

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Autónoma de Cataluña



Índice

Resumen	3
1 Salud Pública	5
1.1 Plan Interdepartamental de Salud Pública - PINSAP	5
1.2 Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	5
1.3 Drogodependencias	6
1.4 Protección de la salud	6
1.5 Seguridad alimentaria	7
1.6 Vigilancia de salud pública	7
2 Asistencia sanitaria	9
2.1 Integración y resolución	9
2.2 Transformación de los hospitales	10
2.3 Política farmacéutica y del medicamento integral e integrada	16
3 Infraestructuras sanitarias	19
3.1 Recursos económicos	19
3.2 Balance de situación	20
4 Recursos humanos	23
4.1 Planificación	23
5 Gestión económico financiera	27
6 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes	29
6.1 La experiencia de la Agrupación Europea de Cooperación Territorial Hospital de Cerdanya para la construcción del nuevo hospital y la planificación y prestación de servicios sanitarios transfronterizos en el ámbito franco-catalán.	29
6.1.1 La integración de servicios en el marco de una red transfronteriza de salud	30
6.1.2 Atención maternoinfantil	30
6.1.3 Los otros actores de salud que interactúan con el Hospital de Cerdanya	31
6.2 Asistencia sanitaria en zonas limítrofes. Convenio con Aragón. Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria (SIFCO)	31
Índice de tablas	35
Índice de gráficos	37
Índice de figuras	39
Abreviaturas, acrónimos y siglas	41

Resumen

En 2015 se presentó el balance del primer año del *Plan Interdepartamental de Salud Pública*, una estrategia gubernamental para potenciar todas las actuaciones con impacto en salud, asumida por el Parlamento de Cataluña y que cuenta con soporte de la Organización Mundial de la Salud. Entre sus principales logros destacan la estabilización del incremento de peso y la reducción en el número de fumadores.

Entre las estrategias dirigidas a la consecución de los objetivos del Plan de Salud de Cataluña 2011-2015, cabe resaltar el Programa de atención a la cronicidad y la identificación en la historia clínica de los pacientes crónicos complejos y con enfermedad crónica avanzada. Los hospitales han priorizado la atención quirúrgica y han continuado potenciando modalidades alternativas a la hospitalización convencional, como las unidades de subagudos, la hospitalización a domicilio, los hospitales de día y la cirugía mayor ambulatoria. El Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) ha promovido asimismo una concentración de los servicios de alta especialización en un número reducido de centros de referencia. La extensión de los códigos de emergencia para Ictus e Infarto Agudo de Miocardio ha supuesto una notable mejora en el tiempo de respuesta y la supervivencia de estas patologías.

La implantación de la receta electrónica ha experimentado un gran impulso, alcanzando el 100% de los equipos de atención primaria y hospitales y el 92% de los centros de salud mental. Se ha incorporado un índice de calidad de prescripción a los contratos de compra de servicios del CatSalut a las entidades proveedoras, al objeto de fomentar el uso de fármacos más coste efectivos y reducir la variabilidad en la prescripción.

La sostenibilidad del sistema catalán de salud sigue enfrentando graves retos que tienen sus raíces en el déficit estructural que viene arrastrando el conjunto del Sistema Nacional de Salud desde hace años. A pesar de los esfuerzos realizados para reducir el gasto sanitario, la financiación de los servicios de salud de las comunidades autónomas resulta del todo insuficiente, situación que la incorporación de nuevos y costosos tratamientos sin la correspondiente financiación adicional, como es el caso de la hepatitis C, no ha hecho más que agravar.

Las solicitudes de asistencia sanitaria en Cataluña procedentes de comunidades autónomas limítrofes han experimentado un incremento en 2015. Este ha sido el primer año de funcionamiento del Hospital de la Cerdaña, primer hospital transfronterizo de Europa.

1 Salud Pública

En Cataluña, la Salud Pública se vertebra en torno a la *Ley 18/2009, de Salud Pública*, que garantiza la vigilancia, protección y promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La evolución que ha experimentado la Salud Pública en Cataluña en los últimos años viene motivada fundamentalmente por el despliegue de esta ley y de la *Ley General de Salud Pública 33/2011* estatal, sobre todo en relación a la concreción de la estrategia de salud en todas las políticas y en la articulación territorial de toda la cartera de salud pública (incluyendo la promoción, la protección, la vigilancia, la salud laboral, y la seguridad alimentaria.). Al mismo tiempo influyen las transformaciones sociales (envejecimiento, globalización, expectativas de la población, cambios tecnológicos, retos emergentes, etc.) y la necesidad de integración de funciones, simplificación administrativa y racionalización de la administración.

Las principales actuaciones realizadas en 2015 son:

1.1 Plan Interdepartamental de Salud Pública - PINSAP

El *Plan Interdepartamental de Salud Pública (PINSAP)* surge de la constatación de la influencia de múltiples determinantes sobre la salud, la mayoría de los cuales son ajenos al sistema sanitario y de la voluntad de intervención sobre dichos determinantes, mediante el abordaje conjunto desde distintos sectores sociales y de las administraciones autonómica y local. Siguiendo el objetivo de *salud en todas las políticas*, el PINSAP reúne y potencia las actuaciones de todo el gobierno y la sociedad que tienen impacto en salud, actuando sobre sus determinantes. Se trata de una estrategia gubernamental, asumida por el Parlamento de Cataluña y que cuenta con el soporte y el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En palabras de la Dra. Jackab, directora regional de la OMS en Europa: *el PINSAP concuerda totalmente con las estrategias propuestas por la OMS en relación a la salud en todas las políticas*.

En 2015 se presentó el balance del primer año del PINSAP, que ha recogido 511 actuaciones de todos los departamentos del Gobierno, y que ha contribuido a:

- La estabilización del incremento de peso.
- 35.000 casos de enfermedades evitadas cada año mediante vacunación.
- 200.000 fumadores menos.
- Consumo de cigarrillo electrónico estancado.
- Actuaciones de todos los sectores.
- Implicación de todo el Gobierno.

1.2 Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

- *Plan Integral para la promoción de la salud mediante Actividad Física y Alimentación Saludable (PAAS)*: lleva a cabo acciones en el campo educativo, sanitario, comunitario y laboral, promovidas desde diferentes instancias de la administración, instituciones y entidades públicas y privadas.
- *Plan de Actividad Física, Deporte y Salud (PAFES, por sus siglas en catalán)*: se ha formado a los profesionales de todos los centros de atención primaria para aconsejar a las personas que lleven una vida activa. Durante 2015 se ha aconsejado a más de 500.000 personas para que aumenten su actividad física usando recursos comunitarios.

- *Alimentación Mediterránea (AMED)*: programa que promueve la alimentación mediterránea en el sector de la restauración. Casi 500 restaurantes acreditados con capacidad para 70.000 comensales diarios.
- *Aquí sí. Fruta y salud*: promoción del consumo de fruta fresca, variada, y fácil de comer mediante promoción e identificación de establecimientos que la ofrecen.
- *Prevención y control del tabaquismo*: Redes de atención primaria y hospitales sin humo de cobertura casi total. Formación de más de 2.000 profesionales sanitarios durante 2015. Programas de prevención del inicio. Acciones en relación al cigarrillo electrónico. Cumplimiento óptimo de la ley.
- *Prevención y control de lesiones*: programas de educación vial, movilidad saludable, prevención de accidentes en zonas de baño y participación en proyectos europeos: TACTIS (*Tools to Address Childhood Trauma, Injury and Children's Safety*) sobre prevención de lesiones en niños y PIECES (*Policy Investigation in Europe on Child Endangerment and Support*) sobre violencia en la infancia.
- *Salud internacional*: 10 proyectos internacionales sobre equidad en salud y promoción de la salud; 22 unidades acreditadas de consejo a viajeros.
- *Salud materno-infantil*: extensión del cribado prenatal y neonatal, incluyendo el de hipoacusia neonatal en centros privados. Programa Salud y Escuela extendido en la enseñanza secundaria con consulta abierta y actividades de educación para la salud.
- *Vacunaciones*: más de 3,2 millones de vacunas administradas a 1,5 millones de personas en más de 1.200 centros vacunales. Coberturas vacunales elevadas y estables. Cobertura superior del 66% en la vacunación de mujeres embarazadas contra la tosferina, pionera en el Estado.

1.3 Drogodependencias

- El *canal de drogas* se ha establecido como un espacio de referencia y comunicación para profesionales y público en general. Es el segundo canal temático más visitado de salud.
- Dentro del entorno de trabajo, se ha implementado un *modelo de prevención de alcohol y problemas de drogas* en diferentes organizaciones en los sectores público y privado.
- En el campo de la educación primaria, destaca el programa *La aventura de la vida*, la promoción de la salud y prevención.
- En el campo de la educación secundaria y bachillerato, se ha iniciado el programa *Fitjove* para promover el deporte como una alternativa de ocio sano entre los adolescentes de zonas de especial vulnerabilidad.
- Programa *NitsQ (Noches de calidad)*, que promueve entornos saludables para la vida nocturna con la complicidad de las empresas, organizaciones y autoridades locales.
- Programa *Beveu menys (Bebed menos)*, de reducción del consumo de alcohol que llevan a cabo el 90% de los centros de atención primaria.

1.4 Protección de la salud

- *Prevención de riesgos alimentarios*: marco de aplicación de los reglamentos de higiene alimentaria y recomendaciones sobre la carne de caza, el pescado en el ámbito escolar, los alimentos no envasados y la recolección de setas.
- *Alimentos internacionales*: normativas, formación y control sobre la exportación de alimentos.
- *Prevención y control de legionella*: conformidad de las muestras de alimentos (99%) y agua (83%).
- *Lucha contra plagas y riesgos*: destacando el control de mosquito tigre y mosca negra.

1.5 Seguridad alimentaria

- *Plan de seguridad alimentaria*: 86,4% de los objetivos alcanzados y 96,8% de las intervenciones realizadas.
- Constitución del *Comité Científico Asesor de Seguridad Alimentaria*.
- Desarrollo de un *Mapa de Peligros Alimentarios* en colaboración con la Universidad Autónoma de Barcelona.

1.6 Vigilancia de salud pública

- Consolidación del *Servicio de urgencias de vigilancia epidemiológica de Cataluña*.
- La tuberculosis alcanza mínimos históricos.
- Extensión de la *prueba rápida de VIH en farmacias*.

2 Asistencia sanitaria

2.1 Integración y resolución

El *Plan de salud de Cataluña 2011-2015* planteó una serie de proyectos operativos que, por un lado tenían como objetivo hacer frente a las nuevas necesidades de las personas, sobre todo las que sufren enfermedades crónicas y, por otro, propiciar una transformación en la forma de atender estas necesidades, ganando resolución. Estos proyectos estaban orientados a promover la reordenación de los servicios para ofrecer una prestación más integrada entre todos los niveles asistenciales y asignar una mayor capacidad resolutoria a los niveles más accesibles al ciudadano, especialmente en el caso de patologías poco complejas pero de elevada prevalencia.

Respecto a los procesos comunes, esto ha comportado trabajar para mejorar la coordinación entre atención primaria y comunitaria y atención especializada, mediante *modelos de atención a las patologías comunes* tales como enfermedades del aparato locomotor y oftalmología, que al finalizar el año 2015 tenían una implantación territorial del 75%; dermatología, con una implantación del 25%; y salud mental, implantada en el 60% del territorio. Durante este último año se ha revisado así mismo el modelo asistencial de atención a los síndromes de sensibilización central (entre los que se incluye la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica y la sensibilidad química múltiple).

Por otra parte, con el fin de responder al reto que suponen la cronicidad y la dependencia, potenciando la promoción de la salud y la prevención de los factores de riesgo y de las enfermedades crónicas de mayor impacto y desarrollando la atención desde las fases más incipientes hasta los estadios de mayor complejidad, los departamentos de Salud y de Bienestar Social y Familia han desarrollado estos últimos años el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad (PPAC). Entre las múltiples líneas desarrolladas por el Programa, una de las principales la constituye la promoción de las *rutas asistenciales* para determinadas patologías, planes operativos que explican la organización de los cuidados y las acciones estructuradas y multidisciplinarias que todos los actores involucrados deben llevar a cabo en un territorio para implementar guías de práctica clínica.

Otra actuación destacada ha sido la identificación en la historia clínica compartida de más de 150.000 Pacientes Crónicos Complejos (PCC) y pacientes con enfermedad crónica avanzada (MACA, por sus siglas en catalán) y el diseño de un modelo territorial de atención a las personas en situación de complejidad que se caracteriza por garantizar la atención 7x24 y disponer de un Plan de Intervención Individualizado y Compartido en formato digital accesible a cualquier profesional. Se trata de un plan de atención específico para cada enfermo crónico que tiene en cuenta sus necesidades físicas, psíquicas y sociales, consensuado entre los distintos profesionales sanitarios y sociales y el paciente o su familia.

Por último, conviene identificar elementos que han actuado como facilitadores de la integración y mayor resolución. En primer lugar, ha sido de capital importancia el pleno desarrollo de la *historia clínica compartida*, que permite el acceso a información relevante de las historias clínicas de los centros de la red pública asistencial bajo parámetros idóneos de seguridad y confidencialidad y que en 2015 ya se encuentra implantada en el 100% de centros proveedores de atención primaria y hospitalaria y en el 99% de los centros sociosanitarios y en el 98% de salud mental.

Otro de los elementos con mayor potencial de contribución a una mayor integración y resolución es el nuevo *modelo de contratación y prestación de los servicios sanitarios* en vigor desde 2015 (<http://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/6681/1368384.pdf>) que sienta las bases para avanzar hacia un sistema centrado en la compra de resultados y asigna los recursos en función de las necesidades de la población. El Decreto establece por primera vez las bases normativas para atribuir a la atención primaria una asignación específica que le permita una mejor gestión de sus derivaciones a la atención especializada, e incrementa de forma notable el

pago vinculado a resultados, condicionando un porcentaje importante de la contraprestación económica a los proveedores a la consecución de objetivos establecidos en todas las líneas asistenciales.

Para finalizar, fruto del trabajo continuado de años, reforzado en parte mediante los instrumentos expuestos anteriormente, algunos territorios han ido aún más lejos, definiendo *alianzas y acuerdos de colaboración* entre centros para compartir servicios y avanzar aún más en la continuidad asistencial y la integración.

2.2 Transformación de los hospitales

La referida transferencia a la atención primaria y comunitaria de la atención de patologías de poca complejidad pero muy prevalentes, combinada con la emergencia de las modalidades de atención no presencial, permiten que los pacientes que acuden a los centros hospitalarios lo hagan cada vez mejor filtrados y tengan necesidades de salud más complejas. Del mismo modo, los recursos alternativos a la hospitalización están creciendo y reducen las necesidades de internamiento en los hospitales: los centros pasan a ser progresivamente más valorados por su capacidad de resolver los problemas de salud de forma coordinada con el resto de dispositivos. Estos cambios han hecho posible una evolución de los centros hospitalarios catalanes en dos sentidos: son más resolutivos, con un predominio de la actividad quirúrgica con y sin ingreso, y son más especializados, con un mayor foco en la alta especialización.

Hospitales de agudos	2012	2013	2014	2015	% Variación
Altas médicas	368.432	354.426	348.544	369.682	0,3
Altas quirúrgicas**	364.252	376.438	385.205	393.989	8,2
Total	732.684	730.864	733.749	763.671	4,2

Observaciones:* Los datos correspondientes al año 2015 son provisionales. ** Las altas quirúrgicas incluyen cirugía mayor ambulatoria.
Fuente: CatSalut .División de Análisis de la Demanda y Actividad; CMBD-HA.

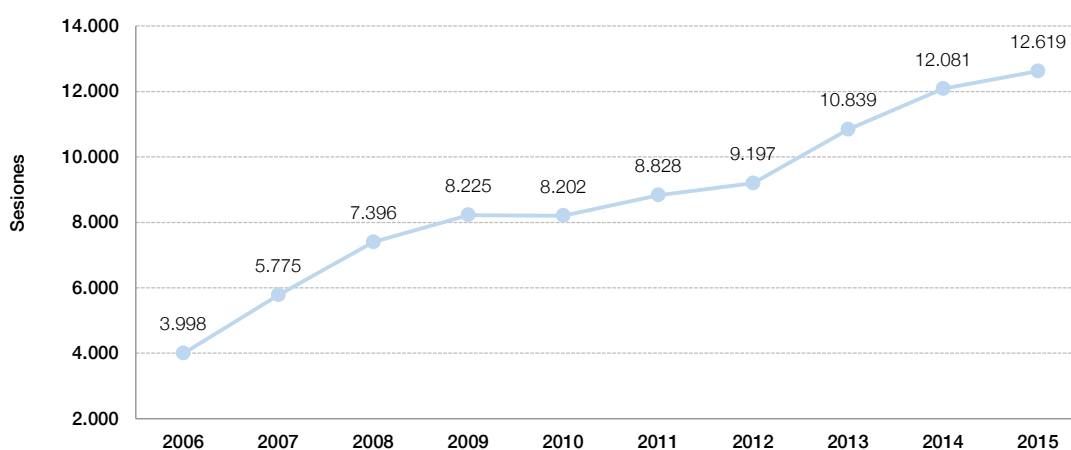
Los hospitales generales básicos están experimentando principalmente la primera de estas evoluciones, mientras la segunda la viven con especial intensidad los centros de referencia y alta complejidad. El Departamento de Salud y el Servicio Catalán de la Salud han ajustado los instrumentos a su alcance para asumir los cambios en la composición de los recursos que comporta esta evolución en los centros, principalmente mediante la política de compra de actividad.

Esta mayor focalización en la actividad quirúrgica y las acciones planificadas con los proveedores de servicios también explican que durante los años 2014 y 2015, a pesar de la compleja situación financiera, se haya podido revertir el aumento en las listas de espera de años anteriores y mejorar el tiempo de espera en procedimientos prioritarios como los de cirugía cardíaca y oncológica: a 31 de diciembre el 100% de los pacientes ya esperan menos de 90 días en el primer caso y casi el 100% menos de 45 (o 60 en el caso de los procedimientos de vejiga y próstata) en el segundo.

Alternativas a la hospitalización: estos últimos años se han desarrollado modalidades asistenciales para la atención de pacientes que tradicionalmente ingresaban en el hospital, adaptando los modelos asistenciales a la creciente cronicidad y envejecimiento de la población. Así se han desarrollado unidades de *subagudos* (9.645 episodios en 2015, un 37,0% más que en 2014), un recurso dirigido a pacientes mayores frágiles o crónicos con agudización o empeoramiento del estado de salud que precisen una intensidad de recursos intermedia y que se

orienta a su estabilización clínica y rehabilitación sin requerir un ingreso hospitalario convencional. Con la misma orientación se están desarrollando las unidades de *postagudos*, destinadas a pacientes que requieren ser hospitalizados para rehabilitación por periodos cortos. De igual modo, en el marco de la atención domiciliaria integrada y al objeto de mantener a los pacientes en su entorno con la máxima autonomía y mínimas complicaciones, se ha iniciado el desarrollo de proyectos de *hospitalización a domicilio* (12.619 altas en 2015, un 4,5% más que en 2014) que, de manera complementaria a la convencional, brindan en casa tratamientos a pacientes en situaciones que suelen comportar hospitalización. El *hospital de día*, centrado en la rehabilitación y administración de tratamientos oncológicos o inmunológicos, es otro dispositivo alternativo de primer orden que aumenta año tras año (981.180 sesiones en 2015, un 4,9% más que en 2014), cada vez más utilizado en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica u otras enfermedades. Finalmente, la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) ha seguido aumentando a un ritmo constante, reduciendo la estancia media en los hospitales y proporcionando un retorno más rápido de los pacientes a su actividad habitual, limitando al tiempo la incidencia de infecciones nosocomiales y otros problemas asociados a la hospitalización.

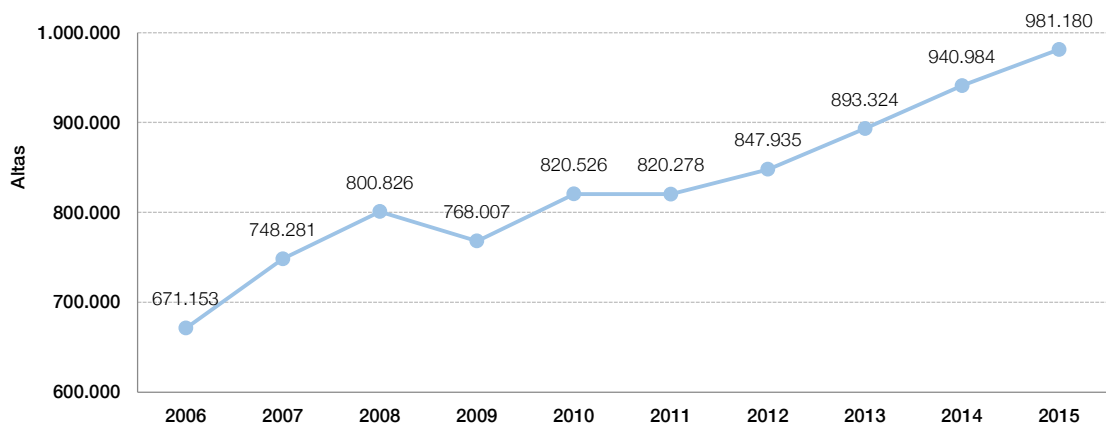
Gráfico 2-1 Evolución del número de altas de hospitalización a domicilio realizadas por los hospitales del SISCAT, 2006-2015*



Observaciones:* Los datos correspondientes al año 2015 son provisionales. SISCAT-Sistema Sanitario Integral de utilización pública de Cataluña.

Fuente: CatSalut. División de Análisis de la Demanda y Actividad; CMBD-HA.

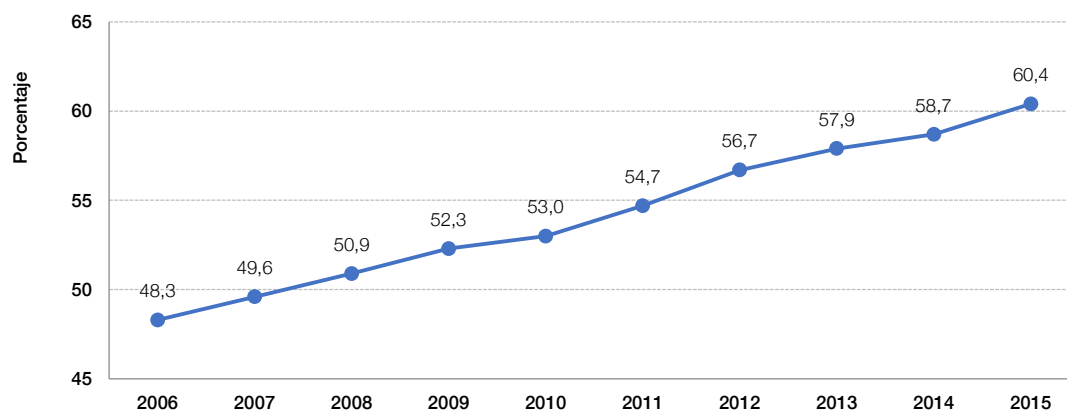
Gráfico 2-2 Evolución del número de sesiones de hospital de día realizadas por los hospitales del SISCAT, 2006-2015*



Observaciones:* Los datos correspondientes al año 2015 son provisionales. SISCAT-Sistema Sanitario Integral de utilización pública de Cataluña.

Fuente: CatSalut. Gerencia de Planificación Económica.

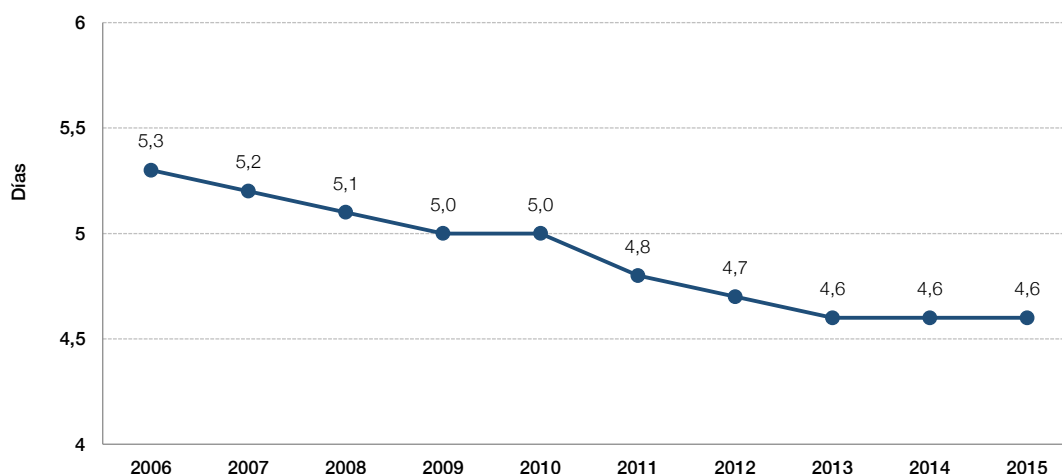
Gráfico 2-3 Evolución del porcentaje anual de contactos de cirugía mayor ambulatoria realizados por los hospitales del SISCAT ,2006-2015*



Observaciones:* Los datos correspondientes al año 2015 son provisionales. SISCAT-Sistema Sanitario Integral de utilización pública de Cataluña.

Fuente: CatSalut. División de Análisis de la Demanda y Actividad; CMBD-HA.

Gráfico 2-4 Evolución de la estancia media en los hospitales del SISCAT (2006-2015)*



Observaciones:* Los datos correspondientes al año 2015 son provisionales. SISCAT-Sistema Sanitario Integral de utilización pública de Cataluña.

Fuente: CatSalut. División de Análisis de la Demanda y Actividad; CMBD-HA.

Alta especialización: diversos estudios llevados a cabo en Cataluña mostraban hace unos años una tendencia general a realizar procedimientos terciarios o de alta especialización en un número muy elevado de centros, a menudo por debajo de la masa crítica recomendable. En los últimos años el esfuerzo que se ha efectuado por concentrar los servicios terciarios en un número reducido de proveedores ha permitido alcanzar mejores resultados en salud y entornos organizativos más apropiados para el desarrollo de los servicios: se garantiza un abordaje multidisciplinar gracias a la interrelación con otros procesos o profesionales al tiempo que se sientan las bases para que la innovación, la investigación y la docencia en este ámbito se produzcan en un entorno apropiado a la fase evolutiva de la técnica o procedimiento. Así, el Servicio Catalán de la Salud ha ido estableciendo sectorizaciones específicas para los ámbitos o especialidades abordadas por grupos de expertos *ad hoc*.

Tabla 2-2 Reordenaciones del Servicio Catalán de la Salud relacionadas con la alta especialización, 2009-2015

Año	Ámbitos reordenados	Instrucción	Centros de referencia
2009	Código Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	04/2009	9 centros (8 de 24h + 1 de 12h)
2010	Tratamientos farmacológicos de alta complejidad	04/2010	2-5 tratamientos armonizados
2011	Código paciente traumático grave (PPT)	04/2011	6 centros (tratamiento alta complejidad)
2012	Cirugía oncológica compleja	01/2012	De 17 a 9 centros (según tumor)
	Oncohematología		10 centros
	Oncopediatría		De 5 a 2 centros
	Radioterapia compleja		2-6 centros
	Hipertensión arterial pulmonar	03/2012	De 7 a 2 centros (tratamiento farmacológico)
	Cardiopatías congénitas	11/2012	De 5 a 2 centros
	Cirugía de la epilepsia	12/2012	De 5 a 3 centros
	Implantes cocleares	-	De 6 a 3 centros
Lesiones medulares	-	De 5 a 2 centros	
2013	Código ictus	01/2013	5 centros
	Trasplante cardíaco	-	De 3 a 1 centro (guardias)
	Esclerosis múltiple compleja	-	3 centros
	Cirugía de Parkinson	-	De 4 a 2 centros
	Hemorragia subaracnoidea	-	De 8 a 4 centros
2014	Cirugía cardíaca	08/2014	5 centros (nueva sectorización)
	Cirugía vascular	09/2014 modificada por la instrucción 09/2015	De 22 a 9 centros
	Enfermedades minoritarias	12/2014 modificada por la instrucción 12/2015	2-7 centros (según EM o grupo de EM)
	Melanoma metastásico	01/2012	6 centros
2015	Artroplastias de rodilla y cadera	02/2015	De 60 a 27 centros
	Consejo genético	06/2015	3 centros generales
	Cirugía pediátrica	07/2015	De 52 a 8 centros de referencia y 22 de proximidad
	Cirugía oncológica de cabeza y cuello	01/2012	6-9 centros (según tumor)
	Código sepsia grave	11/2015	9 centros adultos y 2 pediátricos (tercer nivel)

Fuente: Elaboración propia. Servicio Catalán de la Salud (CatSalut).

Este proceso ha reducido un número importante de centros que realizan la actividad y ha concentrado los casos. Al finalizar 2015, se encuentran en fase de implantación y seguimiento las reordenaciones de cirugía cardíaca, cirugía vascular, melanoma metastásico y cirugía oncológica de cabeza y cuello, artroplastias de rodilla y cadera, consejo genético y análisis genéticos en trastornos o enfermedades genéticas, cirugía pediátrica y código sepsia.

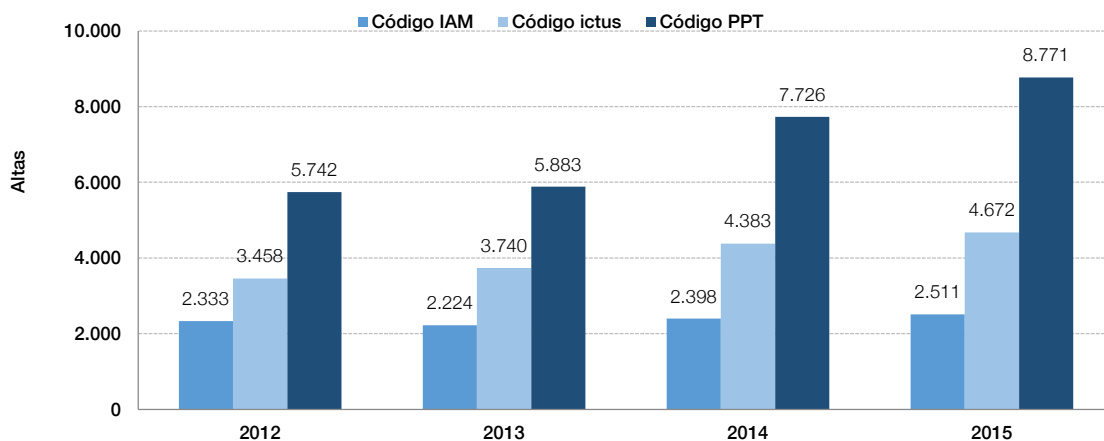
En el caso de las *enfermedades minoritarias* (MM *Malalties Minoritàries*, por sus siglas en catalán), la Instrucción 12/2014 del CatSalut ha establecido el desarrollo e implantación de un modelo de atención en Cataluña y la ordenación del mapa de Unidades de Pericia Clínica (UEC) para *enfermedades minoritarias*, según las indicaciones de la Comisión Asesora creada en 2009.

Estas enfermedades, crónicas, gravemente debilitantes, con un impacto negativo importante tanto para los afectados como para su entorno familiar y social, tienen cada una de ellas una prevalencia inferior a 5 casos por cada 10.000 habitantes, pero se estima que afectan en conjunto a unas 400.000 personas en Cataluña.

Códigos de emergencia: la atención a las emergencias mediante la activación de códigos específicos, mecanismos que activan una serie de dispositivos asistenciales coordinados en red para atender determinados procesos en la fase más aguda, siguiendo una estricta aplicación de protocolos, ha permitido mejorar el tiempo transcurrido desde la detección del problema hasta la

aplicación del tratamiento, ofreciendo las mejores opciones terapéuticas y consiguiendo los mejores resultados posibles en términos de supervivencia y calidad de vida. En relación a los tres códigos con más recorrido temporal: los códigos para la atención del Infarto Agudo de Miocardio (IAM) con elevación del segmento ST, el accidente vascular cerebral –ictus- y el Paciente Politraumático (PPT), el número de activaciones efectuadas por el Servicio de Emergencia Médicas (SEM) entre 2014 y 2015 ha aumentado un 10%.

Gráfico 2-5 Evolución de las activaciones de códigos IAM, ictus y PPT realizadas por el Servicio de Emergencias Médicas, 2012-2015*



Observaciones:* Los datos correspondientes al año 2015 son provisionales. IAM: Infarto Agudo de Miocardio, PPT: Paciente Politraumático.

Fuente: Servicio de Emergencias Médicas.

En el caso del *código IAM*, las activaciones totales según el Registro del código (las que realiza el Servicio de Emergencias Médicas (SEM) en primera instancia, las que realizan atención primaria u hospitales comarcales directamente o vía SEM, y las que llegan directamente a los hospitales especializados) han pasado de 3.472 en 2014 a 3.687 en 2015 (+6,2%). Este crecimiento se acompaña de resultados notables: el porcentaje de pacientes tratados con angioplastia primaria es del 90,0%, los que reciben este tratamiento en menos de 120 minutos se sitúan en valores cercanos al 65,0%, y la supervivencia a 30 días de los infartos agudos de miocardio ronda el 94,0%.

En cuanto al *código ictus*, el incremento sostenido de activaciones discurre en paralelo al aumento en el número de tratamientos de reperfusión: 1.451, aumentando tanto el número de Tratamientos Trombolíticos Intravenosos (TIV) como el de Endovasculares (TEV) y situando a Cataluña entre los lugares del mundo con una tasa de tratamientos de reperfusión más elevada. La tasa de mortalidad por ictus isquémico también ha bajado estos últimos años (del 16,7% de 2011 al 16,0% en 2014), con unos valores inferiores a los de referencia internacional (19,0%).

En lo que atañe a los códigos de nueva implantación que presentan novedades en 2015, se ha alcanzado la plena implantación del *Código Riesgo Suicidio (CRS)*. El código, que se empezó a implantar en 2014, activa un conjunto de actuaciones asistenciales protocolizadas, dirigidas a las personas a quienes se detecta un riesgo importante de suicidio, y orientadas a garantizar una atención proactiva y la continuidad asistencial post-alta hospitalaria, mediante la vinculación al centro de salud mental de referencia y el seguimiento por el sistema durante 12 meses tras la tentativa.

El código de atención a los pacientes con sepsia grave (*código sepsia*) es un sistema integral de atención establecido mediante la Instrucción 11/2015 con objeto de revertir la progresión de la disfunción multiorgánica generada por la evolución de las infecciones que se presentan como sepsia grave. El objetivo del Código sepsia es disminuir la morbimortalidad de esta enfermedad

mejorando su detección precoz, reduciendo el tiempo en que se inicia el tratamiento y coordinando los distintos dispositivos asistenciales que intervienen.

2.3 Política farmacéutica y del medicamento integral e integrada

En esta área, uno de los primeros aspectos a destacar es la *implantación de la Receta Electrónica (RE)* en todos los ámbitos asistenciales: esta herramienta de prescripción fomenta la coordinación entre profesionales, garantiza la accesibilidad a la prestación farmacéutica y promueve la seguridad del paciente. En diciembre de 2015, un 96,9% de las recetas han sido electrónicas, con una implantación que ya es del 100% en los equipos de atención primaria y en los centros hospitalarios y del 92% en los centros de salud mental.

Del mismo modo, durante estos últimos años se ha desarrollado una *cartera de servicios en la oficina de farmacia*. Durante 2015, 128 farmacias han participado en la detección rápida del VIH (realizando un total de 2.750 pruebas, un incremento del 72% respecto a 2014), 658 en la detección precoz del cáncer de colon (107.515 test en 2015, un 67% más que en 2014), y se ha iniciado el programa de seguimiento farmacoterapéutico con sistema personalizado de dispensación para pacientes crónicos complejos, con la participación de 16 equipos de atención primaria y 25 oficinas de farmacia.

Otro de los ejes de actuación es el *Programa de armonización farmacoterapéutica* del CatSalut, que se concreta en la armonización de los tratamientos farmacológicos de medicación hospitalaria y de atención primaria y comunitaria - Programas de Armonización Farmacoterapéutica de Medicamentos del Ámbito de Atención Primaria y Comunitaria (PHFAPC), de Medicación Hospitalaria de Dispensación Ambulatoria (PHFMHDA), y Programa de Evaluación, Seguimiento y Financiación de Tratamientos de Alta Complejidad (PASTFAC) -, en el registro de datos clínicos y seguimiento de resultados, y en la participación a nivel estatal en la elaboración de los *Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT)* de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Se han publicado más de 160 recomendaciones de uso y dictámenes de diferentes indicaciones de medicamentos en el ámbito del CatSalut y se ha realizado el pilotaje para la incorporación de la evaluación económica en las tres ramas del Programa de armonización.

En el marco del PHFMHDA se ha creado el Comité de Evaluación de Medicamentos en Situaciones Especiales (CAMSE), que elabora propuestas de recomendaciones para la Medicación Hospitalaria de Dispensación Ambulatoria (MHDA) que se esté utilizando en condiciones diferentes de las establecidas en la ficha técnica de manera equitativa, eficaz, segura y eficiente. Producto también del PHFMHDA y PASTFAC, se está implantando el Registro de Pacientes y Tratamientos (RPT), que permite medir los resultados en salud mediante la recopilación sistemática de datos sobre efectividad y seguridad en condiciones de práctica clínica habitual. Los datos obtenidos permiten retroalimentar el sistema de información, mejorar los estándares de calidad y eficiencia de las prestaciones farmacéuticas, y tomar decisiones de financiación en base a la evaluación de resultados.

Por otra parte, se ha incorporado el *Índice de Calidad de Prescripción (IQP)* en la parte variable de los contratos de compra de servicios con las entidades proveedoras. El IQP es una herramienta de gestión desarrollada por la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña para medir la dimensión científico-técnica de la calidad de la prescripción farmacéutica, y tiene como objetivo final fomentar el uso de los fármacos más coste-efectivos y reducir la variabilidad entre los profesionales de Cataluña, ya que permite evaluar de manera cuantitativa y cualitativa la prescripción farmacológica, establecer comparaciones, e identificar las mejores prácticas. Esta iniciativa en el ámbito de los incentivos se complementa con la asignación de presupuestos en el gasto máximo asumible (DMA, por sus siglas en catalán) sobre el gasto en recetas médicas y Medicación Hospitalaria de Dispensación Ambulatoria (MHDA), con asunción de un riesgo en su gestión por parte de las entidades proveedoras.

Inciendo también en la mejora de la calidad y la eficiencia en la prescripción y en el contexto de atención primaria destacan las actuaciones para revisar y mejorar la conciliación de tratamientos de pacientes crónicos complejos y con enfermedad crónica avanzada, un grupo prioritario dado su elevado consumo de medicamentos. Con esta finalidad, la parte variable de los contratos con los proveedores incorpora también un objetivo relacionado con la *revisión clínica y conciliación de los planes de medicación* de estos pacientes crónicos.

Otra de las evoluciones recientes más notables de la política de farmacia es el desarrollo de los *Acuerdos de Riesgo Compartido* (ARC, que adoptan la forma de esquemas de pago basados en resultados) entre el CatSalut o entidades proveedoras y los laboratorios farmacéuticos. Buscando la co-responsabilización de la industria farmacéutica, los ARC desplazan el pago de los medicamentos con precios fijos a favor de un sistema de pago por resultados clínicos y permiten maximizar los resultados en salud, limitar algunas incertidumbres y distribuir los riesgos entre los diferentes agentes (financiador, proveedor e industria farmacéutica). Al finalizar 2015 se han firmado 19 ARC, principalmente en las áreas de oncología, oncohematología y reumatología: 11 fármacos en 7 indicaciones diferentes, con la participación de 28 centros hospitalarios y 10 laboratorios farmacéuticos.

Finalmente, en el ámbito del conocimiento y la información, desde 2014 se impulsa la plataforma GeCoFarma, que quiere poner a disposición de todos los profesionales de manera integrada todo el conocimiento disponible estatal e internacional en el ámbito de la prestación farmacéutica a fin de optimizar la toma de decisiones y mejorar el uso racional de los medicamentos. También en este mismo campo, durante 2015 se ha potenciado la información dirigida a profesionales y ciudadanos a través del Canal Medicamentos y Farmacia (medicaments.gencat.cat).

3 Infraestructuras sanitarias

La revisión y priorización de las actuaciones de inversión en equipamientos de salud para el año 2015 se han de contextualizar en un trabajo previo más amplio, iniciado un par de años atrás y que abarcaba el conjunto de la legislatura que finalizaba en 2015 y que se caracterizó por realizar un abordaje integral y transversal en el que participaron profesionales de diferentes ámbitos: la Dirección General de Planificación e Investigación en Salud del Departamento de Salud, el Área de Atención Sanitaria del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), los directivos de la regiones sanitarias y direcciones de sector, y el Área de Patrimonio, Inversiones y Recursos Humanos del CatSalut.

El trabajo consistió, en una primera fase, en la actualización y adaptación de los criterios de planificación de los servicios (recogidos en el Mapa Sanitario) y de las directrices de dimensionado estructural y arquitectónico de los centros.

En una segunda fase, se revisaron todas las actuaciones de inversión de acuerdo con los nuevos criterios de planificación, las necesidades de cada territorio y las dotaciones actualmente existentes.

Finalmente, se ajustó la programación atendiendo al ritmo de ejecución de las actuaciones en curso y a los escenarios económicos previstos para el ejercicio.

Detrás de todo este trabajo hay que situar las estrategias desarrolladas en el Plan de Salud de Cataluña para el periodo 2011-2015, que conllevan una transformación en la manera de prestar los servicios de salud a la población, con un cambio de orientación hacia una atención más proactiva de la cronicidad, una mayor resolución y accesibilidad, y mayor calidad en la alta especialización.

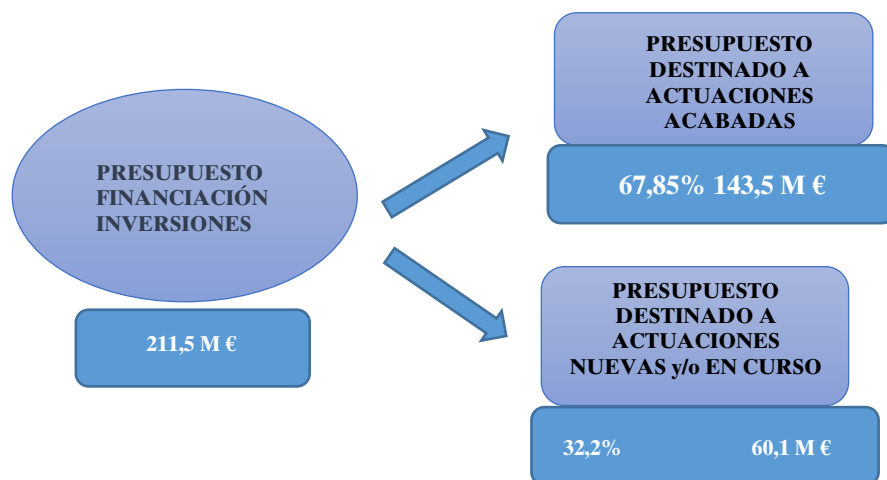
Los criterios de planificación utilizados en la programación de las inversiones se han actualizado y son congruentes con estas nuevas tendencias y escenarios, entre los que destacaríamos:

- Un cambio de tendencia en la dinámica demográfica, con pérdida de población en los últimos años.
- Las necesidades de recursos de atención primaria básicamente se concretan en la renovación estructural de equipamientos antiguos y en la adaptación a nuevas funcionalidades.
- La reducción de las necesidades de capacidad asistencial en las áreas de hospitalización de agudos (entre un 20% y un 35% según escenarios).
- La adaptación de las áreas ambulatorias de los hospitales y un aumento de la capacidad asistencial de este tipo de áreas.
- La reconversión del internamiento de larga duración y la asunción de parte de la atención intermedia con ingreso (sub-agudos y post-agudos) por los recursos de convalecencia.

3.1 Recursos económicos

Las dotaciones de los capítulos VI a VIII del presupuesto 2015, destinadas a financiar las actuaciones de inversión, se mantienen respecto al ejercicio anterior. Se destinaron un total de 211,5 millones de euros, más otros 15,6 millones en concepto de reposición del Instituto Catalán de la Salud (ICS), de los que 143,5 millones (un 67,8% del total) financiaban actuaciones acabadas y 69,0 millones de euros (un 32,0%) en nuevas actuaciones o actuaciones en curso de ejecución.

Figura 3-1 Recursos económicos del Departament de Salut Servei Català de la Salut destinados a la financiación de actuaciones de inversión en equipamientos de salud, 2015



Fuente: Servei Català de la Salut. Presentación al Parlament de Catalunya del Proyecto de Presupuesto 2015 (enero 2015).

Adicionalmente a estos 211,54 millones de euros, se destinaron otros 15,63 millones de euros a la financiación de actuaciones de reposición en centros asistenciales del ICS.

3.2 Balance de situación

En resumen, para el año 2015 se planificó el desarrollo de 91 actuaciones de inversión, 60 de ellas en el ámbito de atención primaria y 31 en el de atención hospitalaria. De acuerdo con su tipología, 15 correspondían al equipamiento de actuaciones que finalizaban, 38 a actuaciones que continuaban o iniciaban obras y, finalmente, otras 38 a actuaciones en fase de redacción de proyecto.

Entre las actuaciones que han finalizado a lo largo del año 2015, podemos destacar la construcción de los Centros de Atención Primaria (CAP) siguientes: CAP Balaguer, CAP Onze de Setembre en Lleida, CAP Piera, CAP Guinardó en Barcelona, CAP Dr. Josep Pujol i Capçada en El Prat de Llobregat, CAP Vilafranca del Penedès-3, Consultorio de Albinyana, Consultorio de Campredó.

En el ámbito hospitalario podemos señalar el nuevo laboratorio y cafetería del Hospital Joan XXIII de Tarragona, el bloque quirúrgico y UCI del Hospital General de la Vall d'Hebron en Barcelona y el equipamiento parcial de las áreas de hospital de día, exploraciones complementarias y Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del edificio tecnoquirúrgico del Hospital de Bellvitge en L'Hospitalet de Llobregat.

También se completó el equipamiento del área asistencial del Centro Penitenciario Mas Enric, en Tarragona.

Por lo que respecta a las actuaciones que se encontraban en obras o las iniciaron el año 2015, destacar: CAP Roquetes, CAP Castell - Platja d'Aro, CAP Figueres-2, CAP L'Estartit, CAP Carreras Candi y CAP Vila de Gràcia en Barcelona, CAP EL Gornal y CAP Rambla Marina en L'Hospitalet de Llobregat, CAP La Mina en Sant Adrià de Besós, CAP Molí Nou en Sant Boi de Llobregat, CAP Sant Pere de Ribes, CAP Viladecans – 3.

En el ámbito de la atención hospitalaria, señalar la 2ª fase de las urgencias y el área de cirugía mayor ambulatoria del Hospital Joan XXIII en Tarragona, las plantas 5ª y 6ª de obstetricia y neonatología del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona, la 2ª fase de la remodelación del Hospital del Mar, la reforma y ampliación del Hospital Sant Joan de Déu en Esplugues de Llobregat.

Finalmente, entre las actuaciones que se encontraban en fase de redacción de proyecto, podemos destacar: la reforma de las urgencias del Hospital Josep Trueta de Girona; la reforma del área ambulatoria del Hospital General de la Vall d'Hebron; el nuevo centro sanitario de Granollers y el concurso de ideas para la adjudicación del proyecto de ampliación del Hospital de Viladecans.

4 Recursos humanos

4.1 Planificación

Los futuros profesionales son, de entrada, estudiantes universitarios o de ciclos formativos. Después, en el caso de profesiones con sistema regulado de especialización, son residentes, y finalmente se transforman en profesionales que trabajan en el sistema sanitario público o privado.

En el caso de las profesiones que no tienen sistema de especialización reglado, la formación de postgrado no es obligatoria ni requisito para trabajar como profesional y se puede realizar de forma voluntaria a través de la oferta de másteres y cursos de postgrado de las universidades.

Por todo ello, las políticas de recursos humanos han de tener en cuenta los flujos en los tres niveles: los estudiantes en periodo de formación, los residentes mientras dura su especialización, y los profesionales hasta su jubilación o salida del sistema por otras causas.

En los cuadros siguientes se pueden observar los datos numéricos sobre estudiantes, residentes y profesionales de las profesiones sanitarias.

Tabla 4-1 Estudiantes que acaban una promoción anual de los diferentes estudios en ciencias de la salud en Cataluña, 2015-2016	
Farmacia	440
Fisioterapia	1305
Enfermería	2045
Logopedia	150
Medicina	1064
Nutrición humana y dietética	295
Odontología	230
Óptica y optometría	100
Podología	140
Terapia Ocupacional	120
Veterinaria	175

Fuente: Agencia para la calidad del sistema universitario de Cataluña (AQU, por sus siglas en catalán); estimación a partir de las plazas ofertadas 2015-2016.

Tabla 4-2 Plazas de residentes convocadas de distintas profesiones sanitarias, 2015	
Profesión	Número de plazas
Médicos/as	960
Enfermeros/as	142
Psicólogos/as	21
Farmacéuticos/as	21
Otros (físicos/as, químicos/as, bioquímicos/as)	21

Fuente: Subdirección General de Planificación y Desarrollo Profesional, Departamento de Salud.

La *movilidad* de estudiantes, residentes y profesionales es una realidad incuestionable y todo hace pensar que tenderá a aumentar. No se dispone de análisis de información sobre la tendencia de estudiantes y residentes a permanecer donde realizan sus estudios o desplazarse a su comunidad de origen al finalizarlos, entendemos que ello depende del mercado laboral.

El *incremento del número* de estudiantes de medicina estos últimos años, junto a la ligera disminución de plazas de residentes en la oferta tanto catalana como española, han adquirido una tendencia que nos puede conducir en poco tiempo a la creación de una bolsa de médicos/as sin especialidad, que pueden verse abocados al paro, al trabajo precario o a la emigración.

La *tasa global de enfermeros/as por habitante* sigue siendo inferior a la de los países de nuestro entorno, algo que no ocurre con la tasa de médicos/as. Por ello, según el modelo asistencial deseado – como se insistirá más adelante - tiene bastante sentido proponer un incremento en la formación de profesionales de enfermería.

Tabla 4-3 Tasas de médicos/as y enfermeros/as en práctica profesional por 1000 habitantes, 2014

Pais	Tasa médicos/as	Tasa enfermeros/as
Grecia	6.2	3.6
Austria	4.9	7.8
Noruega	4.2	16.5
Suecia	3.9	11.1
España	3.8	5.2
Unión Europea (28)	3.4	8.0
Francia	3.3	9.1
Holanda	3.1	11.9
Reino Unido	2.8	8.2
Cataluña	4.8	6.1

Fuente: OCDE, 2014; Cataluña: INE, población postcensal 2014.

Las especialidades de enfermería son aún de reciente creación y con tendencia a incrementarse en estos últimos años, como parece que seguirá ocurriendo en los próximos. El *cálculo de necesidades de profesionales* para el futuro depende de las pirámides de edad de cada colectivo, de las políticas de jubilación y del *modelo asistencial* que tenemos o queremos tener en el futuro. Por poner un ejemplo, las necesidades de profesionales, globales y por tipologías, de un sistema basado en la atención a la cronicidad, en que la puerta de entrada es la atención primaria, no son las mismas que las de un sistema en que el primer contacto fuese responsabilidad de los especialistas hospitalarios.

En la planificación de las necesidades de profesionales es esencial disponer de instrumentos tales como:

1. *Registro de profesionales*, creado en Cataluña mediante el Decreto 256/2013, al objeto de disponer de información básica del número de profesionales por especialidades en función del lugar de trabajo, edad, género y otras características sociales y demográficas. Para disponer de toda la información necesaria hay que combinar registros de los colegios profesionales con los propios de empresas prestadoras de atención sanitaria.

Tabla 4-4 Comparación de datos del registro de colegios profesionales con el censo, 2014

Profesión	Número en el registro	Número en el censo
Médicos/as	36.886	38.875
Enfermeros/as	48.984	49.042
Farmacéuticos/as	1.626	10.628
Fisioterapeutas	11.281	8.612

Fuente: Registro de profesionales sanitarios de Cataluña .

En las profesiones médica y de enfermería, el nivel de identificación es muy satisfactorio. En profesiones con elevada actividad privada (farmacéuticos/as, odontólogos/as, logopedas y podólogos/as), el nivel de identificación es aún excesivamente bajo. El total de profesionales identificados por el momento es de 124.607 (el censo no incluye algunas profesiones técnicas que no podemos contrastar). En un 99% de los casos disponemos de información demográfica de edad y género. En cambio, disponemos de información de especialidades sólo para el 67,8% de los médicos/as (25.019 casos).

2. *Observatorio de las profesiones*: los análisis de los datos, así como de los marcos políticos, económicos, científicos y técnicos requieren de la inteligencia y pericia que proporciona un observatorio de las profesiones.
3. *Agencia de evaluación de las competencias clínicas y profesionales*: la planificación de necesidades debe complementarse necesariamente con elementos de evaluación que informen acerca de si se está respondiendo con suficiencia a los requerimientos competenciales que plantean la sociedad y el sistema.

5 Gestión económico financiera

Uno de los principales problemas que actualmente afronta la sanidad es la grave situación financiera del Sistema Nacional de Salud (SNS) y por ende de los Servicios de Salud de las comunidades autónomas.

La sanidad ha sufrido, desde el inicio de la transferencia de competencias a las comunidades autónomas, un problema de sub-financiación estructural. Los diferentes modelos de financiación sanitarios existentes entre 1981 y 2001 no acabaron de dar respuesta a las necesidades de recursos económicos para atender una demanda creciente de servicios sanitarios como consecuencia del envejecimiento de la población y de la introducción de nuevas tecnologías médicas. Una muestra de ello fueron las diferentes operaciones extraordinarias de saneamiento financiero que debieron instrumentarse para eliminar la creciente deuda sanitaria. Dicho problema es aún de mayor calado para aquellas comunidades autónomas que hace más tiempo que asumieron los traspasos, ya que el Estado dejó de invertir en infraestructuras sanitarias en esas comunidades -siendo dicho coste asumido por los respectivos servicios autonómicos de salud, sin una aportación específica por parte del Estado- mientras que las comunidades autónomas que asumieron las competencias más recientemente, en 2002, lo hicieron con unas infraestructuras ya renovadas.

A partir de 2002, la financiación sanitaria pasó a formar parte del modelo de financiación autonómica general, pero los datos actuales demuestran que con los modelos de financiación de 2002 y 2009 no se ha resuelto el problema del déficit estructural del SNS. Todo ello se ha visto agravado por la caída de los ingresos públicos como consecuencia de la crisis económica y por la necesidad de cumplir las exigencias de los escenarios de déficit público.

Concretamente entre los años 2011 y 2015 la Generalitat de Catalunya ya ha realizado numerosas medidas para ajustar el gasto sanitario teniendo en cuenta su limitado margen de maniobra. A pesar de ello, los escenarios presupuestarios autonómicos de salud siguen siendo deficitarios, pues el ajuste del gasto sanitario ha compensado únicamente la reducción presupuestaria fruto de la crisis. Por otra parte, muchas de las medidas estatales contempladas en el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, no se han llegado a implantar. Y otras de las medidas del citado real decreto ley, aunque positivas para la racionalización del gasto sanitario, debido al retraso en su implantación no han conseguido el fin perseguido. Todo ello ha provocado que se hayan superado las previsiones de gasto sanitario, limitando seriamente el cumplimiento de los objetivos generales de déficit presupuestario y en consecuencia, la consolidación fiscal. Debe tenerse en cuenta que el gasto sanitario supone más de la tercera parte de los presupuestos autonómicos.

Por ello, después de los esfuerzos realizados por las comunidades autónomas en la reducción del gasto sanitario, el Estado debería tomar medidas efectivas para garantizar la sostenibilidad de los servicios de salud y evitar que ello afecte negativamente al nivel de calidad de los servicios sanitarios públicos. Dichas medidas deben ser abordadas desde diversos ámbitos de actuación, que podrían resumirse en las que a continuación se relacionan.

En primer lugar, se debería mejorar la financiación autonómica reconociendo que existe un déficit estructural de alrededor del 8%-10% del gasto del SNS y adecuando mientras tanto los límites de déficit de las comunidades autónomas.

Por otro lado, se debería recuperar el modelo de cobertura sanitaria universal y revisar la cartera de servicios del SNS con criterios de coste-efectividad. El Estado es quien tiene la competencia básica para fijar la cartera de servicios y el modelo de cobertura sanitaria. En el año 2012, mediante el Real Decreto 16/2012, se estableció un modelo de cobertura basado en la Seguridad Social, perjudicando a los colectivos más vulnerables. También reguló la cartera de servicios estableciendo aportaciones del usuario en algunas prestaciones de la cartera suplementaria, que finalmente no llegó a implantar. Por el contrario, la Generalitat de Catalunya estableció la tasa del euro por receta como mecanismo para racionalizar el gasto sanitario, pero fue impugnada por el gobierno estatal y anulada por el Tribunal Constitucional. Por lo tanto, el Estado obliga a las comunidades autónomas a que cumplan los objetivos de déficit público pero

no les da los mecanismos necesarios para hacerlo posible o impugna los que establecen en aquellos aspectos en que tienen competencias.

Asimismo, se debería garantizar el principio de lealtad institucional. El modelo de financiación vigente desde el 2009 (Ley 22/2009, de 18 de diciembre) establece que, de acuerdo con el principio de lealtad institucional, se ha de valorar el impacto financiero que las disposiciones generales aprobadas por el Estado tengan sobre las comunidades autónomas, así como garantizar la suficiencia financiera de estas. En los últimos años, el Estado ha aprobado nuevas prestaciones sanitarias, autorizado nuevos medicamentos o tomado decisiones que han supuesto un incremento de gasto para las comunidades, pero no han ido acompañadas de financiación adicional. Este es el caso por ejemplo de los nuevos tratamientos farmacológicos de la hepatitis C. En Cataluña, se ha pasado de un gasto de alrededor de unos 30 millones de euros en medicamentos dedicados al tratamiento de esta enfermedad en el año 2014, a dedicar casi 170 millones de euros en 2015 y en cambio el Estado no ha fijado hasta el momento un mecanismo adecuado y suficiente para su financiación.

Otro aspecto importante a señalar es que deberían recuperarse los recursos existentes hasta el 2012 en el presupuesto del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS) correspondientes a la compensación de la atención sanitaria a pacientes desplazados de otras comunidades (unos 100 millones de euros anuales). Desde el año 2013, dicho gasto debe ser asumido por las comunidades autónomas de residencia de los pacientes, pero no se está compensando toda la asistencia aceptada, lo que perjudica a las comunidades autónomas que han prestado la asistencia. Tampoco se ha implantado totalmente el FOGA (Fondo de Garantía Asistencial), creado en 2012, que tenía por objetivo cubrir el resto de la asistencia sanitaria no cubierta por el FCS, y de momento solo cubre la atención primaria y las recetas médicas.

Todos estos aspectos citados relacionados con la financiación de los servicios de salud autonómicos deberían corregirse por parte del Estado para contribuir a evitar el colapso financiero de los sistemas públicos de salud.

6 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes

6.1 La experiencia de la Agrupación Europea de Cooperación Territorial Hospital de Cerdanya para la construcción del nuevo hospital y la planificación y prestación de servicios sanitarios transfronterizos en el ámbito franco-catalán.

El año 2015 ha sido el primero de funcionamiento del nuevo *Hospital de la Cerdanya* en Puigcerdà tras su inauguración en septiembre del año anterior. Se trata del primer hospital transfronterizo de Europa, cogestionado por dos estados y con financiación europea, y debe atender a unos treinta mil habitantes de la Alta Cerdanya y el Capcir (Estado francés) y la Baja Cerdanya (Estado español).

El proyecto se ha articulado a través de una Asociación Europea de Cooperación Territorial (AECT), un ente jurídico promovido por la Unión Europea para fomentar la cooperación transfronteriza entre naciones y/o regiones europeas. El Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea establecieron, mediante el reglamento CE 1082/2006 de 5 de julio de 2006, el marco jurídico de las AECT.

El 26 de abril de 2010 la Ministra de Salud francesa, la Sra. Roselyne Bachelot, y el Presidente de la Generalitat de Catalunya, el Sr. José Montilla, firmaron el convenio de cooperación sanitaria transfronteriza y de constitución de la *Agrupación Europea de Cooperación Territorial, Hospital de la Cerdanya (AECT-HC)*. El primer Consejo de Administración de la nueva entidad se celebró el 15 de diciembre de 2010.

De acuerdo con el artículo 4 de los estatutos de la AECT-HC, la misión de este ente es:

- En una primera fase, fomentar e impulsar la construcción y entrada en servicio del nuevo Hospital de la Cerdanya, a través de la efectiva participación en el proyecto de los servicios públicos y los colectivos del territorio, y articular la interlocución con todas las instancias políticas y administrativas implicadas en el proyecto, así como la difusión del mismo.
- En relación con la fase de funcionamiento, asegurar la prestación de los servicios sanitarios de atención ambulatoria, hospitalaria y de salud mental, así como la promoción e implementación de programas preventivos de salud y el impulso de las actividades de formación e investigación relacionadas con la salud.

El proyecto sanitario común para el territorio de influencia de la AECT-HC está detallado en el convenio de colaboración entre las autoridades sanitarias catalanas y francesas, el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) y la Agencia Regional de Salud (ARS) Languedoc-Roussillon (dependiente del Ministerio de Sanidad francés), respectivamente. Este documento engloba las principales orientaciones de la planificación sanitaria transfronteriza del espacio franco-catalán, y prevé su revisión y actualización en función de la evolución de los servicios de salud y de las necesidades de la población.

6.1.1 La integración de servicios en el marco de una red transfronteriza de salud

Como anticipábamos, el Proyecto Europeo de Salud de la Cerdanya no se constituye tan solo para facilitar la construcción del nuevo hospital, sino que persigue el objetivo de integrar los servicios de salud de los dos lados de la frontera. El Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya y la Agencia Regional de Salud (ARS) de Languedoc-Roussillon trabajan para el desarrollo de una única cartera de prestaciones adaptada al territorio.

Con esta finalidad, la AECT-HC se apoya en los recursos asistenciales de la región, estableciendo convenios con las siguientes entidades:

- Fundación Hospital de Puigcerdà (atención primaria y sociosanitaria)
- Centre Hospitalari de Perpinyà
- Sistema de Emergencias Médicas (SEM): es un servicio de la Generalitat de Catalunya, instalado en los locales del Hospital de Cerdanya para reforzar el servicio de urgencia, y colabora con su homólogo francés, el SAMU 66, que también está presente en el hospital.
- El SAMU se reubicará en los locales del Hospital de la Cerdanya para poder trabajar conjuntamente con el Servicio de Emergencias Médicas (SEM) catalán y los servicios de urgencias del hospital.
- En la población francesa de Err se establecerán el Groupement de Coopération Sanitaire *Pôle Sanitaire Cerdan* (Agrupación de Cooperación Sanitaria Cerdana) y el Establiment Sanitari Privat d'Interès Col·lectiu (ESPIC), resultado de la cooperación entre la asociación Joseph Sauvy y el grupo UGECAM¹. Los pacientes de ambos lados de la frontera dispondrán de una red de atención sociosanitaria y geriátrica, siendo atendidos en un marco de continuidad asistencial entre esta nueva estructura y el Hospital de la Cerdanya. También se garantizarán las actividades de rehabilitación funcional durante la hospitalización, los ingresos de corta duración y en el domicilio de los pacientes, una vez dados de alta. Finalmente, señalar que el Pôle Sanitaire Cerdan se encarga de proveer diversos aspectos logísticos del Hospital de la Cerdanya, como son los servicios de restauración y limpieza, y el mantenimiento de los espacios verdes.
- Hospital Althaia: es el hospital de referencia para los residentes catalanes atendidos en el Hospital de la Cerdanya, aportando el soporte médico especializado en el ámbito catalán. Los especialistas de este centro atenderán a los pacientes del servicio de nefrología y diálisis. También atenderán a los pacientes de salud mental del Hospital de la Cerdanya.

6.1.2 Atención maternoinfantil

Históricamente un convenio enlazaba la maternidad de la Fundación del Hospital de Puigcerdà y los servicios de protección maternoinfantil de la Casa Social de proximidad, servicio éste del Conseil General francés. Esta asociación, que acompaña a las parturientas francesas, se ampliará al Centre Hospitalari de Perpinyà, y con posterioridad el Hospital de La Cerdanya tomará el relevo.

¹ UGECAM: Unions pour la Gestion des Établissements des Caisses de l'Assurance Maladie. Es un sindicato para la gestión de Instituciones de Seguros de Salud; es un grupo empresarial francés, proveedor de servicios de salud sin ánimo de lucro.

6.1.3 Los otros actores de salud que interactúan con el Hospital de Cerdanya

Profesionales de medicina general: La Cerdanya cuenta con un número importante de médicos de cabecera, una veintena de profesionales repartidos entre la Baixa-Cerdanya (Sallagosa / Bourg Madame), la Alta-Cerdanya (Font-Romeu) y el Capcir (Les Angles). Hoy en día operan cuatro grupos médicos, y los otros médicos disponen de consulta propia. Se están estudiando proyectos de creación de una Casa de Salud Pluridisciplinaria. La medicina general es un actor primordial para el Hospital de La Cerdanya y es necesario establecer una relación sólida entre ambos socios.

Centro de Atención Primaria (CAP): el CAP está administrado por la Fundación del Hospital de Puigcerdà.

El Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) (Centre Hospitalari Especialitzat) de Thuir: existe una asociación entre el Hospital de La Cerdanya, el hospital Althaia y el CHS de Thuir para acompañar a los pacientes de salud mental. El centro de psicología médica de Sallagosa depende del CHS de Thuir.

6.2 Asistencia sanitaria en zonas limítrofes. Convenio con Aragón. Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria – SIFCO

La asistencia sanitaria objeto de derivación entre Comunidades Autónomas se materializa administrativamente a través del Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO). Se recogen los diferentes anexos que relaciona el Real decreto 1207/2006: Anexo 1 procesos con hospitalización, Anexo 2 procedimientos ambulatorios, Anexo 3 patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos atendidos en Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud, u otros no incluidos en el Fondo de Cohesión como visitas de consultas externas o cirugía mayor ambulatoria.

Tipo de asistencia	Número de solicitudes			
	2012	2013	2014	2015
Procesos hospitalarios (anexo I)	3.527	3.288	3.015	3.032
Procesos ambulatorios (anexo II)	1.615	1.275	1.176	1.620
Otros no incluidos en el Fondo de Cohesión	565	476	306	459
Centro o Servicio de Referencia (anexo III)	227	1.106	1.208	1.506
Total	5.934	6.145	5.705	6.617

Fuente: Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO).

Estas solicitudes corresponden a los siguientes tipos de actuación por parte de los servicios sanitarios: no aceptada, aceptada no realizada, aceptada realizada.

Del total de solicitudes de asistencia sanitaria programada recibidas en Cataluña procedentes de otras comunidades autónomas, un 47,0% corresponden a comunidades autónomas limítrofes. En el año 2015 se observa un incremento de peticiones desde todas ellas.

Tabla 6-2 Solicitudes de asistencia sanitaria programada recibidas en Cataluña procedentes de otras comunidades autónomas, 2012-2015

Comunidad Autónoma	Número de solicitudes						
	2015		2014		2013		2012
Baleares	1381	↑	1.227	↓	1.414	↑	938
Aragón	1339	↑	902	↓	1.344	↓	1417
Comunidad Valenciana	405	↑	356	↓	389	↑	381
Total limítrofes	3.125	↑	2.485	↓	3.147	↑	2.736
% sobre el total de peticiones	47,2		43,5		51,3		46,1
Total España	6.617	↑	5.705	↓	6.129	↑	5.929

Fuente: Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO).

Con la única comunidad autónoma que se ha establecido un Convenio Marco de colaboración es con Aragón. Se firmó en Zaragoza el 29 de abril de 2005 entre los titulares del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón y del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya (Consejeras de Salud Sra. Noeno y Sra. Geli), con la finalidad de facilitar la atención sanitaria de las zonas limítrofes de ambas comunidades.

Los acuerdos más significativos de este Convenio fueron:

Objeto del convenio:

- Facilitar la accesibilidad de la atención sanitaria de los pacientes de las zonas limítrofes de las dos comunidades.
- Promover la garantía efectiva de los derechos de la ciudadanía de acuerdo con lo que dispone la Ley General de Sanidad y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Asegurar la coordinación de los dispositivos sanitarios con la finalidad de conseguir un beneficio recíproco en las actuaciones de los sistemas sanitarios de ambas comunidades autónomas.
- Otros, no realizados, como compartir la experiencia y el conocimiento en cuestiones que afecten la viabilidad, consolidación y mejora de ambos Servicios de Salud, o promover los escenarios para la implicación conjunta de los profesionales sanitarios de ambas comunidades, así como facilitar el intercambio de conocimientos técnicos.

Ámbito de aplicación:

- El convenio es de aplicación en las dos zonas limítrofes. Para la materialización de los objetivos se previó establecer acuerdos específicos que, finalmente, no se han formalizado. La zona limítrofe de Aragón se conoce en Cataluña con el nombre de Franja de Aragón, tiene una superficie de poco menos de 5.000 Km y afecta a las provincias de Huesca, Zaragoza y Teruel. La población actual es de unos 50.000 habitantes y la ciudad más poblada es Fraga, con 14.921 habitantes. En Cataluña, los hospitales de Lleida son los que ejercen una mayor atracción sobre las poblaciones del noreste de la Franja. Aunque no se estableció una población concreta, se podría considerar que incluye seis comarcas de Aragón: la Ribagorça, la Llitera, el Baix Cinca, el Baix Aragó-Casp, el Matarranya y el Baix Aragó.

La constitución de las comisiones previstas en el convenio marco (Comisión General de Coordinación y Comisión General de Seguimiento del Convenio marco) no se ha llevado a cabo. La vigencia es indefinida, aunque cualquiera de las partes puede revocarlo comunicándolo con un preaviso de tres meses.

Tabla 6-3 Actividad sanitaria realizada en Cataluña procedente de zonas limítrofes, según SIFCO, 2015

Solicitudes aceptadas y realizadas según provincia de residencia	Procesos hospitalarios	Procesos ambulatorios	CSUR
Huesca	234	274	25
Teruel	9	2	15
Zaragoza	131	93	89
Total	374	369	129

Observaciones: CSUR-Centros Servicios y Unidades de Referencia.

Fuente: Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO).

Índice de tablas

Tabla 2-1	Evolución de las altas médicas y quirúrgicas de los hospitales del Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT) (2012-2015)*	10
Tabla 2-2	Reordenaciones del Servicio Catalán de la Salud relacionadas con la alta especialización, 2009-2015	14
Tabla 4-1	Estudiantes que acaban una promoción anual de los diferentes estudios en ciencias de la salud en Cataluña. 2015-2016	23
Tabla 4-2	Plazas de residentes convocadas de distintas profesiones sanitarias, 2015	23
Tabla 4-3	Tasas de médicos/as y enfermeros/as en práctica profesional por 1000 habitantes, 2014	24
Tabla 4-4	Comparación de datos del registro de colegios profesionales con el censo, 2014	24
Tabla 6-1	Evolución de las derivaciones a Cataluña desde otras comunidades autónomas, 2012-2015	31
Tabla 6-2	Solicitudes de asistencia sanitaria programada recibidas en Cataluña procedentes de otras comunidades autónomas, 2012-2015	32
Tabla 6-3	Actividad sanitaria realizada en Cataluña procedente de zonas limítrofes, según SIFCO, 2015	33

Índice de gráficos

Gráfico 2-1	Evolución del número de altas de hospitalización a domicilio realizadas por los hospitales del SISCAT,2006-2015*	11
Gráfico 2-2	Evolución del número de sesiones de hospital de día realizadas por los hospitales del SISCAT, 2006-2015*	12
Gráfico 2-3	Evolución del porcentaje anual de contactos de cirugía mayor ambulatoria realizados por los hospitales del SISCAT ,2006-2015*	12
Gráfico 2-4	Evolución de la estancia media en los hospitales del SISCAT (2006-2015)*	13
Gráfico 2-5	Evolución de las activaciones de códigos IAM, ictus y PPT realizadas por el Servicio de Emergencias Médicas, 2012-2015*	15

Índice de figuras

Figura 3-1	Recursos económicos del Departament de Salut Servei Català de la Salut destinados a la financiación de actuaciones de inversión en equipamientos de salud, 2015	20
------------	---	----

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AECT	Agrupación Europea de Cooperación Territorial
AECT-HC	Agrupación Europea de Cooperación Territorial – Hospital de Cerdanya
AMED	<i>Alimentació Mediterrània</i> (Programa de Establecimientos Promotores de la Dieta Mediterrània) http://www.amed.cat/es/
AQIS	Agencia para la Calidad del Sistema Universitario de Cataluña
ARC	Acuerdo de Riesgo Compartido
ARS	Agencia Regional de Salud

B

Beveu menys	Bebed menos, (Programa de difusión de las estrategias de detección e intervención breve en materia de alcohol en el ámbito de la atención primaria) http://drogues.gencat.cat/es/professionals/prevencio/programes_i_recursos/ambit_serveis_de_salut/beveu_menys/index.html
-------------	--

C

CAMSE	Comité de Evaluación de Medicamentos en Situaciones Especiales
CAP	Centro de Atención Primaria
CatSalut	<i>Servei Català de la Salut</i> (Servicio Catalán de la Salud).
CHS	<i>Centre Hospitalier Spécialisé</i> (Centro Hospitalario Especializado)
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
CMBD-HA	Conjunto Mínimo Básico de Datos - Hospitalización de Agudos
CRS	Código Riesgo Suicidio
CSUR	Centros, Servicios y Unidades de Referencia

D

DMA	<i>Despesa Màxima Assumible</i> (Gasto Máximo Asumible)
-----	---

E

EM	Enfermedad Minoritaria
ESPIC	<i>Establiment Sanitari Privat d' Interés Col·lectiu</i> (Establecimiento Sanitario Privado de Interés Colectivo)

F

FCS	Fondo de Cohesión Sanitaria
FOGA	Fondo de Garantía Asistencial
FITJOVE	Programa de Prevención del Consumo de Drogas en Adolescentes y Jóvenes mediante el Deporte http://esports.gencat.cat/ca/arees_dactuacio/escolar-i-universitari/esport-escolar/programes-desport-escolar-/fitjove-00001/

I

IAM	Infarto Agudo de Miocardio
ICS	Instituto Catalán de la Salud
IPT	Informes de Posicionamiento Terapéutico
IQP	Índice de Calidad de Prescripción

M

MACA	<i>Malaltia Crònica Avançada</i> (Enfermedad Crónica Avanzada)
MHDA	Medicación Hospitalaria de Dispensación Ambulatoria
MM	<i>Malalties minoritàries</i> (Enfermedades Minoritarias)

N

Nits Q	<i>Nits de qualitat, Q de festa</i> (Noches de calidad, Q de fiesta) es un distintivo que reconoce espacios de música y baile que cuentan con recursos y Servicios relacionados con la salud, el bienestar y la calidad. http://www.qdefesta.cat/
--------	--

P

PAAS	Plan Integral de Actividad Física y Alimentación Saludable para la promoción de la salud
PAFES	<i>Pla d'Activitat Física, Esport i Salut</i> (Plan de Actividad Física, Deporte y Salud)
PASTFAC	Programa de evaluación, seguimiento y financiación de tratamientos de alta complejidad
PCC	Pacientes Crónicos Complejos
PHFAPC	Programa de Armonización Farmacoterapéutica de Medicamentos del ámbito de Atención Primaria y Comunitaria
PHFMHDA	Programa de Armonización Farmacoterapéutica Medicación Hospitalaria de Dispensación Ambulatoria
PIECES	<i>Policy Investigation in Europe on Child Endangerment and Support</i> . (Programa Europeo sobre Violencia en la Infancia) http://www.childsafetyeurope.org/pieces/index.html

PINSAP	Plan Interdepartamental de Salud Pública
PPAC	Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad
PPT	Paciente Politraumático

R

RE	Receta Electrónica
RPT	Registro de Pacientes y Tratamientos

S

SAMU	<i>Service d'Aide Medical d'Urgence</i> (Servicio de Asistencia Médica Urgente)
SEM	Servicio de Emergencias Médicas
SIFCO	Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria
SISCAT	Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña
SNS	Sistema Nacional de Salud

T

TACTICS	<i>Tools to Adress Childhood Trauma, Injury and Children's Safety</i> (Programa Europeo de Prevención de Lesiones en Niños y Jóvenes) http://www.childsafetyeurope.org/tactics/
TEV	Tratamiento Endovascular
TIV	Tratamiento Trombolítico Intravenoso

U

UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UE	<i>Unitats d'Expertesa Clínica</i> (Unidades de Pericia Clínica)
UGECAM	<i>Unions pour la gestion des établissements des caisses de l'Assurance Maladie</i> (Sindicatos para la Gestión de Instituciones de Seguros de Salud), (grupo empresarial francés, proveedor de servicios de salud sin ánimo de lucro) http://www.groupe-ugecam.fr
UPC	Unidad de Pericia Clínica

V

VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
-----	--------------------------------------