

El sistema de salut de Catalunya en procés de canvi

Balanç del Pla de salut 2011-2015 a meitat de període

Alguns drets reservats

© 2013, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-Sense ObresDerivades 3.0 de Creative Commons.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>

Edita:

Departament de Salut

1a edició:

Barcelona, desembre de 2013

Assessorament lingüístic:

Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut

URL: www.gencat.cat/salut/pladesalut

Índex

Introducció

1. Resum executiu	6
2. Els objectius de salut i de qualitat de vida.....	12
3. Un sistema més orientat als malalts crònics.....	24
4. Un sistema integrat més resolutiu des dels primers nivells i en el territori.....	42
5. Un sistema de més qualitat i equitat en l'alta especialització.....	58
6. Un sistema més enfocat a les persones.....	71
7. Salut en totes les polítiques: compromís interdepartamental.....	81
8. Què aporten aquests canvis a la ciutadania?.....	83

Introducció

Som a meitat del període que marca el Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Un bon moment per veure el procés de transformació del nostre sistema de salut, un procés amb una orientació clara de cap on volem anar, amb objectius explícits i una alta implicació de les persones que treballen en el sistema de salut català.

Tenim un objectiu general de salut –augmentar la proporció d'anys que vivim amb bona salut– que vol sintetitzar les aspiracions de qualitat de vida i salut de la població catalana.

Una característica d'aquest Pla de salut és que està molt enfocat a l'acció, a fer que els canvis es produeixin.

El canvi abasta la globalitat del sistema, des de l'atenció primària fins a la d'alta especialització, també des del paper del ciutadà i la responsabilitat de les organitzacions fins a la política interdepartamental. El mons sanitari i social estan fortament vinculats, perquè les persones tenen problemes i condicionants tant de salut com socials. El canvi també implica una nova configuració dels models assistencials i avançar cap a un model integral sanitari i social.

Malgrat els anys de contenció pressupostària, amb una disminució real del pressupost per càpita per a sanitat, estem “invertint col·lectivament” en l'adaptació del sistema a les necessitats de la població a partir del coneixement clínic i el compromís de les institucions. Aquest canvi s'està fent gràcies a l'esforç i les aportacions de molts professionals per a la millora del procés assistencial.

La dinàmica d'aquest Pla de salut ha tingut l'efecte de “precipitar” projectes que s'havien començat a dissenyar prèviament, com els plans directors i els plans d'ordenació de serveis, i articular-los amb una perspectiva estratègica sobre el conjunt del sistema i amb prioritats clares sobre els àmbits amb més oportunitats de millora.

En aquest document de balanç a meitat de període, ens hem centrat en aquelles línies d'actuació que tenen una rellevància més gran quant a la transformació del model assistencial (orientació a la cronicitat, una resolució i accessibilitat més elevades, qualitat en l'alta especialització, enfocament a les persones, salut pública en perspectiva interdepartamental) i amb l'orientació dels objectius de salut. Aquest procés de transformació, però, va acompanyat d'altres línies d'actuació que el fan possible, el faciliten o, si no es posessin en marxa, el dificultarien, com són els canvis en el sistema de contractació i pagament dels serveis, les polítiques de qualitat i seguretat dels pacients, el desplegament d'instruments que permeten la compartició d'informació –la història clínica compartida de Catalunya- o iniciatives que ajuden a la decisió clínica, com el projecte Essencial. També ajuda en aquest procés de transformació el fet de posar a l'abast de la ciutadania, els professionals i les organitzacions els sistemes d'informació en un exercici necessari de transparència i estimulador de la millora dels processos i els resultats, com és el cas de la Central de Resultats.

El repte del canvi proposat és difícil. En molts dels casos implica dinàmiques de col·laboració entre múltiples agents, canvis en els rols professionals, reestructuracions de les organitzacions, però és la nostra “via” per continuar tenint un bon sistema de salut.

La tecnologia i les noves formes de comunicació ens permeten avui desenvolupar estratègies de col·laboració i lideratge que abans no es podien fer efectives, malgrat que en reconeixíem la necessitat des de fa molt temps.

Però són les persones -professionals i ciutadans- i les institucions les que fan possible els canvis. El Pla de salut esdevé el veritable pla estratègic per a la millora de la salut i la qualitat de vida de la població i per guiar el procés de transformació del nostre sistema de salut. És el full de ruta compartit.

Al llarg d'aquests dos anys i escaig del Pla de salut 2011-2015, són molts els professionals que s'hi han implicat, tant en les fases de disseny de les actuacions com en l'aplicació dels processos en el dia a dia, i tots els nivells assistencials. En les dues jornades del Pla de salut, celebrades a Sitges a finals de cada any, els professionals han mostrat els resultats dels seus projectes de millora, han compartit amb la resta els aspectes d'innovació i han fet aflorar noves vies de treball per aconseguir una millor atenció a la població.

Sense l'esforç d'aquests professionals i sense la col·laboració d'una ciutadania responsable i exigent, no seria possible fer el camí que ens hem proposat.

1. Resum executiu

El sistema de salut de Catalunya està en un procés de transformació guiat pel Pla de salut 2011-2015, amb un horitzó definit i una orientació clara en l'acció i amb objectius explícits i una alta implicació de les persones que hi treballen.

El canvi abasta la globalitat del sistema -des de l'atenció primària i la d'alta especialització, el paper del ciutadà i la responsabilitat de les organitzacions- fins a la política interdepartamental.

Aquest document de balanç a meitat del període del Pla de salut 2011-2015 parteix de l'orientació dels objectius de salut i se centra en aquelles línies d'actuació que tenen major significat quant a la transformació del model assistencial (orientació a la cronicitat, major resolució i accessibilitat, qualitat en l'alta especialització, enfocament cap a les persones, salut pública amb perspectiva interdepartamental).

També s'apunten els elements clau per a la implantació dels projectes, sovint determinats per altres línies d'actuació del mateix Pla de salut, més instrumentals i que acompanyen el procés (sistema de contractació i pagament dels serveis, polítiques de qualitat i de seguretat dels pacients, instruments de compartició d'informació, recomanacions d'ajuda a la presa de decisions clíniques, comparació de resultats, entre d'altres).

Al llarg d'aquests dos anys i escaig del Pla de salut 2011-2015 són molts els professionals que hi estan implicats, tant en les fases de disseny de les actuacions com en l'aplicació dels processos en el dia a dia. Avui, el Pla de salut afecta tots els nivells assistencials, a través de les seves 9 línies d'actuació i els 32 projectes de canvi, i els resultats s'hauran de veure en el conjunt de la població.

Els objectius de salut i de qualitat de vida

- ☐ La formulació d'objectius de salut i de disminució de risc quantificables i avaluables continua sent un dels trets essencials del Pla de salut de Catalunya 2011-2015.
- ☐ Aquest Pla de salut és el primer que explícitament formula el compromís de millora de la qualitat de vida de la població amb l'objectiu d'incrementar, per a l'any 2020, l'esperança de vida en bona salut en un 5%, és a dir, d'augmentar la proporció de vida que es viu amb percepció de bona salut.
- ☐ Dels 27 objectius de salut del Pla, en 20 s'observa una evolució inicial favorable.
- ☐ El repte de poder fer un seguiment anual dels indicadors relacionats amb els objectius del Pla de salut s'està demostrant que és factible.
- ☐ Els macroindicadors de salut principals situen Catalunya en una posició relativament bona en el context europeu.
- ☐ Gràcies a aquest procediment de planificació per objectius de salut que són avaluables, cada vegada disposem de més exemples que demostren l'efectivitat de les intervencions executades.

Un sistema més orientat als malalts crònics

- ☐ S'ha completat la implementació a tot el territori català de les rutes assistencials dels 4 processos prioritaris: MPOC, DM2, depressió i ICC.

- ☐ S'ha fet el procés d'harmonització farmacoterapèutica d'aquests processos citats. Dos d'aquests processos (ICC i DM) estan publicats.
- ☐ S'han implementat programes territorials de promoció, protecció i prevenció de la salut de forma coordinada i amb objectius d'àmbit territorial compartits entre l'atenció primària i la salut pública; i se n'han prioritzat 5 àmbits: tabaquisme, activitat física i alimentació saludable, consum d'alcohol, vacunacions i salut maternoinfantil.
- ☐ Més de 100.000 persones han passat de ser sedentàries a tenir uns nivells d'activitat física saludable.
- ☐ El programa Pacient Expert Catalunya ha assolit 3.157 pacients participants i 231 pacients experts. Hi participen 212 equips d'atenció primària i 3 hospitals. Hi ha programa per a 8 patologies i se n'estan elaborant 5 més.
- ☐ S'està elaborant el model d'educació grupal que vol homologar aquesta activitat i que ha de fixar els aspectes claus que en garanteixin la pertinença, l'eficiència i la factibilitat.
- ☐ Per promoure la relació activa i responsable de les persones amb el sistema assistencial s'ha dissenyat el model d'atenció no presencial.
- ☐ S'ha implementat el marcatge de persones amb les condicions de pacient crònic complex (PPC) o pacient del model d'atenció a la cronicitat avançada (MACA) a la història clínica compartida de Catalunya (HCCC). Actualment hi ha un total de 63.000 pacients registrats.
- ☐ S'ha dissenyat i implantat el Pla d'intervenció individualitzat compartit en aquests pacients, que s'incorpora a la HCCC i és accessible a tots els dispositius assistencials. Inclou el pla d'abordatge de l'atenció fet de forma compartida amb pacients i professionals, útil per garantir la continuïtat assistencial en un model 7x24.
- ☐ Estratificació de la població segons morbiditat, feta pel CatSalut i incorporada a la HCCC. Es posa a l'abast dels proveïdors la base de dades de la seva població estratificada, amb informació dels grups de morbiditat i del nivell de risc.
- ☐ Posada en marxa de dispositius de subaguts accessibles des de l'atenció primària a tot Catalunya.
- ☐ Extensió del model d'atenció a les persones que viuen en centres residencials, amb accés al sistema d'informació d'atenció primària i a la HCCC.
- ☐ Implementació d'un model d'atenció compartida, social i sanitària a 8 territoris de Catalunya. S'avaluen els resultats des de l'AQuAS i es dissenyarà un model del servei per tal d'estendre'l l'any vinent a la resta del territori.
- ☐ S'ha dissenyat el model de revisió, conciliació i millora del compliment per als pacients en situació de complexitat, amb un programa de formació que properament es posarà a l'abast dels professionals.
- ☐ S'ha assolit el consens terminològic al voltant de la cronicitat, tasca feta pel Programa de prevenció i atenció a la cronicitat i el TERMCAT (publicació del diccionari en línia del TERMCAT *Terminologia de la cronicitat*).

Un sistema integrat més resolutiu des dels primers nivells i en el territori

- ☐ Impuls d'una dinàmica de reorganització de processos amb els objectius estratègics de: a) incrementar la capacitat resolutiva de l'atenció primària; b) millorar l'accessibilitat i l'eficiència de l'atenció especialitzada i c) assegurar la continuïtat assistencial mitjançant la integració assistencial i el treball en xarxa.
- ☐ Desenvolupament d'acords de base territorial entre equips assistencials amb objectius compartits, organització pactada del procés assistencial, vies de relació consolidades i elements de gestió territorial, sobre la base del lideratge clínic.

- ❑ Projectes focalitzats en àmbits de prioritats concretes: més del 50% dels territoris han iniciat la implantació dels models d'atenció en col·laboració en malalties de l'aparell locomotor, oftalmologia i salut mental, els quals són els tres àmbits de relació més freqüent entre atenció primària i atenció especialitzada.
- ❑ Recepta electrònica al 100% dels equips d'atenció primària i en procés d'extensió als hospitals (97% dels hospitals) i els serveis de salut mental (35%).
- ❑ Reordenació de l'atenció a les urgències per donar respostes adequades als diferents tipus de demandes d'atenció immediata. Disminució d'un 9% de la freqüentació d'urgències hospitalàries en els darrers cinc anys. Model de triatge homogeni i estès a la totalitat dels serveis d'urgència hospitalaris. Sistema d'emergències mèdiques amb el 92% de les situacions de risc vital ateses abans dels 20 minuts. Servei de resposta telefònica 061 CatSalut Respon amb més del 45% de les demandes resoltes amb informació i consells de salut.
- ❑ Ordenació territorial de la cartera de serveis segons nivell de complexitat en l'atenció al pacient traumàtic, la cirurgia pediàtrica i la cirurgia vascular.
- ❑ Definició de la cartera de serveis de salut pública i desenvolupament dels espais d'interacció amb els serveis assistencials amb un enfocament de salut comunitària, amb experiències territorials. Inclusió d'objectius de promoció de la salut i prevenció de la malaltia en els contractes del CatSalut amb els equips d'atenció primària.
- ❑ Acord amb els col·legis farmacèutics per a la incorporació de serveis de farmàcia comunitària amb concertació amb el CatSalut, amb provisió de serveis de caire assistencial i de suport a l'autocura (detecció precoç del càncer colorectal, test ràpid del VIH i, en procés d'inici, sistema personalitzat de dosificació de la medicació per a pacients crònics complexos).

Un sistema de més qualitat i equitat en l'alta especialització

- ❑ Introducció, en la dinàmica de planificació, del concepte d'alta especialització que engloba un conjunt de serveis assistencials, diversos i poc homogeni, per donar atenció a processos molt poc prevalents i que tenen alguns trets comuns: complexitat, concentració, expertesa i cost.
- ❑ Desenvolupament d'actuacions per donar una atenció altament especialitzada que garanteixi una atenció de qualitat, multidisciplinària, complexa i amb millors resultats.
- ❑ S'identifica la necessitat d'establir una limitació en l'extensió dels serveis terciaris dins del sistema. La relació entre volum de casos atesos i qualitat és un element de referència en la literatura científica.
- ❑ Desplegament a Catalunya de la Directiva 011/24/Unió Europea sobre l'aplicació dels drets dels pacients en l'assistència sanitària transfronterera. Estableix un marc per a la cooperació entre els estats membres. Una àrea particular de la cooperació és el desenvolupament de xarxes europees de referència.
- ❑ El CatSalut defineix les anomenades unitats d'alta especialització (UAE) i aporta referències relatives a criteris generals per a una atenció de qualitat d'aquestes unitats (funcions, requisits generals i dels requerits pels centres on s'han d'ubicar, elements del model d'avaluació, recerca i innovació i contractació amb el CatSalut).
- ❑ Reordenació de l'atenció oncològica per tumors digestius, pulmonars, de l'SNC, sarcomes, tumors hematològics, tumors de l'edat pediàtrica, entre d'altres. S'ha passat a disposar de 2-8 centres de referència en la majoria dels casos.
- ❑ Desplegament dels codis IAM, ictus complex i PPT greu amb un conjunt de més d'11.000 codis l'any.

- ☐ Definició dels centres de referència de malalties minoritàries metabòliques, neuromusculars, cognitivoconductuals i respiratòries. Es disposa de 2-6 centres.
- ☐ Concentració del tractament d'uns 500 casos de cardiopaties congènites en 3 centres.
- ☐ Identificació dels centres de referència en cirurgia vascular arterial complexa d'aorta i caròtide.
- ☐ Ordenació de la cirurgia de l'epilèpsia refractària en 2 centres, i de la cirurgia dels trastorns del moviment, també en 2 centres.
- ☐ Unificació de les 3 guàrdies de trasplantament cardíac en una.
- ☐ Avaluació de 25 tractaments d'alta complexitat.
- ☐ Acords de risc compartit com a instrument per millorar l'eficiència del finançament públic de medicaments –incorporació de la innovació farmacoterapèutica basada en resultats- i les tecnologies sanitàries d'alta complexitat i d'alt cost.

Un sistema més enfocat a les persones

- ☐ Model d'actuació orientat a un major enfocament vers els ciutadans, que es basa en l'assoliment de tres eixos bàsics: proactivitat del CatSalut com asseguradora pública, transparència i garantia en els compromisos establerts i reforçament de la responsabilitat ciutadana.
- ☐ Programes de discriminació poblacional positiva: posada en marxa de la targeta sanitària individual (TSI) en el format del sistema Braille per a tots els invidents que ho sol·licitin i la TSI "Cuida'm" per a aquelles persones amb demència.
- ☐ A través de la "Guia d'ús dels serveis sanitaris públics. CatSalut" es facilita, en format web, informació sobre el funcionament general dels serveis i les prestacions del sistema sanitari i es dona orientació per accedir-hi correctament i de manera responsable.
- ☐ Posicionament del 061 CatSalut Respon com a telèfon únic de comunicació del ciutadà amb el CatSalut, amb atenció telefònica i en línia les 24 hores els 365 dies de l'any.
- ☐ S'ha construït una base de dades que integra la morbiditat recollida en els diferents sistemes d'informació sanitaris per tal de poder classificar correctament els pacients en diferents grups de risc en funció del seu estat de salut i així poder determinar polítiques específiques preventives i d'adequació de l'atenció que ajudin a fer un sistema sanitari més eficient i adaptat a les necessitats diferents de les poblacions.
- ☐ El Pla d'enquestes de satisfacció dels assegurats del CatSalut (PLAENSA) aporta informació rigorosa sobre la satisfacció i la qualitat del servei de les persones que han estat ateses en les diferents línies de servei, amb resultats periòdics. Les puntuacions sintètiques de satisfacció oscil·len entre 7,6 i 8,5 segons les línies de serveis i les diferents edicions. Els índex de fidelitat se situen entre el 81,4% i el 91,9%.
- ☐ La Central de Resultats té la missió de mesurar, avaluar i difondre els resultats assolits pels diferents agents integrants del sistema sanitari d'utilització pública de Catalunya. En un enfocament de transparència i rendició de comptes vers la ciutadania, presenta nominalment resultats assistencials, docents i de recerca dels centres, entre els quals s'inclouen els de la qualitat percebuda.
- ☐ S'ha creat, el 2012, el Consell Consultiu de Pacients de Catalunya com a òrgan assessor representatiu de les associacions de pacients davant del Departament de Salut.
- ☐ El Canal Personal de Salut és un espai digital, personal i intransferible de consulta que permet disposar de la informació personal de salut (pla de medicació,

vacunes, diagnòstics, informes clínics, etc.), que es pot utilitzar de forma segura i confidencial i que, a més, possibilita la realització de tràmits electrònics.

Salut en totes les polítiques: compromís interdepartamental

- ❑ La majoria de les causes, tant de la salut com de la malaltia, estan fora del sistema sanitari, requereixen l'abordatge intersectorial de la salut pública i tenen a veure amb polítiques que es fan en diferents departaments, a part del de Salut.
- ❑ La Llei 18/2009, de 22 d'octubre, de salut pública estableix que el Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP), coordinat amb el Pla de salut, sigui l'eina bàsica per desenvolupar les accions de salut pública a Catalunya, de manera que les seves propostes són vinculants per al Govern.
- ❑ Els objectius del PINSAP són: a) incorporar efectivament la salut com a un dels eixos de la política governamental (la salut en totes les polítiques); b) implicar tots els departaments del Govern perquè puguin capitalitzar la seva influència positiva sobre la salut, i c) millorar la coordinació i promoure sinergies que comportin un increment de l'efectivitat, l'eficiència i l'equitat de les polítiques intersectorials sobre la salut i el benestar.
- ❑ La Comissió Interdepartamental de Salut té la responsabilitat d'analitzar les activitats i els serveis de cada departament que tenen un impacte rellevant sobre la salut de la població i també les activitats conjuntes entre departaments.
- ❑ No es tracta només d'un treball interdepartamental sinó també intersectorial en el qual hi ha implicades totes les administracions, especialment la local, i tots els sectors de la societat.
- ❑ En aquest marc s'estan dissenyant noves activitats intersectorials de protecció i promoció de la salut, sobretot les relacionades amb les condicions de vida i la disminució de les desigualtats de salut.

Elements clau per a la implantació dels diversos projectes de transformació del model assistencial

1. Adaptació del model de contractació i pagament del CatSalut a les entitats proveïdores perquè sigui generador d'atenció integrada i promogui el treball col·laboratiu al territori entre entitats i professionals dels diversos àmbits assistencials.
2. Consolidació de les relacions interdepartamentals per actuar sobre els determinants de salut, des de la perspectiva de la salut pública en totes les polítiques, i evolució vers un model integral sanitari i social, des de la perspectiva de l'atenció a les persones.
3. Adequació de la planificació –anticipativa- en un context de canvi molt ràpid de coneixement i tecnologia.
4. Lideratge clínic per dinamitzar els canvis en els processos d'atenció i implicació directiva de les institucions per posar en marxa i donar suport als projectes.
5. Lideratge territorial del CatSalut per traslladar les orientacions estratègiques i establir objectius de resultats en la responsabilitat compartida sobre la salut d'una població, i també per facilitar els aspectes operatius de la gestió del canvi (interacció entre dispositius, pactes territorials, aliances estratègiques).
6. Desplegament, amb el seu màxim potencial, dels sistemes que faciliten la compartició i comunicació d'informació clínica, i la de suport a la gestió clínica.
7. Informació agregada i de base poblacional en tots els àmbits assistencials per poder avaluar els resultats i l'impacte dels processos de transformació del model, i

beneficiar-se dels efectes estimuladors de la millora de qualitat en la comparació entre equips.

8. Aprofitament de les noves tecnologies en la comunicació amb els ciutadans, fet que els ha de facilitar l'accés a més informació i coneixement, i que també els ha de permetre tenir més autonomia i responsabilitat.
9. Generació d'un entorn comunicatiu que faciliti la transmissió de missatges que afavoreixin la sostenibilitat del sistema amb una garantia de qualitat assistencial i d'equitat irrenunciable.
10. Reforçament de les dinàmiques de participació de la ciutadania, els pacients i els professionals per incorporar la seva visió propera a les realitats del sistema de salut en la presa de decisions en els diferents nivells de responsabilitat.

2. Els objectius de salut i de qualitat de vida

Els objectius de salut i de qualitat de vida a l'horitzó 2020

En el període de planificació 2011-2015 s'han establert **27 objectius de salut** relacionats amb sengles prioritats establertes per acurar problemes de salut que són molt rellevants pel seu impacte sobre la salut de les persones que viuen a Catalunya. Aquests objectius constitueixen el veritable horitzó i sintetitzen el resultat esperat del conjunt d'actuacions del [Pla de salut 2011-2015](#).

Els objectius han estat seleccionats perquè estan relacionats amb problemes de salut que afecten moltes persones, perquè la seva presència comporta conseqüències greus, perquè hi ha proves de l'existència d'intervencions per a fer-los front i perquè es considera que hi ha els recursos humans i materials necessaris per executar-los. Per altra banda, afecten dues àrees d'intervenció que s'han considerat prioritàries des d'un punt de vista estratègic: les malalties cròniques i la seguretat dels pacients.

A la taula 2.1 es poden veure els 27 objectius de salut. Aquests objectius s'han formulat prenent com a marc de referència les directrius del Departament de Salut, les directrius de l'OMS per a la Regió Europea i les recomanacions dels experts nacionals i internacionals.

Hi ha dos aspectes molts rellevants relacionats amb l'avaluació dels objectius del Pla de salut. El primer és que tots els objectius són avaluable amb les fonts d'informació disponibles, excepte per a la incidència de càncer, en què només disposem de dades de registres territorials. El segon és que l'indicador es pot mesurar anualment, de manera que es pot fer un seguiment que facilita el monitoratge i l'establiment de mesures correctores si fos necessari. Això no vol dir que cada any es disposi de tota la informació al mateix temps. Es té la informació anual, però, mentre alguns indicadors es poden facilitar al cap de sis mesos d'analitzar la font, altres requereixen divuit mesos de treball per preparar-la. Així, si en el cas del tabaquisme es poden donar les dades de prevalença de l'any anterior a l'avaluació, en el cas de la mortalitat només es podrà donar la de dos anys enrere perquè el procés de recollida i processament de la informació ja necessita un any i mig.

Ara com ara es fa difícil de fer una valoració de com estan evolucionant aquests indicadors, atès que el temps transcorregut des de la seva formulació no permet marcar una tendència clara. No obstant això, a la taula es pot veure el nivell de partida i la situació actual. Conèixer l'evolució dels indicadors, fins i tot per a períodes de temps tan breus, és essencial per establir mesures correctores davant situacions inesperades.

El document [Marcant fites. Seguiment anual dels objectius del Pla de salut](#), elaborat pel Departament de Salut, va establir el punt de referència basal dels 27 objectius, respecte el qual es van calcular els valors per als anys 2020 o 2015, segons el tipus d'objectiu (taula 2.1). Dels objectius de salut del Pla, 19 evolucionen favorablement segons les expectatives, mentre que en els 8 restants, si es manté la situació actual, caldrà introduir mesures addicionals.

Taula 2.1. Objectius de salut i disminució de risc del Pla de salut de Catalunya 2011-2015

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de referència	2012	Objectiu
	D'aquí a l'any 2020 cal...		Inicial		2020
1	Augmentar en un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut en homes i en dones <i>Quocient entre l'esperança de vida amb bona salut i l'esperança de vida per sexe (%)</i>	Homes	82,3	85,9	86,4
		Dones	74,1	76,8	77,8
		Total	78,0	81,1	81,9
2	Reduir en un 20% la taxa de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties de l'aparell circulatori</i>	Homes	202,4	189,6	161,9
		Dones	124,4	115,5	99,5
		Total	158,6	147,7	126,8
3	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de càncer</i>	Homes	275,3	270,1	247,8
		Dones	125,6	123,2	113,0
		Total	189,5	186,3	170,6
4	Incrementar en un 15% la taxa de supervivència per càncer als cinc anys <i>Supervivència relativa per càncer als 5 anys (%)</i>	Homes	46,0	50,3	52,9
		Dones	56,4	60,9	64,9
		Total	50,2	ND	57,7
5	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties respiratòries <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties del sistema respiratori</i>	Homes	87,6	86,6	78,8
		Dones	31,2	32,1	28,1
		Total	53,3	53,5	48,0
6	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties mentals <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties mentals</i>	Homes	24,7	24,0	22,2
		Dones	24,0	23,3	21,6
		Total	24,6	24,0	22,1
7	Reduir la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor en un 15% <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties isquèmiques del cor</i>	Homes	71,3	63,5	60,6
		Dones	26,8	24,2	22,8
		Total	45,8	40,7	38,9
8	Reduir la taxa de mortalitat per ictus en un 15% <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties cerebrovasculars</i>	Homes	41,6	40,8	35,3
		Dones	30,6	29,5	26,0
		Total	35,4	34,3	30,1
9	Reduir la taxa de mortalitat per càncer de mama en un 10% <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de tumor maligne de mama</i>	Homes	0,3	0,3	0,3
		Dones	21,4	19,5	19,2
		Total	11,9	10,9	10,7
10	Reduir la taxa de mortalitat per càncer colorectal en un 5% <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de tumor maligne colorectal</i>	Homes	36,5	36,5	34,7
		Dones	17,1	17,3	16,2
		Total	25,3	25,4	24,1
11	Mantenir per sota del nivell actual la taxa de mortalitat per suïcidi <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de suïcidis i autolesions</i>	Homes	8,5	8,9	< 8,5
		Dones	2,4	2,9	< 2,4
		Total	5,3	5,7	< 5,3

El sistema de salut de Catalunya en procés de canvi
 Balanç del Pla de salut 2011-2015 a meitat de període

12	Reduir la incidència de la fractura de coll de fèmur en un 10% en les persones de 65 anys i més <i>Taxa d'ingrés hospitalari per 10.000 h. estandarditzada per edat per fractura de coll de fèmur en població de 65 anys i més</i>	Homes	48,7	43,9	43,9
		Dones	83,2	79,8	74,9
		Total	70,5	66,2	63,4
13	Reduir en un 10% les amputacions en persones amb diabetis de 45 a 74 anys <i>Taxa d'amputacions per 10.000 h. en persones en diabetis de 45 a 74 anys</i>	Homes	39,5	43,3	35,6
		Dones	10,8	11,0	9,7
		Total	27,4	29,0	24,7
14	Reduir la prevalença de tabaquisme per sota del 28% <i>Prevalença de consum de tabac en la població de 15 anys i més (%)</i>	Homes	35,8	34,2	NP
		Dones	23,4	22,9	NP
		Total	29,5	28,5	< 28,0
15	Reduir la prevalença de sedentarisme per sota del nivell de 2010 <i>Prevalença de sedentarisme en població de 18 a 74 anys (%)</i>	Homes	15,4	16,4	< 15,5
		Dones	18,3	19,2	< 18,7
		Total	16,8	17,8	< 17,1
16	Incrementar en un 10% la proporció de persones adultes que segueixen les recomanacions d'activitat física saludable per setmana <i>Prevalença d'activitat física saludable (moderada i alta de l'IPAQ) en població de 15 a 69 anys (%)</i>	Homes	74,1	72,1	81,5
		Dones	69,0	68,9	75,9
		Total	71,6	70,5	78,8
17	Reduir la prevalença d'excés de pes (sobrepès o obesitat) en la població per sota dels nivells de 2010 <i>Prevalença d'excés de pes declarat en població de 18 a 74 anys (%)</i>	Homes	57,4	57,7	< 56,6
		Dones	41,5	40,1	< 38,2
		Total	49,5	49,0	< 47,4
18	Incrementar en un 15% la proporció de pacients hipertensos atesos a l'APS amb valors de PA <140/90mmHg <i>Percentatge de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària amb valors de PA <140/90 mmHg (%)</i>	Total	63,3	68,3	72,8
19	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 <i>Percentatge de pacients de 35 a 74 anys atesos a l'atenció primària amb xifres de colesterolèmia >200 mg/dl amb valoració del risc cardiovascular (%)</i>	Total	84,0	88,3	96,6
20	Reduir en un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb diabetis <i>Percentatge de pacients amb diabetis amb reingrés als 30 dies (%)</i>	Total	5,5	5,9	4,7
21	Reduir en un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) <i>Percentatge de pacients amb MPOC amb reingrés als 30 dies (%)</i>	Total	17,1	18,1	14,5
22	Reduir en un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb insuficiència cardíaca congestiva (ICC) <i>Percentatge de pacients amb ICC amb reingrés als 30 dies (%)</i>	Total	15,5	15,4	13,2
23	Reduir la taxa mitjana de prevalença de la infecció nosocomial global per sota del 7% <i>Prevalença d'infecció nosocomial global (%)</i>	Total	7,0	7,5	< 7,0
24	Reduir la taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de genoll per sota del 3,5% <i>Taxa global d'incidència d'infecció de localització quirúrgica (ILQ) en cirurgia programada de pròtesi de genoll (%)</i>	Total	3,0	2,5	< 3,5

25	Reduir la taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de maluc per sota del 3% <i>Taxa global d'incidència d'infecció de localització quirúrgica (ILQ) en cirurgia programada de pròtesi de maluc (%)</i>	Total	2,8	2,5	< 3,0
26	Disminuir la taxa d'infecció quirúrgica en cirurgia colorectal per sota del 21% <i>Taxa global d'incidència d'infecció de localització quirúrgica (ILQ) en cirurgia programada de còlon i recte (%)</i>	Total	20,6	19,1	< 21,0
27	Reduir la taxa mitjana d'incidència de pneumònia associada a ventilació mecànica per sota 12 episodis per 1.000 dies de ventilació <i>Densitat d'incidència de pneumònies associades a ventilació mecànica</i>	Total	5,6	5,0	< 12

Font: Marcant fites. Seguiment anual dels objectius del Pla de salut.

L'objectiu principal que proposa el Pla de salut és **incrementar la proporció d'esperança de vida que es viu amb bona percepció de salut**. Tots els plans de salut de Catalunya han tingut aquest propòsit, però ha estat en aquest Pla de salut 2011-2015 on s'ha explicitat formalment. L'esperança de vida en bona salut és un indicador compost que inclou la durada de la vida i la qualitat amb què és viscuda. Així doncs, inclou l'esperança de vida calculada a partir de la mortalitat i la percepció de salut calculada a partir de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA). L'objectiu s'ha formulat en termes de proporció de vida viscuda amb bona salut i, tot i que és un objectiu molt difícil d'assolir perquè l'esperança de vida es va incrementant, és important tenir-lo en compte perquè marca el camí cap a una prioritització dels elements més qualitatius de la vida. La taula 2.2 mostra la tendència que ha seguit l'esperança de vida en bona salut a Catalunya en els darrers anys.

Taula 2.2. Proporció de l'esperança de vida viscuda amb bona salut a Catalunya per diferents anys i objectiu per a l'any 2020

	1994 (%)	2000 (%)	2011 (%)	Objectiu 2020 (%)
Homes	80,0	79,7	82,3	86,4
Dones	70,8	72,9	74,1	77,8
Total	75,0	76,1	78,0	81,9

Font: Marcant fites. Seguiment anual dels objectius del Pla de salut.

Els països de la UE-15 mostren valors similars en l'esperança de vida (EV), disparitats en els de l'esperança de vida en bona salut (EVBS) i mantenen les diferències per sexe. Catalunya se situa en una posició bona en els homes i intermèdia en les dones (figura 2.1).

L'avaluació dels objectius del Pla de salut: una trajectòria consolidada

En el moment de formular els objectius del Pla de salut es va tenir en compte de fixar uns nivells mesurables a assolir, un límit temporal clar i la definició d'un indicador que permeti de l'objectiu relacionat. Gràcies a això, en cadascun dels sis períodes de planificació per objectius de salut mitjançant el Pla de salut de Catalunya (iniciat l'any 1991) ha estat **possible retre comptes dels objectius formulats** en el període anterior i valorar l'impacte que les activitats (objectius operatius) han tingut en el seu assoliment.

Les fonts d'informació són clau per poder avaluar i per fer-ho de forma regular. En aquest sentit, són molt importants els canvis que ha sofert l'**Enquesta de salut de Catalunya** (ESCA), que ha passat de ser una enquesta transversal realitzada els anys 1994, 2002 i 2006, a una enquesta contínua (ESCAc) a partir del segon semestre de 2010. D'aquesta manera, cada any és possible obtenir els estimadors dels indicadors de l'ESCAc per al conjunt de Catalunya i, mitjançant l'acumulació de diversos anys, estimadors per a territoris més petits. Aquest és un element molt rellevant perquè l'enquesta és la font d'informació més a l'abast que, a banda de la informació sobre la percepció i coneixement de l'estat de salut propi, també té informació sobre les característiques socioeconòmiques de les persones que la contesten. Per tant, a partir de l'ESCAc és pot relacionar la informació de salut amb la informació de posicionament social. Això no és possible amb altres fonts d'informació sistemàtiques que s'utilitzen en planificació sanitària.

Cada deu anys es fa un avaluació global dels objectius de salut i de disminució de risc. Els resultats de les avaluacions de les dues darreres dècades (taula 2.3) ens indiquen que s'assoleixen total o parcialment (almenys s'ha aconseguit el 50% del canvi esperat) en els dos terços, aproximadament, dels objectius.

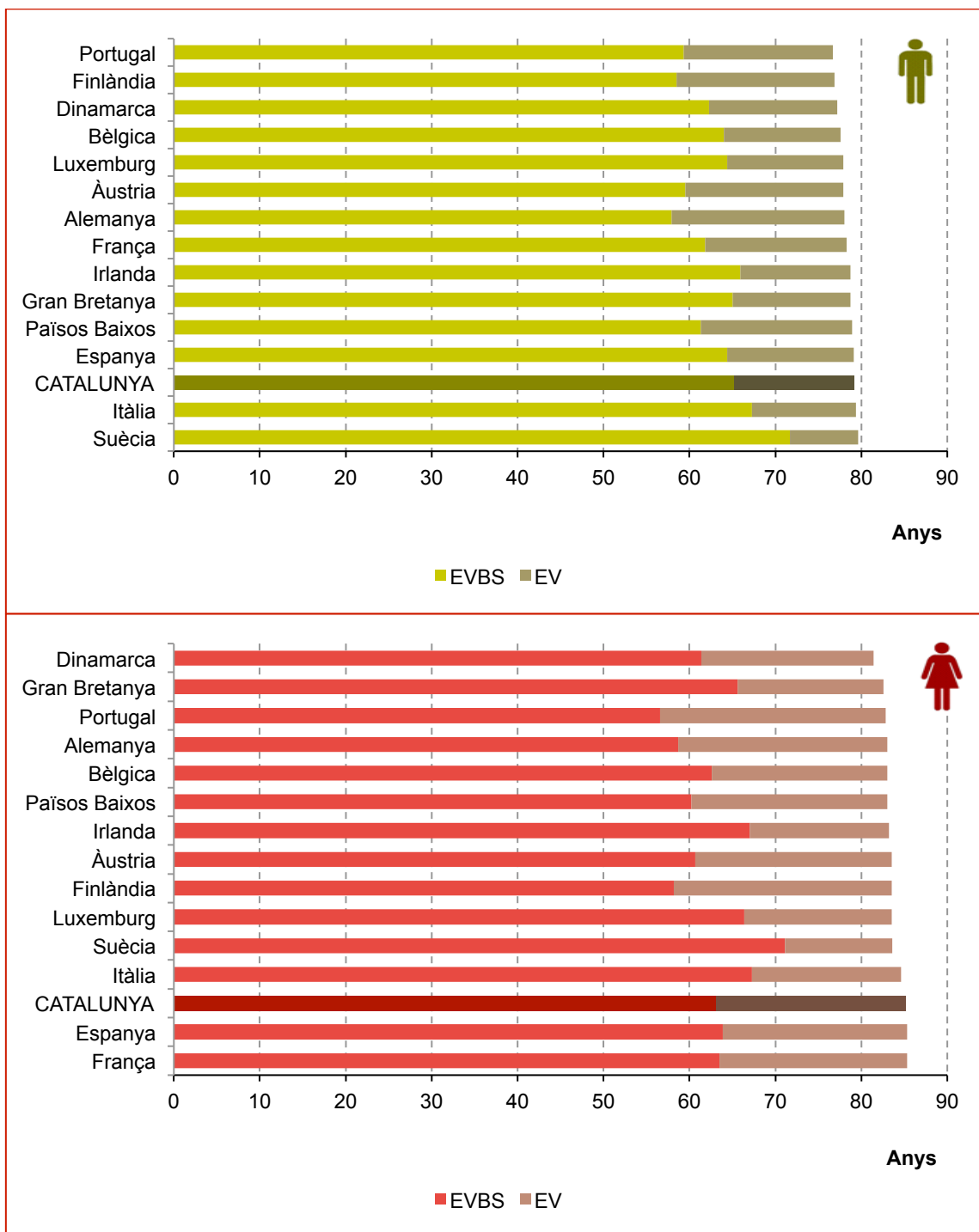
Taula 2.3. Resultat de l'avaluació dels objectius de salut i disminució de risc dels plans de salut de Catalunya per als anys 2000 i 2010

Nivell de l'objectiu assolit	2000	2010
Totalment assolits	69 (68,3%)	94 (53,7%)
Parcialment assolits (>50%)	8 (7,9%)	24 (13,7%)
No assolits	24 (23,8%)	57 (32,6%)
Total d'objectius avaluats	101	175

Font: Pla de salut de Catalunya. Avaluació dels objectius de salut i disminució de risc per a l'any 2010.

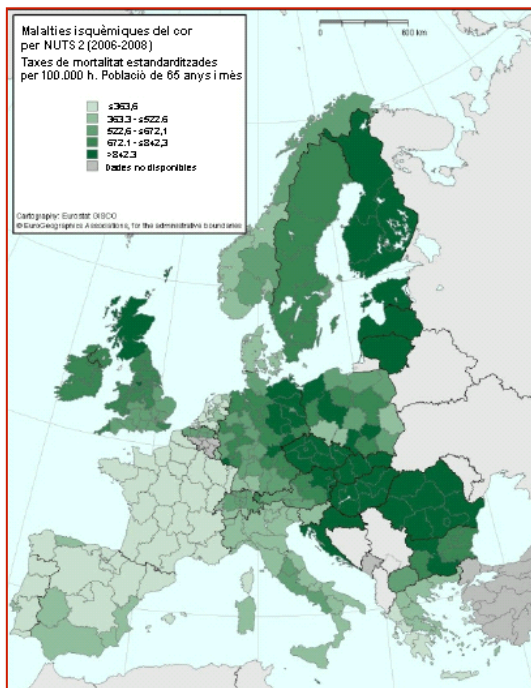
Encara que no és fàcil trobar models d'avaluació similars en els països del nostre entorn, si que és possible comparar-nos en el cas de determinats indicadors i posicionar-nos dins del context europeu, com es pot veure a les figures 2.1 a 2.3.

Figura 2.1. Esperança de vida (EV) i esperança de vida en bona salut (EVBS) per sexe i països de la UE-14 (2009) i a Catalunya (2010-2011)



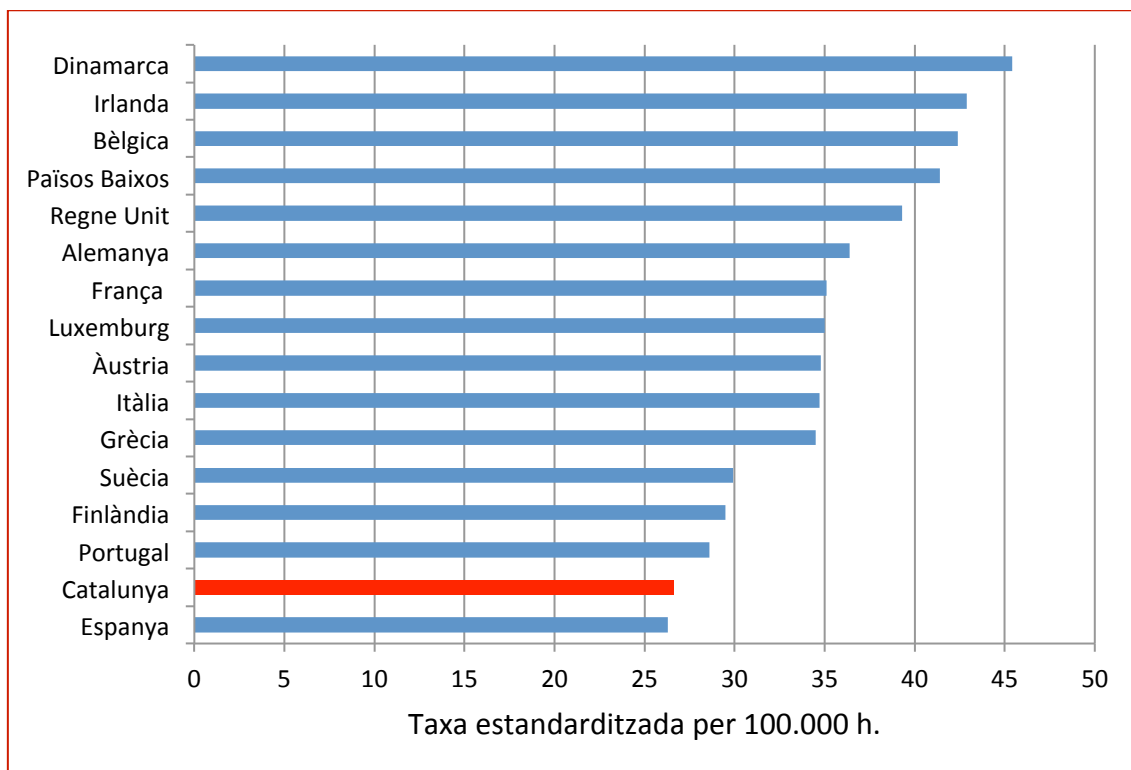
Font: OCDE, 2008.

Figura 2.2. Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties isquèmiques del cor en la població de 65 anys i més. NUTS 2, 2006-2008



Font: Eurostat, 2006-2008.

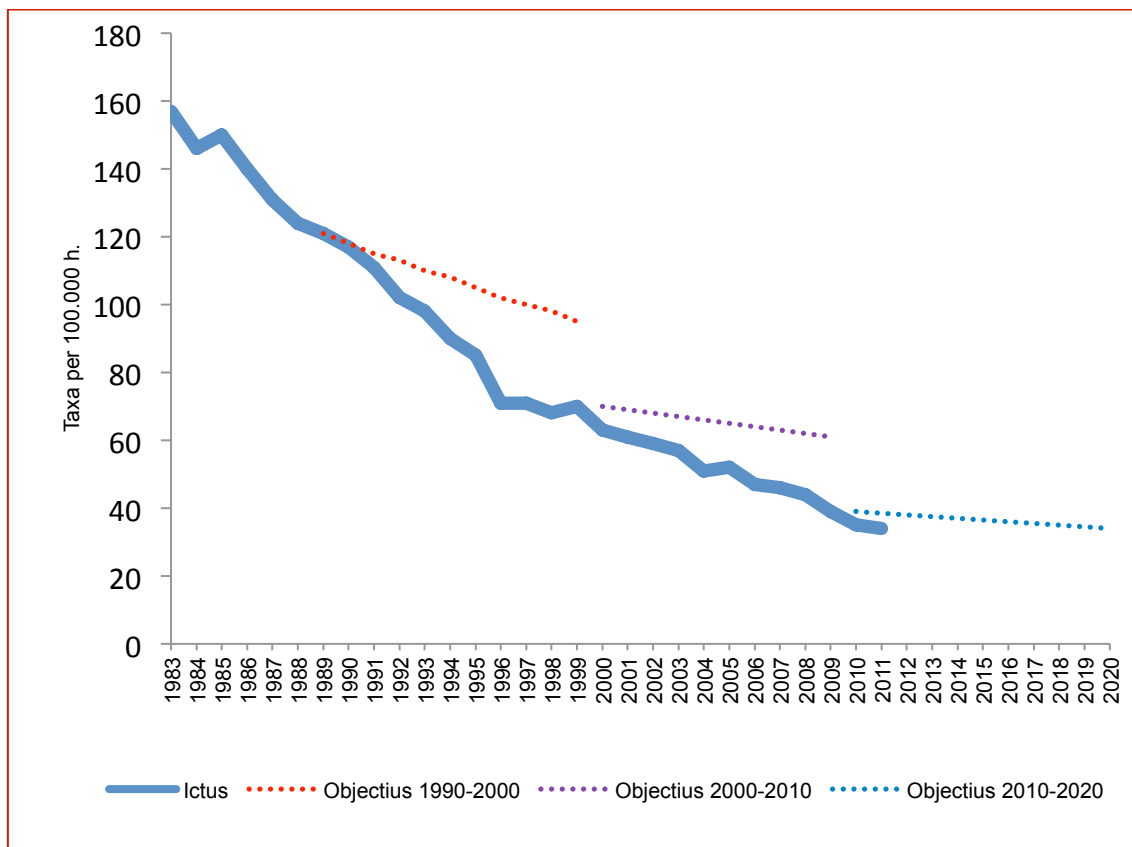
Figura 2.3. Taxa estandarditzada de mortalitat per càncer de mama en dones per països de la UE-15, 2007-2009



Font: Eurostat.

Allò que s'espera de l'avaluació d'un objectiu tipus és el que es mostra a la figura 2.4. S'hi pot observar l'evolució de la mortalitat per ictus entre els anys 1983 i 2011. En línies més fines es poden veure les estimacions fetes per a cada període de planificació i cal parar atenció en alguns punts. En primer lloc, es pot destacar que la tendència dels primers anys ja és marcadament de disminució i, en segon lloc, que en els períodes de planificació ja consumits sempre s'ha assolit una reducció superior a l'esperada. Això pot indicar que es va ser poc ambiciós en formular els objectius (en aquest cas concret es van seguir les recomanacions de l'OMS) o bé que les intervencions desenvolupades van ser més efectives del que s'havia previst inicialment.

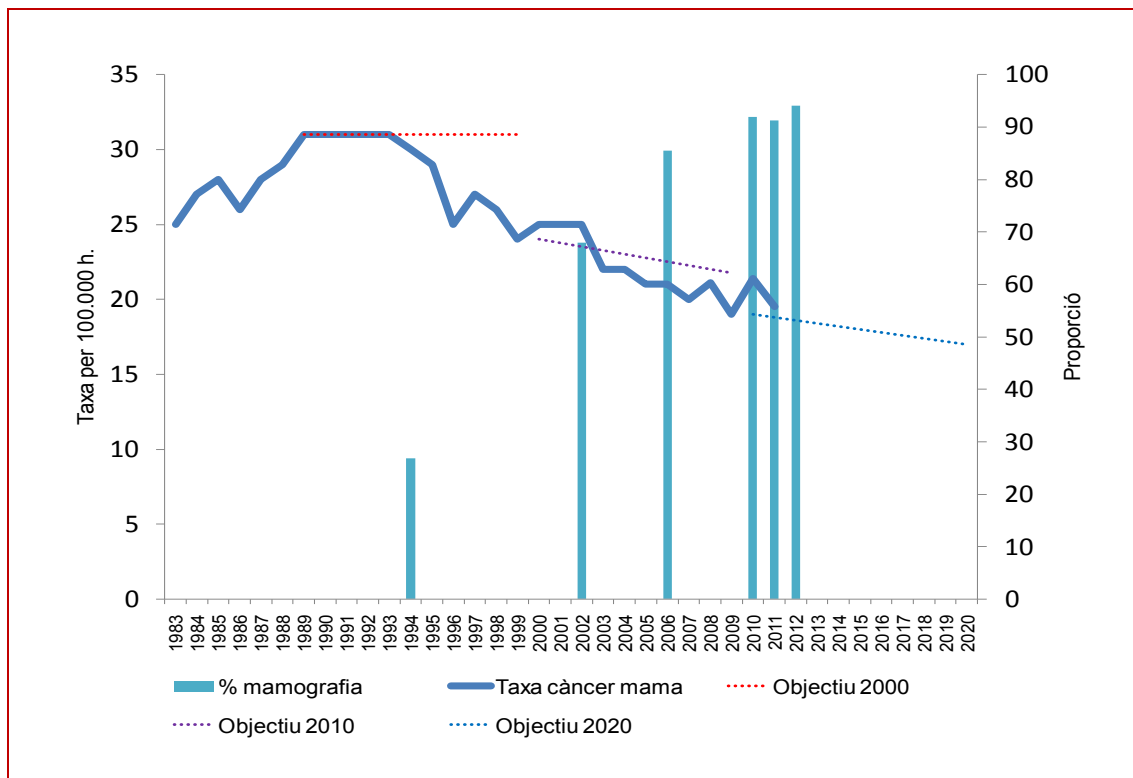
Figura 2.4. Evolució de la mortalitat per ictus i els objectius del Pla de salut. Catalunya, 1983-2020



Font: Registre de mortalitat de Catalunya. Pla de salut de Catalunya.

Una situació semblant es pot observar a la figura 2.5 que mostra també una situació força favorable de l'evolució de la mortalitat per càncer de mama. En aquest cas es va formular un objectiu per a l'any 2010 de manteniment de la taxa d'aleshores, atesa la tendència a l'alça de la mortalitat en els anys precedents. A partir de la meitat de la dècada dels noranta, s'observa una tendència marcadament favorable que hom creu que en bona mesura es deguda a la generalització i millora del programa comunitari de cribatge mamogràfic endegat a cadascuna de les regions sanitàries del CatSalut.

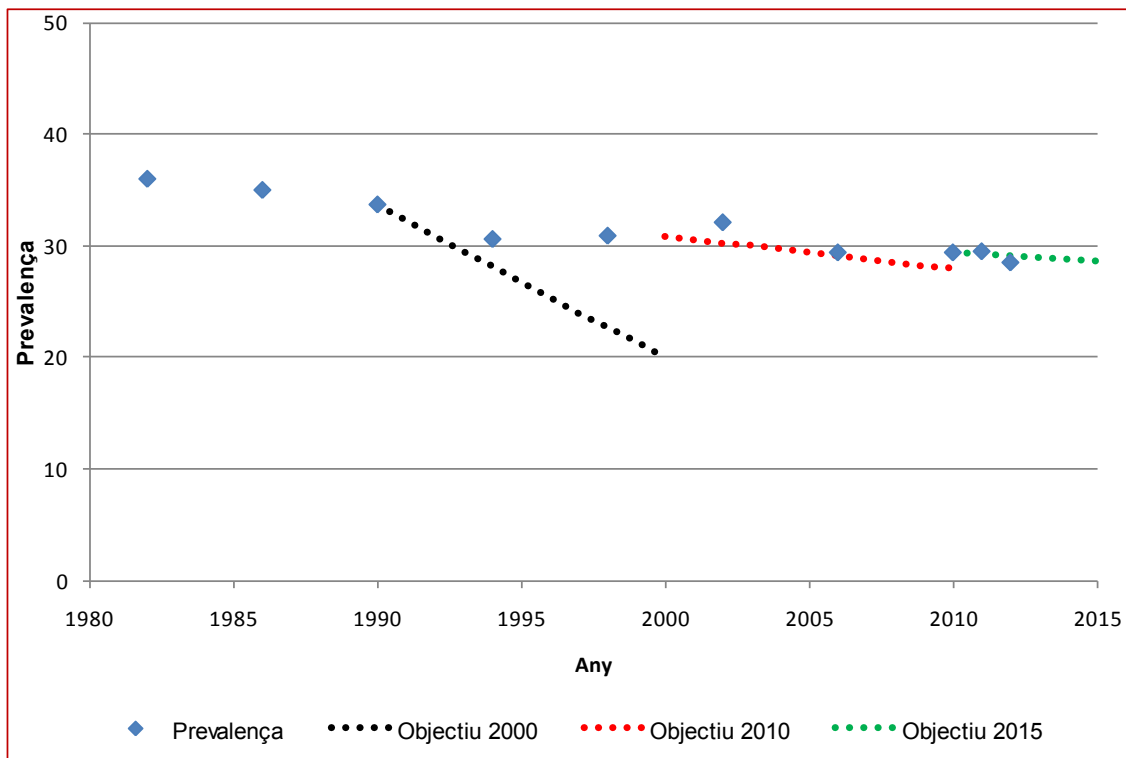
Figura 2.5. Evolució de la mortalitat per càncer de mama, de la pràctica de mamografia preventiva i objectius del Pla de salut. Catalunya, 1983-2020



Font: Registre de mortalitat de Catalunya. Enquesta de salut de Catalunya. Pla de salut de Catalunya.

L'evolució de la prevalença de tabaquisme en la població de 15 anys i més (figura 2.6) ens permet veure una situació diferent. L'objectiu fixat l'any 1991 per a l'any 2000 (un 20% de població fumadora), seguint els paràmetres que ja marcava l'OMS, va resultar excessivament ambiciós, malgrat alguns progressos aconseguits especialment en joves i població masculina. L'any 2001, l'objectiu es va reformular de manera més realista (un 28% de població fumadora) i, tot i que no es va assolir aquest objectiu l'any 2010, la disminució de la prevalença del tabaquisme a Catalunya ha estat important en aquest període i és factible que s'aconsegueixi l'objectiu fixat per a l'any 2015 (<28% de població fumadora) ja que hi som molt a prop (2012: 28, 5%).

Figura 2.6. Evolució del tabaquisme i objectius del Pla de salut. Catalunya, 1982-2015



Font: Programa de prevenció del tabaquisme. Enquesta de salut de Catalunya.

El seguiment dels objectius operatius

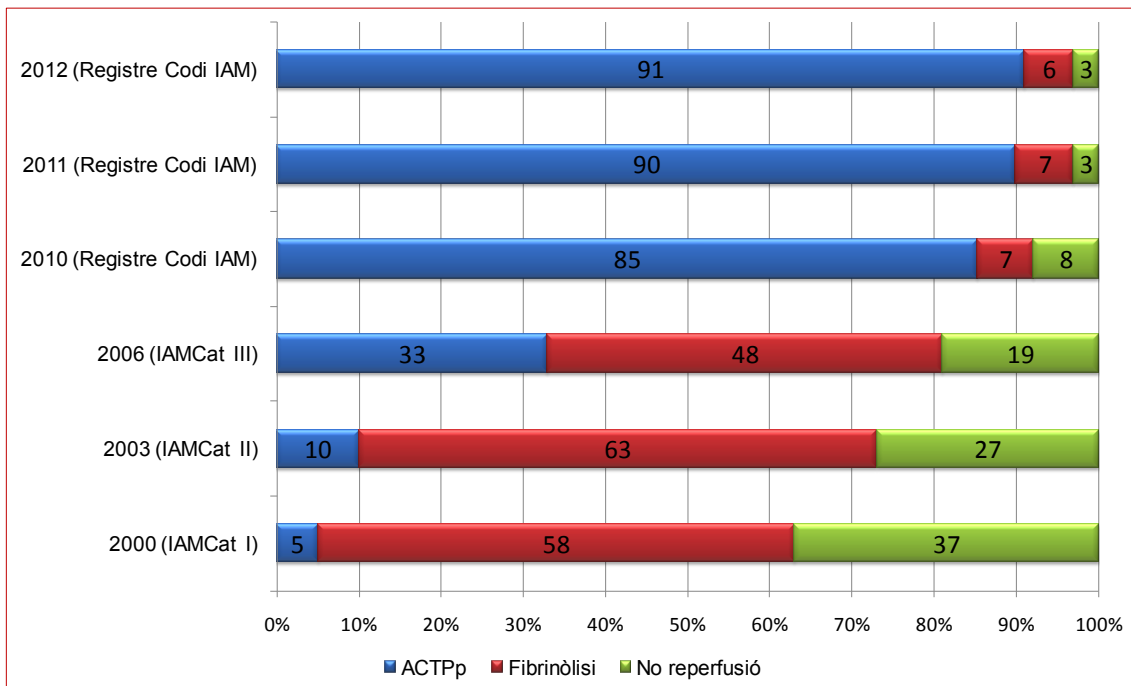
A banda d'aquests objectius de salut, el Pla de salut de Catalunya en formula molts d'altres que estan lligats als 32 projectes que el conformen. Aquests projectes s'organitzen en 9 línies d'actuació (figura 2.7) i tenen a veure amb els programes de salut, la cronicitat, l'ordenació de serveis i la qualitat en l'alta especialització, la modernització del model organitzatiu i del model de contractació, la incorporació del criteri clínic a la presa de decisions, la governació del sistema i els sistemes d'informació. L'any 2012 es van desenvolupar més del 75% de les activitats previstes en els projectes. En la resta dels capítols d'aquest document es podran trobar diversos exemples d'objectius operatius i la seva avaluació fins al moment actual.

Figura 2.7. Línies d'actuació i projectes del Pla de salut 2011-2015



Un exemple de les activitats que es desenvolupen en l'àmbit d'un dels projectes del Pla de salut de Catalunya és el Codi infart del Pla director de malalties de l'aparell circulatori. El Codi infart és un protocol basat en l'activació d'un conjunt de dispositius assistencials per atendre, de forma ràpida i adequada, els pacients que pateixen un infart de miocardi amb elevació del segment ST (IAMEST). El tractament òptim d'aquests pacients, si s'aplica en un temps inferior a les dues hores després del diagnòstic, és l'angioplàstia primària atès que permet restablir de forma efectiva el flux sanguini de l'artèria coronària obstruïda. Des de la creació del Codi el juny de 2009, la proporció d'IAMEST tractats amb angioplàstia primària ha experimentat un increment de forma clara, tal com es pot observar a la figura 2.7 i ja s'ha superat la barrera del 60% dels casos que es fan en un temps inferior a les dues hores. Aquesta ordenació de serveis en forma de codi per atendre patologies urgents també s'ha desenvolupat per atendre altres situacions d'urgència, com ara l'ictus o els pacients amb politraumatismes. Sense deixar l'àmbit de l'infart, i per mostrar altres tipus d'activitats rellevants d'un pla director, cal subratllar que l'any 2013 s'ha consensuat un protocol per al tractament de doble antiagregació en l'IAMEST que ha comptat amb la col·laboració de diverses unitats de les administracions sanitàries i les societats científiques implicades. Disposar d'aquest protocol era l'objectiu principal del Pla director per a aquest any 2013 en el context del Pla de salut de Catalunya, i s'ha començat a aplicar a finals de novembre d'enguany.

Figura 2.8. Evolució de la reperfusió en els pacients amb IAMEST. Catalunya, 2000-2012



Font: IAMCAT-I, IAMCAT-II, IAMCAT-III i Registre del Codi infart de Catalunya. Departament de Salut.

L'esforç per formular els objectius del Pla de salut de manera que en quedin clars els límits temporals i els indicadors de seguiment i avaluació permet conèixer l'evolució i el grau d'assoliments obtinguts amb les intervencions implementades i, si escau, establir mesures correctores durant el seu període de vigència.

3. Un sistema més orientat als malalts crònics

Quin era el propòsit?

Un dels reptes principals del Pla de salut 2011-2015, amb el suport del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat, és convertir un model d'atenció centrat en la malaltia en un centrat en la persona. Per fer-ho, hem de passar d'un model assistencial –social i sanitari– poc o gens integrat, fraccionat per nivells, que treballa per assolir resultats esbiaixats des d'una una visió no territorial i poc col·laborativa, a **un model assistencial integrat social i sanitari de base territorial** que es plantegi donar resposta a les necessitats socials i sanitàries de les persones des d'una visió territorial, amb objectius comuns, avaluats en termes de salut, i amb dispositius assistencials adequats i compartits pels professionals de tots els àmbits.

L'estratègia d'implementació del model té quatre **eixos principals**:

- La coresponsabilització de les persones a tenir cura de la seva salut, participant en aquest procés de forma conjunta amb la resta d'agents.
- La integració funcional dels serveis social i sanitari i l'ordenació dels dispositius on interactuen ambdós.
- La promoció del treball compartit dels professionals dels diversos àmbits d'atenció en el procés d'assistir les persones en situació de complexitat per fer de la comunitat el lloc preferent per atendre les persones.
- Priorització de la protecció, promoció i prevenció de la salut com a instrument més eficient per reduir l'impacte dels factors de risc i les malalties cròniques. Tant en l'àmbit sanitari o social com en accions interdepartamentals que actuïn sobre els determinants de salut.

El desplegament d'aquesta línia d'actuació s'estructura en **sis projectes** concrets:

- a) Implantar processos clínics integrats per a deu malalties.
- b) Potenciar els programes de promoció, protecció de la salut i prevenció de les malalties cròniques.
- c) Potenciar l'autoresponsabilització dels pacients i els cuidadors amb la seva salut i fomentar l'autocura.
- d) Desenvolupar alternatives assistencials en el marc d'un sistema integrat.
- e) Desplegar programes territorials d'atenció a pacients crònics complexos i amb malaltia crònica avançada.
- f) Implantar programes d'ús racional del medicament.

Objectius 2015

- Implantar les guies de pràctica clínica (GPC) i les rutes assistencials en els deu processos a tot el territori i integrar-ne els registres a la història clínica compartida de Catalunya (HCCC).
 - Implantar cinc programes prioritaris de promoció i prevenció de la salut (alimentació saludable i activitat física, hàbit tabàquic, consum d'alcohol, vacunació i etapes infantils o prenatales).
 - Estendre el programa Pacient Expert Catalunya a cinc malalties cròniques a tot el territori català i assolir una xifra de 5.000 pacients incorporats als diferents grups de malalties. Oferir materials educatius a la carpeta personal de salut, potenciar el 061 CatSalut Respon i el Canal Salut com a canals d'informació i per donar consells de salut.
 - Disminuir els ingressos urgents i els reingressos durant els trenta dies següents a l'alta dels pacients crònics complexos en hospitals d'aguts en un 15%.
 - 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.
-

On som? Què s'ha fet?

Processos clínics integrats

Es disposa del marc genèric conceptual i procedimental per al [disseny de rutes assistencials](#). El procés d'elaboració de les rutes assistencials parteix d'una selecció dels **elements clau del procés (ECP)** de maneig de cadascuna de les malalties seleccionades. D'acord amb el marc genèric per al disseny de rutes assistencials i les recomanacions de la l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya sobre les guies de pràctica clínica (GPC) de referència internacional, **cada territori prepara i pacta les seves rutes** i rep una formació bàsica sobre el procés.

S'han seleccionat **quatre patologies inicials** (DM2, IC, MPOC, depressió). Més del 80% de territoris han redactat i iniciat la implementació de les rutes assistencials sobre aquestes patologies. Pràcticament el 100% de territoris disposen de rutes redactades per a almenys tres d'aquestes patologies.

El 100% de rutes redactades ho han estat de forma interdisciplinària, compartida entre els agents assistencials del territori, de tots els àmbits i estaments implicats, mitjançant grups de treball liderats pel CatSalut i coliderats pels líders clínics de referència.

Les rutes d'aquestes patologies han estat majoritàriament presentades als equips assistencials implicats.

Per a les quatre patologies inicials s'ha concretat una estratègia d'avaluació amb triple visió (procés de redacció/implementació, procés assistencial i resultats clínics), que s'aplicarà a finals d'any, de manera que es disposi d'un mapa d'implementació de rutes actualitzat.

Es preveu la incorporació de les pautes farmacoterapèutiques harmonitzades de la Comissió per a l'Harmonització de l'Ús de Medicaments en l'Àmbit de l'Atenció Primària i Comunitària també aquest 2013.

S'han redactat els ECP per a la demència, la malaltia renal crònica i, a finals d'any, per a la patologia osteoarticular crònica i el dolor crònic.

Quadre 3.1. Exemple de contingut d'una ruta assistencial

Ruta assistencial per insuficiència cardíaca a l'Alt Penedès

Població de referència

96.000 habitants

Objectius

- Millorar l'atenció a les persones amb insuficiència cardíaca a través de la col·laboració entre professionals, la coordinació entre proveïdors, l'establiment i optimització dels circuits assistencials i la promoció de la bona pràctica per atorgar el recurs més adequat a la situació evolutiva del pacient.
- Contribuir a la reducció de la mortalitat i morbiditat de les persones en situació de cronicitat per millorar-ne els resultats en salut i la qualitat de vida.

Descripció

- S'han pactat uns objectius específics (aplicar les GPC de referència, establir i garantir la fluïdesa i temps apropiats, evitar duplicitat, racionalitzar l'ús de recursos, no ometre accions assistencials importants, oferir referència completa de com cal gestionar els diferents escenaris en què es pot trobar un pacient, facilitar un marc transparent d'avaluació dels serveis i els circuits, adaptar els continguts de la ruta de forma flexible i evolutiva).
- S'han definit els criteris d'inclusió i d'exclusió.
- S'identifiquen les GPC de referència principal per utilitzar al territori i els criteris diagnòstics i de classificació.
- S'estableix la població diana (953 casos esperats a l'Alt Penedès).
- Es detallen els dispositius assistencials implicats.
- Es formalitzen els processos i circuits d'atenció en les principals situacions clíniques relacionades amb la insuficiència cardíaca (nou diagnòstic, estabilitat clínica, descompensació, fase avançada amb situació de complexitat amb vinculació amb el programa Pacient Crònic Complex).
- S'estableixen els criteris de derivació a cada dispositiu.
- S'acorden orientacions de tractament farmacològic basades en l'evidència, adaptades a les diferents situacions i al grau de conciliació de la medicació.
- Es descriu el pla de cures d'infermeria en insuficiència cardíaca.
- S'han consensuat i es detallen els documents per lliurar als pacients.
- Es defineixen els indicadors d'avaluació (cobertura, taxes d'hospitalitzacions evitables i de reingressos, comunicació entre professionals, qualitat de tractament, accés a la informació compartida, protocol d'autocura del pacient).

Resultats

- En fase de desplegament de l'experiència a la pràctica clínica.

Font: Insuficiència cardíaca. Ruta assistencial a l'Alt Penedès (actualització 20/11/2012).

Promoció, protecció de la salut i prevenció de les malalties cròniques

La prevenció i el control del tabaquisme continua avançant

A Catalunya, 70.000 persones deixen de fumar ateses pels diferents nivells assistencials. El Pla de salut proposa el repte del treball coordinat entre els diferents nivells, des de la prevenció en l'àmbit comunitari a l'ajuda als diferents nivells assistencials. Aquests programes comunitaris territorials s'han posat en marxa al Vallès Oriental i a Lleida. També s'ha potenciat el treball en xarxa a la Catalunya Central.

Continua el desplegament dels programes d'atenció primària, hospitals i embaràs sense fum amb cobertures superiors al 80%. La formació en línia dels programes "Infància sense fum" i "Atenció primària sense fum" ha arribat a més de 915 professionals.

En el programa "Classe sense fum", de prevenció de l'inici del tabaquisme, hi han participat amb èxit 3.948 alumnes, i s'ha ampliat de forma pilot amb el projecte "Entorns sense fum" a Girona i el Vallès Oriental.

El compliment de la llei continua sent òptim a l'hora de protegir la salut de la majoria dels ciutadans de Catalunya. Davant la creixent presència de cigarretes electròniques, s'ha donat suport a un posicionament de les xarxes hospitalària i d'atenció primària en contra de l'ús de la cigarreta electrònica als centres sanitaris, i s'ha començat a treballar en una normativa de regulació autonòmica.

El grup de treball "Tabac i Salut Mental" ha elaborat una guia d'actuació, pionera a l'Estat espanyol, en pacients fumadors hospitalitzats amb problemes de salut mental.

Impuls del Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable en col·laboració amb tots els sectors implicats

Més de 100.000 persones han deixat de ser sedentàries i tenen un nivell d'activitat física saludable (dades d'atenció primària). En la història clínica d'atenció primària de 314.156 persones constava que s'havia preguntat si feien activitat física i a quasi 300.000 se'ls havia donat consell.

El 2013, en col·laboració amb la Secretaria General de l'Esport, es va celebrar la tercera edició del Dia Mundial de l'Activitat Física en què van participar 174.771 persones en 276 esdeveniments organitzats per 391 entitats.

Pel que fa a l'alimentació saludable, 279 establiments promotores de la dieta mediterrània AMED han tingut 42.811 comensals, en 82 municipis d'arreu de Catalunya (el 2013 s'han acreditat 40 nous establiments, amb 6.996 comensals).

Durant l'any 2013 s'han revisat 178 menús escolars, que cobreixen 53.282 escolars, (16.513 comensals). La qualitat de les programacions continua sent bona.

S'ha signat un conveni amb la Creu Roja per a la promoció de l'alimentació saludable. S'ha fet una estimació del cost d'aplicar la piràmide de l'alimentació saludable i s'han elaborat les recomanacions *Menjar sa amb pocs diners*, on es calcula quants diners costa seguir la piràmide de l'alimentació saludable: de 22 euros per setmana i infant a 39 euros per setmana i adult.

Potenciar les estratègies per a la disminució del consum d'alcohol en el marc de la cronicitat

S'ha definit un model de qualitat en l'atenció al consum de risc d'alcohol i els problemes associats que garanteixi un continuïum que va des de la detecció precoç al tractament (atenció primària - serveis socials - CAS - hospital) i una millor evolució de les malalties cròniques prioritzades, i posa l'èmfasi en la hipertensió arterial (HTA) i la depressió (2013).

S'ha organitzat formació específica per a referents d'atenció primària en alcohol, HTA i altres malalties cròniques (maig de 2013).

S'han continuat aplicant les estratègies d'intervenció breu i detecció precoç en l'àmbit sanitari (programa "Beveu menys"). Al març de 2013 s'ha creat una nova plataforma per relacionar els professionals en què participen:

- 6.000 professionals d'atenció primària.
- 600 referents en alcohol.

S'ha promogut la prevenció del consum d'alcohol i drogues en l'àmbit laboral a través del:

- Protocol de bones pràctiques a partir d'experiències a Catalunya (FCC, TMB, etc.) i les recomanacions del projecte "European Workplace and Alcohol" – EWA (desembre de 2012).
- Programa "A la Feina, Alcohol 0,0", a l'ASPCAT (juliol-desembre de 2013).

S'han desplegat els programes NitsQ per a la prevenció en locals i zones d'oci nocturn. En aquests programes, hi participen 9 ciutats de 6 comarques diferents i 36 locals d'oci tenen el distintiu Q de qualitat. S'han realitzat (de gener a juny de 2013) 4 cursos de formació en què han participat 48 professionals de l'oci nocturn. També s'ha donat formació a 53 persones que participen en les barres de les festes locals de 3 municipis.

Impuls a les estratègies educatives per disminuir els riscos associats al consum de drogues (alternatives a la sanció administrativa): elaboració d'una [Guia](#) i difusió.

Les cobertures vacunals han estat adequades i estan estabilitzades

S'ha implantat el Sistema d'informació de vacunes (SIVAC) que permet fer una gestió logística acurada en tots els centres vacunals.

S'aplica el calendari comú de vacunació mantenint especificitats en la vacuna contra el papil·lomavirus humà (VPH) i l'hepatitis B (HB).

El concurs per a l'adquisició de vacunes ha aconseguit preus similars o millors als dels concurs centralitzat.

S'estan revisant els circuits dels centres de vacunació internacional amb la intenció d'establir amb el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat un encàrrec de gestió.

Salut maternoinfantil

S'ha donat un impuls molt important al Programa de cribratge neonatal a Catalunya. Des de febrer de 2013 s'està fent el cribratge de 22 malalties. La incidència de les 19 noves malalties incloses en els primers 36.329 nadons és d'1/3.633 (4 casos de trastorns de la betaoxidació d'àcids grassos, 3 casos d'aminoacidopaties, 3 casos d'acidúries orgàniques).

S'ha elaborat el Pla de promoció de la salut afectiva i sexual, en col·laboració amb la Universitat de Barcelona.

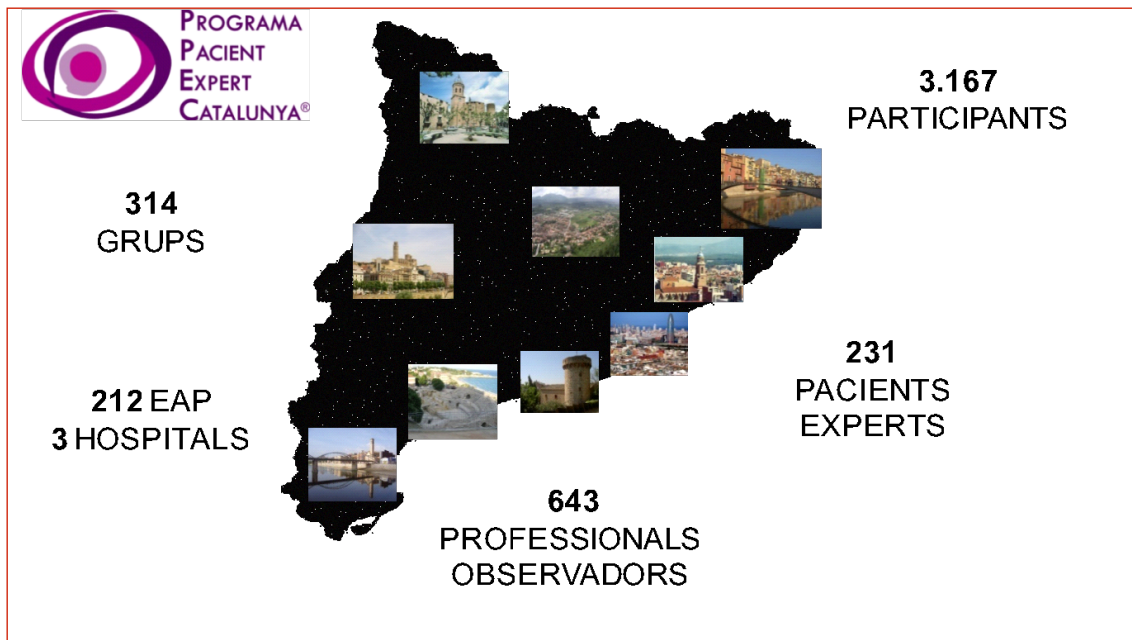
S'està finalitzant l'elaboració del nou protocol d'atenció a la prematuritat.

Hi ha hagut una major detecció de les sospites registrades pels hospitals de maltractaments infantils al Registre Unificat de Maltractaments Infantils (RUMI). Des de desembre de 2009 fins al primer trimestre de 2013 hi ha 1.413 sospites de maltractaments infantils declarats al RUMI per 42 hospitals (9 de cada 10 casos notificats a la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència estan inclosos al RUMI).

Autoresponsabilització dels pacients i els cuidadors amb la seva salut i foment de l'autocura

El **programa Pacient Expert Catalunya** (PPE-CAT) és un element central del desenvolupament d'aquest projecte. El Pla de salut de Catalunya 2011-2015 ha donat un fort impuls al Programa en fer-lo extensiu a més pacients i als problemes de salut prioritzats en el context de canvi d'orientació de l'atenció a la cronicitat.

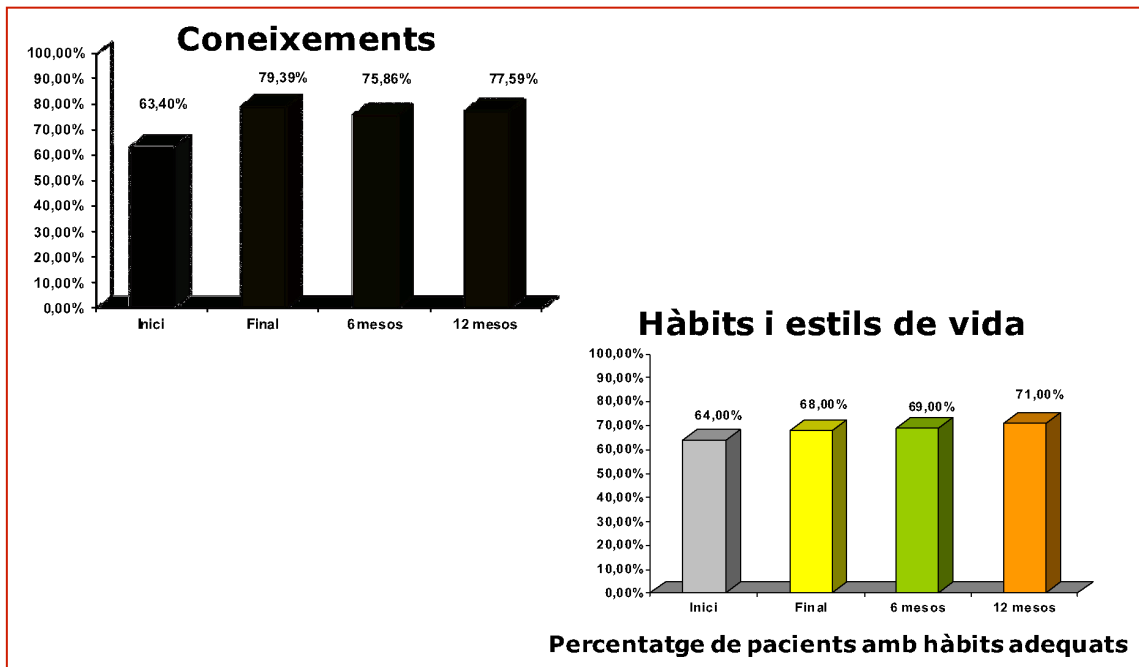
Figura 3.1. Actuacions del programa Pacient Expert Catalunya 2006-2013



Les patologies sobre les quals s'han posat en marxa els grups de pacients experts fins a l'actualitat són la insuficiència cardíaca, la malaltia pulmonar obstructiva crònica, el tractament anticoagulant oral, la diabetis mellitus tipus 2, la fibromiàlgia, la deshabitució tabàquica, l'ansietat i la malaltia de Chagas en fase crònica.

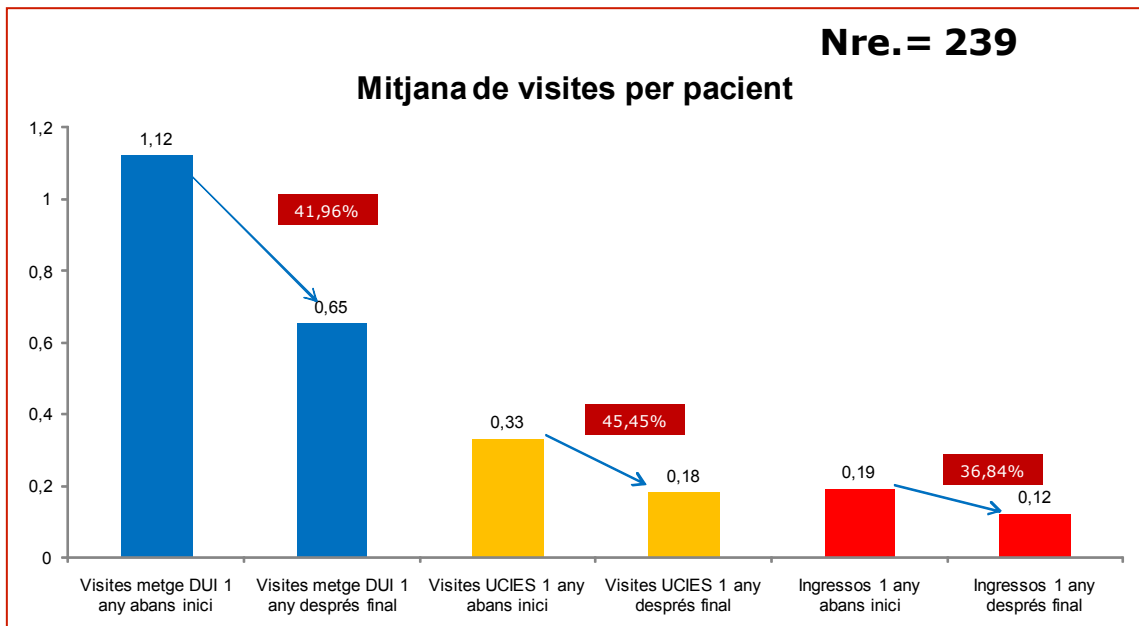
En relació amb la implantació del programa s'observa una millora de tots els paràmetres avaluats: coneixements, hàbits i estils de vida, autocura i qualitat de vida. Aquesta millora es produeix en totes les patologies incloses en el programa. A més, la millora tendeix a augmentar als 6 i 12 mesos una vegada acabada la intervenció.

Figura 3.2. Programa Pacient Expert Catalunya Grups de pacients amb MPOC



També s'observa una millora en la utilització de serveis de sanitaris relacionats amb la malaltia de base o la seva descompensació, tant per visites a l'atenció primària, com per atenció prestada en dispositius d'urgències, com en ingressos hospitalaris.

Figura 3.3. Programa Pacient Expert Catalunya Grups de pacients amb MPOC



Quadre 3.2. Elements principals de canvi que aporta el programa Pacient Expert Catalunya

Per a les persones	Per als professionals sanitaris (observadors de grup)	Per al sistema de salut
Presa de consciència de la seva malaltia. Dotació d'un rol més actiu i de coresponsabilitat. Compartició de coneixements i experiències entre elles amb la utilització d'un mateix llenguatge. Assumpció de la importància del bon compliment terapèutic. Foment de l'autocura i millora de la seva qualitat de vida. Identificació de signes i símptomes d'alarma i de la manera que cal actuar. Presa de decisions compartida. Satisfacció dels participants.	Identificació de les capacitats dels pacients en la presa de decisions. Canvi de relació amb el pacient: escolta activa, major grau de participació del pacient, pacte i consens en les actuacions. Observació que la persona amb una malaltia crònica sovint no és conscient que la té, per la qual cosa és més difícil que modifiqui hàbits i estils de vida. Necessitat d'utilitzar un llenguatge més adequat, proper i comprensible.	Foment de canvi de model paternalista a model deliberatiu. Pacient informat i coresponsable fa un millor ús dels serveis de salut i de forma més eficient. Reducció del consum de recursos en forma de visites a l'atenció primària i a urgències i d'ingressos hospitalaris per descompensació. Ajuda a fer més sostenible el sistema. Obtenció de bons resultats, comparables a les experiències internacionals, que en demostren l'efectivitat.

Actualment ens trobem en fase de finalització de dues noves guies del PPE-CAT: depressió i obesitat.

S'ha iniciat una nova línia d'actuació que és el **programa Cuidador Expert Catalunya**. S'ha dissenyat un tronc comú i 4 àmbits específics adreçats a cuidadors de nens crònics, pacients amb demències, pacients crònics complexos i pacients amb trastorn mental greu.

En paral·lel a aquestes actuacions sobre pacient expert i cuidador expert s'està treballant en tres àrees més d'interès:

- **Alfabetització sanitària**

S'estan portant a terme els treballs de disseny per realitzar, el primer semestre de 2014, una anàlisi de la situació de la població catalana, a partir de l'ESCA mitjançant la utilització, com a sistema de mesura per avaluar-lo, el qüestionari aplicat en l'estudi europeu sobre aquesta temàtica. En aquest estudi es va valorar l'estat de situació a nivell de 8 estats de la Unió Europea. A partir dels resultats obtinguts, i un cop avaluats, està previst dissenyar un pla d'actuació amb accions adreçades a millorar el grau d'alfabetització sanitària dels pacients amb malalties cròniques i de la ciutadania en general.

- **Model d'educació per a la salut**

En aquesta línia, i a partir de l'anàlisi de situació duta a terme l'any 2012, aquest any 2013 s'està treballant amb un grup d'experts en la definició dels aspectes clau que ha de preveure l'educació en grup així com el seu procés d'avaluació. Està previst presentar el model a finals d'aquest any 2013.

- **Model d'atenció no presencial**

Amb l'objectiu de promoure i facilitar una major accessibilitat dels pacients crònics, els cuidadors i el públic en general al sistema social i de salut s'està treballant conjuntament amb el TicSalut en el disseny del que ha de ser el Model d'atenció no presencial. Actualment hi ha constituïts dos grups d'experts, un de l'àmbit tecnològic i l'altre de l'àmbit clínic, per tal de definir conjuntament, d'una banda, quina o quines han de ser les plataformes que en l'àmbit tecnològic han de sustentar aquest model i, de l'altra, quina ha de ser la cartera de serveis que doni resposta a les necessitats dels pacients.

Atenció als pacients crònics en situació de complexitat i models alternatius d'atenció

El treball en aquests projectes està suposant un canvi i una transformació important en el model d'atenció a les persones i al mateix temps està generant un canvi de model, més centrat en el pacient i la seva família, mitjançant el redisseny i la reorientació del rol que han de tenir els professionals i les organitzacions dels diferents àmbits que han de treballar de forma col·laborativa en l'atenció d'aquestes persones.

Malgrat que tant el canvi com la transformació requereixen un temps, es pot afirmar que s'han obtingut alguns primers resultats i algunes fites que suposen elements d'avenç en la implementació d'aquest projecte:

- S'ha iniciat i s'ha habilitat a la HCCC, des de gener de 2013, la possibilitat de dur a terme un **marcatge ad hoc de les condicions de pacient crònic complex (PCC) i de pacient del model d'atenció a la cronicitat avançada (MACA)**. Consisteix en la identificació en cadascuna de les històries clíniques electròniques dels diferents proveïdors i en la càrrega automatitzada del registre d'aquestes condicions establertes a la HCCC. Actualment, en data 15 de novembre 2013 ja tenim més de 63.000 persones amb una de les dues condicions enregistrades amb una prevalença identificada observada superior al 0,7% de la població catalana, xifra que supera ja l'objectiu del Pla de salut previst per al 2015 (identificació de 25.000 PCC).
- **Ruta assistencial d'atenció a la complexitat.** Tots els territoris estan dissenyant i implementant la ruta assistencial d'atenció a les persones en situació de complexitat. Al quadre 3.3 se'n presenta un exemple. S'està utilitzant la metodologia de rutes assistencials esmentada anteriorment així com una [Guia d'implementació d'un model d'atenció a la complexitat](#) que s'ha dissenyat i publicat aquest any 2013. Aquest document aporta una llista de control (*check list*) d'implementació que ha de facilitar la posada en marxa d'elements clau en aquest procés d'atenció i d'un veritable model 7x24 (7 dies a la setmana, 24 hores al dia) que garanteixi una bona capacitat de resposta davant de qualsevol crisi o exacerbació i un bon model de cures de transició que garanteixi la continuïtat assistencial en aquests pacients una vegada són donats d'alta en un procés d'hospitalització.
- S'ha dissenyat i implementat el **Pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC)**, el qual és elaborat i generat pel professional clínic en l'àmbit local i que és transferit a la HCCC amb l'objectiu de compartir informació rellevant i crítica quan hi accedeix qualsevol professional clínic que ha d'intervenir en la presa de decisions sobre el pacient en qualsevol moment amb una visió d'accés 7 x 24. Aquest és un element molt important per poder dur a terme una bona presa de decisions, especialment quan hi ha una situació de crisi o exacerbació. Aquest document està compost per informació que automàticament s'incorpora al Pla d'intervenció i per informació altament rellevant generada pels professionals

mèdic i d'infermeria de referència com, per exemple, la informació dels apartats Indicacions en cas de crisi i Pla de decisions anticipades, especialment important pel que fa als pacients del MACA.

- S'ha dissenyat d'un model d'**estratificació de risc de tota la població** catalana que es basa en l'agrupació de la informació de morbiditat, ingressos hospitalaris i consum de farmàcia del pacient, factors a partir dels quals se li assigna un nivell de risc futur d'hospitalització urgent, consum de farmàcia, cost de l'atenció i inclús probabilitat de mort (capítol 6).
- Tot i que Catalunya se situa a la banda baixa entre els països europeus pel que fa a les taxes d'hospitalització d'aguts, han **disminuït les hospitalitzacions potencialment evitables** relacionades amb ingressos urgents per un conjunt de malalties cròniques (MPOC, ICC, etc.). Per cada 100.000 habitants es passa de 1.039 ingressos per any a l'inici de 2012 a 920 el juliol de 2013, amb una disminució de l'11,4% en un període de 21 mesos. Per a cadascuna d'aquestes patologies també s'observa una disminució de l'hospitalització (figures 3.3, 3.4 i 3.5).
- El nombre de **reingressos** en pacients crònics, d'acord amb l'indicador sintètic que recull reingressos a 30 dies per un conjunt de motius potencialment evitables, s'ha mantingut estable durant el mateix període.
- En 8 territoris s'ha començat a desenvolupar un **model col·laboratiu d'atenció social i sanitari d'àmbit comunitari**. Aquest model es basa en el disseny d'un model col·laboratiu d'atenció que permet compartir informació d'interès comú i definir de forma conjunta indicadors transversals i comuns. En el quadre 3.4 es pot veure un exemple de desplegament del model en un territori. A principis de setembre, mitjançant **acord de govern s'ha aprovat la creació del Pla interdepartamental d'interacció dels serveis sanitaris i socials**, que ha de facilitar un nou escenari d'impuls d'un nou model d'atenció integrada entre serveis socials i sanitaris d'àmbit comunitari.
- S'està introduint un **nou model d'atenció a les residències de gent gran** que incorpora diferents elements de millora: introducció de sistemes d'informació locals dins dels centres d'atenció residencial (eCAP, OMI-AP, etc.), racionalització i revisió de la prescripció de farmàcia en persones ingressades en institucions.
- S'ha de definir i establir un **pacte territorial amb el 061 CatSalut Respon per a la implantació del model 7x24** i també incorporar el pacte local amb el SEM en el disseny de la ruta assistencial de complexitat.
- S'han definit els criteris de planificació en relació amb les **alternatives assistencials a l'hospitalització en l'àmbit d'atenció a la cronicitat**, que es basen en el model definit en el projecte de desenvolupament de [nous models alternatius d'atenció a la cronicitat](#). Els nous criteris de planificació (quadre 3.5), centrats inicialment en l'atenció als pacients que ingressen a l'hospital per una sèrie de problemes de salut quan es podrien beneficiar d'altres modalitats assistencials més adequades, dibuixen un escenari de canvi important amb un avenç progressiu de l'atenció intermèdia substitutiva de l'ingrés d'aguts, bé sigui en l'atenció en el domicili o bé en l'internament amb cures de subaguts o de postaguts, amb el suport de l'hospital de dia i la col·laboració estreta amb l'atenció primària de salut i l'atenció social. S'ha iniciat, amb la col·laboració del [Pla director sociosanitari](#), el desplegament de recursos de subaguts en territoris determinats i també s'estan reconvertint recursos de llarga estada en recursos de subaguts/postaguts en els territoris amb una major dotació de places i unes taxes poblacionals d'utilització més elevades.

Quadre 3.3. Ruta assistencial de l'atenció a la complexitat (PCC i del MACA) a Osona

Població de referència i població diana

156.953 habitants. La prevalença de PCC i de pacients del MACA en la població general és del 2-3,5% i 1,5%, respectivament, xifres que aplicades a Osona signifiquen un màxim de 5.400 PCC i 2.250 pacients del MACA.

Objectius

- **Assegurar una atenció integrada, efectiva, eficient i satisfactòria al col·lectiu de PCC i del MACA** mitjançant un canvi en la provisió de serveis centrada en l'atenció col·laborativa entre l'atenció primària, l'hospital d'aguts, l'hospital d'atenció intermèdia, els serveis socials, el 061-SEM i l'atenció continuada urgent territorial (ACUT).
- **Mantenir tant com sigui possible el nivell de salut d'aquest grup de pacients**, pel que fa a la seva situació funcional, per aconseguir un bon control de símptomes, promoure els aspectes de seguretat i reduir les reaccions adverses.
- **Controlar les possibles crisis i descompensacions dels pacients de forma precoç, mitjançant la prioritització de l'atenció domiciliària** sempre que si sigui possible, amb una actuació proactiva i coordinada, mitjançant l'ajustament de les anades a urgències, les transicions, els ingressos hospitalaris i, en cas d'ingrés, amb la garantia d'unes estades adequades.
- **Donar suport a les possibles mancances socials** dels pacients i els seus cuidadors.
- **Establir un sistema d'informació compartida** entre els diferents proveïdors que participen en l'atenció per assegurar el compliment del PIIC.

Descripció

- La ruta assistencial descriu les actuacions en els diferents moments evolutius en què es poden trobar els pacients. Ha estat elaborada per professionals de tots els nivells i recursos (salut i social), que treballen coordinats per un grup nuclear i diferents subgrups.
- L'AP valida i registra els casos (PCC i del MACA). La proposta de nous casos també es pot fer des d'altres nivells. Aquest registre s'exporta a la HCCC, des dels diferents sistemes d'informació de cada proveïdor, i a la plataforma conjunta territorial.
- L'EAP (metge de família, infermer, treballador social) sempre és el referent del pacient i dels cuidadors, i en garanteix l'atenció durant l'horari d'obertura dels centres. Els EAP disposen de l'**infermer gestor de cas**, referent per a aquests pacients. En fase d'estabilitat, l'AP aplica el PIIC, que inclou la informació rellevant de la situació del pacient i les directrius en cas de crisi.
- En cas de descompensació, i en l'horari en què els CAP estan oberts, és l'EAP qui actua. Segons la gravetat, decideix el millor recurs, sempre priorititzant l'atenció a domicili quan sigui possible. Si la crisi no pot ser atesa per l'EAP, pot decidir activar l'**equip de suport territorial (hospitalització domiciliària)**, l'**ingrés a un hospital d'atenció intermèdia o hospital de dia**, o bé derivar a les urgències d'un **hospital d'aguts**.
- En cas de descompensació i fora de l'horari del CAP, el 061-SEM i els serveis de l'ACUT garanteixen l'atenció del pacient, d'acord amb les directrius establertes en el PIIC disponible a la HCCC i que poden consultar, i la valoració clínica, que realitzen en aquell moment.
- Les transicions entre recursos són comunicats entre els diferents infermers gestors dels EAP i els infermers gestors de continuïtat de cures de l'hospitalització.
- S'han establert uns indicadors de procés i de resultat per a l'avaluació del projecte.

Resultats esperats

La ruta assistencial està en fase d'implementació. Els resultats esperats, entre d'altres, els de millora de la coordinació i de satisfacció de l'atenció, són una adequació de les anades a urgències i dels ingressos a hospital d'aguts, a través d'una atenció integrada entre tots els proveïdors i prioritzada en l'entorn domiciliari, on la figura del gestor de cas i la utilització dels sistemes d'informació són elements clau del projecte.

Font: Ruta assistencial d'Osona del PCC i MACA. Versió juliol 2013.

Quadre 3.4. Model col·laboratiu per a l'abordatge de l'atenció sanitària i social al municipi de Tona

Marc de referència i població diana

Tona és un dels 8 projectes pilot escollits pel Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPACC) i l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS) per implementar un model col·laboratiu d'atenció integrada entre els serveis socials bàsics i l'atenció primària de salut, amb la participació d'altres agents de la comunitat amb l'objectiu de millorar la qualitat de l'atenció a la població diana del projecte (PCC, especialment quan concorri una situació de dependència, salut mental i persones víctimes de violència o en risc de patir-ne) a través de la interacció i la col·laboració entre els serveis sanitaris i socials.

Objectius

- **Garantir una atenció social i sanitària integrada, continuada i coordinada**, a les necessitats socials i sanitàries de la ciutadania del municipi de Tona.
- **Definir les bases operatives i funcionals per a la cooperació sociosanitària** per a un millor abordatge de l'atenció a la complexitat.

Descripció

- El projecte assumeix la necessitat de redefinir el model d'atenció actual i tendeix a un model de col·laboració en l'atenció centrada en la persona des d'una visió global i integrada entre els serveis socials (bàsics i residencials) i els serveis de salut en l'àmbit territorial de Tona.
- El pla d'acció inclou múltiples línies de millora com:
 - Definició de respostes comunes malgrat la diversitat en les portes d'entrada: amb la creació d'una comissió local de dependència i facilitant l'accés compartit a les dades d'ambdós sistemes.
 - La millora de l'atenció en l'àmbit domiciliari, d'una banda, mitjançant la incorporació del servei d'atenció domiciliària de dependència i el banc d'ajudes tècniques d'Osona en els espais de planificació de l'atenció individual (elaboració conjunta del PIIC, PIA) i de l'optimització del potencial del servei de teleassistència o, de l'altra, mitjançant la coordinació del servei d'atenció domiciliària preventiu en la prealta hospitalària.
 - L'elaboració d'un pla de prevenció, promoció de la salut i envelliment actiu conjunt.
 - La integració dels serveis residencials en el model mitjançant l'establiment de convenis amb les 3 residències del municipi mitjançant la incorporació de punts e-CAP en aquests centres.

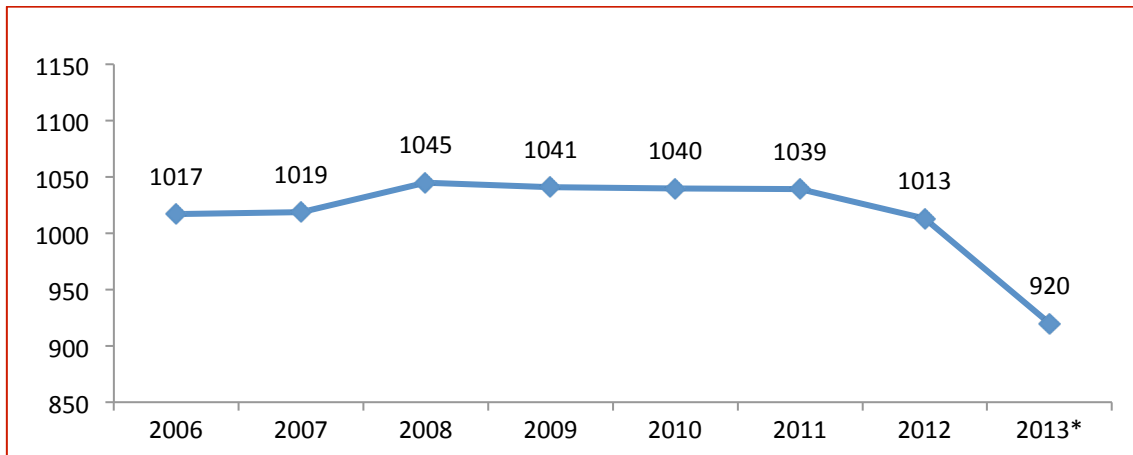
Conclusions

Fins aquí podem compartir algunes lliçons apreses per a la definició i la promoció d'entorns de col·laboració i d'interacció entre tots els serveis implicats que ens interessa discutir:

- La necessitat d'entendre aquest canvi com un procés continuat d'aprenentatge.
- La necessitat d'un lideratge territorial amb un reforçament dels dispositius d'atenció primària com a elements centrals del canvi de model.
- Malgrat l'atenció prioritària a les situacions de complexitat, que no podem oblidar, la intervenció en la dimensió preventiva per augmentar els resultats d'impacte dels actius existents en un àmbit local.
- La necessitat de millorar en la contractació amb els objectius comuns de seguir avançant.

Font: Pla funcional per a la implementació d'un model col·laboratiu per a l'abordatge de l'atenció sanitària i social al municipi de Tona.

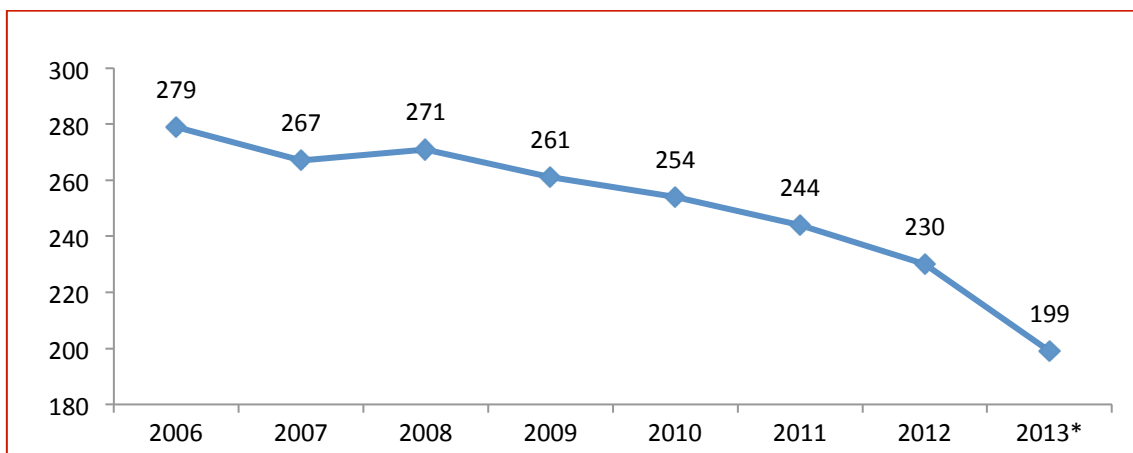
Figura 3.3. Evolució de la taxa d'hospitalitzacions evitables



Inclou: malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, pneumònia, complicacions de la diabetis mellitus, asma, infeccions de les vies urinàries, deshidratació, hipertensió arterial.

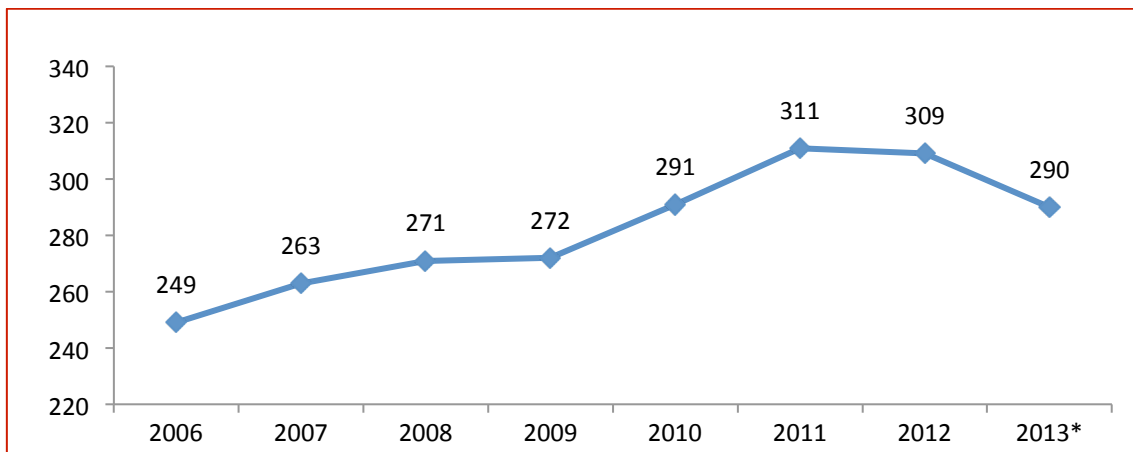
* estimació anual a setembre 2013

Figura 3.4. Evolució de la taxa d'hospitalitzacions evitables per malaltia pulmonar obstructiva crònica



* estimació anual a setembre 2013.

Figura 3.5. Evolució de la taxa d'hospitalitzacions evitables per insuficiència cardíaca



* estimació anual a setembre 2013

Quadre 3.5. Planificació d'alternatives assistencials a l'hospitalització en cronicitat

Objectius

- Establir les diferents modalitats assistencials en l'atenció a la cronicitat, alternatives a l'hospitalització, en el marc d'un model integrat.
- Definir els criteris de planificació (demanda i capacitat assistencials) buscant l'adequació de l'atenció d'acord amb les diferents modalitats assistencials, evitant desplegar nous recursos addicionals que puguin diluir la responsabilitat dels existents o que no siguin substitutius d'altres de menys adequats.
- Estimar l'impacte sobre les estructures actuals i la seva activitat.
- Facilitar elements de referència per guiar la compra de serveis sanitaris i l'ordenació de l'oferta.

Elements de referència de model i línies de canvi

- Necessitat d'adoptar un model d'atenció integral i interdisciplinari per al col·lectiu de pacients crònics amb complexitat, amb articulació de tots els dispositius implicats, amb perspectiva territorial i treball col·laboratiu amb els serveis socials.
- Consolidació del concepte d'*atenció intermèdia* —alternativa a l'hospitalització d'aguts— incloent-hi l'hospitalització de subaguts, de postaguts i la domiciliària, com també l'atenció en hospital de dia.
- Significació del domicili habitual i el medi comunitari com l'entorn preventiu i terapèutic de preferència, sempre que les condicions socials i els requeriments tecnològics ho permetin.

Tendències i escenaris

- Casos estudiats susceptibles de beneficiar-se d'alternatives assistencials: 110.000 altes hospitalàries d'aguts de grups diagnòstics seleccionats (19% del total d'altes d'hospitalització convencional i 24% de les estades).
- S'observen diferències territorials en les taxes poblacionals d'hospitalització d'aguts, de convalsència i d'hospitalització domiciliària.
- L'hospitalització d'aguts podria disminuir en 5,2 ingressos per 1.000 habitants de població general. Part de la disminució podria ser atesa sense internament per part de l'atenció primària, i una altra part seria d'atenció intermèdia a domicili o d'ingrés de subaguts, amb el suport de l'hospital de dia.
- En l'hospitalització d'aguts es podria escurçar l'estada amb alternatives d'atenció intermèdia al domicili o d'ingrés de postaguts.

Aplicació en el territori

- Canvi guiat per la tendència cap a les taxes poblacionals esperades, de diferent magnitud en cada lloc en funció del seu punt de partida i característiques específiques.
- La modalitat d'atenció intermèdia a domicili implica revisar el model predominant actualment (orientat fonamentalment a reduir estades, una implantació desigual i la baixa integració territorial).
- En la modalitat d'atenció intermèdia amb internament (subaguts/postaguts), el desplegament d'unitats específiques requereix un cert volum de casos.
- Procés de canvi progressiu, tenint en compte la visió integral i el conjunt de modalitats alternatives que entren en joc. Cal pensar en una cartera de serveis més que en estructures.

Així mateix, està en fase de **revisió el model d'atenció de la xarxa de salut mental**, a través del [Pla director de salut mental i addiccions](#), de manera que també es pugui disposar d'una definició de les diferents modalitats assistencials alternatives i d'uns criteris de planificació que, com en el punt anterior, tinguin una perspectiva de conjunt del model integrat i puguin orientar sobre la compra de serveis i la reordenació territorial dels serveis.

Ús racional del medicament

Es prioritza la **revisió/conciliació de la medicació crònica**, i particularment la dels pacients crònics complexos (PCC), de forma sistemàtica, garantint l'adequació dels plans de medicació, conciliats degudament entre els diferents entorns, i millorant el compliment d'aquests tractaments revisats i conciliats (quadre 3.6).

- S'ha elaborat el document metodològic [Maneig bàsic de la medicació en el pacient crònic: Conciliació, revisió, desprescripció i adherència](#). També s'ha establert la [Instrucció del CatSalut 4/2012 de requeriments i criteris comuns mínims per a la prescripció, revisió i renovació de tractaments crònics mitjançant recepta](#).
- S'estan desenvolupant les activitats de revisió i conciliació i elaborant els protocols de conciliació de la medicació entre proveïdors del territori.
- Es disposa d'un document metodològic i d'un indicador de seguiment de la **revisió de PCC en termes d'incidències de seguretat**. El mes de març 2013, es van detectar 20 incidències de seguretat per cada 100 PCC. El seguiment d'aquest indicador ajudarà a avaluar les accions de revisió que contribueixin a disminuir aquest valor.
- S'ha elaborat el document marc *Prevenió i atenció a la cronicitat des de la farmàcia comunitària*. Properament, s'iniciaran experiències pilot vinculades a la millora del compliment i la seguretat (sistema personalitzat de dosificació).
- S'ha treballat en l'harmonització dels tractaments de patologies prioritzades pel Pla de salut de Catalunya. Properament, es disposarà del consens farmacoterapèutic en les rutes assistencials de DM2 i IC.

Quadre 3.6. Conciliació / revisió / desprescripció: definició i etapes

Tipus d'actuació	Definició	Etapes
Conciliació	Procés formal i protocol·litzat de comparació sistemàtica de la medicació habitual del pacient amb la medicació prescrita després d'una transició assistencial o d'un trasllat dins del mateix nivell assistencial, amb l'objectiu d'analitzar i resoldre les discrepàncies detectades, documentar i comunicar els canvis, per tal de garantir que els pacients reben tots els medicaments necessaris que estaven prenent prèviament i que són adequats a la nova prescripció realitzada.	1. Detecció (entrevista amb el pacient, revisió dels registres clínics i informes mèdics, comparació i detecció de discrepàncies). 2. Aclariment (contacte amb el prescriptor per sol·licitar aclariments, documentació dels canvis en la història clínica). 3. Resolució (actualització del pla terapèutic del pacient, comunicació al pacient i/o cuidador).

Revisió	Examen crític i estructurat del règim terapèutic del pacient, consensuat amb ell, amb la finalitat d'optimitzar-ne l'impacte, reduir els problemes relacionats amb la medicació, simplificar la pauta i maximitzar l'eficiència. La revisió de la medicació cerca l'adequació del tractament farmacològic en el pacient crònic al llarg del temps i durant les diferents etapes de l'evolució de la malaltia.	1. Jerarquització de les patologies tenint en compte el criteri del professional i del pacient. 2. Associació dels medicaments a les patologies que presenti el pacient. 3. Establiment de l'objectiu terapèutic per cada tractament tenint en compte les condicions del pacient. 4. Aplicació de l'algoritme de revisió clínica de la medicació.
Desprescripció	Retirada planificada i estandarditzada de la medicació crònica, àmpliament recomanada en gent gran i, especialment, en malaltia avançada.	1. Reconeixement de la necessitat. 2. Preparació del pacient. 3. Retirada de medicaments.

En l'àmbit de la **coresponsabilització de la ciutadania**, en l'ús racional del medicament, destaquem els assoliments següents:

- S'ha elaborat i difós el vídeo [Medicament 360: m'agrada saber el que prenc](#) en els centres sanitaris Barcelona. Es realitzen també accions a la xarxa no sanitària (Ajuntament Barcelona, Xarxa de Biblioteques, consells de participació...) i intervencions conjuntes amb farmacèutics comunitaris. En el futur s'hauran d'estendre aquestes intervencions a tot Catalunya.
- El pacient pot accedir digitalment a informació sobre el seu pla de medicació mitjançant la carpeta personal de salut. S'estan analitzant funcionalitats noves per incorporar-les al dispositiu mòbil.

Quant a les eines que facilitin la **millora de la seguretat i l'eficiència**, les actuacions pel que fa a la recepta electrònica s'han concentrat en:

- L'establiment del **pla de medicació integrat**: el 90% dels pacients tenen el 90% de la medicació en recepta electrònica.
- El disseny funcional d'un **nou mòdul de seguretat clínica** integrat al sistema de recepta electrònica, amb l'objectiu de millorar la qualitat i la seguretat de la prestació farmacèutica mitjançant la prevenció de reaccions adverses associades a l'ús de medicaments. El mòdul centralitzarà la gestió de la seguretat clínica en un únic sistema d'informació que, a partir de l'intercanvi d'informació amb sistemes externs, serà capaç de processar i tractar les dades per tal d'emetre les alertes de seguretat corresponents.
- El desenvolupament dels continguts clínics del mòdul de seguretat clínica en recepta electrònica. En una primera fase, el mòdul emetrà alertes sobre sobredosis màximes, interaccions farmacològiques, duplicitats terapèutiques, medicaments desaconsellats en geriatria i medicaments teratògens.
- Actualment, el projecte està en fase pilot amb diverses entitats proveïdores.

Quadre 3.7. Exemple de contingut d'un projecte desprescripció

Projecte de desprescripció de pacients crònics de la ciutat de Barcelona

El concepte de desprescripció

- La desprescripció consisteix en la revisió i la retirada planificada i estandarditzada de la medicació crònica, especialment en el procés d'atenció en persones d'edat avançada o en situació de malaltia crònica avançada. Actualment, no hi ha disponibles guies dirigides específicament a la retirada de medicaments; per aquest motiu, la desprescripció s'ha de basar en l'epidemiologia dels problemes relacionats amb la medicació (PRM) i s'hauria d'aplicar de manera individualitzada i sota criteri clínic.

Objectiu

- Avaluar l'impacte quantitatiu i econòmic de la retirada de medicaments per raons de seguretat o d'eficàcia als pacients crònics atesos pels equips d'atenció primària de l'àmbit de Barcelona ciutat de l'Institut Català de la Salut.

Descripció

- L'àmbit de l'estudi són els 51 EAP de la Divisió d'Atenció Primària Barcelona de l'ICS.
- El disseny de l'estudi correspon a un estudi d'una cohort de pacients als quals s'ha prescrit els fàrmacs següents: hipolipemians per a la prevenció primària en majors de 84 d'anys, medicaments per a la malaltia d'Alzheimer durant un període superior a 2 anys, antiulcerosos sense complir criteris de gastroprotecció i medicaments per a l'osteoporosi en menors de 60 anys i pacients en règim d'internament, així com a pacients amb bifosfonats en períodes superiors a cinc anys.
- La intervenció ha consistit a impartir una sessió formativa a l'EAP sobre l'evidència científica que justificava la retirada del fàrmac proposat. A més, cada metge va rebre una llista dels seus pacients, als quals s'havia prescrit algun d'aquests medicaments i posteriorment també va rebre informació de la retirada de medicaments realitzada perquè pogués comprovar l'impacte de la seva actuació i continuar el procés.
- L'anàlisi de les dades s'ha dut a terme analitzant la cohort en tres moments del període comprès entre el 30 de maig i el 31 de desembre de 2012. Per al càlcul de l'estalvi econòmic s'ha realitzat una estimació anual del cost dels medicaments retirats a partir de la diferència dels casos, als quals s'ha retirat la medicació i continuen sense portar-la al final de l'estudi.

Resultats

MEDICAMENTS OBJECTE DE DESPRESCRIPCIÓ	Nre. de pacients Basal (30/5/2012)	Nre. de pacients a qui s'ha retirat la medicació (%) (31/12/2012)	Estalvi anual de la retirada
HIPOLIPEMIANTS EN PREVENCIÓ PRIMÀRIA			
Estatines en > de 85 anys	8.570	596 (7%)	56.643,8 €
TRACTAMENT DE LA MALALTIA D'ALZHEIMER			
Tractament durant 2 anys o més	2.850	593 (20,8%)	615.889,8 €
ANTIULCEROSOS EN PACIENTS SENSE CRITERI DE GASTROPROTECCIÓ			
Utilització inhibidors bomba de protons	87.415	12.379 (14,2%)	833.053,5 €
TRACTAMENT PER A L'OSTEOPOROSI			
En persones < 60 anys	4.430	1.334 (30,1%)	513.536,6 €
Bifosfonats durant 5 anys o més	7.812	3.336 (42,7%)	781.825,0 €
En pacients en règim d'internament	336	171(50,9%)	65.828,2 €

- La metodologia de la desprescripció és factible en l'entorn de l'atenció primària i assoleix un impacte notable en el volum de pacients i la reducció de despesa, més gran en pacients en règim d'internament.
- Ha estat molt ben rebut per part dels metges, entre d'altres, pel grau d'evidència disponible als fàrmacs seleccionats.

Font: DAP Barcelona. ICS

Elements clau per a la implantació dels projectes

Al llarg d'aquest període d'execució del Pla de salut de Catalunya 2011-2015, s'han pogut identificar una sèrie d'elements clau per implantar els projectes. Són elements que poden jugar com a factors afavoridors del canvi o com a condicionants que cal controlar i superar. A continuació, es destaquen aquells que sintetitzen millor els observats en els projectes prioritzats en aquesta línia d'actuació del Pla de salut.

Elements clau per a la implantació dels projectes de canvi per aconseguir un sistema més orientat als malalts crònics

1. **Compartir informació clínica i social d'interès comú** entre els diferents professionals, organitzacions i àmbits assistencials i també el social.
 2. La participació de tots els agents en tot el procés i, especialment, dels **líders clínics**. Crear una veritable "cultura" de col·laboració entre els professionals i les organitzacions que treballen en diferents àmbits, també entre líders clínics i gestors.
 3. Implantar un **model de qualitat en l'exercici de l'autoritat sanitària del CatSalut i la governabilitat territorial** per impulsar visions compartides i pràctiques col·laboratives dins d'un mateix territori.
 4. **Assignar objectius comuns transversals** a cada territori de contractació atribuïts a les diferents organitzacions i àmbits assistencials que comparteixen un procés d'atenció, i facilitar-ne l'avaluació mitjançant la HCCC; en un futur, també amb l'àmbit social.
 5. El **nou model de contractació i pagament**, generador d'atenció integrada, que promogui el treball col·laboratiu al territori entre entitats i professionals dels diversos àmbits assistencials; també el social, en un futur.
 6. **Contribuir a una atenció primària forta amb una posició de lideratge important i a la vegada compartit** amb altres àmbits assistencials.
 7. L'obertura i la **promoció de models d'atenció no presencials entre professionals i entre ciutadans i professionals**.
 8. El disseny d'un **model d'atenció 7x24**, que garanteixi una bona capacitat de resposta en situacions de crisi i un bon nivell de proactivitat en situacions de complexitat.
 9. Posar en marxa amb prou potència **decisiones dins de l'àmbit de la salut pública amb una visió interdepartamental** orientades a l'impuls d'estils de vida més saludables i millors resultats en salut en un futur.
 10. Posar en marxa accions i intervencions de manera sinèrgica sobre una mateixa població en un mateix territori. Això és el que anomenem **estratègia multipalanca**.
-

4. Un sistema integrat més resolutiu des dels primers nivells i en el territori

Quin era el propòsit?

En la transformació del sistema de salut per adaptar-lo a les necessitats de la població i cercar el màxim nivell de qualitat i eficiència, es va considerar que una línia d'actuació era la **millora de la resolució i l'accessibilitat, en un marc de model assistencial integrat**.

Els **principis** que guien aquesta línia d'actuació són els següents:

- Basar les actuacions dels serveis sanitaris en 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.

L'acció es va orientar en **quatre projectes** que afecten la relació entre diferents dispositius assistencials i amb un alt potencial de millora de la resolució amb perspectiva de conjunt del sistema:

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

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 i el seguiment continuat al llarg de la vida de les persones i l'abordatge comunitari de la salut de les poblacions.
- Millorar l'accessibilitat i l'eficiència de l'atenció especialitzada per a l'atenció a les malalties més complexes i agilització del diagnòstic i tractament amb una intervenció ordenada dels diferents professionals.
- Assegurar la continuïtat assistencial mitjançant la integració assistencial i el treball en xarxa entre equips assistencials i organitzacions.

L'**estratègia de canvi** comença per definir, amb la participació d'institucions i professionals, els criteris i orientacions que configuren els acords de base territorial fent més permeables i integrats els compartiments assistencials. L'aplicació passa per assumir objectius compartits entre equips assistencials i establir en els pactes

territorials els acords d'organització del procés assistencial, les vies de relació entre ells i els elements de gestió territorial compartits sobre la base del lideratge clínic.

Objectius 2015

- Reduir el nombre de visites a l'atenció especialitzada en un 10-15%, segons l'especialitat, sense afectar la qualitat assistencial per a oftalmologia, malalties de l'aparell locomotor, salut mental, dermatologia i urologia, i disminuir la variabilitat entre territoris.
 - Reduir en un 10% el temps d'espera de visita a l'especialista i per a proves diagnòstiques.
 - Reduir la freqüentació a urgències hospitalàries en aproximadament un 10%, dirigir les demandes d'atenció a nivells més adequats i disminuir 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.
 - Implantar l'ordenació de la cartera de serveis de sis àrees d'especialització seleccionades, i assolir un grau de concordança del 75% entre els fluxos d'hospitalització observats i els nivells de complexitat definits.
 - Desplegar completament la cartera de serveis de l'Agència de Salut Pública de Catalunya i contractar-la des del Servei Català de la Salut, i disposar de la cartera de serveis assistencials de les oficines de farmàcia.
-

On som? Què s'ha fet?

Millora de la resolució en els àmbits de relació més freqüents entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada

L'acció de col·laboració entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada s'ha desenvolupat posant el focus en els àmbits de relació més freqüent entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada.

En la primera fase d'implantació del Pla de salut s'han generat els acords territorials, amb objectius compartits, organització del procés i lideratge clínic, començant per aquells en què el procés de **definició del model d'atenció** estava més avançat, a través de plans directors existents ([Pla director de malalties reumatològiques i de l'aparell locomotor](#); [Pla director de salut mental i addiccions](#)) o de les orientacions elaborades per grups de treball específics amb la participació de professionals clínics i el consens amb les societats científiques i les organitzacions de proveïdors de serveis, com és el cas del [model d'atenció en oftalmologia](#). El [model d'atenció en dermatologia](#) s'ha definit i consensuat el 2013 i se n'iniciarà la implantació territorial el 2014, seguint l'esquema dels que s'han apuntat anteriorment. El model definit servirà també per integrar les experiències en teledermatologia.

Aprofitant que el Departament de Salut, el CatSalut i les societats científiques han treballat sobre el [model d'atenció a l'al·lèrgia](#), també s'ha tractat aquest àmbit, tenint en compte que la dinàmica d'implantació segueix un esquema similar.

La implantació d'aquests **acords territorials** està en procés d'extensió progressiva. En més del 50% del territori, s'ha iniciat la implantació dels models d'atenció a les malalties de l'aparell locomotor i en oftalmologia, amb grups de treball conjunts entre professionals d'atenció primària i d'atenció especialitzada. Tot i que és massa aviat per

observar resultats agregats, hi ha experiències il·lustratives de la dinàmica generada i dels primers resultats d'impacte (quadres 4.1 i 4.2).

També en l'àmbit de la salut mental s'ha revisat el nivell de desenvolupament de la cartera de serveis de salut mental en l'atenció primària, d'acord amb el [Pla director de salut mental i addiccions](#), i se n'ha observat un grau d'implantació desigual, el qual es pretén corregir mitjançant els objectius territorials que vinculen els equips d'atenció primària i els centres de salut mental.

Quadre 4.1. Experiència d'aplicació del model d'atenció a les malalties de l'aparell locomotor

Nou model d'atenció integrat de la lumbàlgia al Vallès Oriental Central

Població de referència

246.000 habitants.

Objectius

- **Millorar la continuïtat assistencial** transformant un model d'atenció fragmentat en un model d'atenció integrat (atenció primària: metges de primària, infermeria, rehabilitació i atenció especialitzada de traumatologia, reumatologia i clínica del dolor).
- **Disminuir la variabilitat i augmentar l'eficiència** del procés diagnòstic i terapèutic de la lumbàlgia.
- **Protocol·litzar el procés lumbàlgia** com a eina de suport a la decisió clínica.
- **Racionalitzar l'ús de tecnologies diagnòstiques** en la lumbàlgia: tomografia computada (TC) vs. ressonància magnètica (RM).

Descripció

- Es pacta una via clínica de lumbàlgia amb una cartera de serveis definida, criteris de derivació i retorn, algoritmes clínics de maneig, derivació i sol·licitud de proves complementàries.
- S'estableix una finestra única d'accés al nivell especialitzat hospitalari.
- Es defineixen i planifiquen les tasques de suport de tractament educatiu i no farmacològic en l'àmbit de l'atenció primària amb la participació de fisioterapeutes i infermers.
- S'estableixen indicadors i pautes d'avaluació i de seguiment del procés. Es defineix un full de derivació protocol·litzada.
- S'inicia una consultoria virtual de raquis.

Resultats

Comparació d'indicadors els anys 2011 i 2012 partint dels diagnòstics de lumbàlgia segons els codis de la CIM-10 a la consulta d'atenció primària. S'analitzen més de 1.600 episodis de derivació:

- **Disminució del 25% de la derivació a l'hospital** per dolor lumbar 2012-2011.
- **Disminució del 78% de les TC lumbar per dolor lumbar amb augment del 15% de RM lumbar.**
- **Disminució del 44% en llista d'espera per dolor lumbar** a l'Hospital de Granollers.
- **Disminució de la durada mitjana dels processos de baixa laboral per lumbàlgia d'un 44%** (en una auditoria de tres mesos).

Font: [Observatori d'Innovació en Gestió de la Sanitat a Catalunya](#)

Quadre 4.2. Experiència d'aplicació del model d'atenció en oftalmologia

Nou model organitzatiu d'oftalmologia Barcelona – Litoral Mar

Població de referència

310.000 habitants.

Objectius

- **Incrementar la capacitat resolutiva de l'atenció primària** enfront de la malaltia prevalent i de baixa complexitat.
- **Millorar l'accés i l'eficiència de l'atenció especialitzada.**
- **Assegurar la continuïtat assistencial.**

Descripció

- Grup pluridisciplinari: metges de família, oftalmòlegs, optmetristes, coordinadors d'equips d'atenció primària i representants del Comitè d'Atenció Integral de Salut Barcelona – Litoral Mar.
- Lideratge clínic compartit (oftalmòleg, metge de família i optmetrista).
- Priorització de tasques: s'elaboren 12 protocols a partir dels 21 principals motius de consulta i patologies cròniques identificades.
- Es defineixen algoritmes de diagnòstic i tractament i el grau de prioritat en la derivació segons les condicions clíniques.
- S'estableixen sessions de treball amb els equips d'atenció primària i es faciliten eines de comunicació informàtiques.
- Es revisen els indicadors existents per definir el procés d'avaluació.

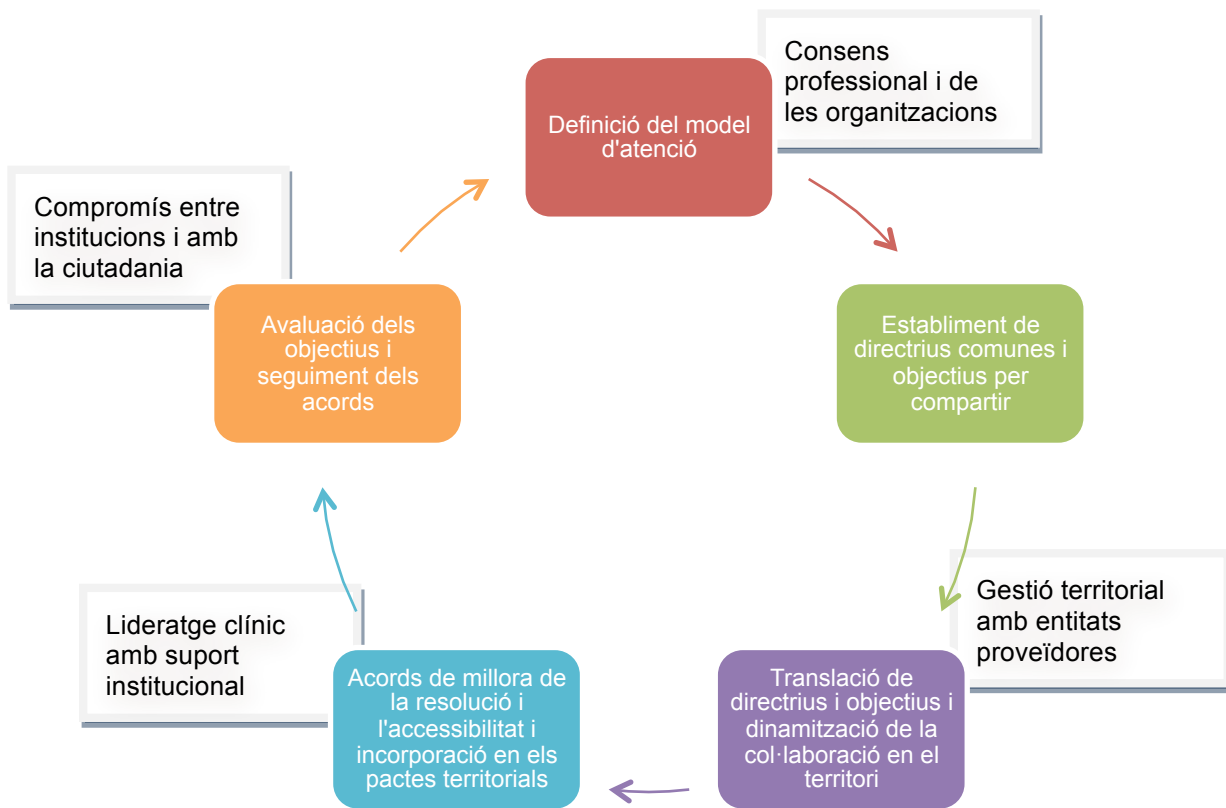
Resultats

- L'experiència està en fase de desplegament a la pràctica clínica.

Font: [Presentació a la Jornada del Pla de Salut a Barcelona ciutat \(15/5/2013\)](#)

La implantació d'aquestes dinàmiques de transformació del model assistencial, tot i que centrades en uns àmbits determinats, implica mobilitzar tots els professionals sanitaris de l'atenció primària (metges de família, pediatres i infermers) i els professionals dels serveis d'atenció especialitzada dels àmbits prioritzats. El lideratge clínic, les vies de relació entre nivells assistencials, l'avaluació dels objectius compartits i els acords clínics esdevenen elements clau per a l'èxit d'aquest procés de canvi.

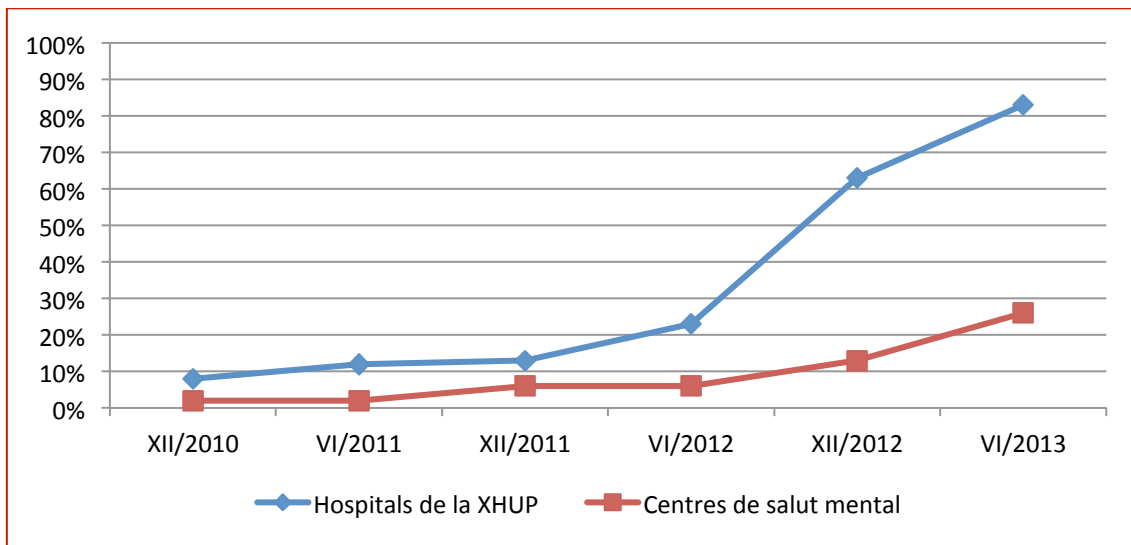
Figura 4.1. Processos de millora de la resolució en els àmbits de relació més freqüent entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada



El desplegament de la **recepta electrònica**, tant en l'atenció primària (implantada en la totalitat dels equips d'atenció primària) com en els serveis d'atenció especialitzada (figura 4.2), acompanya aquest procés i es beneficia de disposar d'aquest marc de model assistencial que es plasma en acords entre equips de professionals clínics i facilita la transició dels pacients entre els diferents àmbits assistencials, i contribueix a la continuïtat assistencial.

El sistema de recepta electrònica permet disposar d'un pla de medicació integral per pacient. El 90,5% de les receptes facturades a Catalunya el mes de novembre de 2013 són en suport electrònic. Pel que fa a l'extensió del sistema de recepta electrònica en els diferents nivells assistencials, es preveu que a finals de 2013 hagi finalitzat la incorporació de la totalitat d'hospitals de la XHUP i s'assoleixi el 50% de centres sanitaris de la xarxa de salut mental.

Figura 4.2. Evolució de l'extensió de la recepta electrònica als serveis d'atenció especialitzada (% de centres)



El sistema de recepta electrònica permet disposar d'un **pla de medicació integral** i actualitzat per pacient, la qual cosa facilita la **coordinació entre els professionals** sanitaris dels diversos nivells assistencials i dels àmbits de prescripció i dispensació i, per tant, facilita la **millora de la seguretat clínica** del pacient. En aquest sentit, està previst incorporar al pla de medicació els medicaments no finançats pel CatSalut, així com la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria. Així mateix, des del febrer de 2013 està implantada la **recepta electrònica d'estupefaents**, ja que s'han incorporat al sistema integrat de recepta electrònica les validacions necessàries que assegurin el compliment de la normativa vigent.

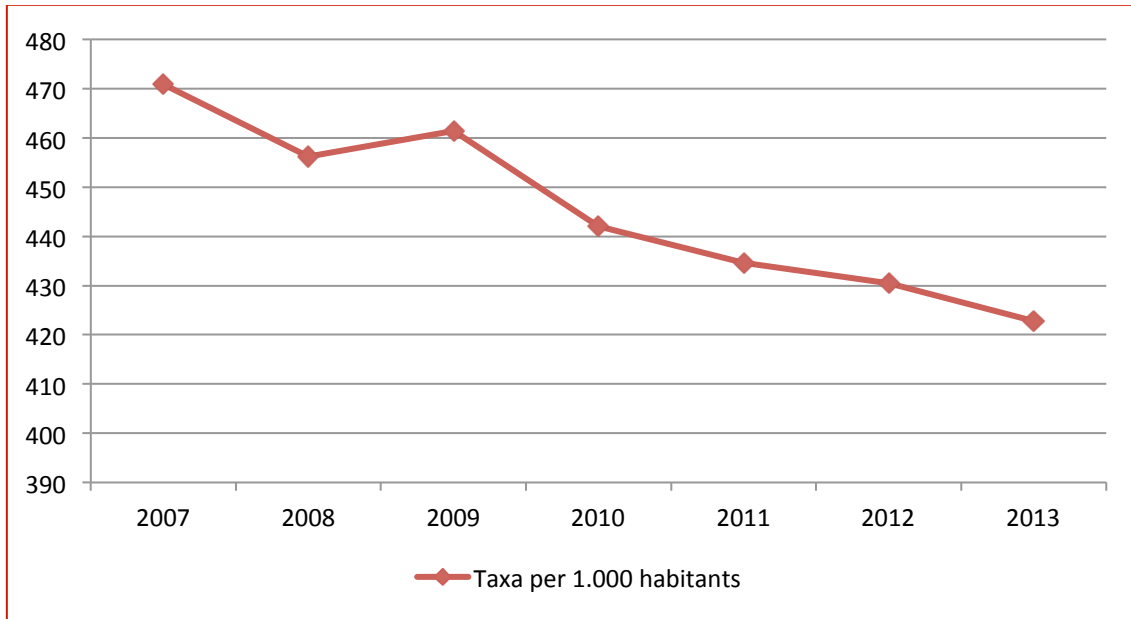
Consolidació de la transformació del model d'atenció a les urgències

Amb anterioritat al 2011, ja s'havien iniciat alguns processos de transformació de l'atenció urgent (per exemple, atenció continuada i urgent territorial a Osona, el desenvolupament d'alguns centres d'urgències d'atenció primària i més capacitat resolutiva). Amb el Pla de salut de Catalunya 2011-2015, aquests antecedents van ser clau per definir el nou [Model d'atenció a les urgències. Respostes adequades a les demandes d'atenció immediata](#), el qual va servir de base per a la primera fase de reordenació dels dispositius d'urgències i atenció continuada i l'extensió de forma decidida del nou model en tot el territori, aprofitant el procés de canvi que representa el Pla de salut en tot el sistema de salut.

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 una intensitat variable en diferents moments. Aquesta **diversificació de situacions requereix també 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. L'extensió d'un mateix model de **triaatge** als serveis d'urgència hospitalaris (el 93% l'any 2012) ha estat un element clau per a una classificació correcta de la demanda i el seu direccionament sobre la base de criteris homogenis per a tota la xarxa, i assegurar l'atenció ràpida a les veritables urgències o amb risc vital.

L'evolució de les urgències hospitalàries mostra una clara tendència decreixent en la línia dels objectius definits pel Pla de salut (figura 4.3).

Figura 4.3. Evolució de la freqüentació a urgències hospitalàries



El **Servei d'Emergències Mèdiques (SEM)** té un paper fonamental en la resolució de les demandes de l'atenció immediata i en la coordinació dels diferents dispositius d'atenció a les urgències. L'any 2012 es va posar en funcionament la nova plataforma **061 CatSalut Respon**, que permet centralitzar totes les trucades relacionades amb la salut i treballa amb la resta del sistema per garantir el contínuum assistencial en tots els nivells a través de diferents eines, com la història clínica compartida de Catalunya, i adaptar a cada territori les rutes assistencials desenvolupades en el marc del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Amb aquesta innovació es dota de forma progressiva de més capacitat per a l'assignació del recurs més adient. De fet, durant l'any 2012, més d'un 45% dels incidents atesos en aquesta plataforma s'han resolt amb consells de salut i no han requerit la mobilització de recursos. En relació amb els incidents que requereixen una mobilització de recursos, se n'ha millorat la resposta global, i el 92% de les situacions de risc vital són ateses abans dels 20 minuts.

L'atenció a les emergències a través de l'activació de **codis** específics (infart de miocardi agut, ictus isquèmic, politrauma...) continuen millorant el tractament i la supervivència de les persones afectades. Les activacions dels codis realitzades pel SEM han augmentat un 3% el darrer any, fet que millora el temps transcorregut des de la detecció del problema fins a l'aplicació del tractament adient. L'any 2012 es va estendre l'activació del Codi politrauma (PPT) a la pràctica totalitat de pacients traumàtics greus, tant adults com pediàtrics, cosa que implica 50 centres a Catalunya. El SEM ha rebut més de 5.000 activacions del Codi PPT.

La implantació del registre del **conjunt mínim bàsic de dades d'urgències (CMBD-UR)** fa possible conèixer millor els motius que generen la demanda, les dades sociodemogràfiques dels pacients, la classificació segons el nivell de triatge i els fluxos assistencials. Els principals motius de consulta pediàtrica als serveis d'urgències hospitalàries estan relacionats amb malalties de l'aparell respiratori, i els dels adults, amb lesions i intoxicacions (taula 4.1).

Amb les primeres dades del CMBD-UR també s'ha pogut mesurar que el 64% de les urgències hospitalàries corresponen a patologies sense risc vital o a problemes de salut no urgents que poden ser ateses en dispositius d'urgències no hospitalaris (taula 4.2).

Amb aquesta informació que ja es disposa de forma preliminar per al primer semestre de 2013 serà possible dur a terme la **segona fase d'implantació del model, més qualitativa i de gestió clínica** avaluant la correspondència entre els nivells de complexitat de la demanda i la tipologia de dispositius assistencials i estils de pràctica clínica per donar una resposta adequada a la diversitat.

Taula 4.1. Motius principals de consulta en urgències. Gener-juny 2013

Grup de categories de diagnòstics CSS	Nens 0-14 anys (%)	Adults > 14 anys (%)
Lesions i intoxicacions	15,3	23,2
Malalties del sistema musculoesquelètic i del teixit connectiu	3,1	12,0
Malalties de l'aparell respiratori	35,6	13,3
Síntomes, signes i altres afeccions i factors que hi influeixen	17,9	16,0
Malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits	10,7	6,4
Malalties de l'aparell genitourinari	1,8	5,1
Malalties de l'aparell circulatori	0,2	3,2
Malalties de l'aparell digestiu	7,0	7,3
Complicacions de l'embaràs i el puerperi	0,0	0,9
Trastorns mentals	0,3	4,9
Malalties de la pell i el teixit subcutani	1,7	2,3
Codis residuals no classificats	1,0	2,1
Malalties infeccioses i parasitàries	5,1	2,5
Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques i trastorns	0,1	0,5
Codis no assignables a cap categoria	0,0	0,0
Neoplàsies	0,0	0,1
Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	0,1	0,1
Afeccions originades en el període perinatal	0,1	0,0
Anomalies congènites	0,1	0,0

Font: CatSalut. CMBD-UR (gener-juny de 2013)

Taula 4.2. Distribució de les urgències segons nivell de triatge. Gener-juny de 2013

Nivell de triatge	% de casos
1 – Risc vital immediat	1,7
2 – Risc vital previsible	4,9
3 – Risc potencial	29,4
4 – Sense risc vital	50,6
5 – No urgent	13,3

Font: CatSalut. CMBD-UR (gener-juny de 2013)

Ordenació territorial de la cartera de serveis per nivells de complexitat

Els serveis de salut de primer nivell, amb un grau de resolució ampli respecte als problemes de salut més freqüents, amb un volum d'activitat important i que no requereixen una elevada sofisticació tecnològica, són serveis de proximitat i de distribució territorial relativament difusa. Altres serveis que necessiten un abast poblacional més gran per garantir la qualitat i aprofitar les economies d'escala són tributaris d'una ordenació territorial segons nivells de complexitat.

S'han elaborat els criteris per classificar la [cartera de serveis de cirurgia pediàtrica](#), amb la col·laboració i el consens de professionals clínics, representants de les societats científiques i de les associacions d'entitats proveïdores de serveis sanitaris, i s'ha iniciat la implantació territorial de l'ordenació (quadre 4.3). Aquest procés d'ordenació representa evolucionar des d'una situació en què hi ha a Catalunya prop de 60 hospitals que fan intervencions de cirurgia pediàtrica cap a una nova realitat de 7-8 serveis (equips assistencials integrats) de cirurgia pediàtrica que atenen la població infantil en xarxes multicèntriques i amb fórmules d'aliances de col·laboració.

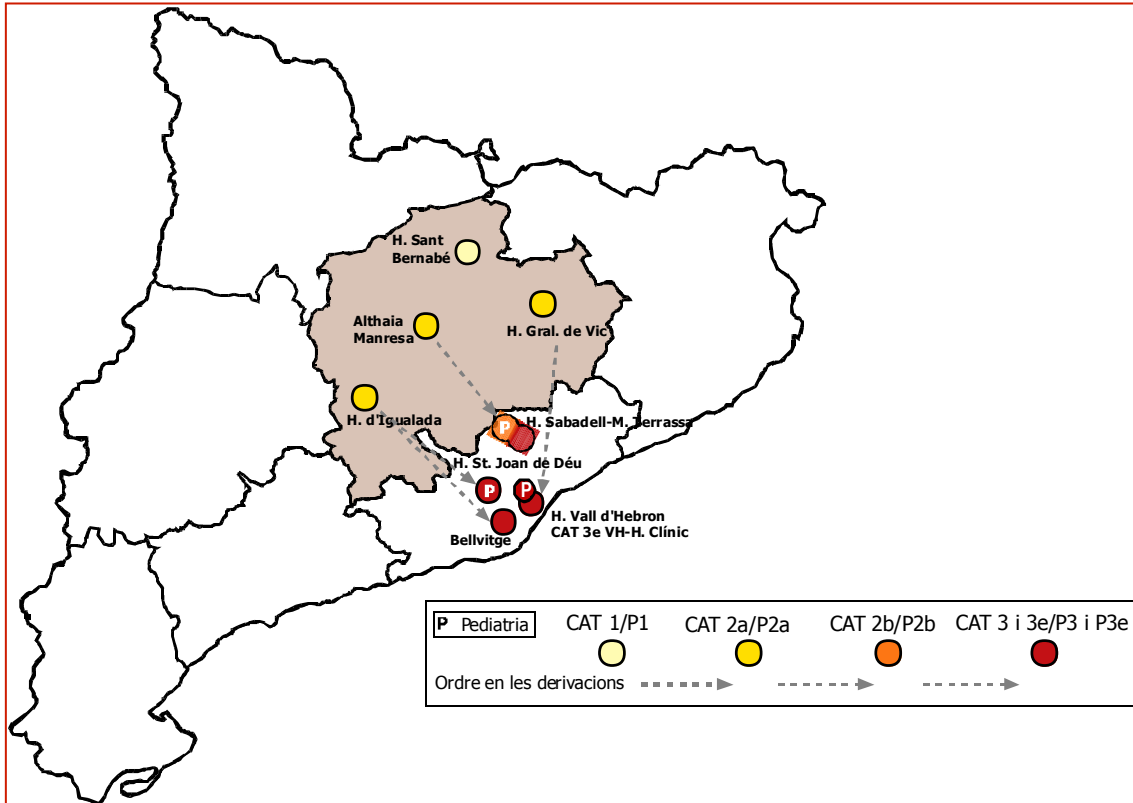
Quadre 4.3. Aspectes clau de l'ordenació de la cirurgia pediàtrica

- Definició i consens de criteris clínics amb professionals assistencials.
- Identificació de 74 categories de procediments (Clinical Classifications Software) pròpies de la cirurgia pediàtrica. Nombre de casos el 2011: 10.293.
- Classificació de la complexitat i tipus de resolució segons procediments i grups d'edat (< 1 any, 1-7 anys, 8-14 anys i 15-17 anys).
- Requeriments per a l'equip de cirurgia pediàtrica:
 - Especialistes en cirurgia pediàtrica.
 - Unitat de neonatologia i unitat de cures intensives neonatal, si atenen patologies neonatals.
 - Infraestructura pediàtrica per atendre complicacions (semiintensius o intensius).
 - Anestesisistes amb expertesa d'atenció pediàtrica.
 - Garantia d'atenció a les urgències les 24 hores.

També, per nivells de complexitat i atenent les necessitats estructurals i organitzatives dels centres, s'ha ordenat l'[atenció inicial al pacient amb trauma greu o politraumatisme](#), i s'ha configurat una xarxa assistencial ordenada per nivells i sectoritzada, que facilita els fluxos pertinents en l'activació dels codis d'emergència,

quan escau, i l'atenció en el lloc més adequat. Al mapa 4.1, es mostra, a tall d'exemple, l'ordenació de fluxos a la Regió Sanitària Catalunya Central.

Mapa 4.1. Punts d'atenció i fluxos en relació amb el pacient traumàtic greu. La Regió Sanitària Catalunya Central com a exemple



En el moment actual s'està treballant amb professionals la definició de criteris de classificació de la **cirurgia vascular** segons nivells de complexitat. L'ordenació territorial en aquest cas té dues vessants: d'una banda, la casuística classificada com d'alta o molt alta complexitat, l'atenció a la qual respon a la lògica de l'ordenació de l'alta especialització (capítol 5) i, de l'altra, la demanda per processos de baixa i mitjana complexitat, dins de la mateixa especialitat, que pot tenir una xarxa de centres més diversificada, tenint en compte uns nivells mínims d'economies d'escala i garantir uns nivells correctes de qualitat i d'accessibilitat en el temps.

Integració de la salut pública i l'àmbit comunitari en el model assistencial

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. En el context del desplegament de l'Agència de Salut Pública de Catalunya s'està finalitzant la concreció de la **cartera de serveis de salut pública**, amb components de protecció i promoció de la salut, prevenció de la malaltia i vigilància de la salut (quadre 4.4).

Quadre 4.4. Definició de la cartera de serveis de salut pública

Protecció de la salut	Activitats i serveis destinats a garantir que els productes alimentaris siguin salubres i que els agents físics, químics i biològics presents en el medi no afectin desfavorablement la salut de les persones.
Promoció de la salut i prevenció de la malaltia	Activitats i serveis dirigits a fomentar la salut de la població, a estimular especialment l'adopció d'estils de vida saludables, actuacions dirigides a prevenir malalties concretes.
Drogodependències i salut mental	Planificació, promoció i prevenció en diferents àmbits (educatiu, familiar, oci, salut, laboral i comunitari), en el control del consum d'alcohol i en el consum d'altres drogues, així com la prevenció i la promoció en salut mental.
Vigilància de la salut pública	Activitats i serveis que detecten problemes de salut molt específics de les persones i de les poblacions com, per exemple, les malalties transmissibles, les infeccions alimentàries, els brots tòxics i els nous problemes de salut.
Seguretat alimentària	Activitats d'avaluació dels riscos i els beneficis relacionats amb els aliments, suport a la planificació de la gestió del risc i comunicació dels beneficis i els riscos.
Salut laboral	Assessorament, suport tècnic i formació als professionals del sistema públic de salut i als serveis de prevenció de riscos laborals; i actuacions de gestió, control, inspecció, seguiment i avaluació en l'àmbit de les incapacitats laborals, les tasques de peritatge, arbitratge, assessorament i informe.
Comunicació, foment i suport per a la salut pública	Informació i assessorament en salut pública, elaboració i normalització de documents d'interès sanitari, així com campanyes d'educació per a la salut de la població i grups específics de risc.
Coordinació, cooperació, col·laboració i enllaç web	Coordinació, cooperació, col·laboració sanitària i enllaç web amb les administracions sanitàries catalanes, nacionals i europees, altres sectors de l'Administració catalana, institucions i entitats, fòrums.
Docència i recerca	Activitats d'assessorament en l'àmbit de la formació i la recerca, participació i accions de docència i impuls de la recerca aplicada i la innovació entre els professionals.

La consolidació i el reforç de l'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 els **contractes del CatSalut amb els equips d'atenció primària** —principals agents que assumeixen l'atenció comunitària des dels serveis sanitaris— s'han incorporat **objectius lligats a la promoció de la salut i l'acció comunitària**, d'acord amb les prioritats de la política de salut pública i la detecció de necessitats en l'àmbit local.

Hi ha experiències d'èxit en l'actuació comunitària que són exemple de l'acció coordinada en el territori (quadres 4.5 i 4.6). Tanmateix, s'ha vist la necessitat de definir el model de construcció de xarxes comunitàries per contribuir a un desenvolupament operatiu eficaç arreu del país.

Quadre 4.5. Experiència de salut comunitària de promoció d'estil de vida saludable

Pla "Salut, escola i comunitat" a Vilafranca

Població de referència

39.035 habitants.

Objectiu

- Promoure un estil de vida saludable en l'etapa infantil i juvenil entès com una oportunitat de present i de futur.

Descripció

- A Vilafranca del Penedès s'ha fomentat la creació d'una xarxa local que impulsi el pla "Salut, escola i comunitat" adreçat a la comunitat educativa (alumnes, professionals i famílies).
- S'ha dissenyat un catàleg que recull els recursos de promoció de la salut aportats pels diferents agents implicats al territori (Servei de Salut i Pla de drogues de l'Ajuntament, Servei Territorial del Departament d'Ensenyament, Equip d'Atenció Primària-Pediatría Alt Penedès i Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil de Vilafranca, sector sanitari del Servei Català de la Salut, Oficina de Relacions amb la Comunitat del Departament d'Interior, Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu i Equip Territorial de l'Agència de Salut Pública de Catalunya).
- Per garantir l'accessibilitat i la facilitat d'ús s'ha treballat aplicant els principis de finestra única i tramitació en línia, mitjançant un canal comú sustentat en la pàgina web de tràmits municipal, on es poden sol·licitar aquests recursos des de l'entorn educatiu a l'inici del curs escolar.
- Aquest sistema, inicialment establert per al curs 2013-2014, està previst que es repeteixi cada curs a través d'una actualització i difusió anual del catàleg. Alhora, se n'ha previst un control a partir d'una enquesta de seguiment en el mateix web.

Resultats

- L'experiència està en fase de desplegament.

Font: [El catàleg de recursos al web municipal](#); [Formulari de sol·licitud de recursos](#)

Quadre 4.6. Experiència d'incorporació de la perspectiva de salut en actuacions de desenvolupament de barris

Programa "Salut als barris" a Gavà

Població de referència

Serra de les Ferreres és una zona del municipi de Gavà formada per dos barris que es troben allunyats del centre, amb una població de 1.034 persones, especialment desfavorida, amb problemes d'habitatge i accés a recursos.

Objectius

Els programes "[Salut als barris](#)" s'inicien amb la creació d'un equip local format per representants de l'Ajuntament, serveis assistencials i salut pública. Posteriorment, es fan tallers amb diferents professionals (ensenyament, joventut, farmàcia comunitària, cossos de seguretat...) i tallers amb la comunitat, amb l'objectiu d'identificar les necessitats en salut i els actius del municipi. Sobre la base d'aquestes dades, l'equip local estableix unes actuacions per fer front a les necessitats tenint en compte els actius.

Descripció

- En aquesta població s'endega el programa "Salut als barris", coordinat per l'Agència de Salut Pública de Catalunya, el qual ha facilitat les primeres fases d'un procés de salut comunitària intersectorial i transversal.
- Ha implicat professionals de salut (atenció primària, salut pública, atenció especialitzada, drogodependències i salut mental), dels serveis socials, les entitats del tercer sector, els farmacèutics, així com els veïns d'entitats del barri, en la detecció de necessitats i la proposta d'accions mitjançant dos grups nominals i un taller per als veïns.
- La proposta d'accions és prioritzada per part de l'equip de responsables institucionals en una reunió al febrer de 2012. Es prioritzen dues accions:
 - Posar en marxa el pla "Salut, escola i comunitat", liderat per l'Ajuntament i l'Equip Territorial de l'Agència de Salut Pública de Catalunya.
 - Crear una plataforma, amb la participació dels veïns, per proposar un abordatge comunitari al barri de Ca N'Espinós i millorar-ne la qualitat de vida.
- A partir de febrer 2012 es continua treballant en aquestes dues accions prioritzades, en dues taules de treball col·laborades per l'Ajuntament i per l'Agència de Salut Pública de Catalunya.

Resultats

- L'experiència està en fase de desplegament.

Fon: [Blog del Pla de barris de Gavà](#); "[Salut als barris](#)" a Gavà

Cal destacar el **paper de les farmàcies en la seva perspectiva comunitària**, amb una evolució cap a noves fórmules que incentivin els serveis professionals dels farmacèutics comunitaris, incloent-hi la provisió de serveis de caràcter assistencial que contribueixi al correcte seguiment clínic dels malalts. S'ha acordat amb el Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya el procediment d'incorporar serveis amb concertació amb el Servei Català de la Salut. Així doncs, s'està construint una innovadora cartera de serveis de farmàcia comunitària en àmbits on l'aportació pot ser més eficaç, com són el servei per a la **detecció precoç de càncer colorectal** i el servei per a la **determinació del risc d'infecció pel VIH a través del test ràpid**, amb signatura de l'acord de 26 de març de 2012 (quadres 4.7 i 4.8). Lligat a la línia d'actuació sobre cronicitat (capítol 3), s'han identificat una sèrie d'actuacions que es poden dur a terme a través de les oficines de farmàcia, de manera que, actualment, s'està treballant en el **Programa de seguiment farmacoterapèutic amb sistemes personalitzats de dosificació en pacients crònics complexos i amb malaltia crònica avançada des de la farmàcia comunitària**, que es basa en la Guia de

seguiment farmacoterapèutic amb sistemes personalitzats de dosificació, elaborada pel Departament de Salut i el Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya, que en protocol·litza el servei, i en el document marc Prevenció i atenció a la cronicitat des de la farmàcia comunitària.¹ S'està avaluant el protocol de l'estudi de prevenció i atenció a la cronicitat amb un sistema de dispensació personalitzat (SPD) per tal de possibilitar l'inici de la prova pilot.

Quadre 4.7. Experiència del servei per a la detecció precoç del càncer colorectal

Col·laboració de la farmàcia comunitària en la detecció precoç del càncer colorectal

Àmbit territorial

Regió Sanitària Barcelona (àrees de referència de l'Hospital Clínic, l'Hospital del Mar i l'Hospital ICO Duran i Reynals). Regió Sanitària Girona (ABS Torroella de Montgrí, la Bisbal d'Empordà i Palafrugell).

Objectius

- Donar informació a l'usuari sobre el programa.
- Garantir el lliurament dels col·lectors de recollida de mostra de femta i la informació sobre el procés d'obtenció i retorn de la mostra.
- Garantir la logística de les mostres.

Participants

- 358 oficines de farmàcia.

Resultats

- Barcelona ciutat 2012 (àrees de referència de l'Hospital Clínic i l'Hospital del Mar):
 - Invitacions: 131.143.
 - Participació: 62.828 (47,9%).
 - Lesions detectades: 963 adenomes d'alt risc i 144 càncers invasius.

Font: CatSalut. Gerència de Farmàcia i del Medicament. [Canal Salut. Programa de detecció precoç del càncer de còlon i recte](#). [Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte de Barcelona](#).

¹ *Prevenció i atenció a la cronicitat des de la farmàcia comunitària*. Departament de Salut, CatSalut, CCFC.

Quadre 4.8. Experiència del servei per a la determinació del risc d'infecció pel VIH a través del test ràpid

Col·laboració de la farmàcia comunitària en la determinació del risc d'infecció pel VIH a través del test ràpid

Àmbit territorial

Diversos municipis de les regions sanitàries Barcelona, Camp de Tarragona i Catalunya Central.

Objectius

- Fer accessible la detecció precoç del VIH en col·lectius que presenten conductes de risc i que no acostumen a usar la xarxa pública sanitària de forma habitual i disminuir el retard diagnòstic de la infecció pel VIH.
- Prestar atenció a l'usuari que sol·licita la prova i identificar possibles pràctiques de risc.
- Comunicar els resultats del test, informar i fer recomanacions acompanyades amb el lliurament de material d'educació sanitària de reforç editat pel Departament de Salut.
- Oferir consell i derivació a un centre especialitzat.

Participants

- 47 oficines de farmàcia.

Resultats:

- Abril de 2012 - Abril de 2013:
 - 1.356 proves realitzades (24,5% dones; 75,4% homes)
 - 11 casos positius al test (3 dones; 8 homes).

Font: CatSalut. Gerència de Farmàcia i del Medicament.

Elements clau per a la implantació dels projectes

El procés de canvi cap a un sistema integrat, més accessible i més resolutiu des dels primers nivells implica mobilitzar un nombre important de professionals, ja que són projectes que afecten tota l'atenció primària, els serveis d'atenció especialitzada dels àmbits prioritzats, els serveis que atenen les urgències, els agents comunitaris, entre d'altres.

Per tant, la implantació d'aquests projectes és complexa, més encara si tenim en compte que es basen en dinàmiques de relació entre professionals, entre dispositius i entre nivells assistencials. Cap d'aquests projectes pot ser assumit per un sol equip o línia de servei, de manera que es fa necessari fer aflorar els lideratges clínics i generar lideratges compartits, amb el suport de les institucions i amb un horitzó que no pot situar-se en el curt termini, tot i que en determinats llocs i circumstàncies es poden dur a terme amb èxit experiències d'implantació avançades i demostratives del canvi.

Elements clau per a la implantació dels projectes de canvi per aconseguir un sistema de salut integrat i més resolutiu des dels primers nivells

1. Concretar **acords entre professionals** per definir la cartera de serveis pactada, protocols i vies de relació entre professionals d'atenció primària i atenció especialitzada.
2. Els precedents de relació entre professionals i nivells en **projectes transversals** són útils per planificar projectes actuals.

3. **Lideratge compartit** per dinamitzar els canvis.
 4. **Implicació directiva** per posar en marxa els projectes i donar-hi suport.
 5. **Autoritat del Servei Català de la Salut** per traslladar les orientacions estratègiques i facilitar aspectes organitzatius.
 6. **Capacitació** dels professionals de l'atenció primària, mitjançant esquemes de col·laboració i formació en casos clínics, per assumir una major resolució. Desenvolupament d'eines que facilitin les decisions clíniques i la interrelació entre equips assistencials.
 7. **Compartir informació clínica** a través dels sistemes d'informació és una premissa actualment ineludible per a la col·laboració efectiva.
 8. Establir **aliances entre centres** per assumir ordenadament la cartera de serveis en els diferents territoris, mantenir la competència i l'excel·lència professionals i aprofitar les economies d'escala.
 9. Adaptar el **sistema de contractació i pagament dels serveis**.
 10. Disposar d'**informació agregada i de base poblacional** per poder avaluar els objectius i l'eficàcia dels acords entre equips i nivells assistencials.
-

5. Un sistema de més qualitat i equitat en l'alta especialització

Quin era el propòsit?

L'atenció sanitària està en evolució i innovació constants, tant des de la vessant del coneixement com de la tecnologia disponible. Intentar **donar una atenció altament especialitzada, multidisciplinària, complexa i de qualitat** és un repte al qual s'enfronten tots els sistemes de salut dels països del nostre entorn. Una resposta adequada a aquest desafiament requereix una planificació i gestió acurades dels recursos.

L'enfocament actualment més estès se centra a ordenar l'atenció d'acord amb el nivell de complexitat i el nombre de casos esperats de qualsevol procediment, malaltia o situació clínica concretes. Això implica concentrar recursos i pacients, cosa que porta a l'acumulació d'experiència, expertesa i coneixements —elements clau per garantir una atenció sanitària segura i de qualitat—, i alhora una eficiència en l'ús d'una tecnologia costosa fonamental per mantenir la sostenibilitat del sistema sanitari, en què s'han de preservar l'accessibilitat i l'equitat. Per això, té una rellevància especial el concepte d'**equitat de resultats**, entès com que tothom tingui la mateixa probabilitat de tenir un resultat de la millor qualitat, el qual fa que determinats procediments s'hagin de dur a terme en serveis d'alta especialització i en pocs punts d'atenció en el territori.

El **concepte d'alta especialització** engloba, bàsicament, un conjunt de serveis divers i poc homogeni, però que participa d'alguns trets que són comuns a tots:

- La complexitat. S'entén en el seu sentit més ampli, és a dir, la complexitat organitzativa inherent a la disponibilitat de professionals altament especialitzats, la necessitat d'un abordatge multidisciplinari o la complexitat tecnològica i estructural lligada a la utilització d'equipaments diagnòstics o terapèutics pesants i molt sofisticats, o bé la pròpia combinació d'aquests elements.
- La concentració. Una de les problemàtiques més difícils des del punt de vista de la planificació i l'ordenació de serveis sanitaris és la de determinar quin és el grau de concentració (o descentralització) que han de tenir els diferents recursos assistencials. Per tant, la necessitat d'establir una limitació a l'extensió dels serveis terciaris dins del sistema constitueix una part inseparable d'aquesta definició i concepte. La relació entre volum de casos atesos és un element de referència en la literatura científica i en l'observació dels resultats per als processos d'alta especialització (taula 5.1).
- El cost. Es relaciona de forma directa amb els dos punts anteriors. D'una banda, els requeriments més complexos comporten uns costos més elevats. De l'altra, resulta lògic també que siguin els recursos més costosos aquells sobre els quals hi ha més sensibilitat pel que fa al seu ús racional dins del sistema. També aquells sobre els quals la tensió respecte a la regulació de la seva extensió sigui més elevada. La despesa directament relacionada amb l'atenció terciària s'ha estimat aproximadament d'un 11% del total de la

despesa pública d'hospitalització, cosa que representa per als grans centres hospitalaris de Catalunya, com a mitjana, un 2,4% del total d'altres.

Taula 5.1. Taxes de mortalitat en processos d'alta especialització i relació amb el volum de casos atesos per centre

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'anuerisma d'aorta trencat	49,8	7,9
Cirurgia de neoplàstia de pàncrees	9,7	13
Cirurgia de neoplàstia d'esòfag	13,9	12
Cirurgia de neoplàstia de pulmó	5,5	1,9
Cirurgia de neoplàstia d'estómac	10,9	6,5

Font: Halm EA, Lee C, Chassin MR. Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature. Ann Intern Med. 2002 Sep 17;137(6):511-20.

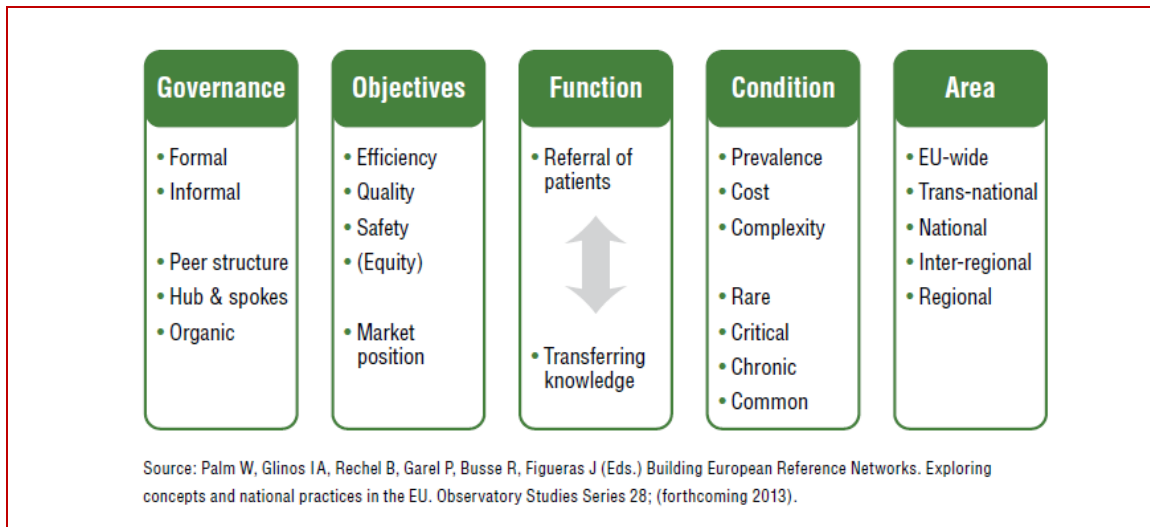
Les experiències del nostre entorn en què es mostra aquest procés de concentració són freqüents. Només cal citar dues experiències extensament documentades i fàcilment consultables:

- L'Institut Nacional del Càncer de França, en el document [Centres experts nationaux pour cancers rares de l'adulte 2009-2011](#), defineix la incidència del càncer poc freqüent quan és inferior a 3/100.000 habitants, fa una estimació de casos anual i designa el centre de referència en l'àmbit estatal.

- El Servei Nacional de Salut (NHS) disposa d'un [web](#) en què es poden consultar quins són els centres especialitzats i de referència designats per a setanta afeccions clíniques de molt baixa freqüència, menys de 500 casos incidents anuals.

En l'àmbit de la Unió Europea, s'aprova la Directiva 011/24/UE del Parlament Europeu i del Consell, de 9 de març de 2011, relativa a l'aplicació dels drets dels pacients en l'assistència sanitària transfronterera. Aquesta Directiva estableix un marc per a la cooperació entre els estats membres. Una àrea específica de la cooperació que es va identificar en la Directiva és el desenvolupament de xarxes europees de referència, incloent-hi una definició, que ha estat desenvolupada posteriorment com a concepte en cinc dimensions (quadre 5.1).

Quadre 5.1. Dimensions per a la definició de xarxes i centres de referència europeus



Al Pla de Salut de Catalunya 2011-15, aquests plantejaments han tingut el seu reflex en una de les línies d'actuació principals de transformació del model assistencial, els quals han quedat concretats en **dos projectes** específics:

- a) Reordenar els procediments d'alta especialització.
- b) Harmonitzar la prestació de tractament farmacològic d'alta complexitat.

Objectius 2015

- Garantir que per a 18 procediments reordenats, el 100% de la població és atesa en centres que compleixen els criteris definits.
- Assolir un total de 25 protocols harmonitzats l'any.

On som? Què s'ha fet?

Reordenació de l'alta especialització

La qüestió de la centralització/descentralització de serveis no és estàtica en el temps. Històricament, el sentit del canvi ha seguit generalment una mateixa direcció quan aquest canvi s'ha relacionat amb la incorporació de procediments o tecnologies nous. Inicialment, la tecnologia és costosa i les indicacions són escasses. Hi ha pocs equips i hi havia limitacions a la incorporació de nous. Amb el temps, aquests factors es modifiquen: augmenten les indicacions, baixa el cost, es converteix en una pràctica molt més habitual i se'n generalitza l'ús.

Per ordenar el serveis terciaris, el Departament de Salut va crear la **Comissió de Serveis d'Alta Especialització** (CSAE) a Catalunya, de composició multiinstitucional (entitats de provisió, societats científiques, agències, etc). La finalitat de la Comissió és analitzar, prioritzar i proposar les actuacions relatives a l'ordenació de les prestacions i els serveis d'alta especialització, així com determinar els instruments necessaris per a la implantació i el seguiment, d'acord amb els criteris de política sanitària del

Departament de Salut i les necessitats de la població. La llista dels àmbits d'actuació abordats es presenta en el quadre 5.1.

Quadre 5.1. Àmbits d'actuació prioritzats en el context del Pla del terçiarisme a Catalunya 2011-2014

- Oncologia d'alta especialització:
 - Hematologia clínica i TMO
 - Quimioteràpia de tercera línia o posterior
 - Sarcomes i tumors rars
 - Tumors germinals i tumors neuroendocrins
 - Oncologia pediàtrica
 - Radiocirurgia i irradiació corporal total
 - Cirurgia oncològica de càncer de pàncrees, esòfag, metàstasis hepàtiques, pulmó, sistema nerviós central, carcinomatosi peritoneal, recte i estómac.
- Codi IAM. Centres en funcionament 7 dies / 24 hores i 7 dies / 12 hores.
- Codi ictus terciari / neuroradiologia intervencionista: nodes.
- Atenció de l'hemorràgia subaracnoïdal.
- Cardiopaties congènites i trasplantament cardíac per a l'edat pediàtrica.
- Cardiopaties congènites per a l'edat adulta.
- Hipertensió pulmonar.
- Cirurgia de l'epilèpsia.
- Cirurgia de la malaltia de Parkinson i altres trastorns del moviment.
- Implants coclears.
- Cirurgia vascular aòrtica i carotídia.
- Aconsellament genètic.
- Malalties minoritàries: metabòliques, cognitivoconductuals i neuromusculars.

Quant a la **metodologia** que s'ha fet servir per abordar els diferents procediments i/o àrees d'atenció, encara que en cada cas ha tingut matisos, podem descriure un mínim comú que es pot esquematitzar de la manera següent:

1. Definició de prestació, procediment o àmbit d'atenció considerats com d'alta especialització.*
2. Definició de model assistencial més adequat, i la seva relació i continuïtat amb la resta de sistema sanitari.*
3. Definició dels requeriments de professionals, incloent-hi la multidisciplinarietat, tecnològica o d'entorn assistencial hospitalari.*
4. Establir un volum mínim que pugui garantir una avaluació de resultats adequada, en funció de la bibliografia revisada i millor evidència disponible.*
5. Recollir i analitzar la informació sobre l'activitat i els resultats dels diferents centres, a vegades mitjançant auditoria d'històries clíniques.
6. Designar els centres de referència, en funció dels criteris previs.
7. Relacionar aquests centres de referència amb l'àmbit poblacional i territorial, i la resta de dispositius del sistema sanitari.*
8. Definir una avaluació mitjançant indicadors de seguiment, en primer terme per valorar l'implantació, i valorar, posteriorment, els resultats en salut.*

9. Valorar si el procediment anava acompanyat d'un sistema de pagament específic.
10. Quan, per la complexitat organitzativa que se'n deriva, cal regular els centres de referència, els territoris i els altres criteris que afecten la gestió assistencial i la relació entre centres, el CatSalut utilitzarà elements normatius més formals, com poden ser instruccions del Catsalut (quadre 5.3).
11. Comunicar i explicar el model i l'organització establerts, tant a professionals com a directius d'institucions.*
12. Fer el seguiment de la implantació, la valoració de resultats i introduir les millores o els canvis que el procés d'avaluació ens marqui.*

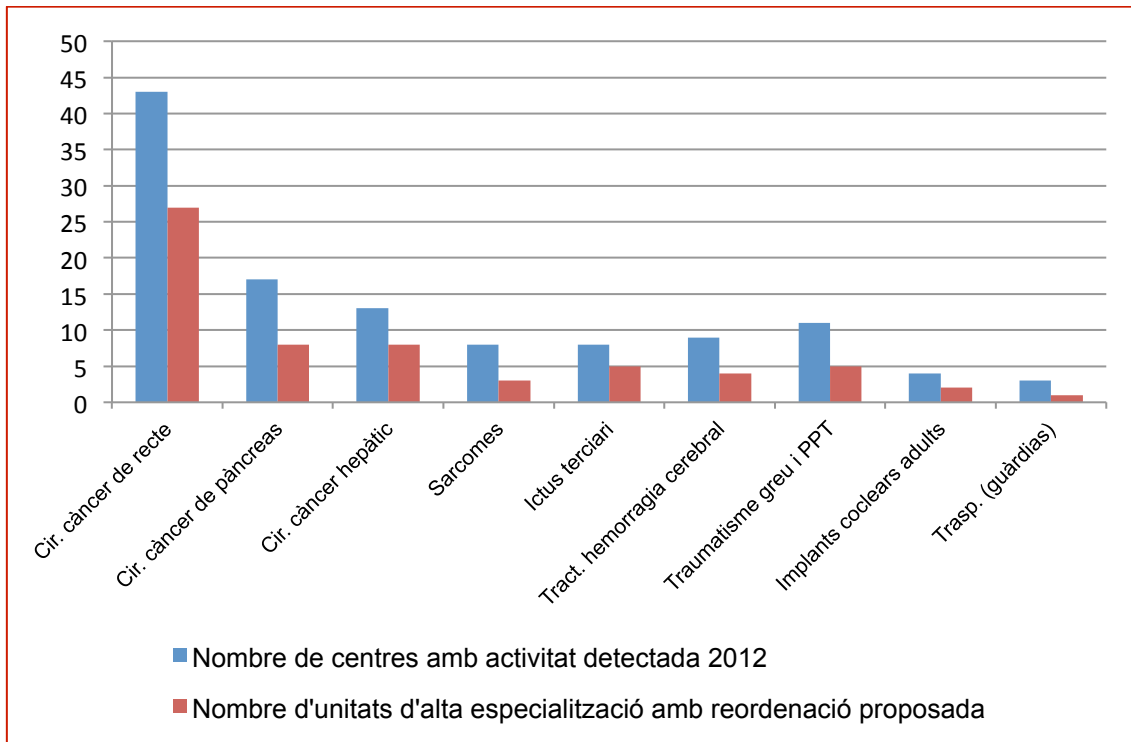
Els processos marcats amb un asterisc no s'haurien pogut desenvolupar sense la participació i la implicació activa i responsable dels professionals sanitaris més vinculats a les àrees específiques prioritzades. En aquest període 2011-2013, hi han participat més de dos-cents professionals en representació de societats científiques, col·lectius professionals, institucions i Administració sanitària.

Quadre 5.3. Instruccions del CatSalut en relació amb l'ordenació de l'alta especialització

2010	Resolució, de 18 d'octubre de 2010, per la qual es crea la Comissió de Serveis d'Alta Especialització.
	Instrucció 04/2010, de 7 d'octubre Creació del Programa d'harmonització farmacoterapèutica de la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (PHFMHDA) del CatSalut.
2011	Instrucció 04/2011, de 15 de novembre Ordenació i configuració del model organitzatiu i dispositius per a l'atenció inicial a la persona pacient traumàtica greu.
2012	Instrucció 01/2012, de 10 de gener Reordenació de l'atenció oncològica d'alta especialització.
	Instrucció 03/2012, de 22 de març Reordenació del procés d'atenció als pacients amb hipertensió pulmonar.
	Instrucció 11/2012, de 16 d'octubre Reordenació de l'atenció a les cardiopaties congènites. Serveis-àrees d'alta especialització.
	Instrucció 12/2012, de 16 d'octubre Reordenació de la cirurgia de l'epilèpsia. Serveis-àrees d'alta especialització.
2013	Instrucció 01/2013, de 14 de febrer Ordenació i configuració del model organitzatiu i dispositius per a l'atenció inicial a la persona pacient amb ictus agut.
	Instrucció 05/2013, de 18 d'abril Unitats d'alta especialització (UAE)

A la figura 5.1 es mostra el canvi que representa la reordenació de l'alta especialització en alguns dels procediments i àrees d'atenció en les quals s'ha iniciat el procés.

Figura 5.1. Nombre de centres després de la reordenació per alguns àmbits d'atenció

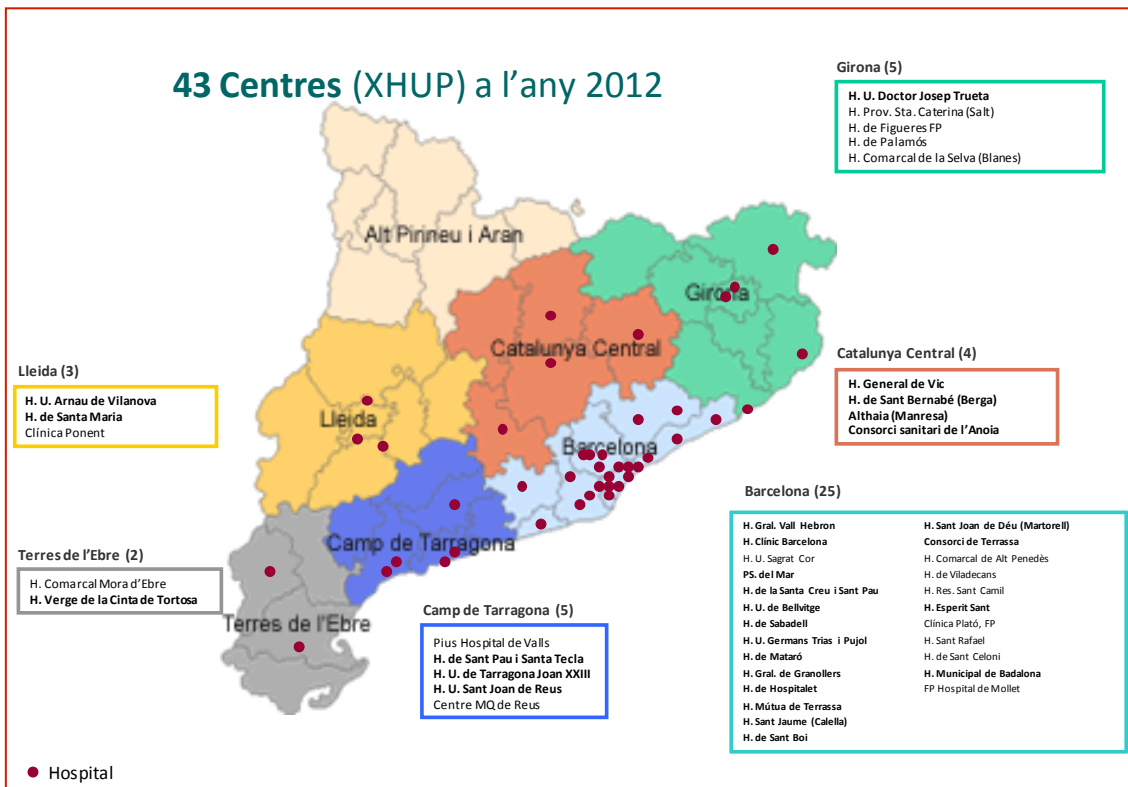


A propòsit del cas de la cirurgia oncològica de recte, en el mapa 5.1 es mostra la situació observada l'any 2012 i en el mapa 5.2 la que es planteja assolir amb el procés de reordenació. A la taula 5.2 es presenten alguns dels resultats principals d'**avaluació a través de les auditories** sobre cirurgia de càncer de recte realitzades pel Pla director d'oncologia.

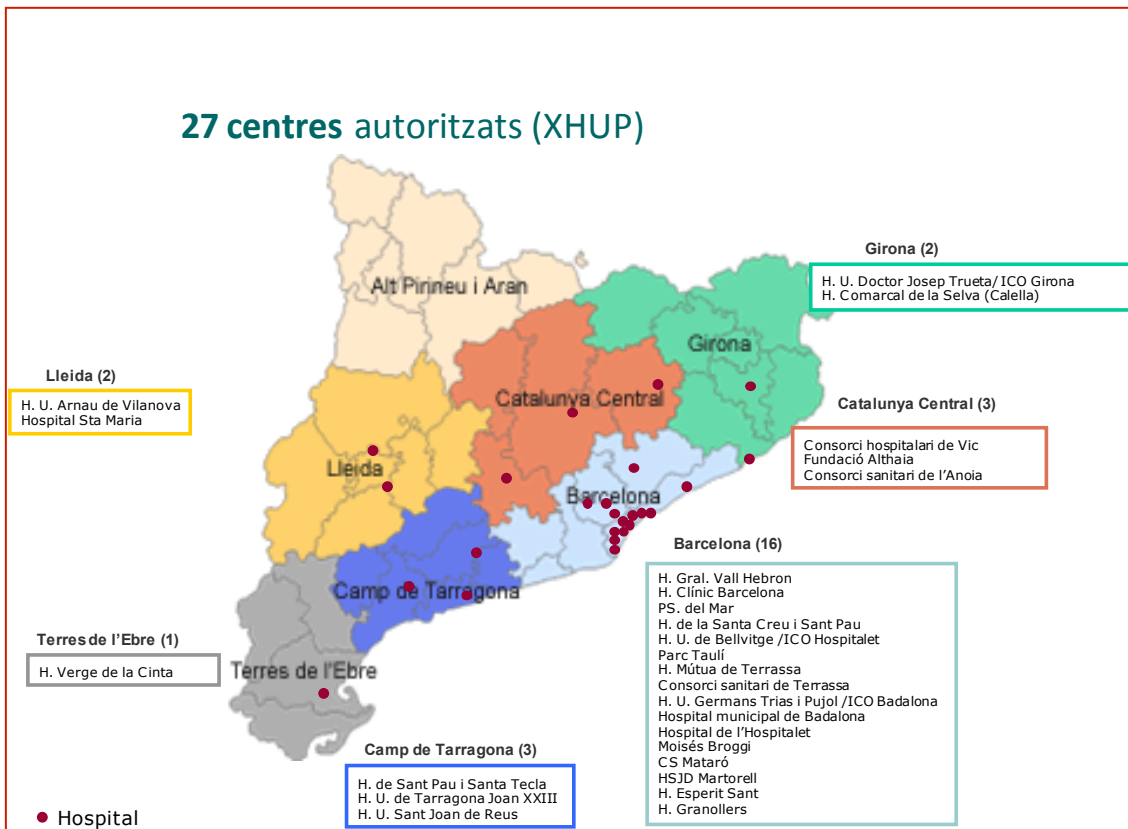
Taula 5.2. Comparació de les dades més rellevants de les auditories de cirurgia de càncer de recte realitzades pel Pla director d'oncologia

	Període d'estudi	
	2005 i 2007	2012
Casos inclosos	1.831	1.925
Informe sobre l'excisió del mesorecte – anatomia patològica	36,2%	79,5%
Radioteràpia preparatòria (estadis II i III, excloent-ne el recte-sigma)	67,5%	75,5%
Recidiva	354-19,3%	173-9,0%

Mapa 5.1. Hospitals del sistema públic de salut amb atenció quirúrgica oncològica de recte 2012



Mapa 5.2. Reordenació de l'atenció quirúrgica oncològica de recte



Un altre àmbit que s'ha desenvolupat és la reordenació de l'atenció de les malalties minoritàries pediàtriques. En aquest cas, el procés d'elaboració del mapa de les unitats d'expertesa clínica (UEC) es va iniciar l'any 2012, en una primera fase, on es van definir els criteris d'inclusió amb la participació de deu hospitals. En una segona fase, s'inicia el procés de definició de les UEC per a tres grups de malalties. El procés ha portat a la definició de les premisses a partir les quals els grups de treball formats per professionals de diferents especialitats implicats han treballat en les UEC i en el model d'atenció; en un model basat en protocols clínics i guies de pràctica clínica per malalties o per grups de malalties; en el treball multidisciplinari intern amb una tasca de consultoria externa i una d'interna, i en un treball en xarxes d'atenció a la salut, amb altres xarxes socials i educatives, tenint en compte la transició de l'edat infantil a l'adulta, amb la participació de les UEC en el registre de malalties minoritàries, l'activitat docent, la recerca, el treball amb les associacions de pacients i l'ús de les TIC. Els grups de treball han consensuat un model d'atenció per cada un dels tres grups i s'ha fet una proposta d'UEC, d'acord amb les característiques pròpies de cada grup de malalties minoritàries, així com dels nivells d'atenció per cada grup malalties. La transició cap a la vida adulta es tracta a posteriori. En aquests casos entre les UEC s'han identificat algunes que actuen de coordinadores del grup (taula 5.3).

Taula 5.3. Unitats d'expertesa clínica (UEC) per grups de malalties minoritàries pediàtriques

Malalties metabòliques hereditàries en l'edat pediàtrica	• Grup d'UEC: HPT, HUGTiP, HUVH i HSJD. • UEC coordinadores: unitat col·laborativa funcional HUVH-HSJD.
Malalties neuromusculars en l'edat pediàtrica	• Grup d'UEC: HPT, HUGTiP, HSCSP, HUVH i HSJD. • UEC coordinadores: HUVH-HSJD.
Malalties cognitivoconductuals en l'edat pediàtrica	• Grup d'UEC: HPT, HUGTiP, HPSM, HUVH i HSJD. • UEC coordinadores: distribució per malalties ○ Trastorn de Rett: HSJD ○ Síndrome d'Angelman: HPT ○ Síndrome de Noonan: HUVH ○ Síndrome de Sotos: HSJD ○ Síndrome de Prader-Willi: HPT ○ Hemiplegia infantil alterna: HSJD ○ Síndrome velocardiofacial: HUVH ○ Síndrome del cromosoma X fràgil: HSJD, HPT ○ Síndrome de Williams: HPSM i HUVH ○ Síndrome de Down: HSJD, HPSM ○ Anomalies dels cromosomes sexuals: HUVH i HPT

HPT: Hospital Parc Taulí de Sabadell; HUGTiP: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona; HUVH: Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona; HSJD: Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues; HSCSP: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona; HPSM: Hospital Parc de Salut Mar de Barcelona.

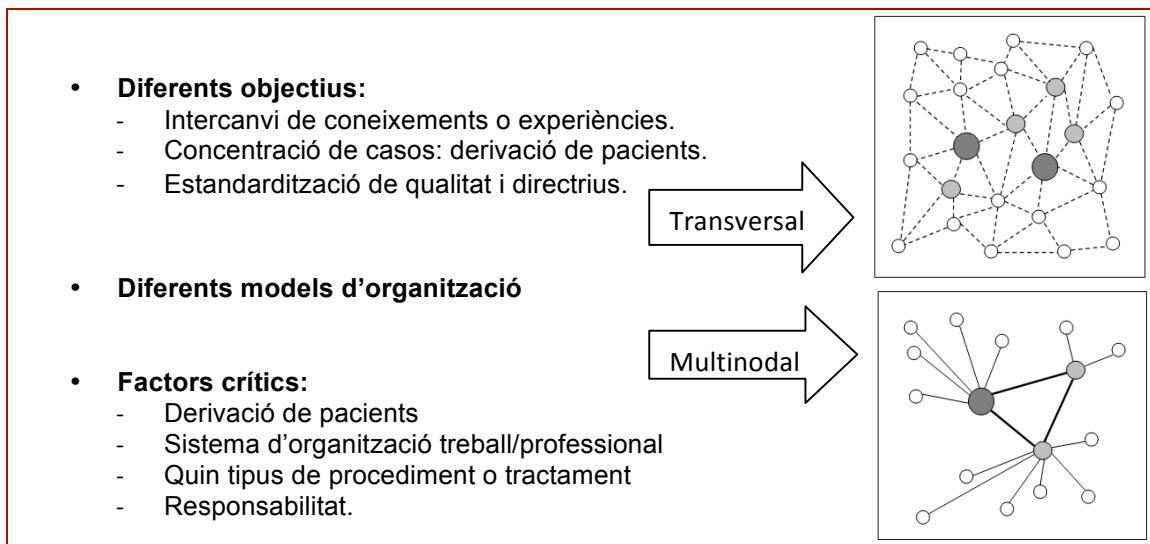
El CatSalut té la capacitat de regular l'organització del model d'atenció en el marc del sistema públic de salut, especialment en relació amb les àrees assistencials que abasten el conjunt del país, com són les relacionades amb l'alta especialització. A més de les instruccions específiques per a determinats procediments i/o àrees d'atenció (quadre 5.2), el CatSalut també ha fixat un marc de criteris per a la definició de les

anomenades *unitats d'alta especialització* (UAE). Dita instrucció aporta referències relatives a criteris generals per a una atenció de qualitat de les unitats, funcions, requisits de les unitats i el centres on s'ubiqui una unitat, elements del model d'avaluació, recerca i innovació i contractació amb Catsalut.

L'alta especialització, com a element característic, conforma una realitat conceptualment diferenciada i que supera l'àmbit propi dels centres encarregats de dur a terme aquesta activitat. Sorgeix en aquesta línia la figura de les UAE multihospitalàries, com a resultat d'acords estratègics entre entitats, i que poden permetre crear serveis multicèntrics on es pot donar una prestació de qualitat.

Els models organitzatius tenen a veure amb la relació, interacció i vinculació de les UAE amb la xarxa d'hospitals comarcals. En aquest sentit s'ha optat per dos models, tenint en compte la diferent naturalesa dels objectius de relació, com també els factors crítics (Quadre 5.4). Un és un model multinodal i l'altre és un model transversal, amb centres d'excel·lència interconnectats.

Quadre 5.4. Models organitzatius de relació entre les unitats d'alta especialització amb la xarxa d'hospitals comarcals



Harmonització de 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, el Pla de salut va reconèixer la necessitat d'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 eficàcia, maximitzant-ne el nivell d'utilitat terapèutica.
- L'aprofitament de recursos i sostenibilitat.

A través del **Programa d'harmonització farmacoterapèutica de medicació hospitalària de dispensació ambulatoria** i el **Programa d'avaluació, seguiment i finançament dels tractaments d'alta complexitat**, del CatSalut, s'han avaluat un total de 19 fàrmacs el 2011, 27 el 2012 i 15 durant els mesos transcorreguts del 2013.

A les taules 5.4 i 5.5, es detallen els dictàmens emesos per tots dos programes, respectivament, des de 2011.

Taula 5.4. Dictàmens emesos pel Programa d'harmonització farmacoterapèutica de medicació hospitalària de dispensació ambulatoria del CatSalut des de 2011 fins a l'actualitat

2011	2012	2013 (parcial)
Certolizumab: artritis reumatoide Golimumab: artritis reumatoide Lenalidomida: mieloma múltiple Mifamurtida: osteosarcoma Raltegravir: VIH en adults Trastuzumab: càncer gàstric Ustekinumab: psoriasi	Boceprevir: hepatitis C genotip 1 Bendamustina: LLC Bendamustina: LNH Bendamustina: MM Bevacizumab: càncer de còlon i recte 1L Bevacizumab: càncer de còlon i recte 2L Cetuximab: càncer de còlon i recte 1L Cetuximab: càncer de còlon i recte 2L Darunavir: VIH naïf Dasatinib: LMC Imatinib: LMC Nilotinib: LMC Panitumumab: càncer de còlon i recte 1L Panitumumab: càncer de còlon i recte 2L Telaprevir: hepatitis C genotip 1 Vinflunina: carcinoma del tracte urotelial	Abiraterona: càncer de pròstata post-docetaxel Cabazitaxel: càncer de pròstata post-docetaxel Everolimus: càncer pancreàtic neuroendocrí Ipilimumab: melanoma avançat Rilpivirina: VIH en adults Sunitinib: càncer pancreàtic neuroendocrí Efavirenz, nevirapina, rilpivirina, darunavir, atazanavir, lopinavir i Raltegravir: VIH naïf

Taula 5.5. Dictàmens emesos pel Programa d'avaluació, seguiment i finançament dels tractaments d'alta complexitat del CatSalut des de 2011 fins a l'actualitat

2011	2012	2013 (parcial)
Ambrisentan: HAP Amifampridina: síndrome miastènica de Lambert Eaton Azacitidina: síndrome mielodisplàstic Aztreonam: infecció pulmonar per <i>P. aeruginosa</i> Eltrombopag: PTI Everolimus: càncer de cèl·lules renals avançat Lapatinib: càncer de mama metastàtic + capecitabina Lapatinib: càncer de mama metastàtic + inhibidor de l'aromatasa Pazopanib: càncer de cèl·lules renals Plerixafor: mobilització de les cèl·lules hematopoètiques Romiplostim: PTI Tolvaptan: SSIHAD	Agalsidasa alfa: malaltia de Fabry Agalsidasa beta: malaltia de Fabry Alglucosidasa alfa: malaltia de Pompe (formes tardanes) Alglucosidasa alfa: malaltia de Pompe (infantil) Idefenona: atàxia de Friedreich Belimumab: lupus eritematós sistèmic Canakinumab: síndromes associats a criopirines Imiglucerasa: malaltia de Gaucher de tipus I Imiglucerasa: malaltia de Gaucher de tipus III Miglustat: malaltia de Gaucher de tipus I Trabectedina: càncer d'ovari recurrent	Revisió lapatinib + capecitabina + inhibidor de l'aromatasa Condrocits autòlegs: reparació de cartílag de genoll

Els **acords de risc compartit** (ARC) són un instrument per millorar l'eficiència en el finançament públic de medicaments i tecnologies sanitàries d'alta complexitat i cost.

L'objectiu és **incorporar la innovació farmacoterapèutica basada en resultats**, garantint que els nous tractaments són una inversió i no una despesa.

Els ARC orientats a “pagar per resultats” ajuden a regular algunes incerteses (eficiència, seguretat, impacte pressupostari, relació cost-benefici) dels medicaments i distribueixen els riscos entre els diferents agents del sistema coresponsabilitzant-ne totes les parts, incloent-hi el sector industrial, en la sostenibilitat de la despesa i en els resultats en salut.

Els ARC formen part del nou model de contraprestació orientat a resultats, que està dissenyant el CatSalut per fer operatives les polítiques i les prioritats del Pla de salut.

Es disposa d'algunes experiències en l'àmbit de Catalunya:

- L'ARC amb gefitinib per al tractament del càncer de pulmó no microcític metastàtic amb una mutació específica, signat el juliol del 2011.
- L'ARC amb certolizumab pegol, un medicament biològic per al tractament de l'artritis reumatoide, signat el novembre de 2012.
- Acords en nous medicaments en procés de negociació, com en el cas d'ipilimumab en melanoma metastàtic, en què el CatSalut vincula formalment el mecanisme de finançament dels tractaments preferentment en funció de resultats.

Finalment, estem finalitzant la **Guia dels acords de risc compartit amb la indústria farmacèutica**, que fixa uns criteris i línies bàsiques per guiar decisions en l'aplicació dels ARC en el sistema sanitari català i, per tant, definir el model per a la incorporació responsable de la innovació farmacològica vinculada a resultats.

Elements clau per a la implantació dels projectes

En general, es pot dir que l'evolució recent del sistema sanitari públic a Catalunya, i pel que fa als serveis terciaris, ha seguit un curs equiparable al de la resta de països amb sistemes sanitaris similars al nostre. Amb el Pla de salut de Catalunya 2011-2015, a Catalunya s'ha fet una aposta clara per la reordenació de l'alta especialització perseguint la màxima qualitat de l'atenció i garantir l'equitat de resultats. Aquest procés, però, no és un camí fàcil, i cal tenir en compte tant aspectes de l'entorn institucional i organitzatiu, com de les dificultats de la mateixa gestió del canvi. Al quadre 5.5 se'n mostren els més rellevants.

Quadre 5.5. Elements clau per a la implantació dels projectes de canvi per aconseguir un sistema de més qualitat i equitat en l'alta especialització

Fortaleses	Debitats
Professionals amb un molt elevat nivell d'excel·lència tècnica i científica. Una bona capacitat resolutiva i resposta en termes d'eficàcia del sistema sanitari català. Un alt nivell de qualitat percebuda entre la població en àrees de l'atenció molt sensibles. Centres amb prestigi com a referents estatals. Catàleg de serveis, unitats i prestacions ben definit.	Fragmentació de l'atenció. Oferta de serveis molt centrada en les dinàmiques internes de centres o institucions. Variabilitat en l'accessibilitat i equitat de resultats. Avaluació poc sistemàtica. Derivació de pacients no regulada. Sistemes d'informació poc adaptats i amb mancances relatives a la valoració de la qualitat i l'equitat de resultats.
Oportunitats	Amenaces
Adequar la planificació anticipativa en un context de canvi molt ràpid de coneixement i tecnologia. Incrementa l'especialització. Adaptar el sistema de compra de serveis a les característiques de l'alta especialització. Potenciar la col·laboració entre professionals i centres - unitats multicèntriques. Enfortir el procés d'avaluació i d'acreditació. Millorar aspectes de coordinació entre nivells de l'atenció especialitzada en àrees d'atenció de baixa prevalença. Organitzar la derivació de pacients. Introduir el treball multidisciplinari. Reforçar la docència, la recerca i la innovació. Implantar guies de pràctica clínica homogènies.	La gestió de les resistències al canvi d'institucions, centres i professionals, que ha de venir liderada per les societats científiques i els professionals. Sostenibilitat de prestacions terciàries en un entorn molt canviant de coneixement i tecnologies, en el context de les limitacions pressupostàries actuals. La pressió de les indústries per la innovació tecnològica, no sempre amb evidència contrastada. La pressió de col·lectius professionals per introduir noves modalitats diagnosticoterapèutiques.

L'oferta pública avui desplegada a Catalunya, d'acord amb la seva bona capacitat resolutiva, permet garantir un nivell de resposta eficaç, i globalment satisfactòria, per al conjunt de les necessitats generades dins d'aquest àmbit de l'assistència. També l'excel·lència tecnicocientífica amb què els serveis són prestats, i la qualitat apreciada pels pacients, són avui, en termes generals, homologables als esmentats països del nostre entorn proper.

D'altra banda, i de manera general, els fluxos de referència per a l'alta especialització segueixen, a grans trets, el patró esperat de distribució territorial, en congruència amb l'ordenació i el desplegament actuals de la xarxa pública hospitalària a Catalunya. Complementàriament, també observem una distribució de recursos relatius a serveis terciaris caracteritzada per una elevada concentració al voltant dels grans centres hospitalaris de Barcelona ciutat i la seva àrea metropolitana. Hi ha la percepció que els grans hospitals públics generen i participen de dinàmiques pròpies, dins d'aquest àmbit d'activitat, sovint força centrades en la competència tecnològica i en el prestigi social i professional. En general, hi ha poques iniciatives de coordinació en el desplegament dels recursos més costosos i sofisticats, i la presència de fluxos de pacients no estrictament basats en motius sanitaris.

Així es poden identificar com a línies d'avenç:

- La millora en els elements instrumentals. Es requerirà instruments específics d'informació i sistemes potents per a l'avaluació dels serveis en termes, no ja de producció o activitat, sinó de resultats assolits. Això fa referència, com a mínim, als punts següents:
 - Establir un catàleg de serveis terciaris amb criteris d'inclusió i exclusió, i permanentment actualitzat.
 - Establir un sistema de monitoratge i seguiment de l'activitat terciària (tipologia, procedència i fluxos).
 - Establir uns mínims acceptables quant a temps de desplaçament per als diferents procediments.
 - Fixar uns mínims acceptables també quant a llistes d'espera.
 - Informar sobre els resultats obtinguts pels centres en relació amb els processos terciaris.
 - Acreditar possibles centres per a la contractació específica de serveis terciaris.
 - Explicitar els criteris relacionats amb les necessitats organitzatives ("internes") de centre.
 - Habilitar fórmules de coordinació entre proveïdors per al desplegament de serveis terciaris.
 - Establir un nombre mínim de casos relacionats amb la disponibilitat d'un servei o equipament.
 - Evitar, sempre que sigui possible, el monopoli en la prestació de serveis terciaris.
- L'adopció d'una actitud d'anticipació:
 - Potenciar una actitud molt més centrada en l'anticipació de la planificació i la gestió derivada de la introducció i la generalització de les noves tecnologies i els procediments complexos.
 - Fixar la planificació i la gestió de la innovació. Noves tecnologies, tècniques o procediments: planificació i gestió diferenciada per cada una de les fases (introducció i innovació, primera avaluació, difusió i normalització, etc.).
 - Desplegar mecanismes centrals de monitoratge de tendències i de prospectiva.

Els dos punts anteriors no són possibles sense la imprescindible **participació i implicació responsable tant de les societats científiques com dels col·lectius professionals** en general.

Més enllà del diagnòstic global, el repte principal es pot enunciar com la necessitat d'aconseguir un **desenvolupament racional i sostenible del sistema públic de salut**, en el context dels beneficis i les tensions derivades de la incorporació i la ràpida difusió de noves tecnologies i la tendència cap a una prestació de serveis cada vegada més costosos i complexos: **la concentració de l'alta especialització per garantir la qualitat, els millors resultats i l'eficiència.**

6. Un sistema més enfocat a les persones

Quin era el propòsit?

Els sistemes sanitaris estan immersos en processos de reestructuració que s'orienten fonamentalment a millorar-ne l'eficiència i a garantir-ne la sostenibilitat. Un dels factors que permeten garantir la cobertura pública de qualitat és conèixer el nivell de satisfacció que té la ciutadania amb els serveis que se li presten. Amb eines metodològicament contrastades i vàlides, el coneixement de la valoració qualitativa que fan els ciutadans ens permeten establir polítiques de millora continuada en la prestació dels serveis.

Des dels primers moments que s'inicia la redacció del Pla de salut de Catalunya 2011-2015 en un context de modernització del Servei Català de la Salut com a asseguradora pública, es pensa, com a element fonamental, el fet de potenciar les capacitats de decisió i elecció de la ciutadania, tenint en compte la major capacitat de rebre informació i, per tant, ser cada vegada més autònoma i, alhora, més responsable en l'ús dels serveis públics.

En un entorn que ha d'afavorir l'actuació integrada i en xarxa del conjunt de recursos assistencials i de promoció de la salut, s'han de propiciar actuacions encaminades a mantenir l'accessibilitat, la qualitat dels serveis i l'optimització dels recursos i, en aquest entorn actual, això no és possible sense la participació de dos actors fonamentals: els professionals i la ciutadania.

El model d'actuació que ha proposat el Pla de salut, orientat cap a un major enfocament cap als ciutadans, es basa a assolir **tres eixos bàsics**: proactivitat de l'asseguradora, transparència i garantia en els compromisos establerts i reforçament de la responsabilitat ciutadana.

- Activar un conjunt d'actuacions que facilitin una interacció més proactiva entre el ciutadà i l'asseguradora pública, de manera que es produeixi un efecte de transparència informativa que permeti definir un model de garanties amb responsabilitats compartides, amb drets d'ús i responsabilitats cap als deures proactius del ciutadà.
- Definir unes polítiques comunicatives i de relació que generin confiança, aprofitant el desenvolupament de les tecnologies que permetin incrementar el nivell de resolució i proximitat al ciutadà en un entorn de millora en la gestió dels recursos existents.
- Concretar una cartera de serveis que ve definida pels diversos nivells de cobertura que tenen el ciutadans i establir uns àmbit d'actuació territorial on actua la xarxa integrada de recursos que es posa a disposició per donar resposta a les necessitats de salut poblacionals.

Aquest model es desenvolupa sobre la base de substanciar els **principis** següents:

- Incrementar el coneixement dels ciutadans sobre el conjunt de serveis i prestacions que ofereix el sistema sanitari públic, tant en els seus aspectes de contingut en la cartera de serveis (catàleg de serveis i prestacions de cobertura pública), com en el d'ús (guia d'ús), així com en el conjunt de les seves modalitats (presencials, en xarxa, telefònica, etc.).

- Conèixer els riscos de la població assegurada per tal d'establir polítiques de prevenció i promoció davant del risc d'emmalaltir, així com determinar la prestació territorial de recursos amb criteris d'equitat i d'eficiència. També el coneixement del risc ajuda a integrar la prestació dels serveis i a incrementar el nivell d'autoresponsabilitat dels pacients.
- Conèixer la qualitat percebuda pels assegurats en la prestació dels serveis com a criteri important en la valoració de la qualitat global del sistema públic de salut. La qualitat és un element clau en la sostenibilitat del sistema.
- Desenvolupar sistemes de comunicació integrals i personalitzats que afavoreixin un model relacional més interactiu entre ciutadans, professionals i administració, amb l'objectiu de millorar la capacitat de resolució i el nivell de responsabilitat del ciutadà amb la seva salut.
- Proposar un model de participació ciutadana que integri la valoració i l'expertesa dels ciutadans i pacients en la presa de decisions i de gestió de l'asseguradora.

Per avançar en aquest model, el desenvolupament de les actuacions s'ha estructurat en **tres projectes**, que han de facilitar els canvis proposats:

- a) Millorar el coneixement dels ciutadans sobre el model de relació amb l'asseguradora pública (CatSalut) i les prestacions a les quals dona cobertura l'asseguradora pública.
- b) Conèixer i gestionar el risc d'emmalaltir de la població assegurada, d'acord amb l'anàlisi dels serveis i les prestacions prestats als seus assegurats.
- c) Garantir la qualitat de la prestació, analitzar la satisfacció dels ciutadans i facilitar el disseny d'un model de participació ciutadana.

Objectius 2015

- Assolir que el 90% de la població conegui qui els assegura i quines són les prestacions que els ofereix.
 - Aconseguir que tota la població de Catalunya (el 100% de la que tingui algun contacte amb la sanitat pública) ha de tenir identificat el seu perfil de risc vigent i l'evolució temporal en els dos anys previs.
 - Aconseguir una millora de la satisfacció de la ciutadania amb els serveis sanitaris rebuts del 5% respecte a l'any 2011.
-

On som? Què s'ha fet?

Millora del coneixement dels ciutadans sobre el model de relació amb l'asseguradora pública (CatSalut) i les prestacions a les quals dona cobertura

A meitat del període del Pla de salut (juny 2013), a través del [Baròmetre sanitari](#), sabem que el 45 % de la població manifesta conèixer el CatSalut. És un bon resultat si tenim en compte la situació de desenvolupament dels productes del projecte, atès que la majoria comporten una inversió de temps en el disseny, la creació i la implantació que no ha permès tenir-los encara finalitzats ni difondre'ls.

En aquests moments, el producte més avançat és el de **programes de discriminació poblacional positiva**, posant en marxa la [targeta sanitària individual](#) (TSI) en format braille per a tots els invidents que ho sol·licitin. També s'ha posat en marxa la TSI "Cuida'm" per a aquelles persones amb demència (amb un nivell d'afectació cognitiu moderat), discapacitat intel·lectual greu i profunda, discapacitat intel·lectual lleu o moderada amb trastorns de conducta, trastorns de l'espectre autista i/o dany cerebral. L'objectiu de la TSI "Cuida'm" és permetre una atenció més adaptada a les necessitats d'aquestes persones, facilitar la seva relació amb els professionals i l'acompanyament per part dels seus familiars o cuidadors, sempre que ho permeti la situació clínica. S'ha fet a través de pilotatge territorial a alguns centres de la província de Barcelona des de desembre del 2012, que s'avaluarà a principis de 2014 per implantar-la a tot Catalunya.

La **Guia d'ús dels serveis sanitaris públics. CatSalut** veurà la llum aquest novembre, un cop s'incorporin les aportacions dels diferents agents als que s'ha presentat, entre d'altres, el Consell Català de Pacients de Catalunya i una representació del programa Pacient Expert Catalunya. A través de la *Guia d'ús* facilitem, en suport web, informació sobre el funcionament general dels serveis i les prestacions del sistema sanitari i orientació per accedir-hi correctament i de manera responsable. Està estructurada pels diferents serveis i prestacions, amb informació descriptiva, vies d'accés, condicions d'utilització, tipus de cobertura i aspectes de coresponsabilització.

Pel que fa al posicionament del **061 CatSalut Respon** com a telèfon únic de comunicació del ciutadà amb el CatSalut, és un producte de llarg recorregut, sobre el qual ja s'han fet actuacions concretes com ara difondre'l per contactar amb el CatSalut per part de la ciutadania al web del CatSalut a l'apartat de les regions sanitàries. Es treballa de manera continuada incorporant aquest servei a informacions, tràmits i gestions que es revisen per aconseguir augmentar la cartera de serveis que pot oferir a la ciutadania (quadre 6.1).

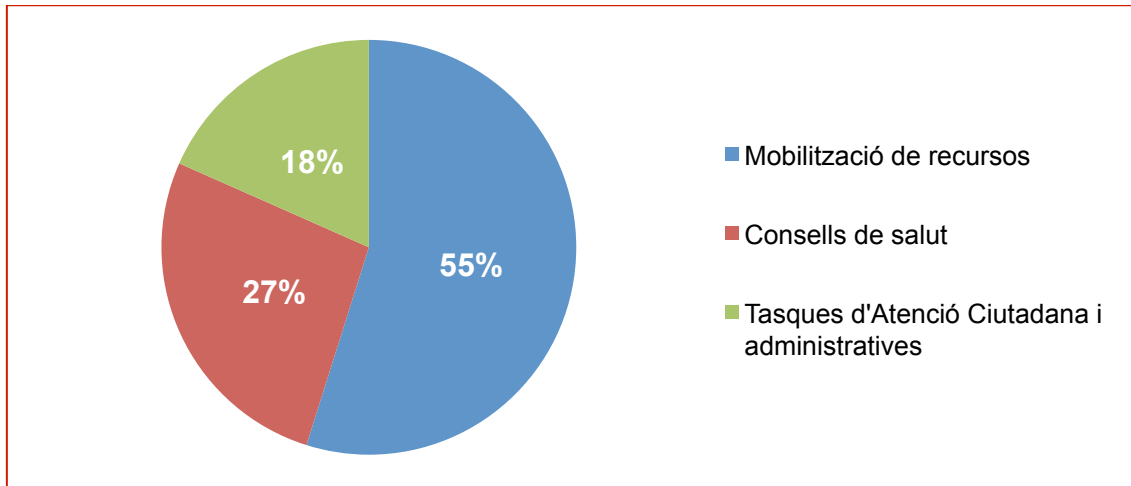
Quadre 6.1. Cartera de serveis del 061 CatSalut Respon

Dóna servei d'atenció telefònica i en línia les 24 hores els 365 dies.

- Atenció a la urgència sanitària.
- Triatge i atenció de les consultes fora dels horaris dels centres d'atenció primària.
- Seguiment del pacient crònic.
- Consells de salut.
- Consells al viatger.
- Resolució de dubtes relacionats amb la medicació amb el consell del medicament.
- Informació i consells relacionats amb les diferents campanyes sanitàries (grip, onada de calor...).
- Línia proactiva de suport al ciutadà per de fumar (*quit line*).
- Informació, consell i seguiment en relació amb les possibles alertes sanitàries que puguin aparèixer.
- Assegurament i acreditació dels ciutadans, tramitant la targeta sanitària individual (TSI) i informant en relació amb els nivells de cobertura.
- Gestió de les diferents prestacions del CatSalut.
- Accessibilitat al sistema de salut, donant informació àmplia sobre els centres i els serveis del sistema sanitari de Catalunya.

Durant l'any 2012 el 061 CatSalut Respon va atendre un total de 1.611.605 incidents i el 2013 (de gener a 21 de novembre) n'ha atès 1.147.185, amb un 45% de casos resolts sense mobilització de recursos (figura 6.1).

Figura 6.1. Distribució d'incidentes atesos pel 061 CatSalut Respon segons el tipus de resolució



El Catàleg de serveis i prestacions del CatSalut i l'actualització de la Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària, són productes que s'abordaran al llarg del 2014.

Els productes d'aquest projecte són d'elaboració centralitzada i es caracteritzen per ser molt transversals, aplicables a tot el sistema, xarxes i serveis. Per això estan molt condicionats a la participació i el consens per part dels diferents experts del sistema, clau per garantir l'èxit. En aquest sentit, ha estat i és determinant la tasca de cooperació entre els diferents estaments interns de l'organització del CatSalut i el Departament de Salut, així com la participació d'entitats representatives de proveïdors, professionals, ciutadans i pacients.

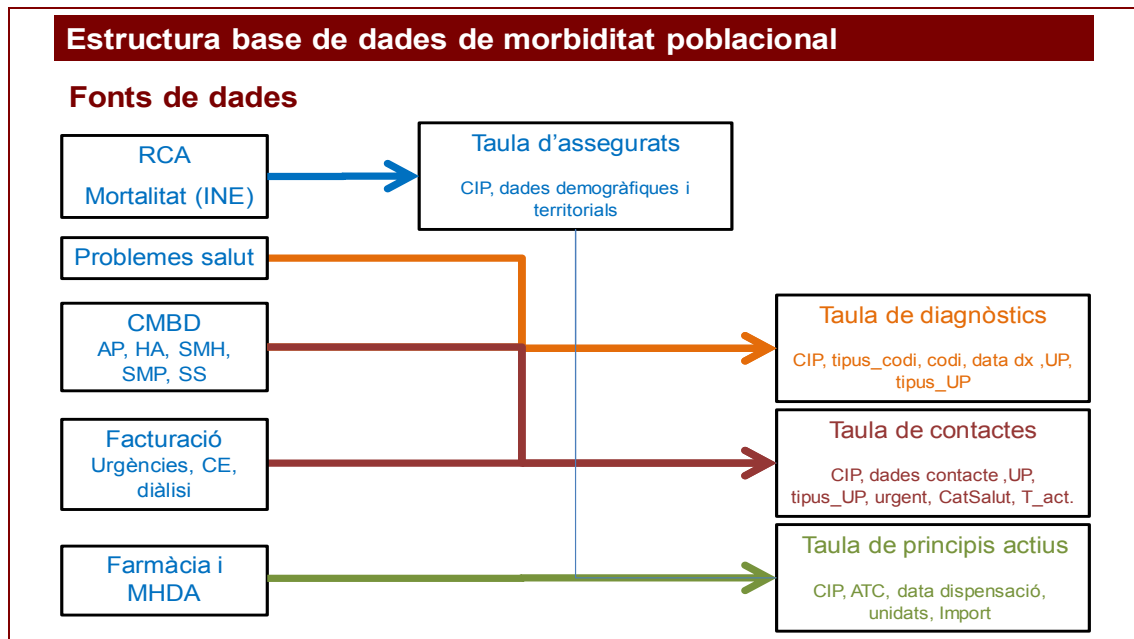
Coneixement i gestió del risc d'emmalaltir de la població assegurada, d'acord amb l'anàlisi dels serveis i les prestacions proporcionats als seus assegurats

Els darrers anys s'ha observat un increment en la prevalença de les malalties cròniques de la població, en part, a causa de l'envelliment de la població i de la millor atenció sanitària (el millor seguiment de les patologies, dels programes específics, del programa Pacient Expert...). Això ha comportat un augment de l'esperança de vida de la població i també un increment de pacients amb pluripatologia, que, per les seves característiques se'ls pot considerar d'alt risc o fràgils. Aquest grup de pacients representa un percentatge petit de la població, però és responsable d'una gran proporció de la despesa sanitària, ja que per la seva fragilitat és fàcil que es descompensin d'una o més de les seves patologies cròniques i que, per tant, generin nous contactes amb el sistema sanitari (visites urgents, ingressos i reingressos hospitalaris, utilització de tècniques diagnòstiques o terapèutiques...).

En el context actual, es fa molt necessari disposar d'una **base de dades que integri la morbiditat recollida en els diferents sistemes d'informació sanitaris** (quadre 6.2), per tal de poder classificar correctament els pacients en diferents grups de risc en funció del seu estat de salut i, així, poder determinar polítiques específiques

preventives i d'adequació de l'atenció que ajudin a fer més eficient el sistema sanitari i adaptat a les necessitats diferents de les poblacions.

Quadre 6.2. Construcció de la base de dades de morbiditat poblacional



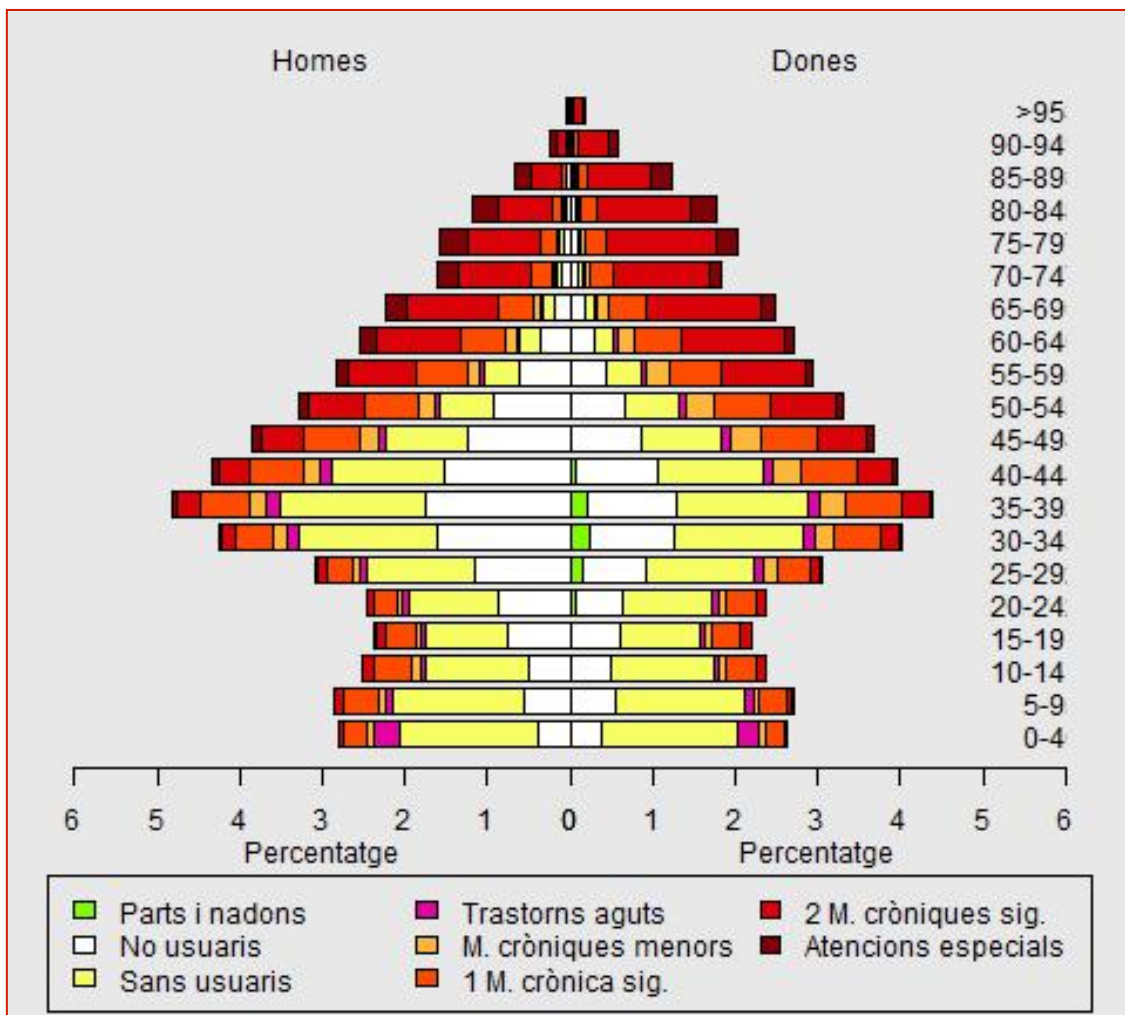
Una base de dades d'aquestes característiques té diverses utilitats:

- Detectar pacients fràgils o amb necessitats especials d'atenció: l'existència de la base de dades de morbiditat poblacional ha de permetre caracteritzar/**estratificar el grup de pacients fràgils**, de manera que permeti una gestió de casos, bàsicament des de l'atenció primària que ajudin a evitar complicacions de les patologies i/o dels ingressos hospitalaris.
- Determinar **taxes d'incidència i prevalença de patologies cròniques específiques**.
- Estudiar **el consum de recursos** dels pacients amb determinades patologies cròniques o aquells que han rebut un tractament determinat. Des d'un punt de vista macro es pot referenciar tota la despesa sanitària a cada usuari. Però també permet donar suport a estudis més específics com per exemple un estudi de l'eficàcia de determinats tractaments com ara la implantació de stent alliberador de fàrmacs en pacients que han estat ingressats per un infart de miocardi agut relacionat amb el compliment posterior de protocols farmacèutics.
- **Ajustar els indicadors** de qualitat de l'assistència. Amb les dades del registre del CMBD-HA es calculen unes bateries d'indicadors ajustats de qualitat (MSIQ). Dins de l'ajust, s'hi inclouen totes aquelles variables significatives i rellevants clínicament disponibles al registre. És segur que poder disposar de l'agrupador de morbiditat poblacional millorarà la capacitat d'ajust dels diferents models.
- Ajustar per morbiditat el **sistema de pagament de base territorial**: el coneixement de la complexitat de la patologia atesa ens ha de permetre ajustar, amb més coneixement, el sistema de pagament de base territorial en funció de les necessitats de cada territori en concret.

Amb la feina feta fins a l'actualitat, podem posar de manifest que:

- 1) La combinació de pluripatologia i gravetat, conjuntament, proporciona una estratificació adequada del risc de mortalitat i d'utilització de recursos sanitaris de base poblacional (figura 6.2).
- 2) L'estratificació correcta dels pacients permet implantar polítiques preventives específiques que ajuden al sistema sanitari a ser més eficient.
- 3) La publicació i la comparació de resultats és un incentiu potent per a la millora de la qualitat, tant de la notificació com de la mateixa assistència.
- 4) És necessari mantenir certa cautela respecte als resultats abans d'extreure conclusions precipitades sobre la qualitat de l'assistència proporcionada per un proveïdor determinat.
- 5) L'exhaustivitat, la qualitat i la temporalitat en la tramesa de la informació de les dades han de permetre mantenir i millorar la base de morbiditat, fer una bona estratificació. Això millorarà sensiblement totes les anàlisis derivades de la morbiditat atesa, les anàlisis de riscos, la identificació de pacients fràgils, entre d'altres.

Figura 6.2. Condicions de salut de la població segons edat i sexe



Garantir la qualitat de la prestació, analitzar la satisfacció dels ciutadans i facilitar el disseny d'un model de participació ciutadana

El [Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats](#) (PLAENSA), ja des de l'any 2003, aporta informació rigorosa sobre la satisfacció i la qualitat de servei de les persones que han estat ateses en les diferents línies de servei, amb resultats periòdics en l'àmbit de Catalunya, de regió sanitària i, en la majoria dels casos, de les unitats proveïdores que presten serveis sanitaris (taula 6.1).

Taula 6.1. Resultats de satisfacció global i fidelitat per línies de servei

Línies de servei	Satisfacció			Fidelitat (%)		
	2011	2012	2013*	2011	2012	2013*
Atenció primària		7,90			90,8	
Atenció hospitalària amb internament		8,46			91,4	
Atenció hospitalària urgent	7,62		7,59	82,8		82,5
Atenció sociosanitària			8,43			91,9
Atenció de salut mental ambulatoria		7,90			81,4	
Atenció especialitzada ambulatoria	7,82			83,7		
Rehabilitació ambulatoria			7,96			86,1
Atenció a l'embaràs, el part i el puerperi			8,19			84,6

* Resultats provisionals dels estudis 2013.

Font: CatSalut. PLAENSA

La voluntat del PLAENSA és servir com a suport a la presa de decisions per a la gestió i la millora dels serveis sanitaris, amb la intenció que es desenvolupin projectes de millora per part dels proveïdors en aquelles àrees on els seus resultats han estat més baixos respecte als globals de Catalunya. Per això, la informació derivada dels resultats del PLAENSA assegura un model de millora contínua² de la qualitat liderat pel CatSalut. Val a dir, però, que per fomentar els projectes de millora, caldria recuperar la inclusió d'objectius anuals en els contractes de compra de serveis a les entitats proveïdores relacionats amb la satisfacció dels usuaris.

D'altra banda, la informació dels estudis del PLAENSA s'integra en els informes que publica la [Central de Resultats](#) del Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT), que té la missió de mesurar, avaluar i difondre els resultats assolits pels diferents agents integrants del sistema sanitari d'utilització pública, presentant nominalment resultats assistencials, docents i de recerca dels centres, entre els que sempre hi ha un espai per a la qualitat percebuda. Els informes nominals i integradors de la Central de Resultats es troben alineats amb els països més avançats en polítiques de transparència i rendició de comptes cap a la ciutadania.

² El PLAENSA permet identificar les variables més rellevants quant a la satisfacció dels usuaris en cada servei sanitari, detectar les insatisfaccions que haurien d'orientar les accions de millora que cal emprendre i, posteriorment, avaluar-ne l'impacte des de la perspectiva i la percepció dels usuaris.

El que cal destacar d'innovador ha estat la realització a mida d'alguns estudis del PLAENSA, utilitzant la metodologia en línia com a resposta a les necessitats d'avaluació de determinats proveïdors sanitaris, i evitar així duplicitats d'informació i fomentar la coordinació entre l'Administració i els centres proveïdors. No obstant això, aquest projecte té el repte de garantir la mateixa representativitat, fiabilitat i validesa dels que es desenvolupen en els estudis del PLAENSA.

Finalment, també es du a terme el [Baròmetre sanitari de Catalunya](#) des de l'any 2009, que recull la valoració que fa la ciutadania —no tan sols els usuaris— de l'assistència sanitària, tant pública com privada, així com el coneixement sobre els principals actors del sistema de salut i de les accions endegades per les administracions públiques.

Un segon àmbit d'actuació, emmarcat en aquest projecte, persegueix **reduir les reclamacions de tracte**.³ Per donar resposta a l'objectiu fixat, el CatSalut va emprendre un projecte d'anàlisi i revisió del procediment de gestió i resposta que s'estava seguint en el sistema, definint un nou protocol que ha estat implementat en un conjunt de centres proveïdors amb l'acompanyament del CatSalut. Els elements centrals són: més implicació de les direccions dels centres i els responsables de servei en l'atenció a les reclamacions de tracte i en la formulació d'accions de millora, així com el reforç del rol de lideratge del CatSalut com a garant de la qualitat en la gestió de les reclamacions. La limitació principal del projecte és la necessitat de disposar d'una nova aplicació tecnològica que faria possible una més gran eficiència en la gestió de reclamacions en els centres proveïdors i el seguiment eficaç des del CatSalut. A la taula 6.2 es mostren les dades de variació semestral de les reclamacions de tracte per al conjunt del sistema.

Taula 6.2. Evolució de les reclamacions de tracte

Comparació de reclamacions de tracte durant el primer semestre 2012 i 2013			
Regió sanitària	2012	2013	Diferència 2012-2013 (1r semestre)
Lleida	77	37	-51,9%
Camp de Tarragona	142	85	-40,1%
Terres de l'Ebre	32	28	-12,5%
Girona	121	98	-19,0%
Catalunya Central	82	60	-26,8%
Alt Pirineu i Aran	11	14	27,3%
Barcelona	1.547	1.223	-20,9%
Sense especificar	14	17	21,4%
TOTAL CATALUNYA	2.026	1.562	-22,9%

Font: CatSalut.

³ Són aquelles opinions de disconformitat manifestades pels usuaris respecte a les relacions interpersonals que han mantingut amb els professionals que els hi han prestat atenció i serveis sanitaris.

El tercer àmbit d'actuació pretén **incrementar la proactivitat del CatSalut amb els ciutadans individualment i col·lectivament**. D'una banda, amb l'objectiu d'integrar les opinions dels assegurats al CatSalut i garantir-ne la participació en les polítiques sanitàries de l'asseguradora, desenvolupant el model de participació del CatSalut, que posa les bases per a la creació de la Comissió de Participació dels Assegurats.

En una línia similar, es va crear l'any 2012 el **Consell Consultiu de Pacients de Catalunya**, com a òrgan assessor representatiu de les associacions de pacients davant del Departament de Salut.

També es compta amb un registre d'**informadors clau**, format per usuaris que han estat col·laboradors voluntaris d'estudis de satisfacció exploratoris i que accedirien a col·laborar-hi de nou. En aquest sentit, el CatSalut seguirà fent ús de la col·laboració dels informadors clau per a propers estudis de satisfacció.

El darrer àmbit d'actuació és la creació del **Canal Personal de Salut**. Quan el 2011 es va publicar el [Canal Salut](#) ja es va realitzar un pas important per facilitar a la ciutadania continguts basats en l'evidència científica i avalats pel Departament de Salut i que els permet apoderar-se i tenir cura de la seva salut i coneixement per prevenir la malaltia. Ara es fa un pas molt important amb el Canal Personal de Salut, amb l'objectiu d'incrementar la transparència i la interactivitat, en el marc del model d'accessibilitat als serveis sanitaris. El Canal Personal de Salut és un espai digital, personal i intransferible de consulta, que permet disposar de la informació personal de salut (pla de medicació, vacunes, diagnòstics, informes clínics, etc.) i utilitzar-lo d'una manera segura i confidencial, a més de possibilitar la realització de tràmits electrònics. D'aquest projecte, la limitació principal a la qual es mira de donar resposta té a veure amb el nivell de seguretat exigint perquè els usuaris hi accedeixin.

Elements clau per a la implantació dels projectes

En els tres projectes hi ha productes que són nous i que requereixen tecnologia i recursos inexistents fins ara, els quals s'han hagut i s'hauran de crear i dotar, fet que en dificulta un assoliment més immediat i àgil.

Els destinataris finals són tots els ciutadans per la qual cosa, una vegada disposem dels productes finalitzats, és necessària la màxima i correcta difusió entre els ciutadans i, no menys important, entre els professionals. Per tant, és imprescindible una campanya de **comunicació** potent, clau per complir amb el compromís de transparència, ser proactius, responsabilitzar la ciutadania i l'assoliment de l'objectiu final que, recordem, és que la població conegui el CatSalut com l'asseguradora pública a Catalunya.

Tots aquests mecanismes fomenten el lligam entre ciutadans i Administració, reforçant la vocació de millora contínua com a base per al desenvolupament i la implementació de polítiques i serveis.

Elements clau per a la implantació dels projectes de canvi per aconseguir un sistema més orientat als malalts crònics

1. **Donar a conèixer** de manera transparent els àmbits d'actuació i responsabilitat del CatSalut com a responsable de la millora de la salut dels ciutadans.
2. Definir un **model de relació** per a la resolució dels problemes de salut dels ciutadans que impliquin actuacions transversals i coordinades de l'Administració sanitària, els professionals de la salut i els ciutadans.

3. Potenciar els **lideratges** que avalin i propiciïn processos creatius.
 4. Avançar en les orientacions estratègiques que potenciïn la **capacitat resolutiva no presencial de les demandes dels ciutadans**.
 5. Promoure les **actuacions que s'orienten a l'acció** i produeixen, en conseqüència, un canvi de model.
 6. Apalancar-se en les **noves tecnologies** que faciliten més autonomia i responsabilitat dels ciutadans. La carpeta personal de salut.
 7. Establir un **entorn comunicatiu** que faciliti la transmissió de missatges que afavoreixin la sostenibilitat del sistema en un entorn de garantia de la qualitat assistencial.
 8. Assolir una millora en els **sistemes d'informació** per tal de facilitar el seguiment i l'avaluació de les noves actuacions.
 9. Fomentar la **implicació del conjunt de responsabilitats directives** per tal de facilitar el desplegament dels projectes prioritzats i l'obtenció de resultats consegüent.
 10. Promoure l'**assignació de recursos d'acord amb les necessitats** de salut dels ciutadans d'un territori.
-

7. Salut en totes les polítiques: compromís interdepartamental

La majoria de les causes tant de la salut com de la malaltia són fora del sistema sanitari, requereixen l'abordatge intersectorial de la salut pública, i tenen a veure amb polítiques que es fan en diferents departaments fora del de Salut. Per aquest motiu, la Secretaria de Salut Pública del Departament de Salut està liderant l'elaboració del **Pla Interdepartamental de Salut Pública** que recull aquesta visió i posa la lectura de salut en totes les polítiques en tota l'acció de Govern. Està previst tenir una primera versió aquest any, amb una proposta d'actuacions concretes per posar en marxa el 2014. El propòsit és que aquest plantejament faciliti un abordatge més adequat per millorar la viabilitat dels sistemes sanitaris i del conjunt de serveis per al benestar social de les poblacions actuals i de les noves generacions.

D'altra banda, és conegut que una part molt important dels guanys en l'esperança de vida experimentada en països com els Estats Units des de 1950 són atribuïbles a estratègies de salut pública relacionades amb l'alimentació, el consum de tabac i altres mesures i que la inversió en salut pública es relaciona amb una disminució de mortalitat prevenible, especialment en societats amb baixos recursos.

Les estratègies internacionals de prevenció i control de la cronicitat atorguen un paper clau a la prevenció, ja que solament a través de la prevenció i la promoció de la salut s'aconsegueix l'objectiu d'augmentar l'esperança de vida en bona salut.

La Llei 18/2009, de 22 d'octubre, de salut pública estableix que el Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP) coordinat amb el Pla de salut de Catalunya, sigui l'eina bàsica per desenvolupar les accions de salut pública a Catalunya, de manera que les seves propostes són vinculants per al Govern.

El propòsit del PINSAP és **“mobilitzar i responsabilitzar els diversos àmbits de Govern per a millorar els nivells de salut per mitjà de l'actuació sobre els seus principals determinants, tant estructurals com d'estils de vida”**.

Els objectius principals són:

- Incorporar efectivament la salut com un dels eixos de la política governamental (la salut en totes les polítiques).
- Implicar tots els departaments del Govern perquè puguin capitalitzar la seva influència positiva sobre la salut.
- Millorar la coordinació i promoure sinergies que comportin un increment de l'eficàcia, l'eficiència i la equitat de les polítiques intersectorials sobre la salut i el benestar.

Tot i que l'elaboració del PINSAP pertoca als Departaments del Govern —les activitats dels quals influencien la salut dels ciutadans— sota la direcció del Departament de Salut, en el seu disseny participen les administracions locals, els agents socials i econòmics, les societats científiques, les corporacions professionals, les institucions i la societat civil en general.

El PINSAP s'ha d'entendre com un procés segons el qual la salut i el benestar associats a la salut esdevenen un objectiu bàsic de totes les polítiques públiques, de manera que cadascun dels departaments del Govern capitalitzin les influències que les mesures i les intervencions proposades tenen sobre la salut de les persones i de la població i assumeixin, doncs, la responsabilitat que els pertoca, a més de contribuir a l'acció transversal del Govern i a la construcció de polítiques intersectorials.

Les activitats del PINSAP es desenvoluparan en dues dimensions:

- D'una banda, aquelles que promoguin cadascun dels departaments en l'exercici de la seva responsabilitat i competències. La Comissió Interdepartamental en aquest cas analitzarà les activitats i els serveis de cada departament que tenen un impacte rellevant sobre la salut de la població tant pel que fa a la promoció com a la protecció de la salut, i si es tracta d'activitats conjuntes amb d'altres departaments, aquelles que tingui la responsabilitat principal de dirigir o de coordinar.
- D'altra banda, es proposaran i dissenyaran noves activitats intersectorials de promoció de la salut, sobretot en el marc de les condicions de vida i altres determinants de la salut.

El Pla també planteja noves obligacions. D'una banda, implica el compromís d'incorporar la perspectiva de la salut en totes les polítiques públiques, no solament les pròpies del Departament de Salut, sinó també posar en marxa les noves iniciatives intersectorials que s'aprovin en el PINSAP i que requeriran el treball coordinat dels diferents departaments i la societat.

Molt properament s'obrirà un procés participatiu, en el qual la ciutadania i les seves associacions podran fer les seves aportacions. El PINSAP no està pensat com un document estàtic, sinó com un procés que anirà incorporant noves actuacions anualment, i està pensat que aquest procés participatiu continuï amb el temps.

8. Què aporten aquests canvis a la ciutadania?

Tot aquest procés de transformació del sistema de salut de Catalunya va orientat amb l'horitzó dels objectius de salut i de qualitat de vida de la població catalana. La raó de ser del sistema de salut és la població; per tant, tots aquests canvis s'han de veure reflectits en beneficis per a la ciutadania.

A continuació, hem volgut apuntar de forma sintètica quins són els beneficis esperats de cara a la ciutadania amb el procés de canvi que implica el Pla de salut de Catalunya.

