

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2010 Cataluña



1 Introducción

El modelo sanitario catalán es el resultado de una realidad histórica singular, que ha permitido la consolidación de un sistema de financiación público y de provisión plural, edificado sobre un amplio consenso social y político y caracterizado por la integración de todos los recursos en una única red sanitaria de responsabilidad pública (XSUP).

La ley de ordenación sanitaria de Catalunya (LOSC) de 1990 formalizó la separación de las funciones de planificación, compra de servicios y provisión, desarrolladas por el Departament de Salut, Servei Català de la Salut y la Xarxa Sanitària d'Utilització Pública (XSUP) respectivamente, permitiendo el desarrollo del actual sistema catalán de salud.

Para el cumplimiento de su objetivo de proteger y promover la salud de los ciudadanos de Catalunya, el Sistema sanitario ha desarrollado instrumentos para la planificación de las políticas de salud (Plan de salud y planes directores) y de las políticas de servicios (Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública y planes estratégicos) y los instrumentos que le permiten evaluar los resultados de la asistencia sanitaria (Central de Resultados de la XSUP).

En el transcurso de sus 30 años de existencia, el Sistema Sanitario Catalán se ha convertido en un sistema de referencia tanto por su calidad como por los resultados en salud obtenidos. No obstante, la situación de limitación de recursos actual, que se añade a los retos y oportunidades preexistentes de carácter sociodemográfico, político, cultural, derivados de nuevas necesidades de atención y tecnológicos, pone en riesgo el mantenimiento de los estándares de calidad del sistema y ha requerido la aplicación de medidas a corto y medio plazo y a plantear cambios en aspectos estructurales del sistema para garantizar su viabilidad, sostenibilidad y calidad en el futuro.

Las principales estrategias actuales del Departament de Salut i Servei Català de la Salut en relación con la mejora de la sostenibilidad del sistema en base a criterios de calidad son:

1. La reordenación y cambios en la sectorización de los servicios sanitarios por perfiles de necesidad, gravedad y niveles de especificidad de los recursos con el propósito de incrementar la seguridad, calidad y eficiencia.
2. El fomento de alianzas entre atención primaria y atención especializada y consultoría entre equipos para reforzar la capacidad resolutoria de la atención primaria y la detección precoz.
3. Organización de la asistencia por perfiles de pacientes, con especial atención a las necesidades de los pacientes graves y crónicos y en la revisión de los procesos asistenciales para la atención a este tipo de pacientes..
4. Implicación de los profesionales en la orientación del sistema hacia la calidad y eficiencia y refuerzo del liderazgo clínico y en la atención basada en la evidencia
5. Priorización a nivel global de los proyectos más relevantes, en base a criterios de necesidad y coste-eficiencia y, en cada uno de los planes orientación de la inversión hacia las actuaciones, ámbitos territoriales o perfiles poblacionales prioritarios en base a criterios de necesidad y factibilidad.
6. Orientación hacia la inversión en nuevas tecnologías aplicables para la mejora de la eficiencia y calidad

7. Refuerzo de la evaluación dirigida a la mejora de los procesos y los resultados del sistema.
8. Apuesta por el modelo de compra de servicios de base poblacional para conseguir un abordaje integral de las necesidades asistenciales de los ciudadanos basada en la complementariedad de recursos y la corresponsabilidad de profesionales y proveedores.
9. Refuerzo de la evaluación y el control del consumo farmacéutico tanto en relación en las recetas médicas como a la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria con el propósito de conseguir un uso racional, seguro y adecuado del medicamento.

De las estrategias mencionadas algunas son anteriores al 2010 y otras se han ido desarrollando o reforzando en el transcurso del 2010 y en el 2011.

2 Estrategias para mejorar la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema de Salud

2.1 La adaptación de los planes estratégicos del servicio de salud

Plan director de oncología

La estrategia del Plan Director de para la sostenibilidad del sistema sanitario se centra en la mejor ordenación de la atención, en base a criterios de seguridad, calidad y eficiencia; la promoción de la práctica basada en la evidencia; el control y armonización de la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria y la detección precoz. Las acciones con mayor relevancia son:

1. Elaborar y aplicar criterios en el marco de la Comisión del Terciarismo, aprobados por el Servicio Catalán de la Salud (SCS), sobre la realización de los procedimientos quirúrgicos complejos en cáncer (de baja frecuencia y/o elevada complejidad), estableciendo los flujos asistenciales oportunos con relación a los centros de referencia de la red sanitaria. El volumen mínimo de casos recomendados se detallan a continuación:

Tabla 1. Procedimientos quirúrgicos oncológicos de alta complejidad: volumen mínimo de casos recomendados

Procedimientos quirúrgicos	Nº mínimo de procedimientos*
Unidades de asistencia y seguimiento de adicciones	529.129 habitantes
Cirugía de neoplasias de páncreas	> 5
Cirugía de neoplasias de esófago	>5
Cirugía de neoplasias de estómago	>10**
Cirugía de neoplasias de recto	>11
Cirugía de metástasis hepáticas	>10
Cirugía de neoplasias de pulmón	>49
Cirugía de neoplasias del SNC	-

Fuentes:

*Comisión de terciarismo. Departament de Salut;

** Pla R, [et al.] ¿Hay niveles asistenciales en cirugía oncológica? ¿Los hace más, lo hace mejor? Informe sobre la relación entre volumen de procedimientos y resultados en cirugía oncológica. Barcelona. Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. 2003

2. Consolidar la atención infantil en un número reducido de centros que puedan garantizar la atención multidisciplinaria y los mejores resultados de acuerdo a los criterios de la Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica.

3. Actualización de las OncoGuías en las que se define la atención oncológica basada en la evidencia (de eficacia y efectividad) y evaluación de su seguimiento en la práctica habitual.
4. Programa de armonización farmacoterapéutica de la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria. Su finalidad es garantizar el acceso equitativo a la medicación, en el ámbito del SCS, mejorando los niveles actuales de eficiencia y utilidad terapéutica de los medicamentos. Una parte significativa de la medicación que se utiliza en la atención oncológica reúne criterios para su inclusión en el Programa. Por otra parte, se ha establecido un sistema de información específico sobre la utilización de los medicamentos que permite monitorizar su uso con relación a las líneas establecidas por el Programa y las indicaciones de las OncoGuías.
5. Consolidar el Programa de detección precoz del cáncer de colon y recto. El cribado del cáncer de colon y recto es una intervención coste-efectiva que permite mejorar los resultados en salud, reduciendo el coste económico que comporta la atención de este tumor, a medio plazo.

Plan director de salud mental y adicciones

El Plan Director de salud mental y adicciones está promoviendo un modelo de atención orientado a las necesidades de los usuarios con intervenciones más preventivas y proactivas, dando un enfoque comunitario a los servicios y a las prestaciones y centrando la organización en un sistema de atención integrado y eficiente.

Las principales intervenciones del plan director durante el 2010 se han dirigido hacia: el mantenimiento de las líneas de trabajo iniciadas con más énfasis en la prevención, la priorización, la eficiencia y el establecimiento de alianzas:

1. **La Lucha contra el estigma.** Creación de la Asociación Obertament con la implicación de usuarios, familias y profesionales.
2. **La prevención de los trastornos mentales:**
 - Evaluación del coste/efectividad de los programas de prevención del suicidio
 - Programa “salud y escuela”. El 31,8% de las visitas de consulta de los adolescentes han estado motivadas por un problema de salud mental y se han derivado el 3% a los Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil.
 - Programa de prevención de la depresión en el entorno laboral (proyecto de Colaboración Catalunya-Quebec)
3. Mejora de la atención y resolución de los trastornos mentales en la Atención Primaria de Salud. La cartera de servicios de salud mental y adicciones se ha implantado en:

Tabla 2. Grado de implantación de las mejoras de la atención y resolución de los trastornos mentales en la Atención Primaria

Ámbito	ABS	ABS totales	Grado de implantación (2010)
Adultos	176	362	49%
Infantil y juvenil	130	362	36%

4. Programas de intervención proactiva en psicosis incipiente. El programa se ha implantado en el 14% de los CSMA.
5. Mejora de la atención a la población infantil y juvenil con TM:
 - Programa de atención a los adolescentes con problemas de consumo. El programa se ha implantado en el 20% de los CAS y el 22% de los CSMIJ.
 - Elaboración del Plan de Atención al Autismo
 - Implantación del Programa de Atención a los TMG en el 74% de los CSMIJ
6. Elaboración de la cartera de servicios de atención a las familias
7. Elaboración y adaptación al modelo sanitario catalán de guías de práctica clínica (depresión mayor, trastornos bipolares, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos límite de la personalidad , psicosis incipiente y cocaína)

Los datos preliminares de 2010 indican un incremento de las necesidades de atención. La estrategia del Departament de Salut en atención a la salud mental se centra en reforzar los servicios de primera línea, en la dirección iniciada mediante la implantación de la cartera de servicios de salud mental a la atención primaria, y la priorización de la atención del TMS y TMG en la atención especializada ambulatoria.

Plan director de enfermedades del aparato circulatorio

En el marco de las actuaciones puntuales del **Plan Director de Enfermedades del Aparato Circulatorio**, cabe destacar las intervenciones relativas al **Código Infarto** y **Código Ictus**.

Código infarto

El día 1 de enero de 2010 se inició el registro de datos de la actividad generada por los 10 hospitales de referencia implicados en el protocolo de actuación del Código Infarto. Este programa de actuación comprende la activación de una serie de dispositivos asistenciales que permiten la atención urgente en la fase aguda de la enfermedad cuando un paciente es sospechoso de tener un síndrome coronario agudo y candidato a reperusión inmediata. El documento marco que ampara la sectorización de esta atención es la instrucción 04/2009 del CatSalut.

La puesta en marcha del Código infarto ha sido posible gracias al esfuerzo y consenso alcanzado por parte de todos los agentes implicados: Departament de Salut y CatSalut, Sociedad Catalana de Cardiología y Servicio de Emergencias Médicas (SEM). Éste ha sido uno de los factores clave de su puesta en marcha y consolidación.

Cabe mencionar también, que atendiendo al contexto actual y a las limitaciones presupuestarias vigentes, durante el 2010 no se ha realizado ninguna inversión adicional para su ejecución que haya supuesto un incremento del coste respecto a la situación previa.

Los datos preliminares de 2010 muestran un incremento del 112% de la práctica de angioplastia primaria (ACTPp) en la Región Sanitaria de Barcelona. El 96% de los Infartos agudos de miocardio con elevación del segmento ST (AMEST) diagnosticado han sido reperfundidos, recibiendo el 85% ACTPp y el 11% fibrinólisis. Por lo que se refiere a los indicadores de tiempo cabe mencionar que el intervalo entre el primer contacto médico (PCM) y la apertura de la arteria es menor al estándar marcado por las guías de la Sociedad Europea de Crad, (menos de 120 minutos en el 60% de los casos).

Los datos sobre mortalidad provisionales, apuntan a que entre las 24 horas posteriores al episodio agudo y los 30 días, un porcentaje menor al 5% de los pacientes muere.

Código ictus

En el marco del Plan Director, se ha organizado la atención a los pacientes con ictus agudo a partir de la diseminación del Código Ictus. Para ello, se ha definido un modelo de sectorización territorial en 10 ámbitos, con red hospitalaria propia y flujos de derivación específicos para el traslado rápido de los pacientes candidatos.

En total, Catalunya cuenta con 13 Centros de Referencia definidos en base a la casuística, población e isócronas y a las recomendaciones de la Guía Clínica del Ictus de Cataluña.

Este modelo funciona en el 100% del territorio catalán desde mayo del 2006. Cada año aumenta el número de pacientes que se benefician de la activación del código y en consecuencia el número de tratamientos de reperusión realizados (figura 1, 2). Cabe destacar que el incremento de las tasas de tratamientos no ha ido en detrimento de la efectividad del tratamiento que se mantiene, en los niveles alcanzados en condiciones de ensayos clínicos¹.

La estructura de Hospitales de Referencia (Primary Stroke Centers) y hospitales comarcales permite asegurar la atención a la mayoría de enfermos agudos, particularmente aquellos que son candidatos a trombólisis intravenosa. No obstante algunos pacientes agudos por sus características clínicas requieren ser atendidos en hospitales de elevada complejidad.

Los avances en el diagnóstico y tratamiento del ictus agudo han conducido a la definición e implantación progresiva a nivel internacional de los Comprehensive Stroke Centers o Centros Terciarios de Ictus (CTI). En Cataluña, los CTI se han definido entre los Hospitales de Referencia pre-existentes en base a un documento consensuado por expertos en patología cerebrovascular teniendo en cuenta tanto la estructura de los hospitales como la capacitación de sus profesionales en valoración de pacientes con ictus agudos complejos y en la indicación y realización de terapias endovasculares de reperusión. De esta forma, se han definido los circuitos territoriales terciarios bajo una perspectiva de concentración y compartición de recursos, con el fin de asegurar una cobertura total del territorio catalán en régimen de 24 horas x 365 días

El modelo organizativo completo de atención al paciente con ictus agudo funciona a pleno rendimiento desde enero de 2011 con un total de tres nodos terciarios, surgidos en cada caso de la colaboración entre dos hospitales de referencia.

Simultáneamente a su establecimiento, se está evaluando el funcionamiento de estos circuitos y sus resultados mediante la puesta en marcha de un registro prospectivo permanente, con monitorización externa, en el que obligatoriamente deben declararse todos los tratamientos de reperusión realizados (Sistema Online d'Informació de l'Ictus Agut). En los próximos meses, la guardia rotatoria de manejo del paciente con hemorragia subaracnoidea, que permite asegurar el tratamiento de las HSA aneurismáticas en las primeras 24 horas, se incorporará a la guardia de patología cerebrovascular compleja, que incluye neurólogos vasculares, neurointervencionistas y neurocirujanos vasculares, con el fin de concentrar la máxima capacitación en patología

¹ Sònia Abilleira, Antoni Dávalos, Àngel Chamorro, José Álvarez-Sabín, Aida Ribera, Miquel Gallofré, on behalf of the Catalan Stroke Code and Thrombolysis Study Group (Cat-SCT). Outcomes of Intravenous Thrombolysis After Dissemination of the Stroke Code and Designation of New Referral Hospitals in Catalonia: The Catalan Stroke Code and Thrombolysis (Cat-SCT) Monitored Study. *Stroke* 2011. published online May 12. DOI: 10.1161/STROKEAHA.110.605030

cerebrovascular y los recursos terciarios de forma que se disponga de un modelo sostenible y efectivo.

Paralelamente a la implantación del Código Ictus se ha desarrollado el proyecto Teleictus. El proyecto Teleictus, que se encuentra en funcionamiento desde enero de 2007, ha permitido la interconexión (tú-a-tú) de 5 hospitales comarcales distantes y de volumen medio con su hospital de referencia, reduciendo el intervalo ictus-trombólisis y evitando traslados innecesarios de pacientes agudos.

En el momento actual, se está desarrollando la fase II del proyecto que permitirá una conexión móvil (uno-a-todos) con cobertura territorial prácticamente total, a partir de la valoración de los pacientes ubicados en los hospitales comarcales por neurólogos vasculares expertos.

En el ámbito de la prevención secundaria, se ha desarrollado un modelo de atención urgente al enfermo con Ataque Isquémico Transitorio (AIT), con el fin de atender a estos pacientes en menos de 48 horas y reducir de esta forma el riesgo de recurrencias. Se ha evaluado la efectividad de este modelo organizativo de atención al paciente con AIT a partir de un registro prospectivo del que actualmente se están analizando los datos.

Cabe destacar también el proyecto de mejora de la calidad asistencial basado en una estrategia “audit and feedback”. Hasta la fecha se han realizado 2 ediciones del Audit del Ictus (2005 y 2007) a partir de revisiones retrospectivas de la documentación clínica de pacientes con ictus ingresados consecutivamente en los hospitales públicos de agudos de Cataluña. Las dos ediciones han mostrado mejoras significativas en el cumplimiento de la mayoría de indicadores de calidad del proceso asistencial además de permitir la identificación de áreas de mejora, que posteriormente, se discuten y trabajan en los comités territoriales de ictus. Actualmente se está realizando el 3er Audit del Ictus, con metodología idéntica, para evaluar la calidad de la atención hospitalaria del paciente con ictus en 2010. Previo inicio, y con el objetivo de mejorar y actualizar el modelo de audit, se ha realizado una priorización de indicadores de calidad mediante el consenso de un panel de expertos representativo de los profesionales que realizan la atención de los pacientes con ictus en el territorio².

² M. Salvat-Plana, S. Abilleira, C. Jiménez, J. Marta y M. Gallofré. Priorización de indicadores de calidad de la atención al paciente con ictus a partir de un método de consenso. *Rev Calid Asist.* 2011;26(3):174–183.

Figura 1. Evolución del número de tratamientos de reperusión del Ictus en Cataluña (2005-2010)
Fuente: Plan director de enfermedades del aparato circulatorio. Departament de Salut

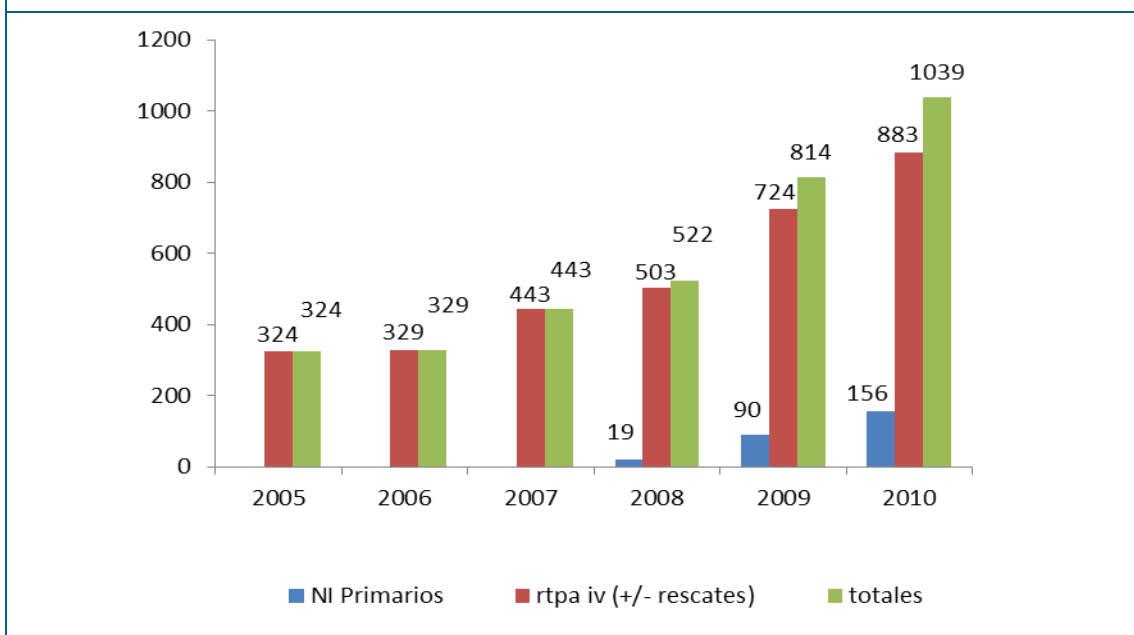
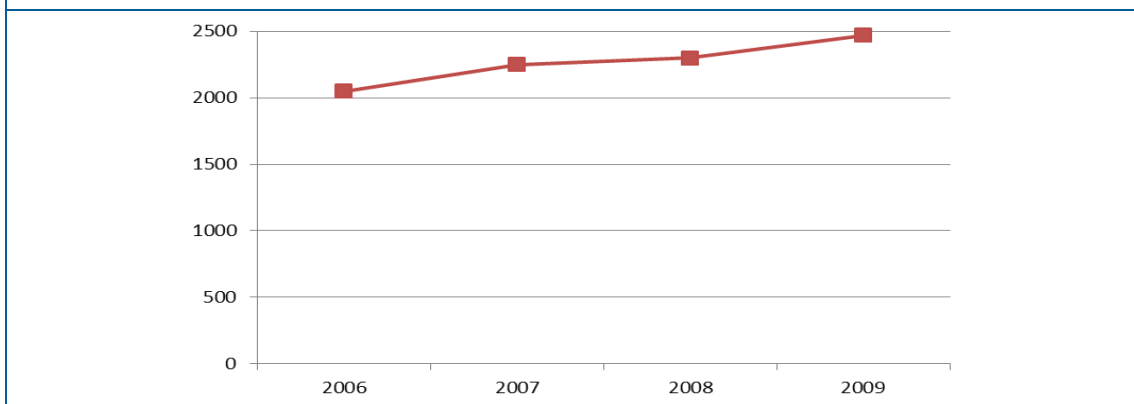


Figura 2. Evolución del número de activaciones del Código Ictus en Cataluña (2006-2009) Fuente: Plan director de enfermedades del aparato circulatorio. Departament de Salut.



Plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor

El Plan Director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor ha cerrado su fase estratégica a finales del año 2010. Sus objetivos son:

1. Mejorar la promoción de la salud, la prevención y el autocuidado de las enfermedades del aparato locomotor en el ámbito de la atención primaria
2. Mejorar la capacidad resolutoria de la atención primaria en el ámbito de las enfermedades reumáticas

3. Disminuir la variabilidad y aumentar la eficiencia del proceso diagnóstico y terapéutico en enfermedades del aparato locomotor;
4. Mejorar la continuidad asistencial y la eficiencia en la atención a través del análisis y la definición del modelo asistencial
5. Promover líneas de investigación orientadas a la prevención y la mejora de la atención a las enfermedades del aparato locomotor
6. Promover la formación de los profesionales en las enfermedades musculoesqueléticas
7. Establecer criterios sobre implantación de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas para estas enfermedades.

Estos objetivos, con un horizonte temporal de 2014, tendrán que ser compartidos entre los diferentes niveles asistenciales y especialidades, así como entre los distintos proveedores.

Para conseguir estos objetivos el Plan Director propone:

- a) Elaborar material informativo específico con contenidos de educación sanitaria
- b) Promover el ejercicio físico en las patologías en las que este sea conveniente
- c) Incrementar la implicación del personal de enfermería en los aspectos de educación, promoción de la salud, fomento del autocuidado y en el tratamiento y seguimiento de estos trastornos
- d) Acercar la actividad de fisioterapia a los equipos de atención primaria para la realización de actividades educativas y de tratamiento fisioterapéutico grupal o individual
- e) Favorecer la participación activa y fomentar el autocuidado de los pacientes
- f) Fomentar la participación de las asociaciones y las entidades de pacientes con enfermedades reumáticas, como elemento de apoyo en el proceso de la enfermedad, tanto para los pacientes como para los familiares
- g) Mejorar el acceso a distintas tecnologías diagnósticas de forma protocolizada
- h) Elaborar de forma consensuada a escala territorial criterios para la gestión de los distintos procesos prevalentes, que incluyan la definición del papel de las distintas especialidades, los criterios de derivación y los circuitos asistenciales
- i) Fomentar el uso de medidas no farmacológicas y racionalizar el uso de fármacos en osteoporosis, artrosis y artritis crónicas a partir de criterios basados en la evidencia de efectividad y adecuación
- j) Promover el Registro de Artroplastias de Cataluña
- k) Difundir la evidencia científica sobre el tratamiento de la osteoporosis
- l) Favorecer la aplicación de las medidas terapéuticas para la osteoporosis en pacientes con alto riesgo de fractura por tratamiento corticoide, antecedentes de fractura osteoporótica previa o internados en centros sociosanitarios
- ll) Disminuir la mortalidad y la discapacidad debida a la fractura osteoporótica de cadera con el establecimiento de un tiempo de espera quirúrgico de 48 horas y el abordaje multidisciplinario durante el ingreso
- m) Disminuir la discapacidad secundaria en las artritis crónicas mediante un diagnóstico y tratamiento precoz de las artritis de inicio reciente
- n) Establecer criterios de coste-beneficio en la indicación de los tratamientos biológicos para los reumatismos inflamatorios
- o) Mejorar la accesibilidad a los servicios especializados del aparato locomotor, con especial énfasis en los procesos potencialmente graves o causantes de discapacidad
- p) Mejorar los aspectos asistenciales de las enfermedades del aparato locomotor relacionados con la actividad laboral (promoviendo la detección y la declaración de las

enfermedades profesionales musculoesqueléticas y previniendo la discapacidad y el riesgo de cronicación).

A partir de 2011 el Plan Director inicia su fase operativa. Atendiendo al contexto actual y a las limitaciones presupuestarias vigentes el Departament de Salut ha optado por una implementación gradual del Plan, priorizando aspectos relevantes y territorios en base a criterios de necesidad y factibilidad.

Plan director de enfermedades del aparato respiratorio

El **Plan Director de las Enfermedades del Aparato Respiratorio** ha enfocado las actividades del 2010 hacia el análisis de situación de la atención a las enfermedades del aparato respiratorio, la promoción de medidas de reordenación de los circuitos asistenciales y el desarrollo de los fundamentos para garantizar la buena práctica clínica.

El análisis de la situación se ha hecho a partir de los datos del CMBD y ha constatado que existe una variabilidad significativa de la práctica clínica, especialmente en el caso de los ingresos por agudización grave de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Los aspectos que presentan más variabilidad son la estancia (mediana entre 5.9 y 7.59 días de estancia mediana) y los reingresos (entre 8,5% y 18.4% de reingresos a 30 días).

En relación con la reordenación de la atención, el plan director han identificado las acciones de mayor impacto:

1. Intervención sobre la agudización grave de la EPOC y los reingresos hospitalarios. A partir de los resultados de un taller impulsado por el Plan director para identificar los puntos críticos en relación a agudizaciones y reingresos, se han iniciado proyectos demostrativos con la colaboración de los centros hospitalarios y la atención primaria en las ciudades de Sabadell y Hospitalet de Llobregat.
2. Reordenación del seguimiento de los pacientes que hacen tratamiento domiciliario del síndrome de apnea del sueño. En Cataluña hay más de 50.000 pacientes que siguen este tratamiento. Se están desarrollando dos proyectos demostrativos (en Lleida y en Barcelona) para reordenar el seguimiento de los pacientes con este tratamiento. En colaboración con el CatSalut se ha diseñado la evaluación de los “centros de seguimiento ambulatorio”.
3. Reordenación de la atención al asma bronquial. Tres grupos de trabajo analizan la atención a los pacientes asmáticos. En estos momentos han elaborado la propuesta de reordenación de la atención a los pacientes con asma infantil, con intervenciones específicas de atención dirigidas a los pacientes con asma grave. Cabe comentar que las actuaciones contemplan meramente aspectos organizativos y que no se ha precisado de ninguna inversión en materiales o recursos humanos.
4. Rediseño del circuito de atención a la Hipertensión arterial pulmonar (HAP). La HAP es una enfermedad poco frecuente, grave y con un coste elevado en tratamiento farmacológico. El CatSalut ha rediseñado el circuito asistencial, identificando los centros expertos y concretando el proceso asistencial a través de un documento normativo de obligado cumplimiento (instrucción). Esta reordenación servirá como modelo de actuación para la atención a los pacientes con enfermedades minoritarias.

Por último, la promoción de la buena práctica alrededor de las enfermedades respiratorias implica garantizar a los pacientes el acceso a una espirometría de calidad. El diagnóstico minucioso es un elemento clave para atender adecuadamente a los pacientes con enfermedades respiratorias. Para conseguir este objetivo se han realizado las siguientes acciones:

1. Diseño de un programa formativo que han seguido más de 300 profesionales y de un programa de formación de formadores para garantizar la diseminación.
2. Estandarización de los datos de la espirometría, paso imprescindible que permite la interoperabilidad entre la atención primaria y el hospital y, a la vez, llevar a cabo el control de calidad.

Planes Estratégicos de ordenación

Los planes estratégicos de ordenación tienen por objeto la ordenación de los servicios de ámbitos prioritarios tanto en relación al modelo organizativo como a la forma de provisión. Los planes establecen actuaciones de mejora de la calidad y la eficiencia sin incrementar los recursos existentes, focalizando las intervenciones en medidas de gestión clínica, redistribución de funciones entre niveles asistenciales, optimización de las competencias de los distintos perfiles profesionales y coordinación e integración asistencial. Por lo tanto, en un contexto de contención de recursos financieros los planes de estratégicos ofrecen oportunidades de mejora, ganando eficiencia y favoreciendo la sostenibilidad del sistema.

Plan estratégico de ordenación de la atención de pediatría en la atención primaria

El **Plan estratégico de ordenación de la atención de pediatría en la atención primaria**³ desarrolla un modelo organizativo basado en la constitución de equipos territoriales de pediatría configurados por profesionales de los equipos de atención primaria en coordinación con los de los de la atención hospitalaria.

Durante el año 2010 el Plan ha realizado actuaciones para favorecer la constitución de nuevos equipos de pediatría territoriales; para garantizar la atención en las zonas donde es más difícil cubrir los puestos de trabajo, mediante acuerdos entre instituciones y centros; y para revisar la cartera de servicios y de los protocolos de coordinación de los equipos.

El plan también ha reforzado la prevención, concretamente mediante la aplicación del “Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en la edad pediátrica” del Departament de Salut y promoviendo el rol de los profesionales de enfermería, así como la formación de médicos de familia y personal de enfermería en atención pediátrica.

La implantación del plan ha sido complementada con el diseño de una propuesta de metodología de seguimiento y evaluación de la misma.

Plan estratégico de ordenación al paciente nefrológico

³ Plan estratégico de ordenación de la atención de pediatría en la atención primaria <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3582/index.html>
www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/pediatria2007.pdf

El **Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico**⁴ plantea las bases para la ordenación de los recursos de atención nefrológica con la finalidad de potenciar la prevención y el diagnóstico de la insuficiencia renal, mejorar la efectividad y la accesibilidad del paciente en tratamiento sustitutivo renal a recursos asistenciales de alta calidad y conseguir una satisfacción elevada en relación a la provisión de estos servicios.

Una vez publicado el decreto que regula los requisitos técnico-sanitarios para la autorización de centros y unidades de diálisis, durante el año 2010 se ha continuado trabajando en la tramitación del decreto, que establece los niveles asistenciales y los estándares de calidad para los servicios en el ámbito del sistema público de salud y se ha continuado el desarrollo de las diversas líneas previstas en el Plan. Éstas son la prevención de la insuficiencia renal en colaboración con las sociedades científicas implicadas, acciones para la mejora de la accesibilidad a la fístula arteriovenosa, especialmente en caso de inicio de hemodiálisis, y acciones para incrementar el número de pacientes en diálisis peritoneal.

Plan estratégico de ordenación de la atención especializada ambulatoria

El **Plan estratégico de ordenación de la atención especializada ambulatoria en Catalunya**⁵ fue publicado durante el año 2010 y es la base, junto con el Plan de innovación de atención primaria y salud comunitaria, para conseguir una mejor resolución, accesibilidad y equidad por parte de los servicios de atención especializada ambulatoria.

La implantación de este Plan tiene como objetivo conseguir que la atención especializada ambulatoria desarrolle funciones de consultora de la atención primaria, potenciando la capacidad resolutoria de la AP y la integración de procesos asistenciales. La atención especializada deberá estar disponible en todo el territorio pero con diferente grado de sectorización de acuerdo con los requerimientos sobre grado de especialización, tecnología necesaria y masa crítica suficiente para obtener resultados de calidad.

El plan también pretende mejorar el acceso a la tecnología diagnóstica y terapéutica, así como a la tecnología de la información y la comunicación (TIC). Finalmente se espera mejorar la satisfacción de los ciudadanos y el reconocimiento de los profesionales.

Plan estratégico de ordenación de la atención materno-infantil y de la atención a la salud sexual y reproductiva

El **Plan estratégico de ordenación de la atención materno-infantil y de la atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR)** está en proceso de implantación progresiva en los 46 territorios de referencia de las unidades ASSIR y en los 43 hospitales materno-infantiles. También está en fase de implantación la nueva cartera de servicios definida en marco estratégico del plan. Forma parte de esta cartera de servicios la nueva

⁴ Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2251/nefropla07.pdf>

⁵ Plan estratégico de ordenación de la atención especializada ambulatoria en Catalunya <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2251/peaeadocnov2010.pdf>

prestación de interrupción voluntaria del embarazo⁶, que se irá implantará de forma progresiva y coordinada con los hospitales maternoinfantiles.

Durante los años 2010 y 2011 el Plan estratégico ha priorizado las acciones dirigidas a la sostenibilidad del sistema sanitario, vía optimización de los recursos, sensibilización de los profesionales y transversalidad de las acciones.

Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente politraumático y traumático grave

Durante el 2010 el **Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente politraumático y traumático grave** ha trabajado en el ámbito de la atención al paciente traumático grave adulto y pediátrico, impulsando la configuración de un modelo organizativo y sus dispositivos para la atención inicial al paciente traumático grave

El modelo prioriza una atención de calidad adecuada al paciente, en el nivel asistencial que corresponda y en el menor tiempo posible, buscando la máxima eficiencia y sostenibilidad. El Departament de Salut y el CatSalut, han elaborado un proyecto de instrucción, que refuerza la implantación del código de atención al paciente traumático grave (código Politrauma – PPT-) mejorando la coordinación entre los dispositivos asistenciales y haciéndolo extensivo al conjunto de Cataluña. Este documento ampara la sectorización territorial orientando los flujos de preferencia de traslado y atención al paciente traumático, junto a otros elementos de mejora como son la formación de los profesionales implicados, el registro de actividad realizada así como su seguimiento y evaluación.

Programa de desarrollo del diagnóstico por la imagen

El Programa de Desarrollo del Diagnóstico por la Imagen, creado el 2008, ha desarrollado recomendaciones y guías técnicas que facilitan la coordinación entre profesionales y la compartición de pruebas, evitando duplicidades y aprovechando el fuerte impulso de la digitalización de la imagen médica.

El programa ha priorizado las recomendaciones para evitar pruebas innecesarias, como el caso de la radiografía de tórax preoperatoria de rutina, la exploración del traumatismo de cráneo en edad pediátrica, la indicación de las exploraciones radiológicas en los pacientes con lumbalgia, el estudio de la cervicalgia o de la patología del hombro para potenciar su uso apropiado en ámbitos prioritarios, como el de la atención a las enfermedades del aparato locomotor. El programa también ha explorado criterios de priorización en técnicas como la PET, dada su elevada demanda y los recursos disponibles.

Al mismo tiempo el programa ha impulsado el diseño de un canal web temático de diagnóstico por la imagen, con espacios para los profesionales y los ciudadanos dirigidos a generar conocimiento sobre los aspectos relevantes relacionados con el diagnóstico por la imagen.

El Plan para la Digitalización de la Imagen Médica ha alcanzado el objetivo, a finales de 2010, de disponer de toda la imagen médica generada en los hospitales del Sistema Público Catalán en formato digital y gestionada por los sistemas de archivo PACS. Simultáneamente ha consolidado el Repositorio Central de la Imagen Médica, que

⁶ Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

recibe diariamente las imágenes de un 33% de los centros de salud de la red pública, alcanzando los 2.000.000 de exploraciones almacenadas. Asimismo, el plan pone en marcha la plataforma de compartición de dicha imagen médica a través de la Historia Clínica Compartida de Catalunya con unas 40.000 exploraciones publicadas y consultables desde cualquier centro de salud de Catalunya.

Estrategia para la seguridad de los pacientes en Catalunya

Para alcanzar este objetivo, en el año 2005 el Departament promovió la Alianza para la Seguridad de los Pacientes en Catalunya, cuyo propósito principal es impulsar la denominada “Cultura de Seguridad” mediante la consolidación de una relación estrecha entre pacientes, familiares y profesionales orientada a mejorar la prestación y la seguridad de la asistencia sanitaria.

En el año 2010, el Departament de Salut creó el Consell Assessor de la Seguretat de Pacients (SLT/542/2010, de 8 de octubre) que tiene como finalidad avanzar en la mejora de la seguridad de los pacientes y promover que las personas enfermas y sus asociaciones, los profesionales sanitarios, las patronales del sector sanitario y la misma Administración puedan compartir, debatir, reflexionar y proponer conjuntamente las medidas que se deben adoptar.

Durante el año 2010 se han mantenido la mayoría de los proyectos iniciados a través de la estrategia en seguridad de pacientes del SNS del año anterior, extendiéndose algunos de ellos a la atención primaria y sociosanitaria. Entre ellos cabe destacar, como proyectos de continuidad:

- La identificación inequívoca de pacientes
- La prevención de incidentes en cirugía (procedimiento correcto en el sitio correcto)
- La Bacteriemia Zero asociada a catéteres en las UCI
- Las prácticas seguras en la prevención de caídas de pacientes
- La prevención de la infección nosocomial hospitalaria a través de estrategias de higiene de manos
- Las Unidades Funcionales de Seguridad del Paciente en hospitales y atención primaria

Asimismo, el Departament de Salut ha iniciado los siguientes proyectos nuevos:

- Neumonía asociada a ventilación mecánica
- OMIAP (uso de herramientas de apoyo a la prescripción segura de medicamentos, en centros no dependientes del Institut Català de la Salut)
- La prevención de la radiación ionizante innecesaria en niños
- La Bacteriemia asociada a catéteres fuera de las UCI
- La reducción de efectos adversos por polimedicación en centros Sociosanitarios
- La creación de una red ciudadana de formadores en Seguridad del Paciente a Catalunya

En el ámbito de la comunicación y difusión de la cultura de la seguridad de pacientes las principales actividades realizadas en el 2010 han sido:

- Jornadas de Seguridad de pacientes en Cataluña, dirigidas a profesionales sanitarios, asociaciones de pacientes y ciudadanos (29 de abril de 2010 y 24 de noviembre de 2010)

- Sesiones de Seguridad de Pacientes para las sociedades científicas de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña (mayo y octubre 2010)
- Inicio y elaboración de la Web de Seguridad de Pacientes del Departament de Salut., que pretende establecer una serie de actuaciones dirigidas a sensibilizar e implicar a los profesionales sanitarios con actividades formativas, jornadas, seminarios, iniciativas, etc. relacionados con la seguridad de pacientes; hacer participar activamente a los pacientes en su seguridad; y establecer una buena comunicación entre ciudadanos, profesionales centros y Administración. El resultado es una Web participativa que aporta herramientas y conocimiento compartido y permite avanzar en la “Cultura de la Seguridad”, así como en la difusión del conocimiento.
- Publicaciones periódicas de proyectos de seguridad de pacientes en revistas científicas.

Referente a los sistemas de información, en el 2010 se han elaborado los siguientes proyectos:

- Registro de proyectos en seguridad de pacientes desarrollados en los centros sanitarios de Cataluña (benchmarking)
- Propuesta y elaboración de diferentes indicadores en relación a la seguridad de pacientes en la atención especializada, tanto a nivel autonómico como estatal
- Revisión de indicadores para monitorizar el “Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP)

En referencia a la formación de los profesionales, desde el Departament de Salut se ha realizado una ordenación de los cursos facilitados por el MSPSI, de los proyectos de formación a distancia en seguridad de pacientes (prevención de caídas, de higiene de manos, de bacteriemia zero y de gestión de riesgos, GuíaSalud) y de los proyectos de formación presenciales (dos ediciones de cursos de salas blancas hospitalarias y una edición de la red ciudadana de formadores en Seguridad del Paciente a Catalunya). La última incorporación ha sido el curso online “De los conceptos a la Implementación”, que persigue la elaboración de un Plan de Riesgos y que ha estado realizado por profesionales de Atención Primaria y Especializada. En los próximos años el curso se ampliará de forma que alcance la totalidad de los núcleos de seguridad de los centros públicos y privados de Cataluña.

Finalmente, con la implementación de GuiaSalud, el Departament de Salut ha contribuido a la objetivización y difusión y de guías con el propósito de favorecer su aplicación y disminuir la variabilidad.

Modelo de acreditación de centros hospitalarios de atención aguda de Cataluña

La acreditación es un elemento estratégico que incide directamente en la mejora continua de la calidad de las instituciones sanitarias.

En enero de 2006 el Departament de Salut inicia un modelo de acreditación (autoevaluación, auditoría externa y evaluación por parte de comité de expertos) adaptado a las tendencias europeas innovadoras de gestión de la calidad: gestión de la calidad total y modelo de la **European Foundation for Quality Management (EFQM)**.

El modelo de acreditación para centros sanitarios de Cataluña se inicia para hospitales de agudos, habiéndose evaluado a finales del 2010 un total de 82 de los 113 hospitales (72,56%) existentes en Catalunya.

En relación al porcentaje medio de cumplimiento de los estándares esenciales (necesarios para acreditarse) según la fase del proceso, cabe destacar que se ha obtenido un 81,38% en la autoevaluación, un 82,56% en la auditoría externa y un 82,61% en la evaluación final llevada a cabo por el Comité de acreditación del Departament de Salut. El mínimo exigido para otorgar una acreditación favorable es un 60% de cumplimiento de estándares esenciales. Es importante remarcar que la acreditación es una condición necesaria para que el CatSalut contrate los servicios de un centro sanitario.

La mayoría de los 82 hospitales (n=62) se sitúan en la franja de cumplimiento entre 80-99% (con un 86,41% de cumplimiento medio), 13 centros se sitúan entre 70-79% (con un 74,85%) y 7 se encuentran en la franja de 60-69%, con un 63,35% de media.

La experiencia a nivel hospitalario ha sido muy positiva y ha servido para dinamizar planes de mejora en los centros e implantar la cultura de la excelencia entre los profesionales de la salud.

Como resultados cualitativos cabe destacar la excelente predisposición por parte de los centros; su implicación en la aplicación del modelo, tanto a nivel directivo, como de un alto porcentaje de personal del centro; y la comunicación directa y fluida entre el órgano acreditador, los centros acreditados y entidades evaluadoras, así como la profesionalidad de éstas.

El sistema de acreditación genera confianza a profesionales y ciudadanos, constituye un elemento clave para la contratación de servicios sanitarios, permite una evaluación de los servicios de salud con criterios de transparencia e independencia, dinamiza la mejora de la calidad y representa un prestigio para la institución que se acredita.

En el transcurso del 2010 se han elaborado los estándares técnicos de acreditación para otras líneas de servicios: salud mental y adicciones, atención sociosanitaria y equipos de atención primaria de salud. Simultáneamente, se ha llevado a cabo la correspondiente prueba piloto en distintos centros para cada línea asistencial, con el objetivo de validar el documento de estándares (grado de comprensión, aplicabilidad y calidad técnica) y evaluar el grado de adaptación al sector.

Como conclusiones, es destacable la excelente aceptación y comprensión de los documentos, así como el reconocimiento de la experiencia en acreditación y su ampliación a otras líneas de servicio como motor para la mejora de las organizaciones sanitarias.

Acreditación de los equipos de atención primaria de Catalunya

Entre las estrategias de promoción e implantación del plan de innovación de la atención primaria y salud comunitaria planificado por el Departament de Salut de Catalunya, se incluye el diseño y elaboración un sistema de acreditación para los centros de atención primaria. El objetivo es garantizar al ciudadano y usuario de la atención primaria que será atendido con la máxima calidad y seguridad por una organización competente. Dado que existen pocas experiencias de modelos de acreditación validados para equipos de atención primaria, se ha diseñado un modelo propio, en base a la estructura y filosofía de la EFQM.

Un Comité Operativo del Departament de Salut analizó diversos modelos: de gestión y acreditación, principalmente, el de la European Foundation for Quality Management, la Joint Commission International y el Institut Català de la Salut y elaboró un modelo con 628 estándares, dispuestos según la estructura del EFQM con sus 9 criterios,

divididos en subcriterios y éstos a su vez en agrupadores conceptuales (concepto novedoso que agrupa estándares de la misma temática). El mismo comité clasificó los estándares según si eran de enfoque y planificación, de implantación y desarrollo o de evaluación y revisión.

El modelo fue presentado a un Grupo Técnico, formado por 25 expertos en atención primaria y calidad asistencial, para consensuar los estándares esenciales de acreditación de los equipos de atención primaria (EAP) y garantizar que fueran claros, precisos y breves, para que su comprensión fuera lo más fácil posible por parte de los equipos.

Por último, en sesiones plenarias del Comité Operativo y el Grupo Técnico se alcanzó un modelo consensuado con 414 estándares esenciales, de los cuales 297 corresponden a los 5 criterios de agentes y 117 corresponden a los 4 criterios de resultados.

Con el documento consensuado, se realizó una prueba piloto en 30 EAP, con el objetivo de validar contenidos, probar los estándares e identificar evidencias. El modelo consensuado y validado mediante prueba piloto contiene 9 criterios, 34 subcriterios y 379 estándares. También de la prueba piloto, surgió el umbral de cumplimiento de los estándares para ser acreditado, que se estableció en el 60%. El porcentaje medio de cumplimiento fue del 70,4%. 21 equipos se situaron entre el 60% y el 80%, 6 superaron el 80% y tan sólo 3 equipos no alcanzaron el 60%. Los peores resultados se obtuvieron en los criterios de resultados (7,8 y 9)

Por último, se pasó una encuesta a los EAP participantes en la prueba piloto para valorar la aceptación y validación del documento. Respondieron el 60% de los EAP. El 78% encontró útil el modelo de acreditación, como herramienta de soporte para identificar oportunidades de mejora y proporcionar una atención de calidad a los ciudadanos. El 83% aprobó la implantación del modelo de acreditación y solo un EAP valoró poco útil su implantación. Como aspecto negativo destacaron la carga de trabajo que supone la implantación del modelo, al generar muchos documentos, y que el manual era largo y complejo.

.Los elementos negativos del modelo, (complejo y laborioso) no son tanto por el propio modelo sino consecuencia de la realidad de algunos de los equipos, que en ocasiones presentan aun un grado bajo de estandarización de los procedimientos de trabajo y en menor medida cierta resistencia al cambio de cultura, que representa el modelo. Los aspectos positivos nos indican que el modelo elaborado se ajusta a la realidad de los equipos, es de fácil comprensión y que contempla todos aquellos aspectos relevantes para el funcionamiento de un equipo excelente.

Uso seguro de los medicamentos

Durante el año 2010, de acuerdo con los objetivos del Plan de Salud de Catalunya, el Departament de Salut ha intensificado las actuaciones dirigidas a reducir la morbilidad derivada de la utilización de los medicamentos impulsando las actividades relacionadas con:

- El establecimiento de programas de conciliación de la medicación de los pacientes, en los diferentes niveles asistenciales.
- Elaboración del documento “Guia de Conciliació de la Medicació en els Centres Sanitaris” y difusión a todos los hospitales de Cataluña

Simultáneamente, el Departament ha continuado desarrollando las actividades relacionadas con:

- La información sobre medicamentos dirigida a los ciudadanos, a través de contenidos sobre uso correcto de medicamentos en la web del Centro de Información de Medicamentos de Catalunya (CedimCat).
- La consolidación del Programa de Prevención de Errores de Medicación como referente en Cataluña del registro de errores y difusión del conocimiento generado.
- El Programa de formación sobre el uso correcto de los medicamentos dirigido a la población de edad avanzada, que persigue incrementar el conocimiento del paciente sobre su tratamiento farmacológico, mejorar el cumplimiento y evitar errores asociados a la utilización de sus medicamentos
- La formación continuada sobre uso racional de los medicamentos a los profesionales de atención primaria, incluyendo personal médico, de enfermería y también los farmacéuticos de la zona de influencia de los centros de atención primaria. Esta formación conjunta permite una mayor interacción entre los profesionales que facilita la comunicación, la coordinación y la gestión de casos concretos.
- El desarrollo de herramientas de soporte a la prescripción, integradas en la estación clínica de trabajo electrónica. Se ha continuado avanzando en el desarrollo del self-audit, como herramienta de soporte a la revisión sistemática de la medicación, que permite detectar y corregir los tratamientos farmacológicos redundantes, las interacciones farmacológicas y los fármacos desaconsejados en pacientes de edad avanzada, entre otras situaciones. También se ha avanzado en el desarrollo del módulo PREFASEG (prescripción farmacológica segura) con la finalidad de prevenir incidentes en el momento de la prescripción de acuerdo con la situación clínica del paciente.

La reforma de la salud pública en Catalunya

Tras la aprobación de la Ley 18/2008, de 22 de octubre, de salud pública el Departament de Salut ha continuado los trabajos orientados a dar cumplimiento a las previsiones de la ley de salud pública y sus diferentes mandatos, especialmente el de creación de la Agencia de Salud Pública de Cataluña.

Los aspectos prioritarios a desarrollar en el marco de la creación de la Agencia de Salud Pública de Catalunya hacen referencia a: los sistemas de información, la investigación y la formación, la cartera de servicios de salud pública, el plan interdepartamental de salud pública, el establecimiento del contrato-programa entre el Departament de Salut, el CatSalut y la Agencia de Salud Pública, el modelo de gestión de la futura organización y la continuidad de la transformación de las estructuras que la conformaran: Dirección general de Salud Pública, Agencia de Protección de la Salud y Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria.

El proceso de elaboración de los estatutos de la Agencia ha seguido los criterios aplicables a la normativa para decreto del gobierno. Dada la estructura de la Agencia, como organismo interadministrativo e interdepartamental, ha sido necesario realizar un proceso de consulta con el conjunto de instituciones que estarán representadas en el Consejo de Administración de la Agencia, así como con las instituciones representadas por los órganos asesores y de participación previstos en la ley de salud pública.

El Departament de Salut ha dissenyat durant el 2010 el catàleg de serveis de la futura Agència, com a instrument en el que es recullen el conjunt de activitats i serveis que la futura agència estarà en situació de proveir. El catàleg de serveis és la base per a la confecció de la cartera de serveis.

En el mateix període el Departament de Salut han iniciat els treballs amb el CatSalut amb vista a la formulació del contracte programa que farà de la Agència el proveïdor més significatiu de serveis de salut pública de Catalunya, a més de permetre-li la financiació de les seves activitats. Aquest esforç és singular perquè per primera vegada es va a dur a terme una previsió de la Ley de ordenació sanitària de Catalunya, en matèria de salut pública.

En relació amb el desenvolupament dels perfils competencials, en el 2010 s'ha procedit a l'estudi prospectiu de les necessitats formatives dels professionals de salut pública i s'ha definit el seu perfil competencial, que permetrà establir el model de formació específica per a aquests professionals.

Per últim, s'ha prosseguit amb els processos de gestió de la transformació de les actuals estructures organitzatives completant bona part de la estructura directiva dels nivells centrals i territorials, bàsica per a liderar la presa de decisions de matèria de salut pública.

2.2 La mejora de la calidad, accesibilidad, organización y eficiencia de los servicios asistenciales durante 2010

Contratos de gestión. El model sanitari català es caracteritza per la creació de xarxes assistencials de proveïdors on la societat civil té un paper molt actiu i on la titularitat dels centres no és exclusiva de l'administració sanitària. La creació de les xarxes es basa en l'ús dels recursos existents en el moment en que la Generalitat de Catalunya assumeix competències en salut. La creació de xarxes, especialment la hospitalària, Xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP), implica la necessitat d'establir relacions formals entre el financiació i el proveïdor de serveis assistencials, això implica una incorporació d'instruments d'avaluació de l'activitat per a donar suport a models de pagament progressivament més evolucionats.

El model sanitari català ha anat evolucionant, perquè, per donar resposta als nous reptes assistencials en un entorn de creixement del cost sanitari. El paper de les empreses públiques i els consorcis ha anat creixent per voluntat de potenciar l'autonomia d'acció, fet que es tradueix en la cessió a aquestes entitats d'edificis de la Generalitat de Catalunya que de altra manera gestionaria l'Institut Català de la Salut.

3 Mejora de la gestión de los recursos humanos

El decreto ley 3/2010, de 29 de mayo, de medidas urgentes de contención del gasto y en materia fiscal para la reducción del déficit público ha supuesto una modificación de la ley 25/2009 de presupuestos de la Generalitat de Catalunya para el 2010. El decreto ha introducido medidas para la reducción del gasto de personal al servicio de la Administración de la Generalitat de Catalunya, incluyendo altos cargos y los gastos de personal de entidades que pertenecen al sector público.

Como consecuencia de su aplicación, a partir de 1 de junio de 2010, el conjunto de retribuciones de personal funcionario, laboral y no laboral en activo han experimentado una reducción del 5%. Las retribuciones de cargos directivos con contratos laborales de alta dirección han experimentado reducciones del 8 al 15%.

La reducción de las retribuciones ha afectado también a las empresas públicas y consorcios sanitarios con participación mayoritaria de la Generalitat de Catalunya. En el caso de los centros sanitarios privados concertados, la reducción, equivalente al 3,21% anual, se ha realizado sobre las tarifas vigentes en el 2010 y han sido los propios centros los que han decidido la aplicación de reducciones equivalentes sobre retribuciones salariales.

El 23 de julio de 2010, mediante la instrucción 4/2010 para la aplicación de medidas previstas en el acuerdo de gobierno de 1 de junio de 2010, la Generalitat de Catalunya introduce medidas complementarias a las descritas en el decreto ley 3/2010 en materia de gastos de personal del sector público de la Generalitat de Catalunya. El ámbito de aplicación de la instrucción refiere al personal de administración y técnico de la Generalitat de Catalunya, incluyendo el personal laboral del ámbito de aplicación del VI convenio colectivo único del personal laboral de la Generalitat de Catalunya.

Entre las medidas introducidas por la instrucción 4/2010 destacan la limitación de la tasa de reposición de efectivos, el nombramiento de personal interino en caso de vacante, previsiones de amortización de los puestos de trabajo y medidas relativas al dimensionamiento de las plantillas. Las principales medidas que afectan a la gestión de recursos humanos del sistema sanitario catalán son:

1. La limitación del 50% de la tasa de reposición de efectivos, entiendo como tal las vacantes producidas en caso de jubilación, defunción o cualquier otra forma de extinción laboral.
2. Exceptuando la tasa de reposición, las vacantes por jubilación, defunción o cualquier otra forma de extinción laboral, o un número equivalente de puestos de trabajo del mismo cuerpo o escala, son amortizadas.
3. Prohibición de nombrar nuevo personal interino, excepto si corresponde a vacantes ocupadas por personal funcionario, si corresponde a vacantes ocupadas por personal interino que se ha mantenido en activo de forma ininterrumpida, los casos de reposición correspondientes a la aplicación de la tasa de reposición o si corresponde a vacantes producidas por el acceso de personal interino a puestos de trabajo fijos. Los nombramientos de nuevo personal interino están condicionados en todos los casos a la existencia de crédito adecuado y suficiente.

4. En relación con las convocatorias de selección para el acceso a los cuerpos administrativos y auxiliar de administración de la Generalitat de Catalunya en curso durante la redacción de la instrucción, se amortizan el número de puestos vacantes como consecuencia de la adquisición de la condición de personal funcionario mediante promoción interna.
5. Los dimensionamientos de plantilla deben ser aprobados por la subcomisión de retribuciones de la comisión de coordinación corporativa. Las nuevas necesidades deben atenderse mediante redistribución de efectivos y otros sistemas de provisión de puestos de trabajo.

Como hechos posteriores relevantes, en febrero de 2011 la Generalitat ha acordado suspender provisionalmente las nuevas ofertas de ocupación pública en el marco de las medidas de austeridad y racionalización de la administración, que prevé además la reducción de altos cargos, el adelgazamiento de las estructuras directivas y la reducción de órganos colegiados y entidades adscritas.

También en febrero de 2011, el Departament de Salut crea, mediante la orden SLT/40/2011, el Programa para la simplificación de la estructura organizativa de la administración sanitaria de la Generalitat de Catalunya y del sector público de salud vinculado.

El programa tiene el propósito de formular propuestas organizativas de simplificación y incremento de la eficiencia de la administración sanitaria de la Generalitat de Catalunya y del sector público vinculado a partir de la revisión, análisis y evaluación de las estructuras orgánicas y el dimensionamiento de recursos humanos. Entre las funciones que se le atribuyen con mayor efecto en la gestión de los recursos humanos destacan:

1. Optimizar la organización de las estructuras territoriales del Departament de Salut, CatSalut i del ámbito de la Salud Pública
2. Revisar las funciones de los órganos centrales del Departament de Salut y de los organismos adscritos para reducir duplicidades, costes y clarificar los referentes estratégicos
3. Definir el mapa de funciones y procesos relacionales y en consecuencia el plan de racionalización de los RRHH y espacios físicos
4. Proponer formulas organizativas que posibiliten la movilidad funcional y de reasignación de recursos humanos entre órganos del Departament de Salut y organismos adscritos y el proceso de transformación progresiva de la función pública, dando valor a la productividad, a la aportación diferencial y a los resultados.

4 La mejora de la calidad y de la eficiencia en la compra y la concertación de bienes y servicios

El contrato es el marco de relación entre el Servei Català de la Salut y las diferentes entidades proveedoras que tienen que prestar servicios de cobertura pública a la población.

El proyecto de Decreto por el cual se regula el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios asistenciales en el ámbito del Servei Català de la Salut, contempla la posibilidad de la contratación en el territorio mediante sistemas de servicios integrados de salud.

Este nuevo tipo de contratación consolida el modelo actual de compra de servicios en base poblacional, y da pie a la finalización de la prueba piloto.

En concreto, para el año 2010, se preveía consolidar el modelo de compra en base poblacional, que actualmente da cobertura al 50,22 % de la población. Esto tiene que permitir un abordaje integral de las necesidades asistenciales de los ciudadanos basándose en la complementariedad de recursos y en la participación y corresponsabilidad de profesionales y proveedores. En este contexto el desarrollo del pacto de acceso y resolución en cada territorio se constituye como un elemento clave en la definición del contracte capítativo.

Siguiendo esta misma línea, a lo largo del año 2010 se preveía avanzar en la evaluación de los sistemas de compra y pago de las diferentes líneas de servicios y contrastar los resultados con la extensión del modelo de compra en base poblacional.

5 Medidas para la racionalización del gasto farmacéutico

El conjunto de medidas adoptadas están alineadas con la voluntad de desarrollar una política farmacéutica y del medicamento integral e integrada con el resto del sistema sanitario y sectores productivos, que fomente el uso racional, seguro y adecuado de los medicamentos y los productos sanitarios, que promueva la calidad, la equidad de acceso y la gestión eficiente de la prestación farmacéutica, y dirigida a mejorar los resultados de salud de la población.

El plan estratégico queda enmarcado en cinco ámbitos conceptuales de actuación: corresponsabilización de todos los agentes, optimización de la calidad y eficiencia, potenciación de los sistemas de información, mejora de los servicios y prestaciones, y refuerzo de la evaluación y control.

En relación a las principales medidas llevadas a cabo en el ámbito del uso racional del medicamento, destacar:

- a) En relación a las recetas médicas:
 - Asignación de presupuestos sobre el gasto en recetas en base a un modelo capitolativo, y sobre el cual los diferentes proveedores de salud asumen un riesgo económico en su gestión.
 - Establecimiento de las bases y criterios para definir un nuevo modelo de corresponsabilización a los hospitales del gasto evitable potencial en recetas médicas generado en su zona de influencia de manera que para el 2011 se puedan incluir como uno de los objetivos comunes de la parte variable de los contratos de compra de servicios de la atención especializada.
 - Potenciación de la prescripción y dispensación de genéricos fundamentando la información a los proveedores y la incentivación a su prescripción.
 - Optimización de la utilización de medicamentos incluidos en el sistema de precios de referencia
 - Realización de los dictámenes correspondientes a las dos revisiones sistemáticas de evaluaciones económicas de los medicamentos para los tratamientos del asma y la diabetes, y creación de un indicador de seguimiento de las recomendaciones de la CAEIP (Comisión de Evaluación Económica e Impacto Presupuestario del CatSalut) con el fin de incorporarlo en el contrato con los proveedores sanitarios para el año 2011, así como en las actividades de benchmarking.
 - Organización de jornadas de debate y reflexión de gestores sanitarios sobre el gasto farmacéutico
 - Implantación progresiva de la receta electrónica en toda Catalunya (ya desde finales de 2009 todos los centros de atención primaria prescriben electrónicamente y todas las oficinas de farmacia dispensan medicamentos a través del nuevo sistema) con la realización de primeros pilotajes en atención especializada. También se ha trabajado al mejorar la información contenida en el Plan de Medicación de la receta electrónica.

- Desarrollo de herramientas de soporte a la prescripción integradas en la estación clínica de trabajo electrónica. Destacar como ejemplos desarrollados por el Institut Català de la Salut:
 - Self-audit: herramienta de soporte para la revisión sistemática de la medicación permitiendo detectar y gestionar principalmente el cambio de tratamientos farmacológicos redundantes, interacciones farmacológicas o fármacos desaconsejados en pacientes de edad avanzada..
 - Guías de Práctica Clínica Informatizadas: proporcionan elementos de apoyo al diagnóstico, tratamiento y posterior seguimiento.
 - Guía Terapéutica Electrónica: instrumento orientado a mejorar la prescripción farmacéutica proporcionando tratamientos farmacológicos estandarizados basados en la mejor evidencia científica disponible.
- Aplicación de mejoras en los programas de renovación de recetas médicas del CatSalut a pacientes con medicación crónica.
- Potenciación del programa de análisis de la prestación farmacéutica en base al usuario con el desarrollo de tareas vinculadas a la utilización de la tarjeta sanitaria. Asimismo, se está trabajando en la adaptación de estos programas en relación al desarrollo del proyecto de Receta Electrónica.
- Tramitación del proyecto de Decreto que establece el nuevo modelo de atención farmacéutica en centros residenciales sociales mediante el cual se pretende implementar un modelo de pago separando el coste de la medicación del pago por los servicios profesionales farmacéuticos. Por otra parte, se ha ampliado el programa de adecuación de la prescripción y el uso de medicamentos y productos sanitarios en las residencias geriátricas de Cataluña.
- Establecimiento de los primeros acuerdos para la definición de un modelo de concertación enfocándolo hacia la potenciación de la actividad farmacéutica y su integración efectiva en el sistema de salud, reforzando las actividades profesionales, la coordinación entre primaria y comunitaria, y potenciando las tecnologías de la información y de la comunicación.
- b) En relación a la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria
 - Asignación de un gasto máximo asumible para cada hospital con el fin de mejorar la eficiencia en la gestión de la prescripción
 - Desarrollo de un Programa de Evaluación, Seguimiento y Financiación de Tratamientos de Alta Complejidad (PASTFAC) que tiene como objetivo garantizar, bajo criterios de equidad, el acceso a medicamentos para tratamientos de alta complejidad y elevado coste.
 - Creación del Comité para la Provisión y Financiación de Tratamientos Farmacológicos de Alta Complejidad. Este Comité se creó con el objetivo de elaborar propuestas y nuevos marcos de actuación con respecto a las actuaciones de compra, provisión y financiación de los medicamentos. Entre otros, los programas de riesgo compartido. El Comité ha acordado iniciar proyectos de corresponsabilización con la industria farmacéutica especialmente vinculados a resultados en salud. En concreto se han presentado diversas propuestas de acuerdos con diferentes laboratorios farmacéuticos que están en proceso de valoración.

- Creación del programa de armonización farmacoterapéutica de la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (PHFMHDA) con la finalidad de asegurar la equidad en el acceso a este tipo de medicación, mejorar los niveles de eficiencia y efectividad y el nivel de utilidad terapéutica, teniendo en cuenta el marco de disponibilidad de recursos.
- Realización de diversas jornadas y reuniones con el objetivo de favorecer el debate y el avance en el ámbito de la gestión y el desarrollo de políticas de prestación farmacéutica (IV CatSalut Bio_Workshop sobre medicamentos biotecnológicos con la participación de representantes de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios y los responsables de la política del Medicamento de diversas Comunidades Autónomas); I Task-Force de políticas farmacéuticas innovadoras a nivel europeo para poder conocer de primera mano las políticas de prestación farmacéutica de países de nuestro entorno europeo, intercambiar experiencias y establecer un canal de comunicación directo con representantes de otros países).

Anexo: Bibliografía

Modelo de acreditación de centros hospitalarios de atención aguda de Cataluña

¹ OLIVERAS M.; LÓPEZ-VIÑAS M.LL.; FRÍAS, J.C.; RIUS J.; BUSQUETS E. Acreditación en Cataluña (3): Un sistema para la mejora de la calidad. Resultados. Todo Hospital. Juny 2002.

² LÓPEZ-VIÑAS M.LL. L'acreditació hospitalària a Catalunya. Experiència hospitalària a Barcelona. Temes d'estratègia de la qualitat 6, Xarxa Barcelona Qualitat. Març 2002.

³ Servei de Qualitat Assistencial i Acreditació. Artículos inéditos. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. 1999-2010.

⁴ The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales 2000. Editorial Viena Serveis Editorials, SL. Barcelona. Fundació Avedis Donabedian 2001.

⁵ Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé. Standards for Acute Organizations-1995.

⁶ ENAC- Entidad Nacional de Acreditación. www.enac.es

⁷ Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Manuel d'accréditation des Établissements de Santé. París 1999.

⁸ SEGOUIN, C. L'Accréditation des établissements de Santé. De l'expérience internationale à l'application française. París, 1998.

⁹ European Foundation for Quality Management. European Excellence Model. Brussel·les 2000. Guía para la transición- Actualización del Modelo EFQM de excelencia-2010.

¹⁰ LÓPEZ-VIÑAS M.LL.; GUZMAN R.; BUSQUETS E.; SEDANO E. Nou model d'acreditació a Catalunya. L'Enllaç. Consorci Sanitari Creu Roja a Catalunya. Barcelona, novembre-desembre 2002.

¹¹ Decreto 5/2006, de 17 de enero, por el que se regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras. DOCG núm. 4554.-19/01/2006.

¹² LÓPEZ-VIÑAS, M.LL.; COSTA VILAR, NURIA. MANZANERA LOPEZ, RAFAEL (Director). Vint-i-cinc anys d'acreditació a Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, Barcelona, noviembre 2006.

¹³ Servei de Qualitat Assistencial i Acreditació. Documentos internos. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. 1981-2010.

¹⁴ Criterios Generales de Acreditación. Competencia técnica de las entidades que realizan inspección CGA-ENAC-EI Rev. 7 Enero 2005.

¹⁵ Criterios Específicos de Acreditación. Entidades Evaluadoras de Centros Sanitarios en Cataluña-CEA-ENAC-15 Rev.1 Diciembre 2008.

¹⁶ Acreditación de centros de Atención Hospitalaria Aguda en Cataluña. Manual de estándares. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2a Edició: Mayo de 2005.

¹⁷ Acreditación de centros de Atención Hospitalaria Aguda en Cataluña. Manual del evaluador. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2a Edición: Mayo de 2005.

Acreditación de Equipos de Atención Primaria de Cataluña

1. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Madrid, 2001, Editorial Espasa-Calpe. edición 22.
2. Davins Miralles J, Calvet Junoy S, Pareja Rossell, Clara. Experiencia del plan de mejora de la calidad del Centro de Salud La Mina (1989-2004). *Aten Primaria* 2006; 38 (9): 501-5.
3. Ishikawa K. Introducción al control de calidad. Díaz de santos, 1994. Madrid.
4. Ishikawa K. What is Total Quality Control. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc.; 1985: 18-19.
5. Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Masson. Barcelona, 1989.
6. Zeithalm V, Parasuraman A, Berry L. Calidad total en la gestión de servicios. Madrid. Diaz de Santos, 1993.
7. Nutting PA, Burhalter BR, Carney JP, Gallegher KM. Métodos de evaluación de la calidad en Atención Primaria. SG. Barcelona, 1991.
8. Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J. Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement. San Francisco. Jossey-Bass, 1990.
9. Marszalek-Gaucher E, Coffey RJ. Transforming Healthcare Organizations: How to achieve and sustain organizational excellence. San Francisco, Jossey-Bass, 1990.
10. Roth AV. World class health care. *Quality Management in Health Care* 1993; 1: 1-9.
11. Davins J, Avellana E, Marquet R. Mejora de la calidad en atención primaria: experiencia de cuatro años de un programa de mejora de la calidad. *Aten Primaria* 1995; 16: 80-84.
12. Daniel J, Pascual I, Espelt P, Grifoll J, Basora J, Pous A. Gestión por procesos en un equipo de atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14: 247-254.
13. Arcelay A, Hernández L, Inclán G, Bacigalupe M, Letona J, González R. Proceso de autoevaluación de los centros sanitarios de Osakidetza mediante el modelo europeo de gestión de calidad total. *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:414-418.
14. Arcelay A, Sanchez E, Hernández L, Inclán G, Bacigalupe M, Letona J, Gonzalez RM, Martínez-Conde AE. Self-assessment of all the health centres of a public health service through the European Model of total quality management. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 1999; 12: 54-8.
15. Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Martín J. La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:92-97.
16. Jackson S, Bircher R. Transforming a run down general practice into a leading edge primary care organisation with the help of the EFQM excellence model. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2002; 15: 255-67.
17. Jackson S. Achieving a culture of continuous improvement by adopting the principles of self-assessment and business excellence. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 1999; 12: 59-64.
18. Naylor G. Using the business Excellence Model to develop a strategy for a healthcare organization. *Int J Health Care Quality Assurance* 1999; 12: 37-44.

19. Pitt D. Improving performance through self-assessment. *Int J Healthcare Qual Assur* 1999; 12: 45-53.
20. BOE. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
21. DOGC. Ley 15/1990, de 9 de Julio, de ordenación sanitaria de Catalunya.
22. DOGC. Decreto 37/2011, de 4 de Enero, de reestructuración del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.
23. DOGC. Decreto 5/2006, de 17 de Enero, por el que se regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras.
24. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Plan de Innovación de la Atención Primaria y Salud Comunitaria. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2390/piapisc11febrer2010.pdf>.
25. Joint Commission International. JCI Accreditation Standards for Primary Care Centers. Disponible en: <http://es.jointcommissioninternational.org/enes/Accreditation-Manuals/JCI-ACCREDITATION-STANDARDS-FOR-PRIMARY-CARE/476/>.
26. European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM. Disponible en: www.efqm.org.

Mejora de la gestión de los recursos humanos

1. Aliste JM, Avila A, Barranco S, del Castillo M, Cruz J, Rose ME, Morón E, et al. Anàlisi de les retribucions mèdiques. Comissió d'exercici de la professió mèdica. Departament de Salut. 2007, Barcelona.
2. Ruiz B. Sostenibilitat i progrés de la sanitat catalana. ESADE. Mayo 2011, Barcelona.
3. Fernández R, Pla de govern de la Generalitat de Catalunya 2011-2014, Pla d'acció del Departament de Salut 2011-2014. Sessions informatives, mayo 2011, Barcelona.
4. DOGC. Decreto 3/2010, de 29 de mayo, de mesures urgents de contenció de la despesa i en matèria fiscal per a la reducció del dèficit públic.
5. DOGC. Orden 40/2011, de 18 de febrero, de creació del Programa per a la simplificació de l'estructura de l'Administració Sanitària de la Generalitat de Catalunya i del sector públic de Salut vinculat.
6. Instrucció 4/2010 per l'aplicació de determinades mesures previstes en l'acord de govern de l'1 de juny de 2010, pel qual s'adopten les mesures complementàries a les previstes en el decret llei 3/2010, de 29 de maig, en matèria de despeses de personal en l'àmbit del sector públic de la Generalitat de Catalunya.
7. Acords de Govern 8 de febrero de 2011. Departament de Presidència. Generalitat de Catalunya



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

www.mspsi.es