions posteriors al 2012.

- Fomentar els processos de conciliació de la medicació, per tal d'afavorir l'assistència continuada i disminuir duplicitats terapèutiques, interaccions farmacològiques i millorar l'adequació dels tractaments. Any 2013.
- Fer un seguiment centralitzat del compliment terapèutic i compliment dels pacients amb els tractaments. Any 2013.
- Incorporar sistemes d'alerta automatitzats de potencials interaccions farmacològiques. Any 2013.
- Consolidar un marc col·laboratiu amb les oficines de farmàcia del territori, amb l'objectiu d'implantar programes específics d'atenció a la cronicitat, crear sinergies entre professionals sanitaris i potenciar el sistema de comunicació i missatgeria. Any 2013.
- Millorar la informació al pla de medicació (informació sobre medicaments i el seu ús) i integració de les prescripcions dels diferents àmbits. Any 2014.

L'estratègia de cronicitat es materialitza en sis grans projectes

	Nivells assistencials	Nivells assistencials					
		Població diana	Salut pública	Àmbit comunitari	Atenció primària	Atenció especialitzada	Salut mental
Implantació de processos clínics integrats per a les patologies més significatives		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Promoció i protecció de la salut i prevenció de la malaltia		✓	✓	✓		✓	
Autoresponsabilització dels pacients i cuidadors i suport a l'autocura		✓	✓	✓	✓		
Alternatives assistencials en el marc d'un sistema integrat				✓	✓	✓	✓
Programes territorials d'atenció als pacients crònics complexos				✓	✓	✓	✓
Estratègia d'ús racional del medicament			✓	✓	✓	✓	✓

Font: Equip de treball.

LÍNIA D'ACTUACIÓ 3. UN SISTEMA INTEGRAT MÉS RESOLUTIU DES DELS PRIMERS NIVELLS I AL TERRITORI

- Hi ha **oportunitats de millora de la resposta** del sistema en termes de qualitat i eficiència.
- El model proposat es basa en **quatre grans principis**:
 - Tractar sobre la base de les intervencions més **cost-efectives**.
 - Assignar les funcions i intervencions al **nivell d'atenció més adequat**.
 - Assegurar un **model d'atenció coordinat**.
 - **Millorar el temps d'accés** com a resultat de la millora de la resolució i de la incorporació de criteris clínics en la planificació de les llistes d'espera.
- S'han identificat **quatre grans projectes** de millora de la resolució del sistema que es traduiran en plans d'operativització territorials:
 - Millorar la resolució en els àmbits de relació més freqüent entre l'atenció primària i l'especialitzada.
 - Transformar el model d'atenció a urgències per donar respostes més adequades a les demandes d'atenció immediata.
 - Ordenar territorialment la cartera de serveis segons els nivells de complexitat.
 - Integrar la salut pública i comunitària amb el model assistencial.

L'estratègia d'augment de la resolució té dues perspectives: per malalties o condicions i per àmbits assistencials.

Les malalties o condicions prioritzades, tenint en compte la rellevància quant a càrrega de morbiditat i cost, són algunes de les malalties cròniques i s'aborden en el capítol de cronicitat en els projectes d'implantació de processos clínics integrats per a les malalties cròniques més significatives.

Pel que fa a la perspectiva **d'àmbits assistencials**, d'acord amb el diagnòstic de situació, **s'han prioritzat quatre projectes tenint en compte el potencial de millora en qualitat i eficiència**; així mateix, com que són projectes que afecten la relació entre diferents dispositius assistencials ofereixen importants oportunitats de millora de la resolució amb perspectiva de conjunt del sistema:

- Millora de la resolució en els àmbits de relació més freqüents entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada.
- Consolidació de la transformació del model d'atenció a les urgències.
- Ordenació territorial de la cartera de serveis per nivells de complexitat.
- Integració de la salut pública i l'àmbit comunitari en el model assistencial.

Principis i model

Els principis de l'estratègia de resolució que són comuns als àmbits prioritzats són els següents:

- Tractar sobre la base de les intervencions més cost-efectives.
- Assignar les funcions i les intervencions al nivell d'atenció més adequat en termes de qualitat i d'optimització de les competències professionals.
- Assegurar un servei assistencial coordinat que doni un tractament integral als pacients.
- Millorar el temps d'accés com a resultat de la millora de la resolució dels primers nivells del sistema i de la gestió amb criteris clínics de les llistes d'espera.

Pel que fa a l'execució dels diferents projectes de resolució, en tots els casos comportarà la interacció entre diferents serveis i proveïdors en el territori. La via per organitzar i acordar la col·laboració per endegar les mesures d'ordenació seran els **plans de resolució territorials**, on s'explicitaran els objectius compartits, els acords sobre funcions, organització i responsabilitats, i les vies de relació de tots els agents implicats. Els plans de resolució territorials s'han de veure reflectits en la compra de serveis i l'assignació de recursos de base poblacional entre el CatSalut i les entitats proveïdores de cada territori.

Projectes estratègics

Projecte 3.1. Millorar la resolució en els àmbits de relació més freqüent entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada

Es busca incrementar la capacitat de resolució en l'àmbit de l'atenció primària per a consultes de baixa complexitat i millorar l'accés a l'atenció especialitzada, agilitzar el diagnòstic, ordenar les intervencions i articular la col·laboració.

- **Objectius fins al 2015.** Reduir el nombre de visites a l'atenció especialitzada per oftalmologia, malalties de l'aparell locomotor, salut mental, dermatologia i urologia, en un 10-15% segons l'especialitat, sense que afecti la qualitat assistencial i disminuint la variabilitat entre territoris. Reduir el temps d'espera a la visita d'especialista i per a proves diagnòstiques en un 10%.
- **Objectius per al 2012.** Haver implantat el nou model per a aparell locomotor, salut mental i oftalmologia, cobrir un mínim del 30% de la població de cada regió sanitària i haver completat el desplegament de la recepta electrònica al 50% de la XHUP.

El diagnòstic de la situació actual de salut i de serveis que s'ha dut a terme posa de manifest **l'existència d'àmbits de relació freqüents entre els nivells d'atenció primària (AP) i d'atenció especialitzada (AE) amb un alt potencial de millora.** Entre aquests destaquen els que tenen un major volum de contactes i que la resolució efectiva en clau de sistema requereix una forta relació de complementarietat. Concretament, el projecte se centra en els processos relacionats amb **l'aparell locomotor, l'oftalmologia, la dermatologia, la urologia i la salut mental.** Així mateix, es desplegarà el model d'atenció **al·lèrgològica** amb perspectiva de col·laboració entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada, d'acord amb protocols i criteris de derivació elaborats conjuntament i la definició d'una cartera de serveis segons el nivell de complexitat, en l'atenció a la població afectada per malalties al·lèrgiques.

Hi ha diverses **iniciatives ja en curs per tal de millorar la resolució en les especialitats relacionades amb l'oftalmologia i l'aparell locomotor,** les quals preveuen accions dirigides a disminuir la freqüentació a l'AE, reduir la variabilitat territorial detectada, avançar en les TIC, optimitzar les competències dels diferents professionals, incorporar nous perfils professionals, etc. Totes aquestes iniciatives s'han treballat amb la participació de representants dels professionals d'AP i d'AE, de les societats científiques i dels proveïdors de serveis del sistema públic de salut.

En l'àmbit de la **salut mental**, ja hi ha una experiència d'implantació progressiva de cartera de serveis a l'atenció primària i de suport de l'atenció especialitzada, mitjançant consultories i col·laboració en l'atenció a pacients.

En general, per als diversos àmbits seleccionats, la dinàmica de reorganització de processos persegueix els objectius estratègics següents:

- **Incrementar la capacitat resolutiva de l'atenció primària** en relació amb la malaltia prevalent i de baixa complexitat.
- **Millorar l'accessibilitat i l'eficiència de l'atenció especialitzada:** atenció a les malalties més complexes i agilització del diagnòstic i tractament amb una intervenció ordenada dels diferents professionals.
- **Assegurar la continuïtat assistencial.**

L'estratègia de canvi passa per definir, amb la participació d'institucions i professionals, els elements següents que configuren la base dels plans de resolució territorials:

- Utilització de sistemes d'informació i comunicació integrats, sobre la base de noves tecnologies, entre l'AP i l'AE (fent més permeables els compartiments assistencials).
- Sistemes de col·laboració i coordinació entre àmbits assistencials.
- Elements de gestió territorial compartits: objectius assistencials, gestió per processos i cooperació territorial.
- Accions en l'àmbit de l'atenció primària:
 - Accés d'atenció primària a altres professionals (per exemple, fisioterapeutes i optometristes, sempre integrats en equips assistencials a l'atenció especialitzada, amb protocols de processos i sota la supervisió dels corresponents metges especialistes).
 - Accés protocol·litzat a proves diagnòstiques depenent de la complexitat de la patologia i de la cartera de serveis prèviament definida.
 - Accés preferent a l'atenció especialitzada segons criteri de derivació.
 - Apropament de l'atenció especialitzada a l'AP, mitjançant consultories i assessorament.
 - Avaluació dels resultats i difusió per a la millora continuada.
- Accions en l'àmbit de l'atenció especialitzada:
 - Accessibilitat acordada per a la derivació ordinària i preferent.
 - Protocol·lització basada en l'evidència científica.

- Integració de perfils professionals diversos als serveis de l'especialitat.
- Cartera de serveis pactada entre els diferents professionals que intervenen en el procés.
- Col·laboració amb l'atenció primària per a l'establiment del pla terapèutic i farmacològic compartit.
- Avaluació dels resultats i difusió per a la millora continuada.

El **desplegament de la recepta electrònica a l'atenció especialitzada** comportarà beneficis per als pacients i ha de generar dinàmiques de millor ús del medicament, com ha passat en l'atenció primària. D'altra banda, és també una palanca de canvi per millorar les transicions entre els diferents àmbits assistencials i contribuir a la continuïtat assistencial.

Un aspecte no menyspreable en la millora de la capacitat resolutiva de l'atenció primària és el que fa referència a la gestió de la incapacitat temporal (IT), la qual està fortament relacionada amb alguns dels àmbits prioritzats, com és el de les malalties de l'aparell locomotor. L'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries (ICAMS) pot contribuir donant suport especialitzat a l'atenció primària. Així mateix, la compartició d'informació és clau per a l'orientació clínica i la gestió de la IT, de manera que es puguin reduir la variabilitat i les càrregues administratives.

i. Exemples d'iniciatives en curs

- Model d'atenció de l'aparell locomotor implantat en diversos territoris en el context del Pla director de malalties de l'aparell locomotor.
- Programes de suport dels especialistes de salut mental en l'atenció primària, amb una reducció del voltant del 15% en les taxes de derivació.
- Experiències de prescripció electrònica en l'atenció especialitzada i desenvolupament d'eines facilitadores de la coordinació entre professionals de diferents àmbits (sistema de missatgeria, traçabilitat i pla terapèutic únic i integrat).
- Experiència a Cambrils d'augment de la resolució de l'atenció primària millorant la coordinació amb l'atenció especialitzada.

ii. Objectius fins al 2015

- Reduir el nombre de visites a l'atenció especialitzada per oftalmologia, malalties de l'aparell locomotor, salut mental, dermatologia i urologia, en un 10-15% segons l'especialitat, sense que afecti la qualitat assistencial i disminuint la variabilitat entre territoris.
- Reduir el temps d'espera a la visita d'especialista i per a proves diagnòstiques en un 10%

iii. Objectiu de resultat per al 2012

- Haver implantat el nou model per a aparell locomotor, salut mental i oftalmologia, cobrir un mínim del 30% de la població de cada regió sanitària i haver completat el desplegament de la recepta electrònica al 50% de la XHUP. Any 2012.

iv. Objectius de procés per al 2012

- Realitzar i implantar els plans de resolució territorials en aparell locomotor, salut mental i oftalmologia, d'acord amb els models definits, i abastar els serveis d'AP i AE d'aquests àmbits assistencials que cobreixin com a mínim el 30% de la població de cada regió sanitària.
- Definir el model d'atenció en dermatologia i urologia.
- Definir la cartera de serveis derivada del model d'atenció al·lèrgològica a Catalunya.
- Desplegar la recepta electrònica en l'atenció especialitzada al 50% dels centres de la XHUP.

v. Accions posteriors al 2012

- Completar la Implantació dels plans de resolució territorials en aparell locomotor, salut mental i oftalmologia.
- Incorporar els models d'atenció de dermatologia i urologia en els plans de resolució territorials en totes les regions sanitàries.

Projecte 3.2. Transformar el model d'atenció a urgències per donar respostes més adequades a les demandes d'atenció immediata

Es reordenaran territorialment els serveis d'atenció a les demandes immediates (en ubicació i nivells de complexitat) i s'establirà un sistema de triatge comú que permeti adequar millor l'atenció a les necessitats dels pacients.

- **Objectiu fins al 2015.** Reduir la freqüentació a les urgències hospitalàries en aproximadament un 10%, dirigint les demandes d'atenció a nivells més adequats i disminuint la variabilitat en la utilització. Augmentar fins al 75% el percentatge d'urgències ateses als hospitals que han passat prèviament per un contacte telefònic, un dispositiu de baixa complexitat o han estat dirigides pel SEM
- **Objectiu per al 2012.** Reduir un 2% les urgències hospitalàries.

Les **demandes d'atenció immediata abasten situacions de complexitat diferents** (des d'emergències amb risc vital fins a consultes per problemes poc greus o que no requereixen una atenció immediata) i es produeixen amb intensitat variable en diferents moments. Aquesta **diversificació de situacions requereix també de respostes diferents**, de manera que **cal dissenyar mecanismes per classificar** aquesta demanda i establir circuits que permetin dirigir-la al recurs més adient segons la necessitat assistencial de la persona afectada.

Si bé les taxes d'utilització d'**urgències hospitalàries** han disminuït, encara hi ha una **proporció important d'urgències de baixa complexitat, sovint per motius poc greus**, que poden ser ateses per dispositius assistencials més adequats, reservant els hospitals per als casos d'emergències o urgències que requereixen un major nivell d'especialització i/o tecnologia.

Pel que fa a la **distribució territorial** dels dispositius per atendre les urgències, l'elevada capil·laritat de l'atenció primària i descentralització de l'atenció hospitalària a Catalunya comporta una **multiplicitat de punts d'atenció** que implica un volum molt baix d'activitat en determinats llocs.

D'altra banda, **han tingut èxit experiències de classificació** de la demanda d'atenció immediata i d'organització coordinada entre els dispositius d'un territori, **i han donat una resposta de qualitat i ràpida** a la demanda a través del dispositiu més adequat i amb un millor aprofitament dels recursos disponibles (com ha estat en el cas d'Osona). En determinats llocs, amb un volum d'activitat suficient, s'han constituït dispositius d'**urgències vinculats a l'atenció primària amb més capacitat de resolució** (amb accés a proves diagnòstiques d'urgència i amb possibilitat de tenir malalts en observació) que han assumit casos amb un nivell de complexitat fins ara reservat als hospitals i han permès absorbir amb agilitat una bona part de la demanda, també com a receptors de trasllats del SEM, com per exemple al CUAP de Manso.

L'**experiència de codis** per a situacions crítiques determinades (IAM, ictus, traumatisme greu) i l'ordenació de fluxos preferents han significat un gran avenç en la resposta ràpida i adequada a les emergències, amb una millora de resultats contrastables. Aquestes innovacions, però, comporten l'adaptació dels serveis d'urgències hospitalaris i posen en joc el conjunt de l'organització de l'hospital, com també una evolució del SEM com a dispositiu assistencial de primera línia i amb una col·laboració estreta amb la resta del sistema.

Per tot això, **la consolidació del procés de transformació de l'atenció urgent ja iniciada a Catalunya es valora com un projecte prioritari**, que afecta tant l'atenció primària com l'hospitalària, i que ha de permetre millorar la resolució en termes del conjunt del sistema. Els objectius estratègics del projecte són els següents:

- Millorar l'adequació de l'atenció urgent.
- Aconseguir una articulació correcta entre els diferents serveis implicats.

- Adequar el temps de resposta.
- Afavorir la continuïtat i la longitudinalitat en l'atenció a les persones.

El Departament de Salut, conjuntament amb el CatSalut i amb la col·laboració d'un grup de treball compost per professionals de diverses institucions i societats científiques, ha definit el model d'atenció a les urgències, els elements clau del qual són els següents:

- **Adreçament de l'atenció immediata** als dispositius més adequats segons la complexitat de la urgència.
- **Gestió de la demanda**, mitjançant la canalització de la demanda inicial, promovent el contacte telefònic i amb protocols d'actuació sobre la demanda improcedent.
- **Accés directe de la població a l'atenció primària i a dispositius d'urgències de baixa complexitat** per via presencial, i a la central de trucades per via telefònica. Amb derivació qualificada a dispositius d'atenció complexa quan correspongui, amb preferència d'accés.
- **Cartera de serveis diferenciada** segons dispositius, amb correspondència amb els nivells de triatge del model andorrà de triatge.
- Atenció a les urgències de **baixa complexitat amb estil de pràctica clínica d'atenció primària**, ja sigui en dispositius localitzats en centres d'atenció primària, centres específics d'urgències o centres hospitalaris.
- El model es pot **adaptar a les característiques de cada territori** però respectant els elements definidors del model sobre accés, cartera de serveis i adreçament.
- Cada territori ha de definir un **pla funcional territorial d'ordenació de l'atenció immediata**, amb els compromisos de tots els dispositius que hi intervenen i cercant el millor equilibri entre accessibilitat, qualitat i optimització dels recursos disponibles.

Model d'atenció a urgències

Accés lliure de la població	Funcions	Tipus d'atenció			Localització	Horari
		Telefònica	Presencial	Domiciliària		
EAP	<ul style="list-style-type: none"> Resoldre consultes telefòniques Resoldre nivells d'urgències de baixa complexitat Derivar l'atenció complexa a nivells d'urgències d'alta complexitat 	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> CAP (+ consultoris) 	<ul style="list-style-type: none"> Horari definit al territori
Dispositiu d'urgències territorial	<ul style="list-style-type: none"> Derivar l'atenció a l'EAP corresponent Resoldre consultes telefòniques Resoldre urgències de baixa complexitat Derivar l'atenció complexa a nivells d'urgències d'alta complexitat 	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> CAP Hospital 	<ul style="list-style-type: none"> Complement horari a l'EAP fins 24 hores
Central de trucades (061-112)	<ul style="list-style-type: none"> Resoldre consultes telefòniques Derivar l'atenció als dispositius més adequats Comunicar al territori les demandes d'atenció a domicili Gestionar recursos d'emergències directament 	✓			<ul style="list-style-type: none"> Centre de trucades 	<ul style="list-style-type: none"> 24 hores
Accés redirreccionat						
D'atenció complexa	<ul style="list-style-type: none"> Atendre i resoldre nivells d'urgències d'alta complexitat. Atendre demandes immediates derivades per 061, EAP-dispositiu d'urgències territorial Atenció a les emergències derivades pel SEM i codis específics 		✓		<ul style="list-style-type: none"> Hospital Mòbil 	<ul style="list-style-type: none"> 24 hores

Font: Model d'atenció a urgències: respostes adequades a les demandes d'atenció immediata.

i. Exemples d'iniciatives en curs

- Aplicació de models de triatge i de redirecció de l'atenció d'urgències a l'Esquerra de l'Eixample amb reduccions de la freqüentació de les urgències hospitalàries del 35%.
- Reordenació de l'atenció a les urgències a Osona.
- Codi infart i Codi ictus.

ii. Objectius fins al 2015

- Reduir la freqüentació a les urgències hospitalàries en aproximadament un 10%, dirigint les demandes d'atenció a nivells més adequats i disminuint la variabilitat en la utilització.
- Augmentar fins al 75% el percentatge d'urgències ateses als hospitals, que han passat prèviament per un contacte telefònic, un dispositiu de baixa complexitat o han estat dirigides pel SEM.

iii. Objectiu de resultat per al 2012

- Reduir un 2% les urgències hospitalàries.

iv. Objectius de procés per al 2012

- Elaborar i implantar el plans territorials d'atenció urgent.
- Implantar un model de triatge homogeni a tots els centres hospitalaris.

- Potenciar l'atenció telefònica.
- Elaborar un pla de comunicació.
- Dissenyar un sistema de seguiment de l'atenció urgent.

v. Accions posteriors al 2012

- Avaluar la implantació i els resultats a totes les regions sanitàries. Anys 2013-15.

Projecte 3.3. Ordenar territorialment la cartera de serveis segons els nivells de complexitat

Es partirà de criteris comuns que s'han de determinar amb la participació de professionals i les organitzacions i de l'anàlisi dels elements d'optimització en cada regió.

- **Objectiu per al 2015.** Implantar l'ordenació de la cartera de serveis de les sis àrees seleccionades i assolir un grau de concordança del 75% entre els nivells de complexitat definits.
- **Objectiu per al 2012.** Haver iniciat la reordenació de la cirurgia pediàtrica a tots els territoris i haver completat el desplegament de la instrucció politrauma.

La **cartera de serveis per territoris**, entesa com el conjunt de serveis que es donen pels dispositius assistencials del territori, ha de venir determinada segons **criteris d'accessibilitat, qualitat i eficiència**.

Hi ha serveis que són de proximitat per naturalesa, com l'atenció primària, o que tenen un gran volum d'activitat i no requereixen una tecnologia sofisticada. Hi ha **altres serveis que necessiten un àmbit poblacional gran per garantir la qualitat** i/o es beneficien d'importants **economies d'escala**.

Si bé el primer grup de serveis ha de ser comú a la majoria dels territoris, en el segon grup cal ordenar-los tenint en compte criteris de volum i distribució de la demanda, nivells de complexitat i optimització dels equips assistencials i la capacitat instal·lada requerida per donar un bon nivell de qualitat.

En qualsevol dels casos, **cal garantir l'equitat d'accés i de resultats a qualsevol ciutadà**, independentment d'on visqui i de les seves característiques.

El projecte **se centra en els serveis amb especialitats que es consideren pròpies d'hospitals de referència i que presenten oportunitats de millora en qualitat i eficiència si s'estableix una dinàmica d'ordenació**, sobre la base de definir la cartera de serveis que el CatSalut compra per al conjunt dels dispositius de cada territori de referència. Són exemple d'aquests serveis els que estan relacionats amb les **especialitats quirúrgiques més específiques** (no troncal) com són ara la cirurgia

pediàtrica, la cirurgia vascular, la cirurgia toràctica, la neurocirurgia o les noves línies d'intervenció com la cirurgia bariàtrica. Així mateix, es poden beneficiar d'aquest enfocament l'organització territorial de l'atenció a les urgències quirúrgiques, les unitats d'atenció a la **patologia emergent en salut mental** (els trastorns límits de la personalitat, de la conducta alimentària...) o determinades **proves diagnòstiques i/o intervencionistes**.

S'ha iniciat en l'àmbit de Catalunya un treball de **definició de criteris i elements d'ordenació en cirurgia pediàtrica, amb col·laboració amb professionals** designats per les organitzacions de proveïdors i les societats científiques implicades. També en l'atenció als **pacients traumàtics greus** s'ha establert una categorització de nivells en funció de la gravetat dels pacients i definint els requeriments per cada nivell per donar una atenció correcta. Es proposa estendre aquestes línies de treball a altres àrees d'especialització o d'atenció de condicions determinades.

El projecte s'estructura en els elements següents:

- **Selecció d'àrees d'especialització objecte d'ordenació.** Sobre la base de l'anàlisi del volum, la variabilitat entre centres i el grau de dependència estructural, de condicionants organitzatius i d'expertesa que tingui la pràctica clínica en cada cas.
- **Classificació de la cartera de serveis segons els nivells de complexitat.** A partir de factors de classificació de la complexitat i del criteri expert de la pràctica clínica per part de grups de professionals, amb metodologies de consens.
- **Definició dels requeriments sobre característiques dels centres, equips professionals i capacitat assistencial.** D'acord amb la classificació per nivells de complexitat, s'identifiquen les característiques que han de tenir els centres i els equips professionals per atendre adequadament el conjunt de procediments que configura cada nivell.
- **Establiment del grau de cobertura territorial i orientació dels fluxos de referència entre territoris i centres.** L'estimació del volum de casos esperats per unitats territorials i per als diferents nivells permet valorar la cobertura, cercant una massa crítica suficient per garantir la qualitat de l'atenció i el manteniment de la competència professional. En conseqüència, cal revisar la distribució territorial per trobar el millor equilibri entre accessibilitat i eficiència, tenint en compte la capacitat assistencial dels diferents centres.
- **Col·laboració entre centres i equips professionals.** El model organitzatiu que es proposa es basa en la distribució de la cartera de serveis segons el nivell de complexitat amb un esquema de xarxa. Aquesta configuració ha de permetre assegurar la qualitat de l'atenció en el recurs més adequat segons la complexitat i l'expertesa necessàries. Facilita els fluxos de derivació, si escau, i el seguiment de proximitat. També afavoreix mantenir la competència dels professionals en el conjunt de tots els centres de la xarxa, i compartir la

informació i el coneixement per afavorir l'excel·lència en l'atenció, la docència i la recerca.

i. Exemples d'iniciatives en curs

- Ordenació atenció als pacients traumàtics greus.
- Aliances en cirurgia pediàtrica.
- Equips assistencials compartits al Baix Llobregat (cirurgia vascular, oncologia).

ii. Objectiu fins al 2015

- Implantar l'ordenació de la cartera de serveis de les sis àrees seleccionades i assolir un grau de concordança del 75% entre els nivells de complexitat definits.

iii. Objectiu de resultat per al 2012

- Haver iniciat la reordenació de la cirurgia pediàtrica a tots els territoris i haver completat el desplegament de la instrucció politrauma. Any 2012.

iv. Objectius de procés per al 2012

- Implantar el model d'atenció als pacients traumàtics greus i ordenar la cirurgia pediàtrica, i abastar el 100% del territori de Catalunya. Any 2012.
- Establir la cartera de serveis per nivell de complexitat en quatre altres àrees d'especialització seleccionades. Any 2012.

v. Accions posteriors al 2012

- Implantar progressivament l'ordenació territorial de la cartera de serveis per les quatre àrees d'especialització seleccionades. Anys 2013 i 2015.

Projecte 3.4. Integrar la salut pública i comunitària en el model assistencial

S'aprofitarà el nou enfocament de la salut pública i el rol que ha de tenir la farmàcia comunitària per millorar la resolució del sistema.

- **Objectiu per al 2015.** Desplegar completament la cartera de serveis de l'ASPC i contractar-la des del CatSalut i disposar de la cartera de serveis assistencials de les oficines de farmàcia.
- **Objectiu per al 2012.** Haver completat la posada en marxa de l'ASPC i haver definit la cartera de serveis de les oficines de farmàcia.

La posada en funcionament de l'Agència de Salut Pública de Catalunya i la definició de la cartera de serveis que formarà part de la prestació normalitzada com una prestació del sistema de salut obren perspectives innovadores que han de permetre intervenir en l'evolució de les malalties i dels seus determinants, tant des del punt de vista de la incidència i prevalença, com de la morbimortalitat, especialment la prematura i l'evitable.

Les accions de la cartera de serveis de salut pública se centren en activitats que incideixen sobre els determinants, les causes i els riscos per a la salut dels problemes de salut més prevalents. Amb components de protecció i promoció de la salut, prevenció de la malaltia i vigilància de la salut.

Cartera de serveis de l'Agència de Salut Pública de Catalunya

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protegir la població dels efectes negatius que poden tenir elements del medi sobre la salut i el benestar ▪ Promoure la salut i prevenir les malalties, especialment aquelles per a les quals hi ha proves de l'eficàcia de les seves actuacions ▪ Vigilar la salut pública i actuar davant de brots i emergències ▪ Fer actuacions específiques, i transversals, com és el cas de la salut laboral o la seguretat alimentària 	Protecció de la salut <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaluació dels riscos sanitaris relacionats amb el medi i els aliments ▪ Gestió dels riscos sanitaris presents en el medi i en els aliments
	Promoció de la salut i prevenció de la malaltia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoció de la salut i prevenció de la malaltia adreçades a etapes vitals ▪ Promoció de la salut i prevenció de la malaltia sobre problemes de salut prioritaris: l'activitat física i l'alimentació saludable, tabaquisme, lesions, infeccions de transmissió sexual i del VIH, de les malalties transmissibles mitjançant vacunació, de la salut buccodental i de les malalties cròniques ▪ Reducció de les desigualtats en salut
	Drogodependències i salut mental <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervencions de promoció i prevenció en salut mental i drogodependències a diferents àmbits (educatiu, familiar, oci, salut, laboral i comunitari) ▪ Prevenció, detecció i control del consum d'alcohol i altres drogues
	Vigilància de la salut pública <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigilància, monitoratge i control de les malalties infeccioses, cròniques, dels efectes sobre la salut dels factors ambientals, dels accidents i les lesions, de la salut laboral, de drogodependències i de la salut maternoinfantil ▪ Emergències en salut pública ▪ Avaluació de l'impacte en salut
	Seguretat alimentària <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaluació dels riscos i els beneficis relacionats amb els aliments ▪ Comunicació dels beneficis i els riscos en matèria de seguretat alimentària
	Salut laboral <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assessorament, suport tècnic i formació als professionals del sistema públic de salut i als serveis de prevenció de riscos laborals
	Serveis analítics <ul style="list-style-type: none"> ▪ Detecció i quantificació de perills en els aliments, en l'aigua de consum humà i en els riscos ambientals ▪ Suport analític a la investigació ambiental i alimentària quan es produeixen brots epidèmics o alertes sanitàries ▪ Realització d'anàlitiqes reglamentàries

Font: Departament de Salut.

La consolidació i el reforç d'aquest àmbit d'actuació de la salut pública i comunitària, així com la interacció articulada amb la resta d'àmbits assistencials es traduirà en una millor adequació dels nivells d'intervenció en termes de valor afegit de cost-efectivitat, i redundarà en una millora de la resolució en el conjunt del sistema.

En l'àmbit comunitari, hi ha l'oportunitat de comptar amb agents i dispositius que poden dur a terme d'una manera eficient determinades tasques de promoció de la salut, prevenció, seguiment i d'orientació de la població. En aquesta línia, cal destacar el paper de les farmàcies en la seva perspectiva comunitària. És necessari l'evolució cap a noves fórmules que incentivin els serveis professionals dels

farmacèutics comunitaris, incloent la provisió de serveis de caire assistencial que contribueixin al correcte seguiment clínic dels malalts.

Finalment, l'acció interdepartamental és un dels motors que han de fer possible aprofitar totes les potencialitats de la salut pública.

i. Exemples d'iniciatives en curs

- Pla d'activitat física, esport i salut (PAFES).
- Programa de promoció de la dieta mediterrània (AMED).
- Programes de promoció de la salut i prevenció del consum de drogues a la comunitat educativa i als espais de lleure.
- Participació de les farmàcies en el cribratge del càncer de còlon.
- Programa per a la determinació de risc d'infecció pel VIH per mitjà del test ràpid.
- Programa d'atenció als pacients drogodependents en el tractament amb agonistes opiàcics a les farmàcies.

ii. Objectius fins al 2015

- Desplegar completament la cartera de serveis de l'ASPC i contractar-la des del CatSalut.
- Disposar de la cartera de serveis assistencials de les oficines de farmàcia

iii. Objectiu de resultat per al 2012

- Haver completat la posada en marxa de l'ASPC i haver definit la cartera de serveis de les oficines de farmàcia.

iv. Objectius de procés per al 2012

- Desplegar l'Agència de Salut Pública en les línies de serveis i en els territoris: regions i sectors.
- Publicar la cartera de serveis de salut pública.
- Signar el contracte-programa amb el Departament de Salut / CatSalut.
- Identificar l'estratègia de vinculació de les oficines de farmàcia com a agents de salut comunitària.

v. Accions posteriors al 2012

- Ampliar la cartera de serveis de la farmàcia comunitària. Anys 2013-15.

LÍNIA D'ACTUACIÓ 4. UN SISTEMA DE MÉS QUALITAT I EQUITAT EN L'ALTA ESPECIALITZACIÓ

- Els **procediments i tractaments d'alta especialització** són elements que requereixen un **enfocament molt específic**.
 - Hi ha una variabilitat molt alta en la qualitat de la provisió de serveis terciaris.
 - És necessari harmonitzar la prescripció de fàrmacs d'alta complexitat.
- **Cinc grans principis** són els que estableixen les bases del nou model de procediments terciaris i tractaments d'alta complexitat:
 - Oferir un **servei de qualitat** als ciutadans.
 - Proveir un servei **equitatiu**.
 - Continuar sent un **focus de prestigi i innovació** mèdica.
 - **Aprofitar els recursos** destinats a aquest tipus de serveis.
 - Assegurar el **dinamisme** en la gestió.
- Sobre la base d'aquestes necessitats, s'han identificat **dos grans projectes**:
 - **Reordenar** els procediments d'**alta especialització**.
 - **Harmonitzar** els **tractaments farmacològics** d'alta complexitat.

Per *terciarisme* s'entén un **conjunt de serveis altament especialitzats que comporten un molt elevat requeriment tecnològic i expertesa professional, habitualment d'un cost elevat** i que, atesa la seva baixa prevalença i alta complexitat, es beneficien de la concentració en un nombre reduït de proveïdors. És per això que, a diferència d'altres serveis públics de salut, la planificació del terciarisme s'ha de dur a terme en un marc nacional i no regional. D'altra banda, els tractaments d'alta complexitat associats als procediments terciaris també tenen un conjunt de característiques que fan que requereixin una gestió específica.

Les característiques diferencials dels procediments terciaris i dels tractaments d'alta complexitat es resumeixen en:

- Una baixa freqüència de procediments que en condiona la gestió.
- La necessitat d'expertesa professional i equips multidisciplinaris (complexitat organitzativa).

- Un elevat requeriment tecnològic (utilització d'equipaments sofisticats i amb un cost molt elevat).
- En general, un cost elevat.
- Una alta complexitat i un risc elevat en les intervencions.
- Una elevada especificitat (baixa prevalença i procediments molt específics).
- Nous fàrmacs innovadors: teràpies farmacològiques orfes, teràpia avançada, gènica, etc. amb poca evidència disponible en el moment de l'autorització i de cost elevat.
- Dificultat per mesurar els resultats en salut en condicions de pràctica clínica habitual, tant de les intervencions sanitàries en general com dels medicaments en particular.

Ateses les característiques dels procediments terciaris i dels tractaments d'alta complexitat que s'hi associen, hi ha dos aspectes prioritaris:

- a) És important reordenar l'estructura del terciarisme a Catalunya.
- b) S'ha d'harmonitzar la prescripció dels tractaments d'alta complexitat.

a) És important reordenar l'estructura del terciarisme a Catalunya

La **variabilitat clínica en la provisió dels serveis terciaris és molt alta**. Aquesta variabilitat està **lligada al volum de casos atesos per cada centre** (els resultats en salut són millors en els centres amb un volum de casos més alt).

Hi ha estudis internacionals contrastats que aporten evidència entre el volum de casos i els resultats en salut. En la taula següent es mostra, com a exemple, el resultat d'una revisió en diferents procediments:^{xxii}

Procediment	Mitjana de la taxa de mortalitat (%)	Mitjana de diferència en la taxa de mortalitat entre centres de baix i alt volum (%)
Angioplàstia coronària	1,9	0,2
Cirurgia cardíaca pediàtrica	7,3	11
Cirurgia sense ruptura d'aneurisma d'aorta	7,5	3,3
Cirurgia d'aneurisma d'aorta trencat	49,8	7,9
Cirurgia de neoplàsia de pàncrees	9,7	13
Cirurgia de neoplàsia d'esòfag	13,9	12
Cirurgia de neoplàsia de	5,5	1,9

pulmó				
Cirurgia de neoplàsia		10,9		6,5
d'estómac				

Els estudis realitzats a Catalunya mostren també una associació entre volum i qualitat, i s'observa una tendència general a realitzar procediments terciaris en un nombre molt elevat de centres; en molts casos per sota de la massa crítica recomanable.

Complementàriament, **el terciarisme representa un cost considerable per al sistema sanitari** en comparació d'altres serveis.

Aquests arguments justifiquen **la necessitat de concentrar certs procediments terciaris en centres o unitats de referència**. Aquesta concentració representa un benefici contrastable en dos àmbits: més qualitat (lligada al volum de casos atesos) i més eficiència.

D'altra banda, també es planteja el debat **sobre quina ha de ser la distribució territorial d'aquests serveis**. Actualment, Barcelona ciutat i l'àrea metropolitana estan actuant com a pol d'atracció del terciarisme i és necessari plantejar-se, de forma objectiva, si aquesta situació d'asimetria territorial suposa un benefici o si en determinats casos s'hauria de fer una correcció d'aquesta distribució. El volum global de casos, la disponibilitat de l'oferta i la valoració del nivell d'accessibilitat de cada procediment han de definir l'equilibri més raonable.

Finalment, és necessari destacar la importància de realitzar una planificació del terciarisme no només pel que fa a l'estructura de provisió i d'ordenació territorial, sinó també quant a la **planificació del catàleg de procediments o patologies d'alta especialització i el monitoratge i la prospecció de l'activitat terciària**.

b) S'ha d'harmonitzar la prescripció dels tractaments farmacològics d'alta complexitat

L'oferta farmacèutica de tractaments d'alta complexitat es caracteritza per un elevat nivell d'innovació que comporta l'aparició constant de medicaments nous. En aquest context, es fa necessari aconseguir una harmonització en la selecció i la utilització dels medicaments d'acord amb un marc d'actuacions i un procés de presa de decisions que assegurin:

- L'equitat en l'accés als medicaments i tractaments.
- La millora en els nivells d'eficiència i efectivitat, maximitzant el nivell d'utilitat terapèutica.
- L'aprofitament de recursos i sostenibilitat.

Pel que fa als medicaments en l'àmbit hospitalari, en els darrers anys s'ha incrementat considerablement el nombre de fàrmacs nous així com l'aprovació de noves indicacions de principis actius ja comercialitzats, i es preveu que aquest procés continuarà en el futur atès el desenvolupament actual de la recerca preclínica i clínica.

Actualment són **les comissions de cada centre hospitalari les que determinen els medicaments que s'incorporen** en el seus protocols farmacoterapèutics, sobre la base de criteris d'evidència científica. Així, cada centre realitza la selecció i l'avaluació científica dels medicaments i de l'ús, i elabora els protocols farmacoterapèutics d'utilització dels medicaments.

Tot i que la presa de decisions en el centre hospitalari té certs avantatges, pot donar lloc a algunes diferències o discrepàncies entre centres hospitalaris. Això pot generar una variabilitat no justificada en l'ús dels medicaments.

Principis i model

Els principis que haurien de regir la gestió dels serveis d'alta especialització han de ser una base que apropi els serveis d'alta especialització als objectius del sistema de salut a Catalunya (millorar la salut dels ciutadans sense posar en risc la sostenibilitat del sistema sanitari).

- **Oferir un servei de qualitat als ciutadans.** Els serveis d'alta especialització estableixen en molts casos intervencions molt complexes i és imprescindible garantir uns estàndards elevats de qualitat. En el cas dels medicaments es dona la circumstància de l'ús de fàrmacs d'alta complexitat per diferents processos clínics, que no sempre garanteixen uns resultats cost-efectius.
- **Proveir els ciutadans d'un servei equitatiu que minimitzi la variabilitat clínica.** A diferència d'altres serveis, en el cas del terciarisme en molts casos no és possible garantir la proximitat del servei mantenint-ne alhora la qualitat. Per això, en el cas del terciarisme, es prioritza l'equitat en resultats en salut sobre la proximitat. Això suscita la necessitat d'analitzar detalladament quina és l'estructura òptima quant a centralització/descentralització per a cadascun d'aquests procediments o patologies i, en el cas dels medicaments, reduir la variabilitat clínica en l'ús harmonitzant-ne els protocols en tot l'àmbit del CatSalut.
- **Potenciar el terciarisme com un focus de prestigi i d'innovació mèdica a Catalunya.** En aquest sentit, s'ha de continuar garantint el desenvolupament dels professionals per millorar la qualitat de les intervencions i mantenir el posicionament de Catalunya com a referent quant a resolució de casos d'alta complexitat i en la recerca, la docència i la innovació de la pràctica clínica, i alhora, facilitar la incorporació d'innovacions mèdiques, quirúrgiques, farmacològiques, etc.

- **Avaluar i orientar la gestió cap a l'obtenció de resultats.** Basar la planificació dels serveis terciaris en els resultats obtinguts requereix garantir el volum de casos suficients per poder utilitzar mecanismes d'avaluació i mesura de resultats en salut. Els registres de pacients i el seguiment dels tractaments farmacològics són iniciatives fonamentals que s'han d'impulsar.
- **Assegurar el dinamisme en la gestió del terciarisme.** Un servei pot ser considerat terciari i, a causa de canvis en tecnologies/pràctiques clíniques o de l'extensió d'una patologia determinada, tornar-se generalista. Tanmateix, a mesura que es produeixen avenços en la ciència i tecnologia mèdica és necessari incorporar noves pràctiques que inicialment seran considerades, probablement, terciàries.

Projectes estratègics

Sobre la base dels principis definits, es proposen dos grans projectes:

Projecte 4.1. Reordenar els procediments d'alta especialització

S'analitzarà, per a cadascun d'aquests procediments, les possibilitats de reordenació sobre la base d'un conjunt de criteris centrats a garantir més qualitat en l'atenció.

- **Objectiu fins al 2015.** Garantir que per als 18 procediments reordenats, el 100% de la població és atesa en centres que compleixen els criteris definits.
- **Objectiu per al 2012.** Garantir que per als vuit procediments es compleixen els criteris de massa crítica que assegurin una millor qualitat en la provisió.

La reordenació dels procediments terciaris parteix d'una sèrie de criteris definits sobre la base dels seus principis. És a partir d'aquests **criteris que es regirà l'estructura de provisió dels diferents procediments terciaris a Catalunya**. Per a cada un dels serveis terciaris, és necessari fer un procés d'anàlisi sobre la base dels criteris següents:

- **Volum mínim o una massa crítica suficient de casos.** Aquesta necessitat és especialment manifesta quan es tracta de processos infreqüents o de recursos molt costosos. Es tracta de minimitzar els riscos d'aquestes pràctiques i d'assegurar les competències i les habilitats necessàries mitjançant l'experiència acumulada. Hi ha evidència que els centres que ofereixen procediments d'alta especialització i no disposen d'un volum mínim difícilment podran oferir un servei amb les garanties de qualitat requerides.
- **Entorn apropiat per al desenvolupament del servei.** És necessari poder garantir la interrelació amb altres processos o entre els diferents

professionals des de la perspectiva d'un abordatge multidisciplinari. D'aquesta manera, es determina que un centre on es realitzin serveis d'alta especialització ha de ser capaç de sostenir equips de professionals punters i que treballin amb un enfocament multidisciplinari.

- **Tecnologies i infraestructures apropiades.** Associat a la realització de determinats procediments hi ha un grau de complexitat que no tan sols requereix uns equips de professionals específics, sinó també equips tecnològics d'última generació que representen una inversió considerable i dels quals s'ha de maximitzar el grau d'utilització. Així, cal assegurar serveis de suport adequats al nivell de complexitat en el centre hospitalari.
- **Cultura interna del centre.** Aquest punt fa referència al model hospitalari que ha d'assolir el centre que ubica serveis de caràcter terciari. Sovint aquests centres s'orienten cap al desenvolupament tecnològic i assistencial i, de forma molt manifesta, abracen altres àmbits clau com la docència i la recerca o innovació.
- **Distribució territorial i unitats funcionals col·laboratives.** Tot i que els serveis terciaris tinguin una necessitat de concentració, a l'hora de decidir una reordenació d'aquests serveis s'ha de considerar quina és la distribució territorial desitjada. El fet que sigui necessari realitzar esforços de concentració del terciarisme en centres de referència no comporta sempre una ubicació determinada i també s'han de considerar criteris com la proximitat o l'accessibilitat i els volums de població segons procediments i patologies. D'aquesta manera, la reordenació del terciarisme obre la possibilitat de crear xarxes o unitats funcionals col·laboratives que incrementin la interrelació entre els centres per tal de poder oferir un model d'excel·lència clínica i alhora de proximitat.

Analitzant la situació sobre la base d'aquests criteris, hi ha la necessitat de replantejar l'estructura i realitzar una reordenació de determinats serveis d'alta especialització.

La Comissió de Serveis d'Alta Especialització (CSAE) és l'òrgan executiu que vetlla pel **desenvolupament i l'organització correctes del terciarisme a Catalunya**. Les principals funcions d'aquesta comissió són analitzar, prioritzar i proposar actuacions relatives a l'ordenació de les prestacions i els serveis d'alta especialització al CatSalut, així com formular l'estratègia necessària per desenvolupar-los i implantar-los.

Per cada una de les intervencions que s'estableixen en el marc 2011-2015 i, sobre la base dels criteris definits prèviament, **es poden plantejar solucions de reordenació en els àmbits següents:**

- **Reforçar determinats centres com a centres d'excel·lència** on s'han de derivar principalment les demandes d'atenció terciària.

- **Concentrar l'activitat en un centre** determinat i cessar-la en altres dispositius que no compleixen els requisits establerts, especialment en els casos on els centres no arriben a la mínima massa crítica d'activitat.
- **Crear aliances entre centres** (unitats funcionals col·laboratives) en un model de xarxa, per incrementar el volum d'activitat. Aquestes unitats funcionals són el resultat d'acords estratègics entre entitats i permeten crear serveis multicèntrics per donar una prestació de qualitat amb millors resultats i mantenir un model d'atenció pròxim.
- **Potenciar el paper del SEM**, entenent que la seva funció és clau en la gestió dels processos en els quals el factor *temps* condiona resultats com ara el Codi infart, el Codi ictus o el Codi politrauma; així mateix, també en els casos en què el transport intercentres és vital pel pronòstic del cas: neonats prematurs, crítics, etc. La funció de coordinació del SEM garanteix una selecció adequada del circuit que s'ha de seguir segons el perfil dels pacients i la posada en marxa a temps amb els centres receptors, de la cadena assistencial en cas d'urgències i emergències.

El model d'execució de la reordenació dels serveis terciaris gira al voltant del treball que es fa des de la CSAE. Aquesta Comissió és l'encarregada d'analitzar la situació, en col·laboració amb les patronals, la xarxa hospitalària i les societats científiques. Aquesta anàlisi ha de comportar solucions principalment basades en els àmbits mencionats.

A l'hora de formalitzar una reordenació, depenent de la complexitat, en general es poden **seguir dos mecanismes**:

- Per a casos de baixa complexitat, **identificació i comunicació** a la xarxa de quins són els centres de referència per a un procés determinat (a través d'una notificació ordinària).
- Quan la complexitat organitzativa requereix regular els centres de referència, territoris i altres criteris que afectin la gestió assistencial i relació entre centres, el CatSalut utilitzarà **elements normatius** més formals (com poden ser instruccions).

i. Exemples d'iniciatives en curs

La Comissió de Serveis d'Alta Especialització (CSAE) està constituïda actualment i revisant els procediments terciaris relatius a les cardiopaties congènites, la hipertensió arterial pulmonar, els implants coclears i els politraumatismes terciaris. D'altra banda, la reordenació feta amb la implantació del Codi infart en els procediments d'angioplasties ha estat executada amb èxit.

ii. Objectius fins al 2015

- Garantir que per a 18 procediments reordenats, el 100% de la població es atesa en centres que compleixen els criteris definits.

Dins de l'abast d'aquest Pla de salut de Catalunya 2011-2015, l'objectiu és **proposar un marc adequat per a la reordenació dels serveis** d'alta especialització que s'ajusti als principis establerts.

A més, és necessari prioritzar quin **conjunt de serveis terciaris seran reordenats en aquest període**. Aquestes intervencions han estat escollides tant sobre la base de la rellevància quant a impacte en la salut dels ciutadans, com en el cost que representen per al sistema i el potencial de millora per tots dos conceptes. Cal tenir en compte que, com que és un període llarg i atès el caràcter dinàmic del terciarisme, aquesta llista de serveis per considerar pot incrementar-se durant els pròxims anys. La reordenació d'aquests serveis es realitzarà sobre la base dels principis i criteris definits prèviament.

D'aquesta manera, la planificació de les reordenacions ha quedat definida com es mostra en la figura següent:

Planificació de la reordenació dels procediments terciaris 2011-2015

	2011	2012	2013
Tractaments terciaris	<ul style="list-style-type: none"> Cardiopaties congènites infants-adults Hipertensió pulmonar arterial Implants coclears Codi politrauma 	<ul style="list-style-type: none"> Cardiopaties congènites infants-adults Hipertensió pulmonar arterial Oncopediatria Codi ictus Hemorràgia subaracnoïdal Cirurgia del Parkinson Neurocirurgia i cirurgia epilèpsia Codi politrauma 	<ul style="list-style-type: none"> Codi politrauma Cirurgia de Parkinson
Guàrdies			<ul style="list-style-type: none"> Cirurgia oncològica complexa Neurocirurgia Cirurgia vascular Cirurgia toràcica Cirurgia cardíaca
Trasplantaments		<ul style="list-style-type: none"> Cardíacs adults Pancreàtics 	<ul style="list-style-type: none"> Renals Hepàtics

Font: Comissió de Serveis d'Alta Especialització (CSAE).

Aquesta reordenació de les activitats terciàries també comporta la necessitat d'avaluar quina és l'estructura territorial que volem per a aquests serveis. Lògicament, la necessitat de concentrar centres portarà a un model més centralitzat, tot i que en casos específics pot ser necessari avaluar el traspàs de funcions sobre la base de la proximitat. En qualsevol dels casos, el criteri

principal en els serveis terciaris ha de ser **garantir l'equitat en resultats**, més que la proximitat.

iii. Objectiu de resultat per al 2012

- Garantir que per als vuit procediments es compleixen els criteris de massa crítica que assegurin una millor qualitat en la provisió.

iv. Objectius de procés per al 2012

- Completar la reordenació per a vuit procediments d'alta especialització.
- Definir els criteris generals per a la reordenació de 10 procediments addicionals.

Projecte 4.2. Harmonitzar la prestació de tractaments farmacològics d'alta complexitat

S'harmonitzarà la prestació farmacèutica sobre la base de procediments comuns i criteris de cost-efectivitat en tots els centres sanitaris.

- **Objectiu fins al 2015.** Assolir un total de 25 protocols harmonitzats a l'any.
- **Objectius de resultats per al 2012.** Incrementar el nombre de protocols harmonitzats en almenys 20 tractaments.

Amb vista a l'**harmonització dels tractaments d'alta complexitat s'estableixen dos programes**: el Programa d'avaluació, seguiment i finançament dels tractaments farmacològics d'alta complexitat (**PASFTAC**) i el Programa d'harmonització farmacoterapèutica de medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (**PHFMHDA**) del CatSalut amb les funcions següents:

- **Harmonitzar els protocols farmacoterapèutics dels tractaments d'alta complexitat** de la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria d'aplicació en l'àmbit del CatSalut. L'harmonització inclourà recomanacions sobre el lloc de pràctica clínica habitual, la pertinència del tractament (tipus de pacients), les condicions d'ús i dispensació del medicament així com sobre els criteris de seguiment i resposta terapèutica, èxit clínic i d'eficiència d'aquests tractaments.
- Determinar, **proposar i promoure mesures per a la implantació òptima dels protocols** farmacoterapèutics dels tractaments d'alta complexitat. A fi de poder posar en marxa els protocols harmonitzats es fa necessari identificar mecanismes que considerin les peculiaritats del sistema sanitari a Catalunya i permetin la implantació en l'àmbit del CatSalut i les diferents entitats proveïdores.

- **Potenciar l'enregistrament de les dades clíniques i administratives.** Fer un seguiment epidemiològic i dels resultats en salut dels pacients tractats amb les malalties per a les quals s'autoritzi tractaments farmacològics d'alta complexitat i poder quantificar-ne la despesa i cost-efectivitat.
- **Crear el Consell Assessor de Tractaments Farmacològics d'Alta Complexitat** per tal de:
 - Assessorar el CatSalut en tots els aspectes relacionats amb els tractaments farmacològics d'alta complexitat.
 - Valorar les sol·licituds d'autorització, renovació, suspensió o finalització dels tractaments farmacològics d'alta complexitat i emetre els informes corresponents.

i. Exemples d'iniciatives en curs

Actualment, les iniciatives en curs en l'àmbit de l'harmonització i dels tractaments farmacològics d'alta complexitat són:

- Programes PASFTAC (divuit fàrmacs amb informe i dictàmens disponibles) i PHFMHDA (tres fàrmacs amb informe i dictamen disponibles) a 1 de novembre del 2011.
- Registre de pacients en darrera fase de disseny.

ii. Objectius fins al 2015

En el context de l'ús racional del medicament, definir i implementar una política global de la prestació farmacèutica en matèria d'accés dels fàrmacs que incorpori el vessant clínic, econòmic i, sobre tot, que mesuri els resultats clínics. En concret:

- Assolir un total de 25 protocols harmonitzats a l'any

iii. Objectius de resultat per al 2012

- Incrementar el nombre de protocols harmonitzats en almenys 20 tractaments.

iv. Objectius de procés per al 2012

- Ampliar els programes PASFTAC i PHFMHDA per incrementar el nombre de protocols harmonitzats a l'any..
- Implantar el registre de dades clíniques, i garantir el registre d'almenys 35 medicaments seleccionats.

Els dos projectes proposats, reordenació dels serveis d'alta especialització i harmonització dels tractaments d'alta complexitat, mantenen una relació absolutament estreta, condicionada pel fet de garantir un esquema de reordenació basat en la continuïtat i coherència assistencial dels centres.

Es fa imprescindible el desenvolupament d'una sèrie d'instruments o facilitadors transversals que donaran suport a un o més dels projectes de canvi de model d'atenció continguts al Pla de salut. D'aquests instruments destaquen la necessitat de desenvolupar un model d'estratificació poblacional de riscos, l'adaptació del model de contractació, el desenvolupament d'eines d'informació compartida (història clínica unificada, recepta electrònica desplegada en tots els nivells assistencials) i el disseny i la implantació de processos d'avaluació i rendició de comptes rigorosos que valorin els resultats de les accions executades. Tots aquests elements són part d'un model organitzatiu del sistema que, per altra banda, ha evolucionat lentament en els darrers anys. **La modernització de l'organització (que es tracta en el capítol següent) és clau per assegurar l'èxit d'aquest Pla de salut.**

IV.III. Modernització del model organitzatiu: un sistema sanitari més sòlid i sostenible

LÍNIA D'ACTUACIÓ 5. MAJOR ENFOCAMENT CAP ALS PACIENTS I LES FAMÍLIES

- El Servei Català de la Salut ha de seguir evolucionant cap al **model d'asseguradora pública**.
- El model proposat de major enfocament en els ciutadans es basa en els **principis** següents:
 - Més proactivitat de l'asseguradora en aquesta relació.
 - Increment de la transparència en els compromisos i en els serveis de l'asseguradora als ciutadans.
 - Reforçament de la responsabilització dels ciutadans.
- Es proposen **tres projectes clau del canvi**, amb una aspiració fins al 2015 definida per a cadascun:
 - Millorar el coneixement dels ciutadans sobre el sistema de salut i les prestacions que cobreix l'asseguradora.
 - Gestionar el risc de les persones assegurades.
 - Garantir la qualitat de la prestació i la satisfacció dels pacients.

El CatSalut està evolucionant cap a l'assumpció del seu paper d'asseguradora pública i, en el marc d'aquesta evolució, hem de prioritzar:

- Promoció d'un model que estableixi una relació proactiva amb els assegurats.
- Definició dels compromisos del CatSalut amb les persones assegurades per aconseguir una relació que se sustenti en un àmbit de confiança i d'autoexigència.
- Establiment d'un model d'assegurament sanitari públic que avaluï l'autocura i la responsabilitat dels pacients, en dues dimensions. D'una banda, en les tasques de caràcter més administratiu i, de l'altra, en la millora i la cura de la seva salut.

- Potenciació d'actuacions sectoritzades i estratificades d'acord amb les anàlisis sectorials de risc que potenciïn les actuacions de prevenció de la malaltia i de promoció de la salut.

Principis i model

En aquest sentit, **proposem un model basat en els tres principis següents:**

- Més proactivitat de l'asseguradora en aquesta relació.
- Increment de la transparència en els compromisos i en els serveis de l'asseguradora als ciutadans.
- Reforçament de la responsabilització dels ciutadans .

D'acord amb aquests principis, basem el model en els quatre eixos de contingut següents:

- **Garantir que els ciutadans coneixen el sistema i les prestacions.** Alta proactivitat en la relació amb els assegurats i elevada transparència sobre els compromisos amb els assegurats i el funcionament del sistema. És necessari diferenciar clarament el rol d'assegurament del de provisió de serveis.
- **Gestionar el risc dels assegurats.** Coneixement profund dels riscos de la població assegurada, promoció d'una major autonomia de gestió dels assegurats tant en el vessant de resolució dels contactes de caràcter administratiu com en l'autocura de les seves patologies.
- **Assegurar la qualitat en la provisió dels serveis.** Èmfasi en els criteris d'acreditació i dels procediments d'assegurament a través de l'establiment de la definició de la cartera de serveis i dels nivells de cobertura dels diferents grups assegurats.
- Aquests tres eixos tindran el suport, per al seu desplegament, d'un quart eix, que és el sistema de comunicació integral amb els assegurats, que es desenvolupa en la línia d'actuació 9 d'aquest Pla de salut.

Projectes estratègics

D'acord amb aquests principis i eixos de contingut, **proposem tres projectes estratègics, amb objectius fins al 2015 i compromisos clars.**

Projecte 5.1. Millorar el coneixement dels ciutadans sobre el sistema de salut i les prestacions que cobreix l'asseguradora

Es realitzarà a través de quatre accions principals: (1) transparència en el catàleg de prestacions; (2) manual d'incorporació dels usuaris en el sistema; (3) continuïtat i seguretat assistencial en el territori, i (4) segmentació proactiva.

- **Objectiu fins al 2015.** Assolir que el 90% de la població conegui qui els assegura i quines són les prestacions que els ofereix.
- **Objectiu de resultats per al 2012.** Assolir que el 50% de la població conegui qui els assegura i quines són les prestacions que els ofereix..

Amb aquest projecte pretenem posar en valor la targeta del Servei Català de la Salut dels nostres assegurats. Per tal d'aconseguir aquesta aspiració, creiem que cal emprendre almenys quatre accions ben diferenciades. Són les següents:

- **Transparència en el catàleg de prestacions.** Definir el catàleg de prestacions, i facilitar-ne el coneixement i l'aplicabilitat. Cal impulsar eines de relació i un model explícit d'accés als serveis d'acord amb les característiques poblacionals i d'estructura de la xarxa. És necessari definir una pòlissa pública conjuntament amb el Departament de Salut que esdevingui efectiva mitjançant la targeta sanitària individual (TSI).
- **Manual d'incorporació dels usuaris en el sistema.** Elaborar un manual explicatiu per als ciutadans de com s'han de moure pel sistema (cobertures, millors pràctiques en les situacions més freqüents, etc.). La idea és establir un marc de coresponsabilització i participació ciutadana que promogui la sostenibilitat del sistema sanitari públic. Cal millorar la informació dels costos de l'assegurament que té la ciutadania.

Proposem completar aquesta acció proporcionant informació específica sobre el cost individualitzat de l'accés als serveis de salut (presa de consciència i responsabilització). Serà necessari tenir en compte no només les guies d'ús dels assegurats sinó que també caldrà definir un model d'informació per als professionals.

- **Continuïtat i seguretat assistencial en el territori.** Visualitzar el concepte de persona assegurada i el seu dret a determinades cobertures tant en l'àmbit territorial català com en espais supraterritorials com pot ser l'Estat espanyol (Sistema integrat d'informació del Fons de Cohesió Sanitària, SIFCO), instaurant un model que es caracteritzi per la garantia de la continuïtat assistencial.
- **Segmentació proactiva.** Iniciar processos mitjançant els quals el sistema atengui determinats grups poblacionals en funció de característiques de

discriminació positiva. En són uns exemples la TSI en Braille i la targeta “Cuida’m” per a col·lectius d’alta fragilitat relacional i els seus cuidadors.

i. Exemples d’iniciatives en curs

- Accés al certificat d’inclusió en el registre de llistes d’espera
- Targeta “Cuida’m”

ii. Objectiu fins al 2015

- Assolir que el 90% de la població conegui qui els assegura i quines són les prestacions que els ofereix.

iii. Objectiu de resultats per al 2012

- Assolir que el 50% de la població conegui qui els assegura i quines són les prestacions que els ofereix.

iv. Objectius de procés per al 2012

- Disposar del disseny del catàleg de serveis i prestacions.
- Llançar la TSI en Braille, i assegurar que el 90% dels sol·licitants disposin de la targeta.
- Realitzar la prova pilot i l’avaluació de la TSI “Cuida’m”.
- Editar i difondre la guia d’ús del sistema (en coordinació amb Comunicació).
- Iniciar la definició de la Carta de drets i deures.

Projecte 5.2. Gestionar el risc dels assegurats

Es realitzarà mitjançant una estratificació poblacional, el foment dels programes de formació dels ciutadans en el coneixement del sistema sanitari i d’autocura i dels programes interdepartamentals (especialment en l’àmbit d’educació i de benestar i família).

- **Objectiu fins al 2015.** Aconseguir que tota la població de Catalunya (100% de la que tingui algun contacte amb la sanitat pública) ha de tenir identificat el seu perfil de risc vigent i la seva evolució temporal en els dos anys previs.
- **Objectiu de resultats per al 2012.** Estratificar el 100% de la població segons el seu risc en base a un model predictiu i dissenyar com a mínim tres intervencions específiques per al 2013, com ara identificar el 100% dels reingressadors freqüents amb el perfil que es defineixi.

Aquest és el segon projecte que volem potenciar en l’àmbit de relació amb els assegurats/ciutadans. N’és la finalitat última augmentar la gestió que fem del risc

dels assegurats. Així doncs, internament, hem d'assegurar que coneixem el risc de la nostra base d'assegurats i prenem accions en conseqüència.

Conèixer el risc de la població assegurada ha d'incrementar les actuacions de prevenció i promoció de la salut millorant la capacitat de resposta de l'asseguradora pública i fent-la més eficient. Els ciutadans assegurats han de rebre el missatge que la valoració del risc és un element de coresponsabilització en la seva salut que afavoreix la introducció de la transversalitat en el concepte salut de la mà de polítiques basades en l'educació per a la salut.

Caldria valorar la possibilitat d'incorporar els objectius de salut prioritzats en aquest Pla de salut a la pòlissa de les assegurances privades com un element afavoridor de la promoció de la salut.

Aquest millor coneixement del risc poblacional facilitarà endegar actuacions específiques sobre col·lectius especialment sensibles i que són rellevants en el marc de les actuacions específiques definides en la línia d'actuació 2 (Un sistema més orientat als malalts crònics).

Les activitats que s'han de desenvolupar són:

- **Estratificació poblacional.** Definir grups poblacionals amb riscos estandarditzats que facilitin el desenvolupament d'actuacions preventives i de promoció de la salut. S'ha d'obtenir una millor gestió dels riscos de salut dels diferents grups poblacionals establint un model de sectorització poblacional amb la utilització del Registre Central d'Assegurats (RCA) com a eina instrumental bàsica.

Cal doncs, establir grups poblacionals amb característiques homogènies de lloc, edat, patologies o hàbits d'utilització de recursos per dissenyar carteres específiques que s'adeqüin al perfil seleccionat de les persones assegurades.

És, per tant, bàsic confirmar el concepte de coneixement del risc de les persones assegurades per ser capaços de fer una oferta personalitzada per a la resolució de les necessitats de salut. No es podrà entendre un model de gestió de la demanda sense haver aprofundit en models de coneixement del risc poblacional.

- **Programes d'educació i autocura.** Cal fomentar el coneixement dels pacients sobre la seva patologia i possibilitar que les seves actuacions siguin més eficients pel que fa al cost tant per a la seva salut com per al sistema en general. És per això que les pràctiques professionals han d'incorporar i integrar l'experiència dels pacients, d'acord amb l'exposició i la valoració de les seves necessitats i expectatives.

És en aquest context que cal destacar experiències com la del "Pacient expert". També cal tenir present el paper que han de desenvolupar entitats com el Fòrum Català de Pacients i altres associacions de pacients, amb el seu efecte d'expertesa i de transmissió com a canals d'interacció potents.

- **Programes multidepartamentals.** En la mateixa dinàmica de gestió de riscos i sinistralitat de la ciutadania en aspectes de salut, ens hem d'obrir cap a altres àmbits específics de relació. Tenen especial rellevància en temes de salut les interaccions amb educació i treball i cal, de manera prioritària, establir models de gestió compartida, integral i continuada amb els serveis socials i d'ajut a la dependència.

i. Exemples d'iniciatives en curs

- Impuls de l'ús de tecnologies que facilitin la interacció no presencial dels ciutadans. Oficina Virtual de Tràmits. Altes del RCA notificades de manera personalitzada.

ii. Objectius fins al 2015

- Aconseguir que tota la població de Catalunya (100% de la que tingui algun contacte amb la sanitat pública) ha de tenir identificat el seu perfil de risc vigent i la seva evolució temporal en els dos anys previs.

iii. Objectiu de resultats per al 2012

- Estratificar el 100% de la població segons el seu risc en base a un model predictiu i dissenyar com a mínim tres intervencions específiques per al 2013, com ara identificar el 100% dels reingressadors freqüents amb el perfil que es defineixi.

iv. Objectius de procés per al 2012

- Posar en marxa la classificació de la població en *Clinical Risk Groups* (CRG) a partir de les dades dels CMBD i de farmàcia.
- Identificar les persones que quadren amb el perfil de pacients. Any 2012. reingressadors freqüents associats a condicions clíniques prioritzades al Pla de salut.
- Posar en marxa el CMBD d'atenció primària i el CMBD d'atenció urgent.

Projecte 5.3. Garantir la qualitat de la prestació i la satisfacció dels pacients

Es realitzarà mitjançant un seguiment exhaustiu de la satisfacció dels usuaris i la revisió del model de gestió de queixes i reclamacions.

- **Objectiu fins al 2015.** Aconseguir una millora de la satisfacció de la ciutadania amb els serveis sanitaris rebuts del 5% respecte a l'any 2011
- **Objectius de resultats per al 2012.** Reduir en un 10% les reclamacions de tracte i aconseguir una millora de la satisfacció de l'1% respecte al 2011.

És necessari garantir una bona qualitat de la prestació mitjançant la prioritització de la satisfacció dels pacients amb el servei. Cal introduir el concepte de valoració de les actuacions de la pròpia asseguradora i no només analitzar els comportaments de les entitats proveïdores. En aquest sentit, pensem que hi ha tres elements que hem de seguir potenciant:

- **Pla d'enquestes de satisfacció (PLAENSA).** Cal aprofundir en el coneixement de la percepció qualitativa que tenen els ciutadans dels serveis i la prestació del sistema sanitari públic. És per això que cal utilitzar eines metodològiques contrastades, vàlides i fiables que permetin instaurar processos de millora continuada de la qualitat assistencial.

El PLAENSA és un exemple clar d'accions dirigides a potenciar i millorar el coneixement de la percepció ciutadana envers la prestació dels serveis de salut. Cal redefinir-ne les vies d'investigació i potenciar-ne l'ús com una eina fonamental per millorar la gestió en la prestació de serveis. Se n'han d'utilitzar els resultats com a elements de *benchmarking* i facilitar el desenvolupament de polítiques de transparència informativa envers els assegurats. Aquesta actuació s'ha de potenciar per la instauració de mecanismes que facilitin la comunicació dels resultats de satisfacció i expectatives a la població assegurada.

- **Processos de proactivitat en el compromís.** Davant de determinades demandes d'actuacions preferents a col·lectius i grups específics, amb les eines metodològiques que es determinin, l'asseguradora pública ha de respondre amb compromisos actius i efectius de compliment. Aquesta resposta de l'asseguradora ha de ser correcta en temps i resultats, i ha de ser coneguda pels actors afectats.

Estem parlant de processos i d'activitats consensuades en grups de ciutadans amb riscos identificats que fan demandes concretes que, en ser assumides per l'asseguradora, tenen un compromís de transparència en la seva resolució i avaluació (per exemple, diagnòstic ràpid del càncer, malalties minoritàries, atenció continuada en períodes d'alta assistència, etc.).

- **Gestió de queixes i reclamacions.** Les queixes i reclamacions dels assegurats són, en la seva gestió, un element que facilita el coneixement i la millora de la qualitat dels serveis. La proposta és evolucionar cap a un model integral de la gestió de les reclamacions i les queixes que permeti conèixer i estandarditzar els principals motius de disconformitat de la ciutadania i alhora en proposi els elements de millora adequats.

Un bon model de gestió de queixes ha de permetre instaurar polítiques de millora sectorials i també definir elements de *benchmarking* entre els proveïdors. Cal potenciar l'ús de les noves tecnologies en la gestió de les queixes per facilitar una gestió més eficient dels recursos emprats en la seva tramitació i resolució. Així doncs, el coneixement específic del conjunt de

reclamacions anuals s'ha de traduir en polítiques proactives de millora en la prestació de serveis.

Cal també potenciar altres mesures i mètodes d'accés a l'opinió ciutadana com, per exemple, l'ús de les xarxes socials.

i. Exemples d'iniciatives en curs

- PLAENSA en marxa des de 2003 (cada any, diferents nivells assistencials), nivells de satisfacció actual, notable alt (8,2/10).

ii. Objectius fins al 2015

- Aconseguir una millora de la satisfacció de la ciutadania amb els serveis sanitaris rebuts del 5% respecte a l'any 2011

iii. Objectius de resultats per al 2012

- Reduir en un 10% les reclamacions de tracte.
- Aconseguir una millora de la satisfacció de l'1% respecte al 2011.

iv. Objectius de procés per al 2012

- Realitzar i comunicar els resultats dels estudis planificats PLAENSA© 2012 (AP, AH i CSMA).
- Elaborar el model de resposta de les reclamacions de tracte i la prova pilot en la Regió Barcelona (estendre a tot el territori les millores per al registre d'aquestes reclamacions).
- Elaborar un model d'accessibilitat als serveis sanitaris més transparent i interactiu.
- Disposar d'un model de participació ciutadana de tots aquells àmbits que no són de participació en els Consells de Salut i Direcció (Línia d'Actuació 8).

Cal tenir present les TIC com a eines facilitadores d'aquest procés de gestió com a element transversal en les polítiques de millora relacional amb els assegurats.

Per aquest motiu, desenvolupem un projecte específic de xarxa multicanal de comunicació i atenció als ciutadans (vegeu la línia d'actuació 9, projecte 9.2.).

És molt important assegurar-ne l'accessibilitat i avaluar els resultats de millora obtinguts amb l'ús. Des del punt de vista específic de relació amb els assegurats, hem de considerar:

- Impuls de l'ús d'Internet com a element d'apropament de l'Administració, els proveïdors i la ciutadania (utilització de les possibilitats de les TIC com a elements de col·laboració entre ambdues parts).

- Apropament de l'ús de les TIC als assegurats en els seus diferents nivells d'interrelació amb l'asseguradora (autogestió de prestacions, autocura, accessibilitat, coneixement de la pòlissa, etc.).
- Pel que fa a les actuacions previstes en aquesta línia cal plantejar-les, en molts casos, de manera conjunta amb altres projectes del Pla de salut.

Els ciutadans han de considerar que les TIC són eines que milloren les prestacions del sistema. Aquestes eines han de propiciar que els professionals i l'asseguradora les utilitzin com a instruments que en facilitin l'actuació professional i, alhora, que facin més sostenible el sistema. Resolen problemes a tots els actors del sistema i, per tant, el fan més efectiu i resolutiu.

LÍNIA D'ACTUACIÓ 6. NOU MODEL DE CONTRACTACIÓ DE L'ATENCIÓ SANITÀRIA MÉS ENFOCAT A RESULTATS EN SALUT

El model de contractació s'adaptarà a les noves necessitats del model d'atenció per assolir un major enfocament en resultats, una major integració entre nivells assistencials i continuar estimulant l'eficiència del sistema. Els canvis afectaran els elements clau següents:

- S'establirà un pagament orientat a resultats (salut, accessibilitat, integració, satisfacció, etc.).
- S'introduiran fórmules d'incentius com a palanques per facilitar l'assoliment dels objectius.
- Es contractaran per separat les intervencions d'alta complexitat i terciarisme.
- S'arribarà a acords de risc compartit amb la indústria farmacèutica vinculats a resultats en salut.
- S'adequarà la solució a les particularitats de cada territori respectant els principis establerts, de manera que la solució pugui ser diferent per a alguns territoris en concret.

Hi ha quatre projectes estratègics per a la posada en marxa del **nou model de contractació**:

- Implantar el nou model d'assignació territorial de base poblacional, més equitatiu i transparent.
- Implantar el nou model de contractació i incentius lligats a resultats (atenció a la cronicitat, potenciació de la capacitat de compra de la primària i nou model d'accessibilitat).
- Implantar el nou model de compra de procediments d'alta especialització.
- Incorporar el finançament dels medicaments prenent com a base resultats clínics (acords de risc compartit amb la indústria farmacèutica).

Cal fer modificacions i adaptacions en els instruments de contraprestació per tal d'alinejar els incentius amb els objectius establerts en el bloc de transformació del model d'atenció, prioritzant i incentivant:

- La prestació d'una atenció més resolutiva que fomenti que els pacients siguin atesos en el nivell més adequat.

- La promoció de la coordinació i el treball en xarxa dels diferents proveïdors, de manera que s'introdueixin canvis en el model d'atenció, especialment en els casos de cronicitat i d'alta complexitat.
- El disseny d'un sistema d'incentius que no estigui tan condicionat per l'estructura existent sinó per les necessitats de les persones, per tal de contribuir a la finalitat de fomentar una atenció centrada en els pacients.

En aquest procés no comencem de zero. L'any 2002 es va posar en marxa l'experiència d'un model de pagament de base poblacional en cinc zones demostratives, amb la finalitat de superar els problemes que genera la compra fraccionada per línies de servei i evolucionar cap a una compra integrada de serveis de salut, mitjançant l'assignació d'un pressupost per capita als proveïdors que operen en un àmbit geogràfic determinat amb estructures d'oferta ben diferenciades.

L'avaluació d'aquesta experiència demostrativa posa de manifest dos aspectes positius:

- És útil per generar canvis en l'organització dels proveïdors.
- Orienta cap a un model més integrat.

Al mateix temps assenyalava que, **per continuar millorant el model, cal:**

- Millorar el mecanisme d'assignació mitjançant la introducció de nous factors que permetin un millor ajustament del risc.
- Generar incentius que potenciïn les actuacions transversals amb l'objectiu de promoure la prevenció, l'atenció, el tractament i la rehabilitació en el nivell més eficient.
- Propiciar un cert marc d'estabilitat a llarg termini per als proveïdors per tal de facilitar-los els canvis estructurals que han de fer per adaptar-se millor al nou model de servei.
- Assegurar que les experiències demostratives tenen una duració adequada i que recullen els aprenentatges per estendre el model ràpidament.

Principis i model

El model de contractació que es proposa té un objectiu general clar: l'estructuració del sistema al voltant de les necessitats dels ciutadans, a través de la millora de l'eficiència dels centres, serveis i establiments sanitaris, promou el treball en xarxa dels proveïdors, facilita les sinergies i garanteix la qualitat assistencial i la distribució equitativa dels recursos. **Es pretén assolir aquest objectiu mitjançant una assignació territorial de recursos basada en les necessitats de la població.**

La proposta es fonamenta en els cinc principis bàsics següents:

- Implantar un **pagament orientat a resultats** (salut, accessibilitat, integració, satisfacció, etc.).
- Introduir **fórmules d'incentius** com a palanques per facilitar l'assoliment dels objectius.
- Contractar **per separat** els procediments **d'alta complexitat i terciarisme**.
- Arribar a **acords de risc compartit amb la indústria farmacèutica** vinculats a resultats en salut.
- Adequar la **solució a les particularitats** de cada territori respectant els principis establerts.

Projectes estratègics

Aquest model es desenvoluparà mitjançant **quatre projectes** clau.

Projecte 6.1. Implantar el nou model d'assignació territorial de base poblacional, més equitatiu i transparent

L'element més innovador d'aquest model serà la inclusió de variables de morbiditat, que permetran en el futur adaptar els recursos a l'estat de salut de la població i fomentar una més bona gestió dels riscos associats.

- **Objectiu fins al 2015.** Implantar el nou model d'assignació territorial al 100% del territori i fer-ne el seguiment i l'avaluació.
- **Objectiu de resultats per al 2012.** Tenir el nou model d'assignació territorial i per als proveïdors preparat per iniciar la implantació el 2013.

Aquest projecte consisteix en la definició d'un **model que permeti una assignació de recursos a cada territori** adequada a les necessitats de salut de la seva població.

La construcció d'aquest model es basarà en dues tipologies de variables: (1) variables sociodemogràfiques que caracteritzin l'estructura de la població (distribució per edat i sexe, dispersió de la població, nivell de renda, etc.) i (2) variables que mesurin la morbiditat atesa (mitjançant agrupadors de casuística com els grups de risc clínic, GRC) per tal d'adaptar els recursos a l'estat de salut de la població i fomentar una més bona gestió dels riscos associats. La introducció d'aquestes variables és l'element més innovador d'aquest projecte que tindrà, com a factor facilitador clau, els sistemes d'informació.

Deixarem fora del model els procediments terciaris i d'alta complexitat així com els programes d'especial interès del Departament de Salut (PEIDS), ja que requereixen una consideració específica atès que no són activitats relacionades exclusivament amb un territori concret definit.

Un aspecte bàsic del projecte és la **definició de criteris i la identificació de les unitats territorials susceptibles d'aplicació del model**. La definició dels territoris ha de tenir en compte alguns criteris bàsics, com el volum de població resident o la disponibilitat dels recursos sanitaris necessaris per prestar la cartera de serveis bàsics comuna per a tot Catalunya. En aquest sentit, 150.000 habitants és el valor mínim necessari per acomplir tots dos criteris.

Aquest model finalitzarà durant l'any 2012, encara que s'establirà un pla de mitjà termini per a l'ajustament de les diferències entre l'assignació territorial teòrica i la resultant del model actual de contractació.

i. Exemples d'iniciatives en curs

- Realització d'experiències demostratives i avaluació d'un model de compra de serveis de base poblacional, que ha demostrat la utilitat del sistema així com la necessitat d'incorporar mesures de morbiditat atesa en el procés d'assignació de recursos.

ii. Objectius fins al 2015

- Implantar el nou model d'assignació territorial al 100% del territori i fer-ne el seguiment i l'avaluació

iii. Objectius de resultats per al 2012

- Tenir el nou model d'assignació territorial i per als proveïdors preparat per iniciar la implantació el 2013.

iv. Objectius de procés per al 2012

- Tenir definit un model d'assignació i a punt per iniciar-ne la implantació (2T2012).
- Tenir un model clar de contractació als proveïdors del territori, que baixi l'assignació territorial a cada proveïdor (2T2012).

Projecte 6.2. Implantar el nou model de contractació i incentius lligat a resultats

S'impulsaran tant incentius individuals com mancomunats en el territori per aconseguir una major integració entre proveïdors.

- **Objectiu fins al 2015.** Incorporar en els nous contractes un mínim d'un 5% d'incentius.
- **Objectius de resultat per al 2012.** Tenir el nou model d'incentius a l'atenció a la cronicitat i resolució dissenyat, provat i preparat per a l'extensió a Catalunya el 2013.

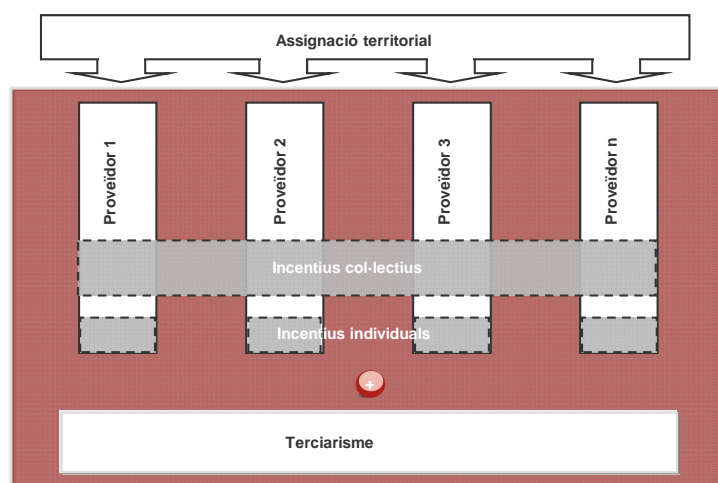
L'assignació territorial de recursos s'ha de traduir en els contractes amb les unitats proveïdores de cada territori, els quals han d'incloure incentius lligats a l'assoliment tant dels objectius fixats per a cada unitat proveïdora com dels definits al territori.

Els objectius territorials han de ser transversals i dinàmics, i han d'estar relacionats principalment amb resultats en salut, resolució, integració i satisfacció, per a l'assoliment dels quals caldrà la participació i la cooperació entre diferents entitats proveïdores i nivells assistencials.

Per articular-ho, promourem **un conveni territorial en què determinarem els objectius col·lectius per als proveïdors del territori i contractes individuals**, en segona instància, amb cada proveïdor. Delimitarem les aportacions de cada unitat proveïdora a l'assoliment dels objectius col·lectius per tal de poder imputar les compensacions corresponents a través dels contractes individuals, el pagament de les quals estarà condicionat a l'assoliment de l'objectiu en l'àmbit territorial. És rellevant destacar que caldrà que els incentius es transmetin de l'asseguradora als proveïdors i d'aquests als professionals.

Per tal d'aconseguir que els objectius que es marquin **transformin el model d'atenció de la manera definida**, caldrà: (1) que els incentius tinguin un pes prou important com per animar els proveïdors a fer aquests canvis (com a mínim un 5%); (2) que els objectius que es marquin no siguin estàtics i variïn al llarg del temps, i (3) que la part variable sigui pagada a compte (meritada) i es regularitzi de forma retrospectiva.

Esquema conceptual del model proposat



Font: Pla de salut de Catalunya 2011-2015.

Finalment, amb la **finalitat d'incentivar els processos de cooperació de les entitats i unitats proveïdores** al territori i garantir la transcendència i l'impacte dels processos d'avaluació, caldrà que es realitzin les activitats següents:

- Definició territorial d'objectius de resultats, d'acord amb les directrius emanades del Pla de salut i establertes prenent com a base les necessitats i expectatives de salut de la població.
- Establiment en l'àmbit territorial de mecanismes i dinàmiques de treball per a la presa de decisions de manera coordinada entre les entitats proveïdores que presten serveis en un territori determinat (paper clau de les TIC).
- Adquisició pels proveïdors del compromís de proporcionar els recursos (estructurals, humans i tecnològics) i els elements organitzatius necessaris per a la provisió dels serveis pactats.
- Compatibilitat general i territorial de la informació necessària per conèixer la situació i els riscos principals per a la salut de la població i l'existència d'un sistema d'avaluació comú per al territori (estretament lligat amb el paper de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya i amb l'avaluació clínica sistemàtica, desenvolupats en els projectes 9.3. i 9.4.).

Per assegurar l'èxit del projecte **potenciarem l'avaluació continuada del model** en la seva implantació per extreure'n els àmbits de millora i estendre'l a tot el territori de la manera més eficaç possible.

Aquest projecte té tres subprojectes:

- Introduir en el contracte de serveis sanitaris **incentius que promoguin una atenció dels pacients crònics millor i més coordinada.**

Proposem lligar els incentius a elements com la identificació nominal en l'àmbit territorial dels pacients crònics complexos, la implementació d'actuacions dirigides a l'ús adequat dels recursos sanitaris, la disminució dels ingressos urgents i les consultes a urgències, i l'ús adequat de medicaments.

- **Potenciar la capacitat de compra de l'atenció primària.** Una de les línies prioritàries de transformació del model assistencial és l'increment de la capacitat resolutiva de l'atenció primària. A aquesta finalitat poden contribuir diverses accions, com l'accés a proves diagnòstiques i a altres professionals o la protocol·lització de les relacions amb l'atenció especialitzada.

Aquest projecte consisteix a incorporar als contractes de serveis d'atenció primària un procediment que els confereixi un poder creixent sobre la compra de serveis intermedis determinats (per exemple, transport programat, derivacions a l'atenció especialitzada, etc.). La seva finalitat és anar dotant l'atenció primària d'una capacitat resolutiva creixent.

Aquest projecte s'iniciarà en un nombre reduït d'equips d'atenció primària (EAP) i en serveis seleccionats, i s'anirà ampliant progressivament, tant pel que fa al nombre d'equips com al de serveis.

Hi ha dues alternatives a l'hora de fer realitat el projecte: (1) mitjançant la compra directa pels EAP d'un territori i (2) amb el model DMA d'assignació d'una despesa màxima per EAP. Cal, però, vigilar l'efecte secundari que es pot derivar d'aquesta mesura, que és que l'EAP experimenti un increment dels costos de transacció, que en l'actualitat són mínims.

- **Implantar el nou model d'accessibilitat.** El projecte consisteix a incloure en els contractes els elements necessaris per passar d'un model com l'actual, basat en el volum de pacients en llista d'espera i centrat en la compra d'activitat d'aquesta llista, a un model basat en el reconeixement de la prioritat clínica d'uns malalts en relació amb uns altres.

i. Objectius fins al 2015

- Incorporar en els nous contractes un mínim d'un 5% d'incentius.

ii. Objectius de resultats per al 2012

- Tenir el nou model d'incentius a l'atenció a la cronicitat i resolució dissenyat, provat i preparat per a l'extensió a Catalunya el 2013.

iii. Objectius de procés per al 2012

- Tenir un model d'incentius, amb indicadors definits i negociats amb els agents.
- Haver realitzat almenys dues experiències demostratives amb els incentius col·lectius.

Projecte 6.3. Implantar el nou model de compra de procediments d'alta especialització

S'assignarà una tarifa a cada intervenció terciària d'alta complexitat a mesura que se'n vagi revisant l'ordenació.

- **Objectiu fins al 2015.** Contractar per separat els divuit procediments d'alta especialització que es revisaran fins al 2015.
- **Objectiu de resultats per al 2012.** Poder realitzar la contractació per separat dels procediments d'alta complexitat que es reordenaran durant el 2012.

Actualment, la contractació de procediments terciaris i d'alta complexitat es fa de manera conjunta amb la resta de serveis. Atesa la seva singularitat, **aquestes activitats no s'inclouran en el model d'assignació territorial**, ja que es realitzen en centres la referència dels quals és més àmplia que el territori concret en què estan ubicats.

Aquest projecte preveu la implantació progressiva de la compra separada d'aquest tipus d'activitats als contractes dels centres que les han de realitzar, d'acord amb la reordenació definida per la Comissió de Serveis d'Alta Especialització, establint una contraprestació econòmica adequada per activitat contractada i una correcció marginal per a l'activitat que ultrapassi el volum contractat, que es defineix prenent com a base models predictius.

Suposa, per tant, la identificació de les actuacions que es consideren terciàries i d'alta especialització i la seva reordenació a Catalunya, la definició dels centres de referència i dels fluxos, si escau, l'assignació d'una tarifa adequada a cada activitat i la seva incorporació als contractes dels centres definits com de referència.

i. Exemples d'iniciatives en curs

- Ja hi ha una compra específica de tècniques terciàries (per exemple, cirurgia cardíaca i neuroangiografia). Aquesta fórmula de contractació incorpora elements que permeten orientar la compra prenent com a base els resultats clínics.

ii. Objectius fins al 2015

- Contractar per separat els divuit procediments d'alta especialització que es revisaran fins al 2015.

iii. Objectius de resultats per al 2012

- Poder realitzar la contractació per separat dels procediments d'alta complexitat que es reordenaran durant el 2012.

iv. Objectius de procés per al 2012

- Haver definit una tarifa específica per a cada procediment reordenat durant el 2012.
- Haver realitzat el seguiment i l'avaluació (des del punt de vista de contractació) dels procediments reordenats.

Projecte 6.4. Incorporar el finançament dels medicaments prenent com a base els resultats clínics (acords de risc compartit amb la indústria farmacèutica)

Permetrà compartir el risc amb els proveïdors en la introducció de nous medicaments (especialment els de més cost).

- **Objectiu fins al 2015.** Generalitzar el model d'acords de risc compartit i disposar de deu acords signats al 2015
- **Objectiu de resultats per al 2012.** Haver signat tres nous acords de risc compartit i haver revisat el procés i model d'ARC.

La política farmacèutica cal que s'orienti cap a l'avaluació dels resultats en salut. Per tant, cal avançar en el coneixement del perfil real d'efectivitat i seguretat del medicament en el context de la pràctica clínica habitual.

En aquesta línia, i amb l'objectiu d'alinear objectius amb la resta d'agents del sistema sanitari, apostem per un **nou model de relació amb la indústria farmacèutica i per iniciar acords de risc compartit** en què el finançament d'alguns fàrmacs es pugui vincular als resultats en salut obtinguts en els pacients en condicions de pràctica clínica habitual. Es tracta d'un model innovador a Europa i al món, amb alguns referents com el Regne Unit i Itàlia.

L'any 2011, al CatSalut s'ha apostat per una introducció pautada i gradual que permeti adquirir experiència pràctica en el model d'acords de risc compartit a través de la posada en marxa d'algunes experiències demostratives.

En definitiva, avançar cap a un model de pagament dels medicaments per resultats clínics, especialment en medicaments amb incertesa pel que fa als seus resultats i d'elevat cost, sense deixar de considerar que en tot el procés és clau mantenir una interacció fluïda amb la indústria farmacèutica.

i. Exemples d'iniciatives en curs

- **Signatura del primer acord** entre CatSalut-ICO-AstraZeneca amb un citostàtic indicat en càncer de pulmó.
- **Constitució de la Comissió de Provisió i Finançament (CPF)** del CatSalut per elaborar i proposar nous marcs d'actuació en la compra i provisió dels fàrmacs.
- **Comissió d'Administració de la Indústria Farmacèutica (CAIF) per a la sostenibilitat i la innovació**, amb l'objectiu de consensuar mesures que permetin fer compatible l'eficiència, la qualitat i la seguretat de la prestació farmacèutica amb l'impuls a l'economia productiva i a la recerca i la innovació. Els acords serien una de les iniciatives clau.
- **CatSalut *Bio_Workshops***: jornades i tallers teòrics i pràctics per adquirir formació pel que fa a aquest tipus d'acords, amb coneixement d'experiències que estan en marxa en altres països, i per valorar les condicions per a la seva implantació eventual en el nostre entorn.

ii. Objectius fins al 2015

- Generalitzar el model d'acords de risc compartit i disposar de deu acords signats al 2015

iii. Objectius de resultats per al 2012

- Haver signat tres nous acords de risc compartit i haver revisat el procés i model d'ARC.

iv. Objectius de procés per al 2012

- Tenir un model d'acords de risc compartit (ARC), amb indicadors definits i negociats amb els agents.
- Haver signat tres nous acords de risc compartit amb la indústria farmacèutica.

LÍNIA D'ACTUACIÓ 7. INCORPORACIÓ SISTEMÀTICA DEL CONEIXEMENT PROFESSIONAL I CLÍNIC

Els professionals de la salut constitueixen un eix fonamental i vertebrador del sistema sanitari de Catalunya.

Es proposen **tres projectes clau** dins de l'àmbit d'aquest Pla de salut:

- Impulsar la creació de comitès clínics per propiciar la participació del coneixement professional en la planificació i avaluació del sistema sanitari.
- Elaborar un codi de principis dels professionals de la salut en l'exercici de la funció pública en el sistema sanitari de Catalunya.
- Assegurar la participació efectiva dels professionals en el CatSalut i el Departament de Salut.

Hi ha **elements addicionals que són objecte de l'acció de Govern** en relació amb els professionals de la salut, però que no es desenvolupen en l'àmbit d'aquest Pla de salut:

- Planificació dels professionals de la salut fonamentals per al sistema sanitari.
- Formació de grau, especialitzada i continuada.
- Sistemes d'acreditació globals en l'àmbit dels professionals de la salut.

La participació dels professionals de la salut en el desenvolupament, l'aplicació, l'avaluació i la millora d'aquest Pla de salut és fonamental i bàsica per al seu èxit. Com a fonament bàsic d'aquesta línia d'actuació hi ha la **participació i incorporació sistemàtica del coneixement professional**, en la qual cal diferenciar finalitats (informació, consulta, decisió, avaluació), àmbits (procés assistencial, òrgans de gestió i de govern dels centres, regulació compartida de la professió, polítiques sanitàries), nivells (individual, col·lectiu) i formes (formals, informals). Cal incorporar-hi també els conceptes de responsabilitat i rendició de comptes.

El Pla de salut és l'eina del Govern per provocar un canvi en el model assistencial i en la manera d'organitzar-se. Això no obstant, i tal com s'ha avançat en la introducció d'aquest document, **hi ha altres aspectes, que són pròpiament acció de Govern, que queden recollits en el Pla de Govern** i que, per tant, no es desenvolupen en el Pla de salut. En aquest sentit, s'ha cregut convenient enumerar-los i explicar breument quina és la direcció dels canvis que el Govern planteja en aquests tres apartats:

- **Planificació.** El Departament de Salut té com a objectiu disposar dels millors professionals de la salut mitjançant una planificació adequada de l'oferta formativa i la demanda de professionals, per evitar desequilibris i alhora garantir sistemes rigorosos i exigents de reconeixement professional.
- **Formació.** Els estudiants de ciències de la salut i els professionals de la salut demanen que el sistema sanitari els asseguri i faciliti un bon procés de formació i d'adquisició de les competències que requereix el seu exercici professional i un encaix adequat en el sistema sanitari per poder mantenir, millorar i desenvolupar totes les competències adquirides en l'etapa de formació. El Departament de Salut assumeix una **responsabilitat directa i irrenunciable en l'àmbit del desenvolupament professional**, que exercirà amb la implicació dels agents del sistema i, en especial, dels professionals de la salut, tant en el seu vessant individual com col·lectiu.
- **Accreditació.** El reconeixement, el manteniment i la millora de la competència professional i el desenvolupament professional continuat són una necessitat i una exigència per a la millora de la seguretat, la qualitat i l'eficiència de l'atenció sanitària. Cal articular mecanismes d'acreditació de l'adquisició, el manteniment i la millora de competències en coneixements, habilitats i actituds, des de la fase d'aprenentatge universitari fins a la fase de l'exercici professional i al llarg de tota la durada d'aquesta. Aquests mecanismes, que s'han de basar en criteris i processos públics i transparents, han de ser liderats, desenvolupats i aplicats pels mateixos professionals (col·legis professionals i societats científiques).

La línia d'actuació concreta desenvolupada en l'àmbit d'aquest Pla de salut se centra en la participació dels professionals mitjançant la incorporació sistemàtica del coneixement clínic en la presa de decisions i l'avaluació de resultats del sistema sanitari.

Aquest és un element cabdal per a una més bona gestió del sistema sanitari i per assolir els millors resultats possibles en salut (qualitat, seguretat i eficiència).

- En el context actual, els professionals de la salut han estat i són els primers a realitzar importants esforços per assegurar la qualitat i sostenibilitat del nostre sistema sanitari.
- Els professionals de la salut són l'eix fonamental i el motor del sistema sanitari.

El sistema de salut no ha estat capaç de clarificar finalitats i instruments de participació ni ha establert els canals de diàleg adequats amb els professionals en

els diferents àmbits en què caldria interactuar per incorporar sistemàticament el coneixement professional.

El sistema de salut incorpora habitualment el coneixement professional, però no ho fa d'una manera sistemàtica i no té uns instruments de participació ben establerts i estandarditzats.

Aquesta participació s'ha de dur a terme en la presa de decisions relacionada amb les polítiques sanitàries, el model sanitari, l'organització sanitària, l'avaluació, la gestió del propi temps de treball la relació assistencial i la pràctica clínica mitjançant diferents mecanismes i instruments. Aquesta participació implica identificar les regles que la governen, saber i conèixer quin n'és l'objectiu concret, assegurar un retorn adequat d'informació i emprar vies i mecanismes de comunicació àgils i transparents.

La participació i la incorporació sistemàtica del coneixement professional a la presa de decisions no requereix necessàriament estructures estables, però sí lideratge i implicació professionals, i un marc de relació clar i transparent que generi confiança i faciliti l'intercanvi d'opinions i els coneixements que garanteixin l'objectiu comú a tots els agents del món sanitari: gaudir d'un sistema sanitari segur, de qualitat i eficient. Per fer efectiva aquesta participació caldrà disposar d'eines que permetin resoldre biaixos de selecció de professionals en funció de la seva ubicació geogràfica o del nombre, en casos de consultes molt especialitzades.

Principis i model

Seguint el diagnòstic de situació, la prioritat estratègica que es proposa és la de clarificar i reordenar els elements i instruments de participació amb la incorporació del coneixement professional en la presa de decisions i l'avaluació del sistema sanitari de Catalunya.

Cal millorar la comunicació amb els professionals de la salut mitjançant la identificació d'interlocutors adequats potenciant la participació del coneixement professional en el procés de presa de decisions i incorporant aquest coneixement professional per a la prioritització, ordenació i avaluació de l'activitat assistencial amb criteris d'eficiència clínica (costos i resultats en salut).

Volem avançar cap al concepte de **governança clínica** i, en aquest procés, els professionals hi juguen un rol clau. En l'àmbit departamental haurem d'acordar una sèrie de principis i valors de sistema que hauran de ser transmesos als proveïdors (agència) i aplicats pels professionals de la salut (agent).

Projectes estratègics

S'han identificat tres projectes clau.

Projecte 7.1. Impulsar la creació de comitès clínics o grups de treball per propiciar la participació sistemàtica del coneixement professional en la planificació i avaluació del sistema sanitari

- **Objectiu fins al 2015.** Disposar d'un model avaluat de participació professional que sigui compartit i conegut entre els professionals.
- **Objectiu de resultats per al 2012.** Haver finalitzat el procés de participació dels tres estudis pilot.

Enfoquem aquest projecte amb l'ànim que els professionals participin en pràcticament totes les activitats del Pla de salut. Un fet ben diferent és el pes que ha de tenir aquesta participació en cada projecte. Així doncs, la seva participació ha de ser molt alta en tot allò que es refereix al coneixement i a la pràctica assistencial, i més baixa en allò que està més relacionat amb els elements organitzatius (per exemple, mecanismes de contractació).

Per tal d'aconseguir aquesta participació, el projecte definirà una dinàmica que servirà de model per facilitar la participació professional d'ara en endavant. Aquest model consistirà en (1) realitzar una proposta de temes (*call for topics*) oberta per a discussió; (2) definir els criteris d'elecció de participants, i (3) definir la dinàmica d'interacció.

Així doncs, el projecte té quatre grans fronts de treball:

- La definició i difusió del model.
- La selecció de temes a tractar en una primera onada de participació.
- La prova del model en almenys tres temes.
- L'avaluació de l'experiència.

Dit això, i considerant que aquest Pla de salut és força exhaustiu en els projectes de canvi en el model assistencial, creiem que els professionals almenys haurien de participar en:

- **La participació dels professionals en la creació de comitès clínics o de grups de treball per a la transformació del model d'assistència en relació amb la cronicitat** (línea d'actuació 2). El Pla de salut identifica la necessitat de crear comitès clínics per desenvolupar protocols assistencials i processos clínics en les malalties cròniques prioritzades en l'apartat Cronicitat. El treball en aquesta línia s'emmarca en una perspectiva clínica i ha de permetre identificar en cada moment d'evolució d'una malaltia crònica quina és la intervenció preventiva, terapèutica i de seguiment més adient i quins són els serveis més

adequats per dur-la a terme, i com s'han d'adaptar els papers dels professionals de la salut. Aquesta definició de processos es basa en el millor, més segur i més eficient maneig clínic dels pacients, incloent també el maneig terapèutic específic amb fàrmacs. Inclou la participació activa en la definició i l'avaluació dels resultats obtinguts.

- **La participació dels professionals de la salut en la millora de la resolució en els àmbits de relació més freqüents entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada** (projecte 3.1). Hi ha diverses iniciatives en curs per tal de millorar la resolució en algunes especialitats les quals preveuen accions dirigides a disminuir la freqüentació a l'atenció especialitzada, reduir la variabilitat territorial detectada, optimitzar les competències dels diferents professionals i incorporar nous perfils professionals. Totes aquestes iniciatives s'han treballat amb la participació dels representants dels professionals d'atenció primària i d'atenció especialitzada, de les societats científiques i dels proveïdors de serveis del sistema públic de salut. Inclou la participació activa en la definició i avaluació dels resultats obtinguts.
- **La participació dels professionals en l'ordenació territorial de la cartera de serveis segons nivells de complexitat** (projecte 3.3). S'ha iniciat a Catalunya un treball de definició de criteris i elements d'ordenació en cirurgia pediàtrica, fet en col·laboració amb els professionals de la salut designats per les organitzacions de proveïdors i les societats científiques implicades. El Pla de salut proposa estendre aquestes línies de treball a altres àrees d'especialització o d'atenció de determinades condicions. Inclou la participació activa en la definició i avaluació dels resultats obtinguts.
- **La participació dels professionals en l'ordenació de l'alta especialització** (projecte 4.1). A partir de factors de classificació de la complexitat i del criteri expert de la pràctica clínica dels grups de professionals, emprant metodologies de consens, s'ha d'arribar a aquesta classificació per reordenar l'anomenat *terciarisme*. Aquesta activitat s'ha de potenciar entenent-la com un focus de prestigi i d'innovació mèdica a Catalunya. En aquest sentit, s'ha de continuar garantint el desenvolupament dels professionals per millorar la qualitat de les intervencions i mantenir el posicionament de Catalunya com a referent quant a resolució de casos d'alta complexitat i en la recerca, la docència i la innovació de la pràctica clínica. Inclou la participació activa en la definició i l'avaluació dels resultats obtinguts.

i. Exemples d'iniciatives en curs

- En aquest mateix document s'han descrit, en els apartats corresponents, diverses experiències concretes en la participació dels professionals en la millora de l'àmbit de resolució entre atenció primària i atenció

especialitzada, la participació en l'ordenació territorial i en la definició i reordenació de terciarisme.

ii. Objectius fins al 2015

- Disposar d'un model avaluat de participació professional que sigui compartit i conegut entre els professionals.

iii. Objectius de resultats per al 2012

- Haver finalitzat el procés de participació dels tres estudis pilot.

iv. Objectius de procés per al 2012

- Escriure el document de definició del model.
- Identificar tres temes prioritaris.
- Haver finalitzat la prova de l'eina en els tres temes (pendent l'avaluació) .

Projecte 7.2. Elaborar un codi de principis dels professionals de salut en l'exercici de la funció pública en el sistema sanitari de Catalunya

- **Objectiu fins al 2015.** Disposar d'un codi de principis dels professionals de la salut en relació amb les organitzacions on duen a terme les seves activitats assistencials
- **Objectiu de resultats per al 2012.** Disposar d'un codi de principis dels professionals de la salut en relació amb les organitzacions on duen a terme les seves activitats assistencials

Actualment, els professionals no tan sols es relacionen amb els pacients sinó que també comença a prendre força la seva relació amb les empreses de les quals formen part. Per a la primera tipologia de relacions hi ha els codis de deontologia, que indiquen el codi de conducta general dels professionals amb els pacients i que no són objecte d'aquest projecte.

Per a la segona tipologia, volem impulsar el projecte 7.2. Aquest projecte té per objectiu crear un codi de principis per indicar com ha de ser el marc de relació entre els professionals i les seves empreses proveïdores, dintre de l'exercici de la funció pública. S'entén que les relacions entre els professionals i les empreses es poden analitzar a dos nivells: el nivell laboral i el nivell estrictament professional. Les relacions laborals ja tenen els seus mecanismes i una dinàmica pròpia de relació. El projecte 7.2. s'ocuparà del segon nivell: les relacions professionals.

Per enfocar aquest projecte tenim els fronts de treball següents:

- Organitzar una jornada de treball amb professionals del sector i experts per determinar les dimensions concretes que han de guiar aquests principis

(per exemple, definir la frontera entre lleialtat a l'empresa i lleialtat als pacients).

- Recollir les opinions concretes dels professionals sobre els principis identificats en el taller (*workshop*) (àmbit col·laboratiu ampli).
- Redactar, publicar i comunicar el codi.

Cal destacar que no partim de zero en aquesta tasca i que, en aquest sentit, hi ha precedents, com l'informe Nolan al Regne Unit (Grup Consultiu sobre Normes de Conducta en la Vida Pública), pensats per guiar la conducta dels servidors públics, que es consideren àmpliament acceptables i aplicables a altres àrees, i que ofereixen un conjunt bàsic de principis que poden ser aplicables als professionals de la salut en l'exercici de les seves funcions en el sistema sanitari públic. Aquests principis són: (1) capacitat d'assumir l'interès públic; (2) integritat; (3) objectivitat; (4) responsabilitat; (5) transparència; (6) honestat, i (7) capacitat de decisió-lideratge.

i. Objectius fins al 2015

- Disposar d'un codi consensuat de principis dels professionals de la salut en relació amb les organitzacions on duen a terme les seves activitats assistencials, difondre'l i aplicar-lo

ii. Objectius de resultats per al 2012

- Disposar d'un codi de principis dels professionals de la salut en relació amb les organitzacions on duen a terme les seves activitats assistencials.

iii. Objectius de procés per al 2012

- Celebrar una jornada de treball per redactar un esborrany de principis.
- Discutir l'esborrany entre els participants de la jornada de treball i els experts i tenir-lo a punt de publicar.

Projecte 7.3. Assegurar la participació efectiva dels professionals en el CatSalut i el Departament de Salut

S'identificaran i es definiran les regles que regeixen la participació dels professionals en la transformació del sistema i la presa de decisions.

- **Objectiu fins al 2015.** Consolidar mecanismes estables de consulta i participació dels professionals en la seva relació amb el Departament i el CatSalut
- **Objectiu de resultats per al 2012.** Tenir testat i avaluat el model

El projecte s'adreça a trobar els mecanismes més adients i senzills per fer possible la participació activa dels professionals de la salut aprofitant-ne tot el coneixement i l'expertesa en la planificació, gestió, avaluació i governança del model sanitari de Catalunya, especialment en el seu vessant assistencial.

L'enfocament que donem al projecte és en quatre fronts de treball clars:

- Definir el **model de participació** (no incompatible amb els consells de participació).
- Identificar els **temes concrets** que s'han de tractar i els criteris per a l'elecció de nous temes.
- Identificar **líders d'opinió**.
- Realitzar el **seguiment i l'avaluació** de la participació.

En el primer dels fronts de treball (definició del model) cal destacar la voluntat d'apostar per una vertadera participació dels professionals, oberta i dinàmica. Volem apostar per un model que consisteixi en grups de professionals disposats a donar la seva opinió de manera regular sobre temes que proposin el Departament de Salut i el CatSalut, i viceversa, principalment a través de les noves tecnologies (per exemple, enquestes en línia). El model es basarà en el fet que aquests grups de professionals formaran cercles de participants de diferents àmbits (per exemple, atenció primària, professionals de fora la Regió Sanitària Barcelona, etc.) i que donaran la seva opinió de manera regular (per exemple, trimestralment i ad hoc, quan sigui necessari)

i. Exemples d'iniciatives en curs

- Documents de treball del Consell de la Professi6 Mèdica de Catalunya i del Consell de la Professi6 Infermera de Catalunya: participaci6 de professionals de la medicina i de la infermeria en els 6rgans de govern i de gesti6 dels centres sanitaris.

ii. Objectius fins al 2015

- Consolidar mecanismes estables de consulta i participaci6 dels professionals en la seva relaci6 amb el Departament i el CatSalut.

iii. Objectius de resultats per al 2012

- Tenir testat i avaluat el model.

iv. Objectius de procés per al 2012

- Tenir el model dissenyat.
- Identificar els temes i àmbits.
- Realitzar dues proves pilot.

- Avaluar les dues proves pilot. Any 2012.

LÍNIA D'ACTUACIÓ 8. MILLORA EN EL GOVERN I EN LA PARTICIPACIÓ EN EL SISTEMA

En l'àmbit del govern i la participació, s'hi inclou l'anàlisi de:

- Model de direcció i de participació del CatSalut.
- Model de relació amb la xarxa de proveïdors del SISCAT.

En el primer dels àmbits, volem revisar el model de govern i participació, central i territorial, del CatSalut mitjançant, principalment, les accions següents:

- Revisar l'efectivitat del model i de la naturalesa de les funcions i representativitats dels agents en els diferents òrgans de direcció i participació.
- Desplegar els consells de direcció i de participació de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris reforçant l'efectivitat de la participació local en el marc legal que disposa la LOSC cercant un model propi i actualitzat.

En el segon dels àmbits, volem reforçar el model de relació amb la xarxa de proveïdors del SISCAT mitjançant, principalment, les accions següents:

- Aprofundir en el model de separació de funcions i establir un model de relació homogeni amb la xarxa, sigui quina sigui la titularitat de les entitats que la configuren.
- Reforçar el contracte i l'avaluació com a instruments de relació amb els proveïdors.
- Desplegar el procés de reformulació del sector públic de la salut com a prestador de serveis sanitaris: ICS, empreses públiques i consorcis.

Per aconseguir realitzar aquests projectes amb èxit, els canvis legislatius, el reforçament del contracte com a font de relació entre l'asseguradora i els proveïdors, i el canvi en el model de contractació són tres elements clau.

Després de vint anys de l'aprovació la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), l'any 1990, és un bon moment per revisar si els models de govern i participació del sistema que havia de reforçar els trets diferencials del model sanitari català avalats pels resultats d'eficiència i excel·lència, es mantenen o si s'han diluït.

En aquest bloc s'aprofundirà en els elements de millora de la governança del model de direcció i de participació del CatSalut, i en el model de relació amb la xarxa de proveïdors del SISCAT.

Pel que fa al primer àmbit (model de direcció i de participació del CatSalut), cal recordar que un dels elements de consens de la LOSC va ser el del model de direcció descentralitzat (CatSalut, regions sanitàries i sectors sanitaris) i participatiu (amb representació de tots els agents del sistema). Els consells de direcció i de participació de les regions sanitàries només es reuneixen preceptivament per aprovar el pressupost i la memòria d'activitat, i els dels sectors sanitaris no s'han desplegat. Paral·lelament s'han creat els governs territorials de salut (GTS) com a model de governança compartida amb el món local, amb una complexa trama de consells i comissions de govern i de participació. D'altra banda, ni el CatSalut ni els agents que participen en els consells no han aconseguit donar-hi valor tant en continguts com en canals de participació i pertinença que cal comunicar als diferents agents.

Pel que fa al segon àmbit (model de relació amb la xarxa de proveïdors del SISCAT), ens trobem amb un model de governança cada vegada més condicionat per la naturalesa jurídica de les entitats que formen part de la xarxa (ICS, empreses públiques i consorcis, i centres concertats sense participació majoritària de la Generalitat de Catalunya), que ens allunya del model desitjat de separació de funcions de finançament i provisió dels serveis amb una xarxa de centres que afavoreixi la gestió empresarial i professionalitzada dels serveis, governada pel Departament de Salut a través de polítiques i estratègies de salut operativitzades des del CatSalut amb el contracte i l'avaluació. Alhora, a través d'instruments de planificació i d'altres, l'Administració ha entrat més en el "com" que en el "què" i "amb quins resultats" s'han de prestar els serveis.

Principis i model

Prenent com a base el diagnòstic breu, neixen dos grans àmbits de canvi i una sèrie de principis per a cada un d'ells:

a) Model de direcció i de participació del CatSalut

En primer lloc és important recuperar el valor essencial del que haurien de ser els drets i deures dels òrgans de direcció i dels òrgans de participació de qualsevol entitat. En general, destaquen:

- **Els òrgans de direcció** acostumen a desenvolupar dues funcions principals: (1) tenir responsabilitat compartida en la definició de les línies

estratègiques i comunicar-les a l'organització i (2) fixar objectius, fer una avaluació continuada de resultats i proposar mesures correctores. En tot aquest procés, cal assegurar la independència dels membres integrants dels òrgans per evitar que representin els seus interessos individuals i assegurar que assumeixen la responsabilitat compartida en la presa de decisions (en el cas concret que ens ocupa, assegurar la sostenibilitat i el progrés de la sanitat pública del nostre país).

- **Els òrgans de participació** tenen també dues funcions principals: (1) rebre informació rellevant dels agents involucrats i (2) realitzar recomanacions que permetin incorporar una perspectiva externa i una guia per temes concrets a llarg termini. En aquest procés, la proximitat als agents és un factor clau.

Finalment, per tal de desenvolupar amb èxit les funcions dels òrgans de direcció i de participació es recomana, d'una banda, crear quadres de comandament fermes que sàpiguen capturar la situació real amb les mètriques clau i, de l'altra, comunicar en cascada les propostes i els acords als respectius representats de manera successiva.

En general, prenent com a base aquesta descripció de drets i deures dels òrgans de direcció i de participació, i considerant els reptes als quals ens enfrontem, les principals línies estratègiques de canvi que proposem són:

- Recuperar l'essència del model de direcció i de participació que recull la LOSC i reforçar-lo, però actualitzant-lo i cercant un model propi proper a la realitat del model sanitari català i a les noves tendències dels països del nostre entorn.
- Simplificar i garantir l'efectivitat dels òrgans de direcció i de participació centrals i territorials.
- Incorporar-hi la visió d'un sistema integral d'atenció a les persones: salut pública-atenció sanitària-atenció a la dependència per reforçar el valor del contínuum assistencial.
- Reforçar la coresponsabilitat i la participació activa de tots els agents.

b) Model de relació amb la xarxa de proveïdors del SISCAT

Les peces clau del model sanitari català són: (1) el model de relació del CatSalut amb els centres que configuren la xarxa sanitària de cobertura pública i (2) el reforçament de l'organització instrumental del model (sistema d'acreditació, de planificació, de contractació, d'avaluació i incentius, i de rendició de comptes). **Partint del convenciment del valor diferencial d'aquest model sanitari i de la seva contribució a la sostenibilitat i al progrés del sistema sanitari**, les línies estratègiques d'actuació que es plantegen són:

- Desadministrativitzar la xarxa de proveïdors i que la naturalesa jurídica de les entitats no obligui a mantenir models de governança i de limitació dels instruments de gestió que segmenten la xarxa i generen confusió en el model de relació del CatSalut amb les entitats que la configuren.
- Revisar i actualitzar els instruments de governança (acreditació, planificació territorial de serveis, contractació, avaluació i incentius, i rendició de comptes) i reforçar el contracte com a instrument que ha de permetre alinear als agents en la consecució dels objectius de política sanitària i de model de resolució assistencial.
- Potenciar la xarxa TIC com a element integrador del SISCAT al servei d'un model d'atenció basat en el contínuum assistencial.
- Promoure la rendició de comptes i la transparència de resultats com a element que incentiva la millora de l'eficiència clínica i econòmica dels centres i del conjunt del sistema.
- Promoure sinergies a la xarxa que permetin optimitzar recursos humans, físics i de serveis, i també millorar-ne l'eficiència.

Projectes estratègics

Per tal de desenvolupar aquest nou model de govern i de participació, proposem posar en marxa nous projectes, així com impulsar els que avui ja hi ha en curs. Neixen els dos grans projectes que es descriuen a continuació.

Projecte 8.1. Revisar el model de direcció i de participació del CatSalut

Es busca aconseguir que es garanteixi l'efectivitat dels òrgans de direcció i de participació i se'n reforci la coresponsabilització de tots els agents.

- **Objectiu fins al 2015.** Desplegar un model propi de direcció i de participació del CatSalut, de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris.
- **Objectius per al 2012.** Desplegament efectiu dels consells de direcció dels sectors i aprovació dels nous reglaments de funcionament i dels quadres de comandament i replantejament del model de participació.

Les principals línies estratègiques del projecte són:

- Revisar la representativitat dels agents en els diferents òrgans de direcció i de participació reforçant la contribució del coneixement professional i dels ciutadans i pacients.
- Revisar la delimitació territorial dels sectors sanitaris per tal d'adequar-la a l'àmbit natural d'assignació de recursos del CatSalut, desplegar els consells de

direcció dels sectors sanitaris i repensar el model de participació. Reconsiderar els governs territorials de salut (GTS).

- Reforçar, d'acord amb la LOSC, el rol de govern de les regions sanitàries i els sectors en l'àmbit de la planificació, contractació i avaluació en el marc dels objectius del Pla de salut de Catalunya.
- Reconèixer la flexibilitat i adaptabilitat territorial al desplegament de comissions territorials en l'àmbit de les regions sanitàries i/o dels sectors sanitaris.
- Revisar els reglaments de funcionament intern dels consells i reforçar i sistematitzar els instruments d'informació i comunicació que permetin que els membres dels consells exerceixin les funcions de govern i/o de seguiment i participació.
- Elaborar el codi ètic de govern i participació, i de drets i deures dels representants en els diversos consells (destacant-hi, per exemple, l'obligatorietat d'elaborar un quadre de comandament i d'informar en cascada els agents representats).

Destaquen quatre elements clau en la implantació d'aquest projecte:

- **El Projecte de llei d'agilitat i reestructuració administrativa** (en el marc de les lleis òmnibus) reforça la representativitat dels professionals (corporacions professionals sanitàries) i dels ciutadans (associacions de consumidors, usuaris i/o malalts) en els òrgans de direcció i de participació del CatSalut i reforça la representativitat del món local en els consells de direcció i de participació dels sectors sanitaris (no pot ser inferior al 40%). Alhora, reconeix la possibilitat de crear comissions específiques de treball, de caràcter temporal o permanent, d'àmbit territorial o funcional.
- Pel que fa al **desplegament efectiu dels consells de direcció i de participació dels sectors sanitaris** és clau que la seva delimitació territorial es correspongui amb la de **planificació, assignació territorial de recursos i avaluació** de resultats del CatSalut. Amb aquest criteri caldrà revisar la delimitació actual dels sectors sanitaris.
- **Les funcions que la LOSC atribueix als òrgans de direcció i de participació dels sectors sanitaris no desplegats fins ara tenen valor executiu en les polítiques del CatSalut** perquè formen part de la seva estructura de govern i de participació. En conseqüència, tant per donar valor a l'efectivitat d'aquests òrgans com per simplificar i racionalitzar els òrgans de govern i participació territorial en salut es reconsidera, un cop desplegats efectivament els consells dels sectors, l'existència dels GTS.

- Caldrà **revisar els reglaments de funcionament dels consells de direcció i de participació del CatSalut** per tal d'avançar cap a un model sistematitzat i d'informació i coresponsabilització en la presa de decisions.

i. Objectiu fins al 2015

- Desplegar els òrgans de direcció i de participació del CatSalut i de les regions sanitàries i els sectors sanitaris cercant un model propi de proximitat.

ii. Objectius per al 2012

- **Desplegament efectiu dels consells de direcció dels sectors sanitaris** un cop se n'hagi revisat la delimitació territorial i repensar el model de participació del CatSalut. Any 2012.
- Aprovació dels **nous reglaments de funcionament** i els quadres de comandament/seguiment dels **consells de direcció**. Any 2012.

Projecte 8.2. Reforçar el model de relació amb la xarxa de proveïdors del Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) basat en el contracte i l'avaluació

Es busca, d'una banda, aprofundir en el model de separació de funcions i establir un model de relació amb la xarxa homogeni basat en el contracte i l'avaluació; i, de l'altra, desplegar el procés de reformulació del sector públic com a prestador de serveis sanitaris.

- **Objectiu fins al 2015.** Potenciar un model únic de relació amb els proveïdors que garanteixi un tracte equitatiu i posi en valor les capacitats de gestió del sistema.
- **Objectius per al 2012.** Inici del desplegament de la reformulació de l'ICS i del sector públic de salut assistencial i reforçament del model de contractació i avaluació de resultats.

Les principals línies estratègiques del projecte són:

- Desplegar el procés de reformulació de l'ICS amb l'objectiu de normalitzar-ne la integració efectiva al SISCAT en l'àmbit de les unitats productives, d'instruments de gestió i del model de relació amb el CatSalut (concertació).
- Iniciar un procés de reformulació del sector públic de la salut (empreses públiques i consorcis) que, preservant el govern del patrimoni que li correspongui a l'Administració, retorni la gestió a estructures de provisió que potenciïn l'autonomia de govern, la flexibilitat de gestió i alhora la responsabilitat directa en els resultats.

- Reforçar els instruments de governança del CatSalut amb el SISCAT (desenvolupat en detall a les línies d'actuació 6 i 9).
- Impulsar la Central de Resultats i l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (OSSC) com a instruments al servei de les polítiques de millora dels centres i professionals del SISCAT.
- Posar en valor i promoure les sinergies i les aliances estratègiques entre proveïdors per millorar l'eficiència individual i col·lectiva de la xarxa.

En la implantació d'aquest segon projecte destaquen quatre elements clau:

- **En l'àmbit de l'ICS, és important que els centres disposin de personalitat jurídica pròpia en el marc del mateix ICS**, que el CatSalut hi estableixi contractes o concerts amb els mateixos requeriments i condicions que amb la resta de proveïdors de la xarxa, i també que l'ICS pugui tenir els mateixos instruments de gestió per participar activament en els processos de reordenació que s'estableixin en el SISCAT.
- **Pel que fa a l'àmbit del sector públic assistencial**, empreses públiques i consorcis que gestionen la prestació de serveis sanitaris, cal avançar en un procés de transformació singular i específic que, preservant el patrimoni públic, retorni a les entitats la capacitat de gestió i l'assumpció de la responsabilitat de l'acompliment de resultats.
- **Nou sistema d'assignació de recursos i de contractació del CatSalut**, coherent amb el nou model assistencial d'atenció a les persones, que recull aquest Pla de salut i que situa la planificació, el contracte i l'avaluació en els eixos de governança del sistema (vegeu la línia d'actuació 6).
- **Sistemes d'informació del SISCAT, instruments de l'asseguradora i sistemes d'informació compartits amb el sector i els professionals** (per exemple, la Central de Resultats i l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya) com a instruments per a la presa de decisions, millora de la qualitat i rendició de comptes (vegeu la línia d'actuació 9).

i. Objectiu fins al 2015

- Potenciar un model únic de relació amb els proveïdors que garanteixi un tracte equitatiu i posi en valor les capacitats de gestió del sistema.

ii. Objectius per al 2012

- **Desplegament del procés de reformulació de l'ICS** i del sector públic de la salut. Any 2012.
- **Reforçament del model de contractació i avaluació de resultats** no només com a instruments de relació del CatSalut amb el SISCAT sinó

també com a instruments de canvi i transformació del model assistencial.
Any 2012.

LÍNIA D'ACTUACIÓ 9. INFORMACIÓ COMPARTIDA, TRANSPARÈNCIA I AVALUACIÓ

- La gestió de la informació és clau per al sistema, tant en el vessant d'una **major integració entre proveïdors** i amb els ciutadans com per poder fer **el sistema més transparent i disposar de sistemes d'avaluació**.
- Els principis que han de regir la gestió de la informació són:
 - Model de governança unificat.
 - Els proveïdors han de compartir la informació en línia.
 - S'ha de gestionar la informació en tot el sector.
 - Assegurament dels valors d'independència, rigor i transparència
 - La informació ha d'estar validada, auditada i avaluada.
 - S'ha d'incorporar el coneixement clínic en l'avaluació i la rendició de comptes.
- En aquest bloc es preveuen quatre grans projectes:
 - Transformar la història clínica compartida a Catalunya (HCCC) en una xarxa d'informació i serveis que faciliti la integració entre tots els proveïdors.
 - Desplegar una xarxa multicanal de comunicació i atenció als ciutadans (Sanitat Respon, Canal Salut i carpeta personal de salut).
 - Consolidar l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya com a base per a la transparència d'informació, i potenciar la Central de Resultats com a eina d'avaluació.
 - Potenciar l'avaluació clínica sistemàtica en els àmbits de les tecnologies, la qualitat i la recerca.

La **gestió de la informació és un component fonamental** per assegurar la integració, la transparència i l'avaluació del sistema sanitari de Catalunya i és absolutament essencial per poder **oferir un servei assistencial integrat** mitjançant una xarxa d'informació compartida i per donar **transparència i disposar de mecanismes d'avaluació i rendició de comptes**.

Les noves tecnologies fan possible l'establiment de models de col·laboració entre els professionals, l'Administració i els ciutadans que:

- Faciliten la realització dels actes assistencials.
- Incrementen la continuïtat assistencial afavorint la integració entre proveïdors i el compartiment de serveis o processos assistencials.
- Permeten un cicle de vida complet de la informació, des de la generació a la difusió de coneixement del sistema sanitari.
- Esdevenen un instrument clau per a l'avaluació i la millora dels resultats de l'atenció sanitària.

Assolir aquests models **requereix transformacions** organitzatives importants, tant en la mateixa gestió de les tecnologies, amb una governança clara del Departament de Salut, com en les entitats que les utilitzen, per treballar de manera col·laborativa amb el conjunt del sistema sanitari de Catalunya.

El Pla de salut 2011-2015 estableix tres àmbits fonamentals per a la governança del cicle de vida complet de la informació fins a la gestió del coneixement i l'avaluació del sistema de salut de Catalunya:

a) **Anella TicSalut: xarxa d'informació i serveis de salut de Catalunya**

En el context actual, principalment per la necessitat de donar un millor servei als pacients crònics, ens trobem amb la necessitat d'oferir **un model assistencial amb un major grau d'integració**. Per fer-ho, s'ha de tenir en compte que la gestió **compartida de la informació és un requisit indispensable**, que té un paper fonamental.

Consolidar una xarxa d'informació, d'infraestructures i de serveis compartits representa un gran repte per a Catalunya. El model sanitari català es caracteritza per una alta diversitat de proveïdors. Aquesta diversitat fa que cadascun dels proveïdors tingui independència per desenvolupar els seus propis sistemes de gestió de la informació i, fins i tot, que hagi invertit en la creació de xarxes locals per compartir la informació. Aquesta planificació d'àmbit local o de cada proveïdor i la falta d'un model de governança clar del sector ha desembocat en una estructura heterogènia dintre de la qual establir protocols comuns representa un gran repte.

Tot i això, en els últims anys s'ha avançat en diversos fronts:

- S'han encomanat les competències bàsiques per a la governança de la xarxa d'informació del sistema de salut català al **Centre de Serveis TicSalut de l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS)**.
- **En la denominació comuna Anella TicSalut**, s'hi inclouen ja avui **iniciatives** que s'han posat en marxa per garantir un **flux d'informació entre proveïdors**.
 - **La recepta electrònica** a la pràctica està totalment desplegada en l'atenció primària i permet la gestió en línia de pràcticament la

totalitat de la prestació farmacèutica, amb més de trenta entitats proveïdores prescrivint i totes les oficines de farmàcia connectades.

- **La HCCC i el Pla per la digitalització de la imatge mèdica a Catalunya** permeten ja l'intercanvi d'informes clínics, diagnòstics, documents mèdics (voluntats anticipades, etc.) i imatges entre la pràctica totalitat dels agents de la xarxa de salut. La publicació de les diferents modalitats d'imatge mèdica digital ha permès l'eliminació, en molts casos, de la impressió de plaques radiològiques i l'accés senzill i integrat mitjançant la HCCC al resultat de les proves entre proveïdors diferents en el territori. Tot i això, el **grau d'utilització de la HCCC per part dels proveïdors és encara limitat** i no hi ha polítiques definides que assegurin unes normes d'utilització necessàries per disposar d'un sistema en línia.
- Quant a la introducció de les TIC en la relació entre el sistema de salut i els mateixos ciutadans, tota la interacció per web es canalitzarà a través del **Canal Salut** i en aquest moment ja s'ha començat el desplegament de la **carpeta personal de salut**, que permet que més de 88.000 ciutadans tinguin accés a la informació de la seva HCCC i a la prescripció activa.
- S'han desenvolupat **iniciatives puntuals però capdavanteres en telemedicina que cal ampliar**, com és el cas de la **Xarxa Teleictus**, que aporta la tecnologia de base per fer possible la reordenació dels serveis de guàrdia relacionats amb el Codi ictus.
- **També sota la denominació Anella TicSalut** s'ofereixen ja avui serveis tecnològics de telecomunicacions, de seguretat, d'interoperabilitat i de processament de dades, que garanteixen el funcionament rutinari i eficient dels serveis.

Malgrat tots aquests resultats, cal anar més enllà per poder afrontar els reptes que representen la sostenibilitat del mateix sistema de salut i la millora contínua de la qualitat assistencial. Això no només requereix **assegurar la compartició dels resultats clínics sinó també la continuïtat del mateix procés clínic** entre diferents proveïdors per tal d'obtenir una atenció efectiva, segura i eficient en tots els àmbits.

b) Observatori del Sistema de Salut de Catalunya

En un entorn de gestió complex com el que suposa un sistema de salut, l'accés a una **informació sistemàtica, orientada a avaluar l'assoliment de fites, que utilitzi indicadors objectius, vàlids, sensibles, específics i compartits, representa un actiu intangible de molta importància.**

Malgrat aquest fet, no s'han abordat amb determinació les millores estructurals i tecnològiques orientades a la gestió i l'explotació de la informació sanitària.

L'estructuració, la integració i la difusió actuals de la informació del sistema sanitari de Catalunya són un reflex de la fragmentació de la informació sanitària, estan vinculades monogràficament a l'activitat de cada organització, s'estructuren en departaments estancs i han evolucionat autònomament sense una visió global sistèmica. Altres aspectes, com els reptes associats a la privacitat i la confidencialitat, han donat lloc al desenvolupament d'eines d'informació, de comunicació i de coneixement de petita escala, molt particularitzades i no integrades.

L'esforç fet els darrers anys per millorar els sistemes d'informació ha estat més que notable en l'àmbit sanitari català i especialment des de la perspectiva de l'asseguradora pública. En particular, els avenços en el disseny i l'aplicació d'estratègies TIC han permès disposar de més i millor informació, però **encara cal realitzar esforços per integrar aquesta informació** per tal de poder-la tractar de manera més eficient i beneficiosa. Aquest és un element clau en la conjuntura actual de debat sobre la sostenibilitat del sistema sanitari i l'aposta per la transparència en la informació i la rendició de comptes davant la ciutadania.

El repte ara és **garantir que seguim avançant cap a una major interoperabilitat entre els actors clau del sistema.** Apostar per aquesta integració comporta vèncer diverses dificultats tècniques, legals, d'organització, de resistències de l'entorn i de desenvolupament d'habilitats dels diferents professionals del sistema sanitari.

En aquest context, neix l'**Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (OSSC)**, que forma part de l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS). L'Observatori ha de ser un **òrgan que integri la informació disponible i necessària per oferir-la de forma àgil tant a agents interns com externs del sector de la salut.**

L'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya i, en concret, un dels seus productes, la Central de Resultats, ha d'ajudar a difondre els resultats assolits en l'àmbit de l'assistència sanitària pels diferents agents integrants del sistema sanitari d'utilització pública.

c) Avaluació, transferència i impacte

L'avaluació és un element clau en el procés de presa de decisions a diferents nivells. L'objectiu del sistema sanitari i, per tant, de la pràctica clínica, és aconseguir el màxim valor possible amb els recursos disponibles. Per poder garantir que se'n manté o se n'incrementa el valor és imprescindible aportar informació basada en el coneixement del sistema de salut.

Aquesta avaluació dels resultats del sistema sanitari s'ha de fer des de dues perspectives diferents, però complementàries: l'avaluació per prendre decisions i l'avaluació per retre comptes.

- **Per a la presa de decisions.** Poder emetre recomanacions per a la millora del sistema prenent com a base l'anàlisi, l'estudi i l'avaluació de

l'eficàcia, la seguretat, el cost, l'eficiència i les conseqüències de la introducció de tecnologies, els recursos, la recerca i/o les millores organitzatives (innovació). Cal establir les avaluacions següents:

- **Avaluació des de la perspectiva de la seguretat clínica.** L'avaluació de la seguretat clínica té sentit pel que fa a la qualitat (no es pot parlar de qualitat en el marc d'uns dispositius assistencials insegurs) i pel que fa a la percepció que té la ciutadania de la qualitat del servei (l'ésser humà és més sensible a la pèrdua que al guany).
- **Avaluació de sistemes complexos.** En el cas dels dispositius assistencials la complexitat se centra en la intervenció de múltiples professionals que, en molts casos, pertanyen a organitzacions diferents. L'avaluació dels sistemes complexos és especialment important en el marc de les innovacions organitzatives.
- **Avaluació de l'efectivitat.** Massa sovint s'assumeix que l'eficàcia identificada en els assaigs clínics es donarà automàticament en la pràctica habitual, però les característiques pròpies del sistema sanitari, de les organitzacions i de la pràctica clínica dels professionals són factors que condicionen els resultats. Per això, l'avaluació de l'efectivitat és fonamental (*compared effectiveness research* o *pragmatic trials*).
- **Per a la rendició de comptes.** Es pren com a base l'avaluació dels resultats assolits en termes de qualitat i millora de la salut i de l'assistència sanitària a la ciutadania. Els ciutadans, en relació amb les administracions públiques en general, exigeixen informació, consulta i participació. En el marc del sistema sanitari, a més, els ciutadans volen:
 - Informació per poder **prendre decisions (compartides) que afecten directament la seva salut** (quina resposta poden esperar d'un tractament, de quines alternatives disposen i/o quin és el centre que té més bons resultats).
 - **Accés a estudis d'avaluació que retin comptes de les accions dutes a terme i els resultats associats, tant a nivell clínic com sanitari o de gestió.**

És imprescindible que tot aquest procés es faci en un marc de transparència. Per aconseguir-ho calen dos elements: l'avaluació robusta i la difusió. Així, la creació del Banc de Coneixement integrarà les avaluacions del sistema sanitari de Catalunya en l'àmbit de les tecnologies sanitàries, la qualitat de l'atenció i la recerca de l'AIAQS.

Principis i model

Els principis que han de regir la gestió del coneixement del sistema de salut de Catalunya són:

- Model de **governança unificat** i participat que permeti **alinejar les estratègies de salut i serveis amb l'estratègia** de gestió de la informació.
- Gestió de la informació de **tot el sector**, ja que la **propietat de la informació és dels ciutadans** i, per extensió, del sector sanitari en el seu conjunt.
- **Compartició en línia** de la informació **entre els proveïdors**.
- Assegurament dels **valors d'independència, rigor i transparència** en els processos de gestió de la informació.
- **Informació de qualitat, auditada, avaluada i integrada** per garantir que la presa de decisions sigui acurada i pertinent.
- Incorporació del **coneixement clínic en l'avaluació i en la rendició de comptes**.

El model per a la gestió del coneixement del sistema sanitari de Catalunya ha de partir d'un model de **governança unificat que estigui coordinat amb les estratègies que parteixen del Departament de Salut**. Així doncs, és necessari que qualsevol desenvolupament, projecte o àmbit d'actuació tingui un propietari clar de tipus estratègic i que estigui associat de forma directa a unes prioritats de salut o de serveis.

Per potenciar una major integració entre els diferents nivells assistencials (prioritat del Pla de salut de Catalunya), **cal estendre i millorar els serveis i continguts de l'Anella TicSalut**, i garantir la participació de tots els agents amb les capacitats en TIC necessàries i a un cost raonable.

La governança de l'Anella TicSalut s'ha de realitzar a l'AIAQS, ja que en la direcció d'aquesta Agència hi participen tots els agents del sistema de salut i perquè té encomanada aquesta missió en els seus estatuts.

Des de l'**AIAQS** cal, doncs, anar **dissenyant, desenvolupant i posant a l'abast dels proveïdors tots aquells serveis de TIC que fan possible la continuïtat de la informació** en el conjunt del sistema de salut de Catalunya. Es tracta de facilitar, entre d'altres coses, l'ús d'estàndards semàntics en tot el sector i d'aprofitar economies d'escala en la prestació de serveis, l'adquisició de llicències i la configuració de solucions per a estacions clíniques.

Al mateix temps l'**AIAQS ha de tenir la responsabilitat d'actuar com a punt de referència en la gestió del coneixement** i ha de ser un autèntic òrgan facilitador de la introducció d'aquestes tecnologies, tant sobre l'aplicació i l'ús de les tecnologies de la informació en el sector de la salut com en el suport tecnològic, metodològic i operatiu en la gestió de la informació i en l'avaluació dels resultats en salut.

Per últim, en l'avaluació, hi han de participar els millors experts en la matèria, especialment en el disseny de la intervenció i en la interpretació dels resultats clínics.

Projectes estratègics

Prenent com a base el model de gestió definit i les prioritats establertes, es concreten quatre grans projectes estratègics que cal prioritzar en el marc temporal 2011-2015.

Projecte 9.1. Transformar la història clínica compartida en una xarxa d'informació i serveis que faciliti la integració entre tots els proveïdors

La història clínica compartida ha d'evolucionar per oferir un funcionament dinàmic i permetre la inclusió del curs clínic dels pacients i la gestió per processos clínics per a les vuit patologies cròniques prioritzades.

- **Objectiu fins al 2015.** Disposar de la Història Clínica Compartida de Catalunya en línia utilitzada, actualitzada per tots els proveïdors, interoperable amb les seves estacions de treball i integrant les funcionalitats identificades.
- **Objectiu de resultats per al 2012.** Tenir una xarxa d'informació compartida utilitzada i actualitzada en >65% dels actes assistencials d'atenció hospitalària, d'urgències i primària i >25% dels actes assistencials de la xarxa de salut mental.

Per tal d'afavorir la integració assistencial, és necessari estendre la utilització d'una història clínica compartida i comuna a tots els proveïdors. Per això, aquest projecte prioritza l'establiment de la HCCC a través de polítiques definides que hagin de complir tots els proveïdors, el seu enriquiment funcional i la gestió de la seva evolució cap a una eina que permeti la gestió compartida dels processos clínics.

D'aquesta manera, es defineixen quatre grans subprojectes que cal desenvolupar, amb unes fites determinades:

- **Consolidar el desplegament de la HCCC** d'acord amb els estàndards que marca l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries relatius a la informació que cal compartir i als criteris de com compartir-la, incloent-hi la imatge mèdica i la recepta electrònica.
- **Alinear la HCCC amb la HC dels proveïdors.** Integrar les funcionalitats disponibles i habilitar la interoperabilitat entre **els sistemes de la xarxa de manera que hi** hagi un sistema de referència comú.
- **Oferir a tota la xarxa de proveïdors serveis comuns per a la gestió d'atenció primària, hospitalària, sociosanitària i de salut mental.** Els proveïdors tindran

accés en forma de serveis a sistemes d'informació de qualitat i interoperables amb els sistemes d'ús compartit (HCCC, recepta electrònica, imatges, RCA, etc.).

- **Proporcionar eines de suport a la gestió dels processos clínics.** Desplegar un sistema que faciliti la gestió dels processos clínics i assistencials entre els diferents agents, com a eix de suport a noves modalitats d'assistència.

i. Exemples d'iniciatives en curs

- La HCCC s'estableix com un repositori d'informes finalistes amb la majoria de proveïdors connectats.
- La recepta electrònica és un referent clar, tant pel que fa al grau d'implantació com al d'utilització.

ii. Objectius fins al 2015

- Disposar de la Història Clínica Compartida de Catalunya en línia utilitzada, actualitzada per tots els proveïdors, interoperable amb les seves estacions de treball i integrant les funcionalitats identificades.

iii. Objectius de resultats per al 2012

- Tenir una xarxa d'informació compartida utilitzada i actualitzada en >65% dels actes assistencials d'atenció hospitalària, d'urgències i primària i >25% dels actes assistencials en la línia especialitzada. Any 2012.

iv. Objectius de procés per al 2012

- Completar el desenvolupament del nou model de HCCC.
- Establir la actualització de la xarxa d'informació compartida (HCCC i imatge mèdica) com una clàusula del contracte de serveis.
- Alinear el desenvolupament de la HCCC amb el desenvolupament de les històries clíniques dels principals proveïdors, integrant les funcionalitats disponibles i definint el pla per a garantir la interoperabilitat entre sistemes i la disponibilitat de la informació.
- Oferir el servei en relació a la identificació de pacients crònics complexos i permetre l'enregistrament de les variables per permetre el seguiment dels processos clínics.
- Posar a disposició de tota la xarxa d'AP la plataforma "e-CAP".

Projecte 9.2. Desplegar una xarxa multicanal de comunicació i atenció als ciutadans (Sanitat Respon, Canal Salut i carpeta personal de salut)

La xarxa de comunicació amb els ciutadans té dues finalitats principals: (1) facilitar la comunicació dels assegurats-ciutadans amb el sistema perquè tinguin accés a la seva informació personal de salut i (2) promoure l'atenció assistencial als ciutadans a través de canals nous, més eficients, que permetin la millora de la resolució del sistema.

- **Objectiu fins al 2015.** Desenvolupar noves funcionalitats a Canal Salut i a la Carpeta Personal de Salut d'ajuda a l'autorresponsabilització i extendre l'accés a la Carpeta Personal de Salut de forma que qualsevol ciutadà pugui consultar la seva informació mèdica disponible
- **Objectiu de resultats per al 2012.** Incrementar la utilització de Canal Salut i consolidar el desplegament de la Carpeta Personal de Salut.

És necessari potenciar l'ús de l'atenció telefònica i del web o altres recursos d'Internet per facilitar i millorar l'accés i l'atenció sanitària dels ciutadans i potenciar el paper de l'Administració en les xarxes socials.

D'aquesta manera, Sanitat Respon (atenció assistencial telefònica) i Canal Salut (finestra en línia de suport i serveis interactius) han de proporcionar el màxim de serveis interactius a la ciutadania, amb equitat, qualitat i seguretat, implicant i coresponsabilitzant els mateixos ciutadans en la seva utilització.

En l'àmbit del Canal Salut, la carpeta personal de salut avui dona accés segur i en línia a la pròpia informació mèdica. Com és lògic, el desenvolupament de la carpeta depèn de l'estat de consolidació de la HCCC, però també es plantegen desenvolupaments addicionals per dotar-la de més funcionalitats, segons les necessitats de cada ciutadà i les prioritats estratègiques. Per exemple, en el cas de malalties cròniques que requereixen un monitoratge freqüent poden ser molt beneficioses accions de telemedicina mitjançant les quals els ciutadans puguin comunicar-se amb el sistema assistencial a través de la carpeta personal de salut.

i. Exemples d'iniciatives en curs

- Sanitat Respon està atenent més de 6.000 consultes al dia.
- El Canal Salut funciona amb diferents canals temàtics.
- La carpeta personal de salut actualment dona accés a les dades clíniques de 88.000 persones.

ii. Objectius fins al 2015

- Desenvolupar noves funcionalitats a Canal Salut i a la Carpeta Personal de Salut d'ajuda a l'autorresponsabilització i extendre l'accés a la Carpeta Personal de Salut de forma que qualsevol ciutadà pugui consultar la seva informació mèdica disponible.

iii. Objectius de resultats per al 2012

- Incrementar la utilització de Canal Salut i consolidar el desplegament de la Carpeta Personal de Salut.

iv. Objectius de procés per al 2012

- Iniciar l'evolució tecnològica de la plataforma per oferir noves funcionalitats (filtres dinàmics) i definir el model de suport a malalts crònics a través de Canal Salut.
- Incloure a Canal Salut continguts addicionals com Canals Temàtics (Drogues, Bioètica, Observatori i TICSalut).
- Estendre l'accés a la Carpeta Personal de Salut a tots els ciutadans (inclouent accés al pla terapèutic i informació mèdica disponible).

Projecte 9.3. Consolidar l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya com a base per a la transparència d'informació potenciant la Central de Resultats com a eina d'avaluació

L'Observatori haurà de funcionar com un agregador d'informació del sistema, de forma veraç i accessible, que aporti transparència a tots els seus agents.

- **Objectiu fins al 2015.** Disposar de la informació del Sistema de salut de Catalunya accessible i estructurada a través de l'OSSC.
- **Objectiu de resultats per al 2012.** Tenir el Canal Observatori en funcionament i la cartera de serveis de 2012 desplegada.

Els elements clau que han de regir l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya han de ser els que permetin l'accés a una informació de qualitat que en faciliti l'avaluació posterior per a la presa de decisions i la rendició de comptes.

La posada en marxa de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya constarà de dues parts principals:

- Consolidar la infraestructura del sistema definint catàlegs de fonts de dades i variables, clarificant i estandarditzant els processos de gestió de la informació, garantint els criteris d'estàndards i seguretat i identificant noves necessitats d'informació. Es preveuen les accions següents:

- Dissenyar, implantar i acabar la infraestructura del sistema.
- Fer un catàleg dels productes actuals que es generen a les diferents unitats.
- Dissenyar un mapa de dades (identificació i definició d'indicadors, variables, fonts d'informació, responsables, periodicitat).
- Clarificar i estandarditzar els processos de gestió de la informació.
- Identificar variables comunes del sistema i interrelacions.
- Identificar noves necessitats d'informació.
- Proposar automatitzacions dels càlculs que es fan actualment de manera rutinària i manual.
 - Exercir de prestador de serveis d'informació definint una cartera de serveis que garanteixi que es posa a l'abast de polítics, tècnics, investigadors i ciutadans informació de qualitat sobre el sistema sanitari, i afavorint la comparació, el *benchmarking* i l'avaluació per a la presa de decisions, tot facilitant la transparència i la rendició de comptes.
- Crear l'InfoSalut, entorn web dintre del Canal Salut, que servirà de finestra única d'accés als diferents productes d'informació i de fonts, i com a instrument de rendició de comptes del sistema sanitari.
- Consolidar la Central de Resultats com a producte estrella de l'Observatori.
- Consolidar l'Observatori d'Innovacions en Gestió.
- Identificar i promoure la creació d'informació.
- Desenvolupar sistemes de comparació (*benchmarking* i sèries temporals).

i. Exemples d'iniciatives en curs

- La Central de Resultats, de la qual actualment se n'està confeccionant el tercer informe, s'està consolidant com a instrument d'anàlisi de l'efectivitat, la qualitat i l'eficiència del sistema sanitari, com a instrument per a la planificació sanitària i com a eina de rendició de comptes. A més, s'està treballant en l'anàlisi d'indicadors dels proveïdors com a manera de potenciar el *benchmarking* i la millora de la qualitat assistencial.
- El Sistema integrat d'informació de salut (SIIS) és el repositori integrat dels sistemes d'informació existents i permet l'anàlisi d'indicadors prèviament definits mitjançant la utilització d'informació validada.

ii. Objectius fins al 2015

- Disposar de la informació del Sistema de salut de Catalunya accessible i estructurada a través de l'OSSC

iii. Objectius de resultats per al 2012

- Tenir el Canal Observatori en funcionament i la cartera de serveis de 2012 desplegada.

iv. Objectius de procés per al 2012

- Desenvolupar el Canal Observatori com a porta d'entrada a la informació del sistema de salut.
- Desplegar la cartera de serveis del Canal Observatori, incloent informes dinàmics en base a SIIS/CdR i l'Informe de Salut.
- Iniciar l'activitat de l'Observatori de la Innovació en la Gestió (OIGSC).
- Haver consolidat una oficina per a la resposta de consultes personalitzades.
- Haver assolit un total de 600 indicadors disponibles a través de SIIS/Central de Resultats.

Projecte 9.4. Potenciar l'avaluació clínica sistemàtica en els àmbits de les tecnologies, de la qualitat i de la recerca

L'avaluació és un element clau per a la rendició de comptes, la identificació i promoció de bones pràctiques, l'anàlisi per a la presa de decisions i l'assignació de recursos.

- **Objectiu fins al 2015.** Consolidar l'avaluació sistemàtica a través del Banc de Coneixement, la qual cosa vol dir tenir una xarxa estable de mini HTA, el reconeixement de l'oficina GPC com a referent del sistema sanitari i implantar l'avaluació de la cronicitat. Mantenir la convocatòria de recerca amb els canvis necessaris en el Comitè Científic
- **Objectiu de resultats per al 2012.** Realitzar i publicar una convocatòria de recerca per donar resposta a les propostes del Pla de salut, haver completat l'avaluació de les experiències actuals al voltant de l'atenció a la cronicitat i posar en marxa l'oficina de pràctica clínica.

L'avaluació clínica sistemàtica en els àmbits de les tecnologies, de la qualitat i de la recerca en salut es plasmarà en la consolidació del Banc de Coneixement. Aquest es desenvoluparà a l'àrea d'avaluació de l'AIAQS.

L'avaluació en el camp de la salut es pot enfocar des de diversos punts de vista o a partir d'unes raons determinades:

- **Rendició de comptes.** L'avaluació està orientada als ciutadans per tal de retre'ls comptes.
- **Promoció de bones pràctiques.** Orientada als pacients o als professionals que han de prendre decisions relacionades amb la salut.
- **Anàlisi.** Avaluació orientada als decisors per aprendre i millorar.
- **Assignació.** Avaluació orientada a l'assignació i distribució dels recursos.

Cadascun d'aquests enfocaments prendrà formes diferents segons si va dirigit als professionals i decisors clínics i sanitaris o a la ciutadania, els pacients i els seus familiars. El Banc de Coneixement s'ha de nodrir de projectes dels diferents àmbits d'avaluació que aportin solucions que permetin la transformació del sistema sanitari promovent l'excel·lència i la sostenibilitat i, per tant, evitant les duplicacions i les fragmentacions, i disminuint la variabilitat.

- **Àmbit de l'avaluació de tecnologies sanitàries.** Es persegueix aportar informació oportuna basada en el coneixement científic per a la presa de decisions (clíniques, de cobertura de prestacions, de gestió i planificació) quant a seguretat, eficàcia, efectivitat i eficiència de qualsevol tecnologia sanitària. Es defineixen les línies d'activitat següents:
 - Avaluar críticament les tecnologies sanitàries (TS) en les diferents etapes de la seva evolució, és a dir, innovació/introducció, expansió, ús generalitzat i obsolescència.
 - Introduir l'avaluació ex ante en les tecnologies complexes com les TIC (interacció de múltiples actors i fases de desenvolupament) per mesurar-ne l'impacte en el context de pràctica clínica.
 - Dissenyar estratègies de col·laboració nacional o internacional relacionades amb projectes d'avaluació de TS.
 - Generar i transferir coneixement sobre medicaments a la pràctica clínica mitjançant el disseny, l'elaboració i el manteniment d'eines de suport a: a) la presa de decisions per a la pràctica clínica (guies de pràctica clínica); b) la conciliació i la revisió de la medicació; c) l'ús efectiu i segur dels medicaments; d) l'avaluació dels resultats en salut lligats a la terapèutica farmacològica, i e) l'increment de la capacitat d'autocura dels pacients crònics a la carpeta personal de salut.
 - Avaluar els medicaments en l'àmbit de l'atenció primària de salut (APS) a Catalunya dins del marc del Comitè d'Avaluació de Nous Medicaments (CANM).

- **Àmbit de la qualitat de l'atenció sanitària.** Pretén contribuir a la millora de la qualitat de l'atenció sanitària mitjançant l'avaluació dels resultats de les intervencions en salut i el foment de la pràctica clínica òptima. Se'n defineixen les línies estratègiques d'activitat següents:
 - Elaborar i adaptar indicadors, instruments i tècniques de mesura dels processos i resultats de l'atenció sanitària.
 - Dissenyar estratègies de monitoratge de la qualitat en la provisió de serveis assistencials mitjançant estudis de variabilitat, efectivitat, seguretat i eficiència de la pràctica clínica.
 - Desenvolupar estratègies de millora mitjançant instruments o intervencions d'ajuda a la presa de decisions en diferents àmbits (malalts/usuaris, pràctica clínica, gestió i política sanitària) que promoguin i garanteixin l'equitat i les preferències en l'accessibilitat i la utilització dels serveis sanitaris.
 - Ser els referents en l'elaboració, disseminació i implementació de guies de pràctica clínica i altres productes relacionats basats en l'evidència a Catalunya.
 - Avaluar l'efectivitat de les experiències al voltant de l'atenció a la cronicitat que actualment es duen a terme a Catalunya.
 - Realitzar aproximacions analítiques integrals en l'avaluació del procés assistencial de patologies prioritàries pel sistema de salut mitjançant la creació de cohorts a través de la combinació de diferents fonts d'informació disponibles.
- **Àmbit de recerca.** Promoure la recerca on hi ha buits de coneixement, d'acord amb les prioritats, les línies d'actuació i els projectes estratègics recollits en el Pla de salut o identificats per la ciutadania. En aquest sentit, cal:
 - Promoure i avaluar la recerca extramural per donar resposta als buits de coneixement dels decisors o del pacients/ciudadans.
 - Convocatòria pública competitiva en recerca clínica (efectivitat comparada) i en serveis sanitaris orientada a les necessitats del Pla de salut.
 - Avaluació i impacte d'altres convocatòries de recerca promogudes per la ciutadania.
 - Desenvolupament d'un sistema d'informació de la recerca en ciències de la salut.
 - Promoure la transferència i l'impacte de la recerca en el sistema sanitari i la salut de la població: configuració d'una xarxa territorial de

grups de recerca i de col·laboració en l'àmbit de l'avaluació i de la recerca en serveis sanitaris.

- Dissenyar un sistema d'avaluació ex post dels instituts i centres de recerca.

Cal tenir molt present que la major part de les activitats d'avaluació tenen un caràcter **transversal**, per la qual cosa tenen implicacions directes en la major part dels objectius del Pla de salut.

i. Objectius fins al 2015

- Consolidar l'avaluació sistemàtica a través del Banc de Coneixement, la qual cosa vol dir tenir una xarxa estable de mini HTA, el reconeixement de l'oficina GPC com a referent del sistema sanitari i implantar l'avaluació de la cronicitat
- Mantenir la convocatòria de recerca amb els canvis necessaris en el Comitè Científic

ii. Objectius de procés per al 2012

- Realitzar i publicar una convocatòria de recerca per donar resposta a les propostes del Pla de salut.
- Avaluar l'efectivitat de les experiències actuals al voltant de l'atenció a la cronicitat.
- Promoure l'avaluació de tecnologies sanitàries en centres sanitaris i crear una xarxa per transferir i compartir coneixement i informació.
- Definir i posar en marxa l'oficina de pràctica clínica (almenys tres guies de pràctica clínica el 2012).

iii. Objectius de resultats per al 2012

Realitzar i publicar una convocatòria de recerca per donar resposta a les propostes del Pla de salut, haver completat l'avaluació de les experiències actuals al voltant de l'atenció a la cronicitat i posar en marxa l'oficina de pràctica clínica.

V. Full de ruta de la transformació

Aquest Pla de salut de Catalunya 2011-2015 és el començament d'un procés de canvi estructural del sistema. Els principis i les estratègies continguts en aquest Pla han estat adaptats a cada territori, mitjançant els plans de salut territorials. Ara és necessari començar a treballar amb els diferents agents en la concreció i la implantació dels projectes de canvi.

L'avaluació i la rendició de comptes tenen un paper fonamental en l'execució d'aquest Pla i han de servir de mecanisme per a la millora i l'adaptació de les diferents línies d'actuació.

Aquest Pla s'ha desenvolupat al voltant de 3 eixos de transformació que pretenen donar resposta a un conjunt de tendències estructurals que suposen un repte per al nostre sistema. Aquests eixos es tradueixen en 9 línies d'actuació i 32 projectes que, articulats conjuntament, permeten disposar d'una major orientació a la salut, d'un model d'atenció de més qualitat, accessibilitat i seguretat, i d'un model organitzatiu més adequat de cara a garantir la sostenibilitat i la solidesa del sistema sanitari.

El Pla de Salut defineix 3 eixos de transformació, 9 línies d'actuació i 32 projectes



FONT: Pla de salut 2011-2015 v.1.0

Així doncs, l'execució d'aquest Pla de salut comportarà **un canvi estructural del sistema en diverses dimensions:**

- **Els ciutadans tindran una millor qualitat de vida i un model d'atenció més adaptat** a les seves necessitats pel que fa a l'atenció que el sistema proporciona (per exemple, la gestió del cas), més proactiu i amb millors resultats clínics. La seva educació serà millor i les opcions d'accés seran més àmplies (per exemple, mitjançant la plataforma multicanal d'atenció).
- **Els professionals guanyaran en implicació** respecte a les decisions del sistema amb una participació més activa en la transformació, i es convertiran en els agents principals del canvi. El seu dia a dia es modificarà quant a la necessitat de treballar de forma més coordinada amb altres centres i nivells assistencials, i se simplificarà perquè es posaran a la seva disposició noves eines de treball (per exemple, la HCCC unificada) i els nous rols professionals evolucionaran (per exemple, professionals d'infermeria, de farmàcia, etc.).

- **En l'àmbit de política sanitària**, aquest Pla impulsarà un canvi en les estructures de provisió a través de la contractació basada en incentius i d'un model de govern que tracti per igual tots els proveïdors. En aquest sentit, es farà més prevenció i augmentarà la resolució en l'atenció primària, les alternatives a l'hospitalització i l'atenció a través de les noves tecnologies. Aquests canvis aniran acompanyats d'una disminució, principalment, de l'atenció hospitalària d'aguts i de llits de llarga estada.
- **El sistema serà més sostenible.** Els projectes establerts contribuiran a la sostenibilitat del sistema de salut tal com avui el coneixem per dues vies: (1) s'alentirà el creixement de la demanda per un major enfocament en la gestió del risc dels ciutadans des d'abans de la malaltia i una atenció més adequada que asseguri una millor qualitat de vida per més temps, i (2) es farà molt més eficient la utilització dels recursos del sistema en impulsar la integració, la racionalització i l'ordenació de les activitats i els processos en els diferents nivells d'atenció.

Full de ruta per a l'aprovació del Pla de salut

Aquest és el començament d'un camí de canvi. El Pla de salut 2011-2015 aporta el marc de treball, les prioritats i aspiracions que el Departament de Salut ha definit. A partir d'aquí és necessari començar a treballar amb els diferents agents en la concreció i implantació dels projectes de canvi.

El procés per a l'aprovació del Pla de salut durarà fins a finals de febrer de 2012. En paral·lel, **s'han realitzat els plans de salut territorials** per adaptar els principis i estratègies proposades a les peculiaritats de cada territori i traduir-les en accions i objectius concrets assumibles per tots ells. Aquests han estat aprovats, a principis de febrer, pels consells de Direcció i Salut de cada regió i posteriorment, tal com delimita la LOSC, s'han elevat al CatSalut per integrar-los en una versió final del Pla de salut.

Posteriorment, s'ha presentat la versió final del Pla per a l'aprovació dels Consells de Direcció i Salut del CatSalut. A continuació es presentarà per a l'aprovació del Consell Executiu del Govern de la Generalitat (finals de febrer). Finalment, en un màxim de 30 dies, es donarà a conèixer al Parlament de Catalunya.

Després de l'aprovació final del Consell Executiu començarà la fase d'implantació dels 32 projectes que conformen aquest Pla de salut de Catalunya 2011-2015.

Avaluació del Pla de salut i rendició de comptes

L'any 2012 el canvi ha de ser visible; per aquest motiu, el Departament ha definit una sèrie de compromisos concrets que s'executaran a curt termini. Cada un dels projectes tindrà uns objectius d'actuació per al 2012. Així, per exemple, l'any 2012 reduïrem el risc de patir patologies cròniques i retrasarem la seva aparició amb

programes específics de prevenció i promoció (mínim de 1.000.000 ciutadans involucrats en programes renovats d'exercici físic i alimentació saludable), farem un punt d'inflexió en les llistes d'espera quirúrgiques, assolint una reducció del 2%, reduïrem les complicacions per polimedicació revisant el tractament de com a mínim el 90% dels pacients polimedicats i reduïrem un 10% les reclamacions de tracte i continuarem millorant la satisfacció dels ciutadans (increment de la satisfacció 1% respecte a 2011).

El Pla de salut no és un document d'intencions sinó que servirà com a **full de ruta del canvi en el model d'atenció del Departament de Salut durant els pròxims anys**. El Departament serà responsable de l'execució dels projectes i l'avaluació pública i transparent dels objectius. En aquest sentit, el Departament es compromet a implantar els projectes dissenyats, a monitorar anualment els indicadors dels objectius i, també amb una periodicitat anual, a fer-ne una avaluació pública en l'àmbit de la Comissió de Salut del Parlament de Catalunya.

El Departament de Salut és el **responsable de l'execució dels projectes i objectius** que marca aquest Pla de salut. En aquest sentit, es realitzaran tres activitats clau:

- **Seguiment.** Es definiran els indicadors de salut i es realitzarà el seguiment de l'acompliment dels **objectius** projecte a projecte i any a any. Sempre que les fonts d'informació ho permetin els indicadors dels objectius de salut es presentaran de forma global pel conjunt de Catalunya i segons la distribució per edat, sexe, condició social, territori i evolució temporal. La valoració dels objectius de salut del Pla formarà part de l'informe anual de salut. El Departament de Salut, mitjançant l'oficina del Pla de salut serà el responsable del monitoratge anual i l'avaluació del Pla de salut.
- **Avaluació.** Aquest Pla de salut és susceptible de revisió freqüent. Ha de ser entès com una **eina de treball oberta i viva**, susceptible d'incorporar-hi canvis i millores al llarg de l'actual període de planificació.
- **Comunicació.** Per últim, ens comprometem a fer-ne una avaluació transparent dels resultats i una rendició de comptes anual i pública a la Comissió de Salut.

Epíleg

Segons la LOSC, el Pla de salut «és l'instrument indicatiu i el marc de referència per a totes les actuacions públiques en la matèria de Salut, en l'àmbit de la Generalitat de Catalunya». La LOSC, en els seus articles 62, 63 i 64, determina quina és la naturalesa del Pla, el contingut i el procediment d'elaboració i aprovació, respectivament.

Aquest epíleg assenyala en quins apartats d'aquest document es tracten els cinc aspectes que, segons l'article 63 de la LOSC, han de conformar el Pla de salut:

- a) Una **valoració de la situació inicial**, amb l'anàlisi dels recursos personals, materials i econòmics esmerçats, de l'estat de salut, dels serveis i els programes prestats, i de l'ordenació sanitària i juridicoadministrativa existent. Aquest primer punt es tracta als apartats I (Context de partida del sistema sanitari de Catalunya) i III (Punt de partida i prioritats del sistema sanitari de Catalunya).
- b) Els **objectius i nivells a assolir** quant a:
 - Indicadors de salut i malaltia.
 - Promoció de la salut, prevenció de la malaltia, atenció sanitària i sociosanitària i rehabilitació.
 - Homogeneïtzació i equilibri entre regions sanitàries.
 - Disposició i habilitació de centres, serveis i establiments.
 - Personal, organització administrativa, informació i estadística.
 - Eficàcia, qualitat, satisfacció dels usuaris i cost.

Aquest segon punt es tracta en l'apartat IV.I (Programes de salut: Més salut per tothom i millor qualitat de vida) i és extensament detallat en els Plans de salut Territorials adjunts.

- c) El **conjunt dels serveis, els programes i les actuacions**, generals i per regions sanitàries, que cal desplegar. Aquest tercer punt es tracta extensament als apartats IV.II (Transformació del model d'atenció: millor qualitat, accessibilitat i seguretat en les intervencions sanitàries) i IV.III (Modernització del model organitzatiu: un sistema sanitari més sòlid i sostenible) i s'incorpora la visió de les Regions Sanitàries en els Plans de salut Territorials adjunts.
- d) Les **previsions econòmiques i de finançament**, generals i per regions sanitàries d'acord amb el que estableixi el Departament de Salut.
- e) Els **mecanismes d'avaluació de l'aplicació i el seguiment** del Pla. Aquest darrer punt es desenvolupa a l'apartat V (El full de ruta de la transformació).

Abreviaciones

AE	Atenció especialitzada
AIAQS	Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut
AMED	alimentació mediterrània
AP	atenció primària
APS	atenció primària de salut
APVP	anys potencials de vida perduts
ASPC	Agència de Salut Pública de Catalunya
AVC	accident vascular cerebral
CAIF	Comissió d'Administració de la Indústria Farmacèutica
CANM	Comitè d'Avaluació de Nous Medicaments
CDR	circuit de diagnòstic ràpid
CMA	cirurgia major ambulatoria
CMBD-AH	conjunt mínim bàsic de dades – atenció hospitalària
CPF	Comissió de Previsió i Finançament
CPS	carpeta personal de salut
CSAE	Comissió de Serveis d'Alta Especialització
CUAP	centre d'urgències d'atenció primària
DGRPRS	Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris
DMA	despesa màxima assequible
EA	efectes adversos
EAP	equip d'atenció primària
EFQM	Fundació Europea per a la Gestió de la Qualitat
ESCA	Enquesta de salut de Catalunya
EV	esperança de vida
EVBS	esperança de vida en bona salut
GRD	grups relacionats pel diagnòstic
GTS	governos territorials de salut

HC	història clínica
HCCC	història clínica compartida de Catalunya
HTA	hipertensió arterial
IAM	infart agut de miocardi
ICAMS	Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries
ICC	insuficiència cardíaca congestiva
ICO	Institut Català d'Oncologia
ICS	Institut Català de la Salut
IRM	incident relacionat amb els medicaments
IT	incapacitat temporal
ITS	infecció de transmissió sexual
LOSC	Llei d'ordenació sanitària de Catalunya
MAT	model andorrà de triatge
MHDA	medicació hospitalària de dispensació ambulatoria
MPOC	malaltia pulmonar obstructiva crònica
OCDE	Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic
OMS	Organització Mundial de la Salut
ORL	otorinolaringologia
OSSC	Observatori del Sistema de Salut de Catalunya
PAAS	Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable
PAFES	Pla d'activitat física, esport i salut
PASFTAC	Programa d'avaluació, seguiment i finançament dels tractaments farmacològics d'alta complexitat
PD	pla director
PEIDS	programes d'especial interès del Departament de Salut
PGM	programes de gestió de malalties
PHFMHDA	Programa d'harmonització farmacoterapèutica de medicació

	hospitalària de dispensació ambulatoria
PISP	Pla interdepartamental de salut pública
PLAENSA	Pla d'enquestes de satisfacció
PPAC	Programa per a la prevenció i l'atenció a la cronicitat
PRM	problemes relacionats amb els medicaments
PS	Pla de salut
RCA	Registre Central d'Assegurats
RCIM	Repositori Central d'Imatges Mèdiques
RMC	Registre de Mortalitat de Catalunya
RV	raó de variació
SEM	Sistema d'Emergències Mèdiques
SIIS	Sistema integral d'informació de salut
SIFCO	Sistema integrat d'informació del Fons de Cohesió Sanitària
SISCAT	Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya
TA	tensió arterial
TIC	tecnologies de la informació i la comunicació
TS	tecnologies sanitàries
TSI	targeta sanitària individual
VAB	valor afegit brut
VINCat	Programa de vigilància de les infeccions nosocomials als hospitals de Catalunya
XHUP	Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública

Referències bibliogràfiques

- ⁱ Servei Català de la Salut. Memòria del CatSalut 2010. Generalitat de Catalunya, 2011.
http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/publicacions/memories/2010/10_catsalut.pdf
- ⁱⁱ Departament de Salut. Salut en Xifres, 2009. Generalitat de Catalunya, 2010.
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1935/salutxifres2009.pdf>
- ⁱⁱⁱ Artís M, Suriñach J. Aportación del sector sanitario a la economía catalana. Estudis Caixa de Catalunya (vol. 5). Caixa de Catalunya, 2007.
- ^{iv} Idescat. Estructura de població per sexe i grup d'edat. Dades absolutes i relatives (%). Catalunya, 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>
- ^v Departament de Salut. Registre de mortalitat de Catalunya. Generalitat de Catalunya, 2009.
- ^{vi} Departament de Salut. Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA). Generalitat de Catalunya, 2010.
- ^{vii} Departament de Salut. Registre de mortalitat de Catalunya. Generalitat de Catalunya, 2009. Pla director de càncer i ESCA 2006.
- ^{viii} Subdirecció General de Drogodependències. Direcció General de Salut Pública. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España 2005-2006. Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- ^{ix} Departament de Salut. Enquesta i examen de salut de Catalunya 2006. Generalitat de Catalunya, 2009.
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3598/doc32868.html>
- ^x Departament de Salut. Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. Generalitat de Catalunya, 2009.
- ^{xi} Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS). Central de Resultats. Generalitat de Catalunya, 2011.
- ^{xii} Departament de Salut. Memòria 2010 del CatSalut . Generalitat de Catalunya, 2011.
- ^{xiii} Departament de Salut. Demanda en xifres. Generalitat de Catalunya 2010.
http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3579/demanda_sanitaria_2010.pdf
- ^{xiv} Surís X et al. A Rheumatology consultancy programs with general practitioners in Catalunya, Spain. JRheumatol 2007; 34:1328-31.
- ^{xv} Cameron DJ. Postacute strategic planning: preparing for an aging population. Healthc. Financ. Manage. 2008; 62(2): 104-10, 112.
- ^{xvi} Strategic Research Center. El gasto farmacéutico en España. EAE Business School, 2011.
<http://www.eae.es/es/strategic-research-center.html>

^{xvii} Rodríguez M, Solé M. Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008. Estudis d'Economia de la Salut (vol III). Departament de Salut.

^{xviii} Servei Català de la Salut. Conjunt mínim bàsic de dades (CMBD). Generalitat de Catalunya, 2011.

^{xix} Servei Català de la Salut .PLAENSA i Estudi de les visions dels ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya . Generalitat de Catalunya, 2011.

^{xx} Departament de Salut. Estudi de les visions de ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya. Departament de Salut, 2007.

^{xxi} Chronic Disease Management. Evidence of Predictable savings. J Meyer and B. Markham. 2008.

^{xxii} Post PN, Kuijpers M, Ebals T, Zijlstra F. The relation between volume and outcome of coronary interventions: a systematic review and meta-analysis. Eur Heart J 2010; 31(16):1985-92.

Stiglitz JE, Sen A, Fitouse JP. Report by the commission on the measurement of Economic Performance and Social Progress. www.stiglitz-sen-fitouse.fr

World Health Organization. Health21: The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for all Series, No. 6. World Health Organization, 1999

Healthy People 2020 (diferents documents)
<http://www.healthypeople.gov/2020/default.aspx>

Departament de Salut. Plans directors
<http://www.saveva.com/domamPlus/pub/depsalut/html/ca/dir2154/index.html>

Departament de Salut. Programes de salut pública
<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/pdf/paas.pdf>

Aliança per a la seguretat dels pacients a Catalunya
http://www.seguretatpacient.org/cms/index_staging.html

Generalitat de Catalunya. Programa VINCAT
<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.41e04b39494f1be3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=dc0ad58cbb2fb210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=dc0ad58cbb2fb210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD>

Departament de Salut. Plans de salut (1993-1995, 1996-1998, 1999-2001, 2002-2005).
<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.bb3f78e47a64f59be23ffed3b0c0e1a0/?vgnextoid=48b06708ba0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=48b06708ba0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Departament de Salut. Pla de salut a l'horitzó 2010

<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.a499bb079a1061fbe23ffed3b0c0e1a0/?vgnextoid=d8ec63c30a0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextchannel=d8ec63c30a0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default>

Departament de Salut. Enquesta de salut de Catalunya (ESCA)

<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.f33aa5d2647ce0dbe23ffed3b0c0e1a0/?vgnextoid=4b51be505a762310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextchannel=4b51be505a762310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default>

Tresserras R, Castell C, Salleras L. Development of a policy for health for all in Catalonia. In Ritsatakis A et al (eds): Exploring health policy development in Europe. Copenhagen. World Health Organization. 2000

Tresserras R, Brugulat P. Catalonia: Improved intelligence and accountability?. In Wismar M, et al (eds): 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=0I0I2I1063474IIIIIIII0&aqi=g-vL5

Brugulat P, Tresserras R, Canela J (eds). La Salut y los servicios sanitarios en las encuestas de salud de Cataluña. Med Clin (Barc) 2011; 137:1-70 (extraordinario 2)