

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2009 Cataluña



1 Introducción.

Cataluña fue la primera comunidad autónoma a la que se traspasaron las competencias en salud, en el año 1981. Con esta transferencia se asentaron las bases del llamado «modelo sanitario catalán». En ese momento, algunos de sus elementos significativos y diferenciadores eran la transformación de los hospitales comarcales (1979) y el primer Mapa sanitario de Cataluña, impulsado en 1980 y desplegado con el traspaso de competencias. El modelo sanitario catalán, que se acabó de definir con la Ley 15/1990 de ordenación sanitaria de Cataluña, es el resultado de una realidad histórica singular que ha permitido la consolidación de un sistema de financiación público 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, por sus siglas en catalán).

Tras casi 30 años de transferencia de las competencias podemos decir que la descentralización ha favorecido la proximidad de los servicios al ciudadano, la adaptación del sistema a la realidad local (marcada en la actualidad por grandes cambios demográficos, sociológicos y culturales), la mejora de la eficiencia y la eficacia, y la garantía de la equidad territorial e individual. Además, la descentralización sanitaria se ha convertido en el motor de las reformas sanitarias.

La Ley de ordenación sanitaria (LOSC) de 1990 formalizó la separación de las funciones de planificación, compra de servicios y provisión, permitiendo el desarrollo del actual sistema catalán de salud, que se organiza en torno a las siguientes instituciones y funciones:

- El **Departamento de Salud** es el encargado de definir la política sanitaria. A partir de las directrices establecidas por el Gobierno de la Generalitat en el Plan de gobierno, elabora las políticas de salud (Plan de salud, Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública y planes estratégicos) y también ejerce la función de financiación al asignar y priorizar el presupuesto que le ha sido concedido por el Gobierno de la Generalitat.
- El **Servicio Catalán de la Salud** actúa como una agencia aseguradora pública que garantiza la asistencia sanitaria integral de los ciudadanos a través de la contratación de servicios a una serie de proveedores de distinta naturaleza jurídica. Éstos, a su vez, son responsables ante el CatSalut y ante la sociedad de los servicios prestados, sin perjuicio de la gestión autónoma de los centros bajo criterios de complementariedad y eficiencia. El CatSalut orienta su tarea sanitaria desde la aproximación a la ciudadanía. Esto implica el despliegue de la estructura territorial en siete regiones sanitarias, delimitadas a partir de factores geográficos, socioeconómicos y demográficos y que cuentan con una dotación adecuada de recursos sanitarios de atención primaria y de atención especializada para atender las necesidades de la población.
- La función de provisión de servicios la ejercen los distintos proveedores que configuran la **red sanitaria de utilización pública (XSUP)**. Al tratarse de un modelo mixto, el modelo sanitario catalán integra en una sola red de uso público todos los recursos sanitarios, sean o no de titularidad pública, y recoge una tradición de entidades (mutuas, fundaciones, consorcios, organizaciones religiosas, etc.) históricamente dedicadas a la atención de la

salud, así como centros de propiedad pública en los que se hace una cesión de la gestión, por ejemplo, a una entidad de base asociativa (EBA) para que gestione un centro de atención primaria.

- En la presente legislatura el Gobierno de la Generalitat ha dado un importante paso para la modernización del proveedor público de referencia de la red asistencial catalana, con la aprobación de la Ley de reforma del **Instituto Catalán de la Salud (ICS)**, aprobada en julio de 2007. Con esta nueva ley se apuesta por una reforma asistencial y organizativa del ICS, que deja de ser exclusivamente una entidad gestora de la Seguridad Social y pasa a constituirse como empresa pública. Uno de los propósitos principales de la ley es la descentralización territorial de la institución, dando mayor autonomía de gestión a los centros y servicios para incrementar su efectividad.
- El Gobierno de la Generalitat de Cataluña ha asumido también, entre sus ejes de gobierno, la necesidad de compartir objetivos y estrategias en salud con el resto de administraciones locales que tienen competencias en esta materia, para articular mejor los servicios en el territorio, conseguir una atención integrada de salud e incrementar la participación de los ayuntamientos y los consejos comarcales en la toma de decisiones que afectan a la población. Con este objetivo nacieron los **gobiernos territoriales de salud (GTS)**, que se constituyen como consorcios entre el Gobierno de la Generalitat (Departamento de Salud) y los gobiernos locales, con la voluntad de compartir el gobierno del sistema de salud con los municipios, en su rol de administración más próxima a la ciudadanía.

Fruto de esta evolución, Cataluña dispone de un sistema sanitario de calidad, bien valorado por la ciudadanía y con unos resultados en salud y calidad de vida que se colocan entre los mejores de los países desarrollados.

No obstante, el Gobierno de la Generalitat, consciente de que existe una multiplicidad de variables cambiantes que impactan en el sistema sanitario y justifican la necesidad de reformas (cambios demográficos y culturales; cambios epidemiológicos y sociológicos; innovación tecnológica y farmacológica; sostenibilidad económica) apuesta por reforzar el sistema sanitario para evitar que se ponga en peligro la sostenibilidad de su calidad y equidad a medio o largo plazo. Por ello se establecen como prioridades la gobernanza del sistema sanitario, los profesionales y el profesionalismo, la ciudadanía, los modelos de provisión, la sostenibilidad financiera del sistema, y el sector salud como un sector económico estratégico.

2 Principales estrategias

2.1 Planificación

El **Plan de Salud de Cataluña** en el horizonte 2010 es el instrumento estratégico principal que integra y da coherencia a las políticas de salud del gobierno de la Generalitat. En el presente año, el Plan de Salud de Cataluña 2006-2010, que en relación con las ediciones anteriores presenta importantes cambios en el enfoque, los contenidos y el formato, se ha continuado implementando, a través de la operativización de los objetivos de salud y reducción de riesgo formulados. Así, se ha proporcionado un formato más ágil, interactivo y relacionado con otros documentos nacionales e internacionales, a través de la [web del Plan](#)¹.

También se han elaborado los planes de salud correspondientes a cada una de las siete regiones sanitarias, con propuestas y objetivos de carácter más operacional y a partir del análisis de situación del Plan de Salud, se han elaborado los informes de salud de cada Gobierno Territorial de Salud (GTS), de cara a orientar la elaboración de sus planes estratégicos plurianuales. Finalmente, la **Encuesta de Salud de Cataluña** (ESCA 2006), como elemento informativo poblacional de referencia, ha generado diversas actividades de análisis y propuestas específicas, particularmente en relación a la salud y la utilización de servicios por parte de las personas mayores y en relación a la población infantil. También se ha analizado y editado la información recogida en el Examen de Salud 2006, instrumento complementario de la Encuesta de Salud, dirigido a profundizar en el conocimiento del estado de salud de la población.

El **Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública de Cataluña**, aprobado por el Gobierno de la Generalitat de Cataluña el 20 de mayo de 2008, se ha consolidado durante el 2009 como instrumento de planificación en la toma de decisiones sobre el desarrollo y adecuación de los servicios en el territorio. Especialmente, a través de la aplicación de los criterios de planificación del Mapa en la valoración de nuevos proyectos de infraestructuras y la priorización de las actuaciones relacionadas con los escenarios y tendencias en el horizonte de 2015. Asimismo, se ha iniciado la elaboración de criterios de planificación en nuevos ámbitos de los servicios de salud, como son los servicios para la atención de la salud de la población penitenciaria –en colaboración con el Departamento de Justicia- la ordenación de la atención integral a los pacientes con enfermedades neurológicas que cursan con discapacidad o la atención en las unidades de curas intensivas.

El Gobierno de Cataluña fomenta el rol directivo del Plan de Salud y lo refuerza creando los Planes directores que se encargan de hacer operativas las políticas marcadas por el Plan de Salud, y los Planes estratégicos de ordenación de servicios que definen un modelo de organización de los servicios en base al modelo de atención.

¹ Plan de Salud de Cataluña (horizonte 2010). [http://www20.gencat.cat/portal/site/pla-salut?newLang=es_ES]

Plan Director de oncología

El Plan Director de oncología destaca, entre las líneas estratégicas que se han trabajado durante el año 2009, las siguientes:

Detección precoz

El programa de detección precoz del **cáncer de mama**, invita a todas las mujeres de 50 a 69 años para realizar una mamografía bienalmente. La cobertura del programa, incluyendo las mujeres que se realizaron la mamografía fuera del mismo y que lo declararon, llegó al 75,2%. El programa sirve para reducir las desigualdades socio-económicas en el acceso a la detección precoz.

El programa de detección precoz del **cáncer colorrectal**, ha empezado la extensión progresiva en todo el territorio, en hombres y mujeres entre 50 y 69 años alcanzando el 17% de la población catalana. Durante el mes de diciembre de 2009, empezó el cribado en la ciudad de Barcelona y consiste en realizar una prueba bienalmente para la detección de la sangre oculta en heces.

También se está trabajando para mejorar el cribado de **cáncer de cuello uterino**. Durante el año 2009, se realizaron más de 26.000 detecciones de VPH siguiendo las indicaciones del protocolo de prevención de este tumor.

Diagnóstico rápido

El programa desarrollado para los tumores de mama, pulmón y colorrectal, consiste en que, desde la sospecha fundamentada de cáncer al inicio del tratamiento transcurran aproximadamente 30 días, este tiempo contribuye significativamente a disminuir la incertidumbre de los pacientes. Su implementación ha significado una organización específica para estos casos y actualmente se está ampliando a los tumores de próstata y vejiga urinaria.

Equipos multidisciplinares

La atención oncológica cuenta con equipos multidisciplinares y redes hospitalarias para poder hacer un diagnóstico del cáncer lo más efectivo posible. En este sentido se están desarrollando varias estrategias que promuevan y mejoren la organización de estos entornos, con el fin de que la atención se lo más próxima posible a las necesidades y preferencias de los pacientes con cáncer.

Un aspecto fundamental ha sido la actualización en el 2009 de las oncogúías de cáncer de mama, colorrectal y pulmón, contando con la participación de más de 100 expertos de todas las especialidades implicadas. Se inició también la evaluación de la implantación y seguimiento de la oncogúía de cáncer de recto mediante auditoría clásica.

Registro de cáncer de Cataluña

Permite mejorar el conocimiento del impacto del cáncer en términos de incidencia, mortalidad y supervivencia, y al mismo tiempo, es el instrumento de evaluación de las

decisiones implementadas en la lucha contra el cáncer, como son: la detección y la atención oncológica.

Plan Director sociosanitario

El Plan Director sociosanitario ha priorizado en sus acciones para el año 2009 las iniciativas siguientes:

Línea estratégica de atención a las personas con Alzheimer y otras demencias

Se prioriza, en concordancia con los objetivos marcados por el “Plan de Salud, Horizonte 2010” en la atención de las personas afectadas de Alzheimer y otras demencias, la elaboración y posterior implementación del Plan de demencias de Cataluña (PlaDemCat). Este proyecto va dirigido a superar el reto que supone la demencia como problema de salud pública, sus características como enfermedad, la discapacidad, la dependencia, el impacto en la familia y la sociedad, etc., y se basa en la realidad actual, profesionales competentes del ámbito de las demencias con experiencia en la atención, la docencia, la investigación y la gestión de recursos, que se complementan con una potente sociedad civil organizada en federaciones y asociaciones de voluntarios y familiares que suman esfuerzos para el beneficio de las personas afectadas.

Línea estratégica de atención a las personas con enfermedad neurológica que puede cursar con discapacidad

En Cataluña, el aumento de la cronicidad de las enfermedades neurológicas que cursan con discapacidad y su epidemiología, conducen a reflexionar sobre el tratamiento que se les otorga desde los diferentes niveles asistenciales y en cada territorio concreto. El Plan director sociosanitario y el Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública, aúnan esfuerzos para elaborar el documento de Atención integral a las enfermedades neurológicas en Cataluña que recoge los aspectos clave de las enfermedades que precisan ser tratados en centros con competencia específica tanto por la sofisticación del tratamiento que conviene aplicar y seguir como por la complejidad de la sintomatología acompañante. Éstos son los llamados servicios de alta especialización.

Las entidades planificadoras y de ordenación de servicios utilizarán esta herramienta para distribuir y asignar a cada territorio de forma equitativa aquellos servicios que le han de corresponder. Es decir, se espera que una persona pueda ser diagnosticada y visitada regularmente tan cerca de su domicilio como sea posible, a la vez que el equipo de especialistas del territorio pueda acceder a un nivel mayor de experiencia.

Línea estratégica Atención al final de la vida

Una de las acciones más relevantes en el 2009 en la Línea de atención al final de la vida, incluida en el Plan director sociosanitario, fue la planificación e implantación de un equipo de soporte de cuidados paliativos en los hospitales de San Juan de Dios y Hospital Maternoinfantil de Valle de Hebrón. Este proyecto de soporte de cuidados paliativos pediátrico se crea con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población infantil y juvenil que se encuentra en la etapa de final de vida por una enfermedad, sea

cual sea la etiología de la misma, y crear el modelo de atención a este colectivo de población.

A su vez, el programa busca identificar y definir las características socioeconómicas, culturales, psicoemocionales, etc. de la población infantil y juvenil y de sus familiares para garantizar una atención integral, coordinada y continuada, tanto en el centro hospitalario, como en el domicilio y adaptada a sus necesidades.

Línea estratégica Atención a las personas mayores

El envejecimiento de la población provoca un aumento de la población con enfermedades crónicas, pluripatología y fragilidad, lo que implica una carga socioeconómica importante al sistema para dar respuesta a las necesidades que presenta este colectivo de población.

Se prioriza trabajar en la definición de una atención proactiva, preventiva e integral para conseguir un modelo eficiente que de cobertura a las necesidades de la población con patología crónica y complejidad asistencial.

Plan Director de salud mental y adicciones

El Plan Director de salud mental y adicciones quiere promover un modelo de atención orientado a las necesidades de los usuarios, con intervenciones más preventivas y proactivas, dando un enfoque comunitario en los servicios y en las prestaciones. A la vez que centra la organización, con el objetivo de que esta sea más eficiente, y basada en el sistema de atención integrado e integral con base territorial.

Algunas de las intervenciones desarrolladas el año 2009 van orientadas a la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales y adicciones, a través de actuaciones en ámbitos tanto sanitarios como no sanitarios:

- Programa “*salud y escuela*”, con consultas de enfermería en los centros de educación secundaria.
- Programa de lucha contra la depresión y prevención del suicidio (múltiples ámbitos).
- Programa de prevención de la depresión en el entorno laboral.
- Programa *Beveu Menys* de detección precoz e intervención breve en la atención primaria en el consumo de riesgo de alcohol y los problemas asociados.

Algunas *de estas actividades* son el resultado de la coordinación con proyectos internacionales de prevención y promoción *en salud mental*, como el proyecto europeo **IMHPA** (Implementing Mental Health Promotion Action) o el EAAD (European Alliance Against Depression).

También se destaca la línea de mejora de la capacidad resolutoria de la atención primaria de salud con la definición y despliegue de una cartera de servicios de salud mental y adicciones en la APS, que contempla:

- Promoción de la salud mental e intervenciones preventivas.
- Mejora de la oferta de atención: grupos psicoeducativos, orientación psicológica, atención a las familias.

- Atención a los problemas de salud orgánica de las personas con trastornos mentales graves.

Asimismo cabe destacar las intervenciones referentes a la atención a las urgencias psiquiátricas con equipos de soporte especializado a los Servicios de Emergencias Médicas y protocolo de colaboración con las fuerzas de seguridad.

También existen intervenciones para la atención especializada a la población infantil y juvenil, que incluye la atención a los adolescentes con problemas de consumo, atención a la población con trastornos mentales graves y el plan integral de atención al autismo. En cuanto a la atención especializada a la población adulta con trastornos mentales graves podemos incluir el programa de psicosis incipiente, el despliegue de servicios de rehabilitación comunitaria y el modelo integral de atención sanitaria y social.

Los planes de reordenación de patologías emergentes se centran en los trastornos del comportamiento alimentario, el juego patológico, los trastornos por déficit de atención e hiperactividad.

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 siguientes intervenciones:

Código infarto

El 1 de junio de 2009 se inició de forma coordinada en toda Cataluña la implementación del código infarto. Este hito tan importante ha sido posible gracias al esfuerzo y consenso alcanzado por parte de todos los agentes implicados, Departamento de la Salud y CatSalut, Sociedad Catalana de Cardiología y Servicio de Emergencias Médicas (SEM). El código infarto comprende la activación de una serie de dispositivos asistenciales que permiten la atención urgente en la fase aguda de la enfermedad cuando se sospecha que un paciente tiene un síndrome coronario agudo y es candidato a reperfusión 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 supuesto la duplicación del tratamiento con angioplastia primaria, durante el segundo semestre del 2009.

Código ictus

El código ictus pretende organizar la atención en la fase aguda de la enfermedad con un diseño territorial de 10 ámbitos, cada uno de los cuales tiene una red hospitalaria propia y flujos de derivación específicos para el traslado rápido de los pacientes candidatos. Este modelo funciona en el 100% del territorio catalán desde mayo del 2006. Se continúa incrementando el número de personas que se benefician del código ictus.

Paralelamente, el proyecto Teleictus, que se encuentra en funcionamiento desde enero de 2007, está contribuyendo a esta mejora de la atención neurológica de los pacientes que sufren ictus. Actualmente existen 5 hospitales comarcales conectados con los centros de referencia. Cabe mencionar que el proyecto impulsado por la Consejería de Salud y la Fundación i2CAT, fue galardonado el pasado mes de diciembre de 2008 con el Premio de la Calidad en la categoría “*Mejor práctica clínica*” otorgado por el Ministerio de Sanidad y Política Social. También cabe destacar en el ámbito de la prevención, 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 72 horas.

Plan Director de inmigración

El Plan Director de inmigración, dirigido a solventar las situaciones de desigualdad en el acceso al sistema de salud que sufren algunos colectivos provenientes de otros países y que pertenecen a grupos culturales diversos, ha puesto en marcha tres planes de acción destinados a desarrollar cada una de sus tres estrategias básicas de actuación: acogida, mediación intercultural y formación de profesionales.

El Plan de Acogida se ha orientado al desarrollo de materiales escritos y audiovisuales en 9 idiomas y a la creación de un sitio web sobre salud e inmigración.

En cuanto a la mediación intercultural, se elaboró un plan de formación específico que contara con la certificación del Instituto de Estudios de la Salud de Cataluña orientado, no solamente a las necesidades del sistema de salud y de sus profesionales, sino especialmente a las de los recientes llegados. Así mismo, el Departamento de Salud firmó un acuerdo formal con la Fundación “la Caixa” para financiar este proyecto que ha permitido capacitar adecuadamente a un centenar de profesionales en materia de mediación intercultural sanitaria, la mitad de los cuales no disponían de experiencia previa en esta materia. El Plan de Mediación también ha promovido el trabajo de salud comunitaria para mejorar la salud de nuestra población inmigrante y ha permitido extender una red de mediación homogénea en todo el territorio.

Finalmente, el Plan de Formación se ha centrado en proporcionar a los profesionales de salud los conocimientos y habilidades necesarios para alcanzar un grado de competencia intercultural que asegure en todo el momento la calidad de atención durante el proceso asistencial. Este Plan, conducido a través del IES, no se basa exclusivamente en una oferta de contenidos teóricos, sino que cuenta con una clara vocación práctica orientada a proporcionar habilidades, aptitudes y recursos técnicos y metodológicos.

Plan Director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor

El Plan Director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor se creó en el 2008 consta de tres ámbitos de actuación. En el ámbito territorial, enmarcado en los Gobiernos Territoriales de Salud, se definirán los objetivos que tendrán que ser compartidos entre los diferentes niveles asistenciales y especialidades, así como entre los distintos proveedores. También se define a nivel territorial la figura de coordinador asistencial para las enfermedades del aparato locomotor, responsable de liderar el cambio de modelo. En el ámbito de Atención Primaria se establecen mecanismos para mejorar su capacidad resolutoria, a través de la formación de los profesionales, de la implicación de las enfermeras y del soporte de fisioterapeutas a los equipos de atención primaria. Para mejorar la coordinación y la eficiencia de los servicios especializados de ámbito hospitalario se propone la creación de Unidades Funcionales de Aparato locomotor, que integran funcionalmente las especialidades de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Reumatología, Medicina Física y Rehabilitación así como los

profesionales de las Unidades del Dolor, que se organizan para ofrecer una asistencia coordinada y basada en la gestión de los principales procesos prevalentes.

En paralelo a la elaboración del modelo asistencial se han definido unas líneas estratégicas basadas en procesos prevalentes que, a través de grupos de trabajo de expertos, han propuesto mejoras específicas enmarcadas en los objetivos generales. Las líneas escogidas han sido; lumbalgia, osteoporosis, artrosis, artritis crónicas, hombro doloroso y fibromialgia.

Plan Director de enfermedades del aparato respiratorio

Durante el 2009, se creó el Plan Director de enfermedades del aparato respiratorio, cumpliendo así con uno de los objetivos marcados por el Plan de Salud de Cataluña para el horizonte 2010. Hasta el momento se han elaborado 2 encuestas para estudiar la práctica de la función pulmonar en la red de hospitales públicos de Cataluña, así como en la Atención Primaria, y se han constituido los grupos de trabajo para elaborar recomendaciones sobre el diagnóstico estructurado del asma infantil, del adulto así como del seguimiento de estos pacientes. Se ha constituido también el grupo de trabajo que estudiará la agudización grave de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), y que realizará una propuesta sobre modelo asistencial integrado para pacientes con esta enfermedad.

Desde el 2004, el Departamento de Salud ha definido una serie de planes de ordenación de servicios sobre ámbitos estratégicos de cambio. Estos planes se elaboran para mejorar el modelo de atención en base a criterios de equidad, calidad y eficiencia en determinados tipos de servicios donde se habían identificado problemas que requieren de una ordenación específica. Durante el 2009 se ha impulsado la implantación territorial de los planes de ordenación y el seguimiento de los procesos de cambio iniciados.

Planes estratégicos

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 desarrolla un modelo organizativo basado en la constitución de equipos territoriales de pediatría configurados por profesionales de los equipos de atención primaria y en coordinación con los de los de la atención hospitalaria.

Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico

El Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico fue presentado al conjunto del sector el 2009 y se publicó el decreto que regula los requisitos tecnicosanitarios para la autorización sanitaria de centros y unidades de diálisis, para garantizar un alto nivel de calidad. Así mismo se encuentra en fase de tramitación el decreto que establece los niveles asistenciales y los estándares de calidad para los servicios en el ámbito del sistema público de salud.

Plan estratégico de ordenación de la atención especializada ambulatoria

El Plan estratégico de ordenación de la atención especializada ambulatoria es la base, junto con el Plan de innovación de atención primaria y salud comunitaria, para conseguir una mejor resolución, accesibilidad y equidad a los servicios de atención especializada.

Plan estratégico de ordenación de la atención maternoinfantil y de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR)

El Plan estratégico de ordenación de la atención maternoinfantil y de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) está en proceso de implantación progresiva del nuevo modelo territorial, en los 46 territorios de referencia de las unidades ASSIR y en los 43 hospitales maternoinfantiles. Así mismo, está en fase de implantación la nueva cartera de servicios definida de acuerdo con el marco estratégico del plan.

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

Durante el 2009 se ha preparado el Plan estratégico de ordenación de la atención del paciente politraumático y traumático grave, con la definición de perfil de pacientes y de niveles asistenciales, así como las variables del registro de información de pacientes.

Plan de Innovación de Atención Primaria y Salud comunitaria

Cabe resaltar la aprobación del Plan de Innovación de Atención Primaria y Salud comunitaria en octubre del 2009 que pretende la mejora de los servicios a través de la introducción de prácticas innovadoras, la atención integrada, especialmente para el segmento de población de pacientes crónicos complejos, e impulsa el trabajo en red, descentralizado y con alto impacto territorial. Los objetivos propuestos por el Plan para los próximos años apoyan el avance de la atención integrada en la comunidad, el desarrollo competencial de todos los profesionales, la acreditación de los centros de atención primaria como estrategia de calidad, la compra de servicios en base poblacional y la evaluación cuantitativa y cualitativa de los servicios.

2.2 Nuevas tecnologías y *eHealth*

El Plan estratégico SITIC 2008-2011

El objetivo de este plan es el de incorporar y desarrollar los sistemas de información y las tecnologías de la información y las comunicaciones para la prestación de servicios sanitarios. Entre los avances más relevantes conseguidos durante el 2009, cabe destacar que la receta electrónica ha sido casi totalmente desplegada en el territorio catalán. A finales de 2009 se habían dispensado más de 12 millones de recetas electrónicas. En este mismo período, la Historia Clínica Compartida de Cataluña poseía datos de cerca de 7 millones de ciudadanos y contaba con casi 12 millones de informes publicados, siendo

posible su consulta en 56 hospitales y centros de atención primaria. La telemedicina y la teleasistencia han seguido implantándose a través de proyectos como el TeleIctus, u otros relacionados en ámbitos como la teledermatología, telectrocardiograma, teleoftalmología y telediabetes. Finalmente, se ha realizado un estudio de usabilidad sobre la Carpeta Personal de Salud, espacio digital donde los ciudadanos consultarán sus datos e información sanitaria personal, cuya previsión de despliegue se ha establecido para el segundo trimestre de 2010.

Programa de desarrollo del diagnóstico por la imagen

El Programa de Desarrollo del Diagnóstico por la Imagen, creado el 2008, ha elaborado recomendaciones y guías técnicas que facilitan la coordinación entre profesionales y la compartición de pruebas, evitando las duplicidades y aprovechando el fuerte impulso de la digitalización de la imagen médica. Se han priorizado las recomendaciones para evitar pruebas innecesarias, como sería el caso de la radiografía de tórax preoperatoria de rutina, y para potenciar el uso apropiado en ámbitos de prioridad de política sanitaria como sería la atención a las enfermedades del aparato locomotor.

El Plan para la Digitalización de la Imagen Médica ha provisto de equipamientos a 12 proyectos, 24 hospitales y 39 centros de atención primaria, gracias a un convenio firmado por el Departamento de Salud y la entidad Red.es, en el marco del Plan Avanza. Ha puesto en marcha el Repositorio Central de la Imagen Médica que almacena ya las imágenes de los centros sanitarios de la red pública para que posteriormente puedan ser consultados a través de la Historia Clínica Compartida y prevé haber digitalizado el 100% de las imágenes radiológicas en el 2010.

2.3 La reforma de la Salud Pública de Cataluña

Asimismo, en la presente legislatura el Gobierno ha dado un importante paso para la modernización de la salud pública, a través de la aprobación, en octubre de 2009, de la **Ley de Salud Pública de Cataluña**. Esta ley supone un paso claramente innovador en España y a nivel internacional, en 4 aspectos fundamentales: a) refuerza el peso estratégico de las políticas de salud pública, muy especialmente a través de la formulación del Plan de Salud Pública Interdepartamental, con el objeto de propiciar la salud en todas las políticas públicas, así como a través de la creación de la Secretaria sectorial de salud pública; b) determina las prestaciones en materia de promoción y protección de la salud y de prevención de la enfermedad a las que tiene derecho todo ciudadano; c) formula una profunda reforma organizativa, a través de la creación de la Agencia de Salud Pública de Cataluña, y d) armoniza las funciones de la salud pública dentro del modelo sanitario catalán, dándole mayor coherencia.

La ley de Salud Pública se erige en un instrumento vertebrador de una auténtica acción pública en contra de las desigualdades de salud, la mayoría de las cuales provienen de factores ajenos al sistema sanitario, contribuyendo a fortalecer los recursos físicos, mentales y sociales individuales y colectivos para potenciar la salud, y a la vez, reducir los riesgos para la salud, tanto ambientales como sociales y de estilos de vida.

La reforma se concreta así mismo con el **Despliegue de la Agencia de Protección de la Salud**, una vez se complete el proceso de despliegue descentralizado de la Agencia de Protección de la Salud, con 7 servicios regionales, 20 equipos territoriales y más de 1.600 profesionales distribuidos en sectores sanitarios. Y también con **Programas de acción comunitaria**, como el Programa Salud en los Barrios (“*Salut als Barris*”); Programa de Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Saludable (PAAS); Programa de Prescripción de la Actividad Física y el Deporte desde la Atención Primaria (PAFES)

2.4 Estrategia para la Seguridad de los pacientes en Cataluña.

La Alianza para la Seguridad de los Pacientes en Cataluña es una iniciativa impulsada desde el Departamento de Salud de la Generalitat desde el año 2005 para establecer una red de grupos de interés que se impliquen en la promoción de la seguridad y en la integración de ideas que potencien la concienciación y su abordaje (Departamento de Salud, Instituto Catalán de la Salud, Consorcio Hospitalario de Cataluña, Unión Catalana de Hospitales, Agrupación Catalana de Establecimientos Sanitarios e Instituto Avedis Donabedian).

En el marco de esta Alianza, el Departamento de Salud impulsa también la colaboración de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y Baleares. Esta colaboración se ha materializado en la realización de diferentes proyectos y en la participación de la mayoría de sus sociedades científicas.

En 2009 se ha creado, por parte del Departamento de Salud, el Servicio de Promoción de la Seguridad del y la Paciente para llevar a cabo los objetivos citados. Este Servicio, se estructura en dos unidades funcionales: una Unidad Funcional de Seguridad del Paciente, con funciones de desarrollo de estrategias y realización de trabajo de campo (como por ejemplo auditorías de seguimiento de proyectos) y la segunda Unidad Funcional de Evaluación e Investigación en Calidad Asistencial, que tiene entre sus funciones, la elaboración del cuadro de mando en seguridad del paciente, así como del mapa de riesgos, el diseño de instrumentos de medida en Seguridad, el benchmarking, la evaluación de los proyectos propuestos y desarrollados, la web de Seguridad de los Pacientes y el desarrollo del programa anual de formación continuada en Seguridad.

Actualmente, hay diversos proyectos puestos en marcha en Seguridad de los Pacientes en los que participan, aproximadamente, 100 centros de diferentes ámbitos y más de 700 profesionales. Destacan:

- Prevención de la infección nosocomial hospitalaria a través de estrategias de higiene de manos.
- Identificación inequívoca de pacientes.
- Bacteriemia Cero asociada a catéteres en las UCI y fuera de las UCI.
- Prácticas seguras en la prevención de caídas de pacientes.
- Prevención de la infección quirúrgica.
- Prevención de incidentes en cirugía (procedimiento correcto en el sitio correcto).
- Prácticas seguras en la evaluación anestésica preoperatoria.
- Promoción de la instauración de programas de conciliación de la medicación en pacientes hospitalizados.

- Uso de herramientas de apoyo a la prescripción segura de medicamentos.

Además de estos proyectos, hay un abordaje integral de la Seguridad en los centros hospitalarios que consiste en el diseño, evaluación y mejora de pautas de buena gestión de seguridad en diversas áreas clínicas, como son Urgencias, Área Quirúrgica, UCI y Unidad de Hospitalización. Durante el año 2010 se pretende extender esta estrategia a la Atención Primaria de la Salud y a los centros de salud mental y socio-sanitarios.

2.5 Uso seguro de los medicamentos

De acuerdo con las previsiones del Plan de Salud de Cataluña, se han intensificado las actuaciones dirigidas a reducir la morbilidad derivada de la utilización de los medicamentos. Así, durante el año 2009 se han intensificado, entre otras, 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 Cataluña (CedimCat).
- La consolidación de CedimCat como centro de referencia para información de medicamentos dirigida a los profesionales sanitarios, a través de su CIM virtual, constituido por una red de centros de información de medicamentos especializados en diversas áreas.
- Programa de formación sobre el uso correcto de los medicamentos dirigido a la población de edad avanzada. De esta manera se consigue mejorar el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos, la efectividad de los medicamentos y prevenir errores de medicación en este colectivo de pacientes.
- 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.
- Desarrollo de herramientas de soporte a la prescripción, integradas en la estación clínica de trabajo electrónica. Especialmente el self-audit: innovadora herramienta de soporte a la revisión sistemática de la medicación, que permite detectar y gestionar el cambio de tratamientos farmacológicos redundantes, interacciones farmacológicas o fármacos desaconsejados en pacientes de edad avanzada, entre otras situaciones.

3 Contratos de gestión

El modelo sanitario catalán se caracteriza por la creación de redes asistenciales de proveedores donde la sociedad civil tiene un papel muy activo y dónde la titularidad de los centros no es exclusiva de la administración sanitaria. La creación de las redes se basa en el uso de los recursos existentes en el momento en que la Generalitat de Cataluña asume competencias en salud. La creación de redes, en especial la hospitalaria, Xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP), implica la necesidad de establecer relaciones formales entre el financiador y el proveedor de servicios asistenciales, esto implica una incorporación de instrumentos de evaluación de la actividad para dar soporte a modelos de pago progresivamente más evolucionados.

El modelo de pago es fundamental para la sostenibilidad de cualquier sistema sanitario, es un instrumento que permite mejorar la eficiencia de las redes de proveedores, incorporar el Plan de salud como un elemento de evaluación en el contrato, consolidar al modelo de separación de la función de financiación de la función de provisión, mejorar los sistemas de información y hacer una compra de servicios prospectiva que incentive el desarrollo de nuevas líneas de productos.

En Cataluña hemos ido pasando del pago por presupuesto al pago por acto asistencial, después hemos tenido en cuenta la complejidad del acto y, al final, hemos llegado al pago en base poblacional.

Con el pago en base poblacional se ha querido llegar a un modelo de asignación territorial que garantice el abordaje integral de las necesidades asistenciales de la población basándose en la complementariedad de los recursos del territorio, garantizando la equidad y la eficiencia a través de la coordinación entre los niveles asistenciales y favoreciendo las sinergias entre los proveedores.

El modelo sanitario catalán ha ido evolucionado, pues, para dar respuesta a los nuevos retos asistenciales en un entorno de crecimiento del gasto sanitario. El papel de las empresas publicas y los consorcios han ido creciendo por voluntad de potenciar la autonomía de acción, hecho que se traduce en la cesión a estas entidades de edificios de la Generalitat de Cataluña que de otra manera gestionaría el Insitut Català de la Salut.

3.1 El contrato y convenio como instrumentos de gestión

El Servei Català de la Salut, como instancia de aseguradora pública y de compra de servicios sanitarios, dispone de un instrumento básico de relación con las entidades de proveedores, el contrato de servicios, que permite explicitar y priorizar, en el proceso de la compra de servicios, unos objetivos asistenciales coherentes con las líneas generales establecidas de planificación sanitaria por el Departament de Salut y adecuadas a las realidades específicas de la población y de los servicios de los diferentes territorios.

De esta manera, a través de los contratos, el Servei Català de la Salut define el modo en qué se deben prestar los servicios, operativizar los objetivos del Plan de salud y los planes directores y explicita el reconocimiento de la cartera de servicios, garantizando su cumplimiento.

Las entidades proveedoras, por su parte, a través de esta relación contractual asumen explícitamente el compromiso de ofertar a los ciudadanos una atención sanitaria de calidad de acuerdo a unos criterios definidos.

Actualmente, en el marco de la normativa vigente, los contratos y convenios se establecen entre el CatSalut y cada una de las entidades proveedoras con clausulado individual a cada una de las unidades proveedoras.

Los contratos y los convenios incluyen un apartado, la cláusula que regula la parte variable del pago, que constituye la máxima expresión de la priorización que se realiza anualmente, en el marco de la operativización de los objetivos de planificación sanitaria.

En esta cláusula, se formulan los objetivos contractuales que se vinculan al pago de la parte variable, desde una doble perspectiva:

- objetivos comunes a todas las unidades proveedoras de una misma línea contractual, definidos con criterios de homogeneidad para el conjunto del territorio, al cumplimiento de los cuales se vincula actualmente el pago del 60% del importe de la parte variable (del 50% en el caso de la atención especializada);
- objetivos específicos de las regiones sanitarias, de acuerdo con las peculiaridades y necesidades de priorización de cada territorio y/o unidad proveedora, al cumplimiento de los cuales se vincula el pago del 40% del importe de la parte variable (del 50% en el caso de la atención especializada)
- la evolución experimentada los últimos años en la distribución de la parte variable entre objetivos comunes y específicos, en el sentido de incrementar el porcentaje de la parte variable que se vincula a la realización de estos últimos, refleja la voluntad de aumentar el margen de gestión de la parte variable per parte de las regiones sanitarias, atendida la necesidad de singularizar a nivel territorial y a nivel de unidades proveedoras la formulación y la priorización de objetivos.

Por otra parte, se aplica a los dos grupos de objetivos (comunes y específicos) i en todas las líneas asistenciales y contractuales el criterio de qué corresponde a las regiones sanitarias establecer el nivel de consecución de cada objetivo por cada unidad proveedora.

Así mismo, les corresponde determinar los criterios de ponderación económica (de definición del peso económico de consecución de cada uno de los objetivos) que se ajusten mejor a sus necesidades de priorización, todo y respetando el criterio de que la asignación a cada objetivo no podrá ser inferior al 4% ni superior al 20% del conjunto de la parte variable.

En este contexto contractual y de forma paralela, se ha desarrollado en los últimos años la prueba piloto de compra de servicios en base poblacional, que ha supuesto un esfuerzo importante para hacer compatibles las dos modalidades de compra de servicios: por unidad proveedora, con el soporte jurídico de los contratos y convenios, y por ámbito territorial, sin una correspondencia equivalente en términos de contratación y que se ha limitado a la firma de convenios, la resolución de los cuáles ha interferido notoriamente en el carácter realmente variable del pago.

Esta arquitectura contractual tiene pendiente el reto de profundizar en los aspectos relacionados con el pago variable, en el sentido de que se incrementó su volumen en relación con el pago total, para que sea realmente variable y tenga un carácter incentivador y no solo penalizador.

3.2 Evaluación de la compra de servicios

Por lo que respecta a la responsabilidad del CatSalut en relación a la evaluación de la compra de servicios, es necesario tener en cuenta la existencia de una doble perspectiva:

- la evaluación de los contratos: valorar la consecución de los objetivos contractuales desde el punto de vista del proceso de la compra de servicios
- la evaluación de los servicios: valorar la calidad de los servicios sanitarios y su adecuación a los criterios de planificación sanitaria adoptados, desde el punto de vista de los resultados de la compra de servicios.

La evaluación de la compra de servicios esta actualmente centrada de manera casi exclusiva en la evaluación de los contratos y, en concreto, del grado de consecución de los objetivos que están vinculados a la parte variable del pago.

En primera instancia, la evaluación de los objetivos contractuales se realiza a nivel particular, para cada contrato y unidad proveedora:

- Permite valorar el grado de cumplimiento de los compromisos contractuales adquiridos por parte de las entidades proveedoras.
- Permite liquidar la parte variable del pago en las relaciones contractuales donde existe transferencia económica directamente vinculada al contrato.

Así mismo, la evaluación de los objetivos contractuales es una pieza fundamental de la planificación sanitaria en el ámbito de la compra de servicios porque facilita anualmente la reprogramación (reorientación y priorización de la formulación de objetivos):

- Desde el punto de vista de la fijación de los grados de consecución de cada unidad proveedora, permite establecerlos de una manera realista para cada una de ellas, de acuerdo con las posibilidades reales y actúen así efectivamente como un instrumento de mejora.
- Desde un punto de vista general, permite valorar la conveniencia o no de mantener en el contrato determinados objetivos de un año para a otro, en función de los resultados o bien de substituirlos cuando su consecución sea suficientemente satisfactoria o varíen las prioridades.

Los indicadores que se utilizan para evaluar la consecución de los objetivos pueden proporcionar, también, información orientativa en relación a la situación y resultados obtenidos por los diferentes servicios contratados en relación a los aspectos diversos del proceso asistencial. Pero no están diseñados para abastecer por sí mismos un sistema de información, ni agotan las posibilidades de la evaluación de servicios.

Finalmente, corresponde al Departament de Salut la valoración de la mejora de la salud de los ciudadanos, así como los resultados de la evaluación de la compra de servicios, que proporciona argumentos para el establecimiento o modificación de objetivos generales de la política sanitaria.

4 Otras formas de gestión del Servei Català de la Salut

- **Empresas Públicas:** 9 mediante convenio o encomienda de gestión (medios propios) en el marco de la ley de contratos del sector público. El personal al servicio de las empresas públicas puede ser laboral, estatutario y funcionario. La asignación económica en el año 2009 ha sido de 3.182.638.336,23€.
- **Consortios:** 13 mediante convenio o encomienda de gestión (medios propios) en el marco de la ley de contratos del sector público. El personal al servicio de los consorcios es laboral, estatutario i funcionario. La asignación económica en el año 2009 ha sido de 1.154.423.985,04€.
- **Instituciones públicas:** 525 mediante convenio o contrato de gestión de servicios públicos en el marco de la ley de contratos del sector público. El personal al servicio de las instituciones públicas es laboral y funcionario. La asignación económica en el año 2009 ha sido de 723.761.782,56€.
- **Instituciones religiosas:** 14 mediante contrato de gestión de servicios públicos en el marco de la ley de contratos del sector público. El personal al servicio de estas instituciones es laboral. La asignación económica ha sido de 290.253.835,92€.
- **Otras instituciones:** 196 mediante contrato de gestión de servicios públicos en el marco de la ley de contratos del sector público. El personal en el resto de instituciones es laboral. La asignación económica ha sido de 1.623.263.666,98€.

4.1 Sistema de pago por líneas de servicios

El modelo catalán funciona por líneas de servicios asistenciales:

Parámetro de compra de la línea de servicios hospitalaria

A fin de fijar el volumen con las necesidades detectadas, el Servei Català de la Salut, contrata un número determinado de altas que incluyen la alta convencional y la cirugía mayor ambulatoria; siendo la alta convencional el conjunto de actividades y procedimientos que se hacen a un paciente ingresado durante un periodo continuado superior o igual al de una estancia, siempre que este conjunto de actividades y procedimientos no se incluyen en otras líneas de actividad a causa de la complejidad o especificidad que presentan (como los comprendidos en la línea de técnicas, tratamientos y procedimientos específicos), o bien porque sea una actividad reconocida como un programa con interés sanitario especial por parte del Departament de Salut.

Por otra parte, la cirugía mayor ambulatoria es el procedimiento quirúrgico de complejidad media o alta practicado con anestesia, que a pesar de requerir hospitalización convencional necesita un período de observación y control poco

intensivo y de corta duración y que, en algunos casos, puede requerir seguimiento y control domiciliario.

El concepto de alta hospitalaria comprende todos los actos médicos, las pruebas diagnósticas, las exploraciones complementarias, los procedimientos terapéuticos y la medicación necesarios para una asistencia adecuada siempre que corresponda a su nivel asistencial, independientemente que sean prestados en el mismo centro o por otros proveedores. También incluye todo tipo de material utilizado y las prótesis para las intervenciones de cataratas. Únicamente quedan excluidas el resto de prótesis fijas no recuperables y el material de osteosíntesis.

Parámetro de la compra de los servicios de actividad ambulatoria en consulta externa

Debido a la falta de información no es posible el pago por proceso de la línea de servicios ambulatoria. Se redefinieron los conceptos de primera visita y tasa de reiteración.

La compra de servicios de consultas externas se basa en la contratación de primeras visitas moduladas de acuerdo con las necesidades del área de influencia del hospital.

Las definiciones de los parámetros de compra de consulta externa tienden hacia un concepto clínico, teniendo en cuenta los siguientes conceptos:

- Como regla general, todos los procesos de consulta externa generan como mínimo una primera visita.
- La alta clínica es el parámetro que determina el final del proceso ambulatorio.
- El modelo de pago introduce dos conceptos importantes: la interconsulta, que permite fijar el cambio de responsabilidades, y la primera visita preoperatoria anestésica.

Otras líneas de atención

El sistema de pago no ha evolucionado al mismo ritmo que el de la atención hospitalaria, básicamente por las dificultades de desarrollar un sistema de información que fuera sólido. Cada una de las líneas de atención restantes tiene peculiaridades que hacen difícil cuantificarlas o parametrizarlas.

Como ejemplo, en el ámbito de la atención de salud mental, a parte de la actividad de ingreso, de consulta externa y de urgencia, de acuerdo a las directrices del Departament de Salut se impulsaron un gran número de proyectos destinados a colectivos específicos o a diversos tramos de la población que han generado una gran cantidad de programas muy bien diferenciados. En el ámbito de la atención socio sanitaria, la parametrización es más difícil porque la intensidad de las curas es variable durante la estancia del paciente, ya que hay perfiles de pacientes difícilmente comparables (pacientes paliativos y pacientes en régimen de convalecencia, por ejemplo).

Y en el ámbito de la atención primaria de salud, la ratio entre el tiempo necesario para generar la información asistencial y el tiempo utilizado en la atención propiamente

dicha es desproporcionadamente alta. A medida que se incorporan o se amplíen las funciones de los profesionales desproporcionadamente alto. A medida que se incorporen o se amplíen las funciones de los profesionales, esta diferencia todavía no es evidente.

5 Buenas prácticas

5.1 Enfermera gestora de casos en la atención oncológica multidisciplinar

La atención oncológica requiere de la intervención de diversas disciplinas y profesionales y de todos los niveles asistenciales, lo cual precisa de una organización específica para una respuesta lo más efectiva posible. En este sentido, es de relevancia aquellos puntos críticos del mismo que se determinan en base a la complejidad organizativa y a la vulnerabilidad del paciente. La fase de diagnóstico y tratamiento se identifica como una de las más complejas; de hecho existe evidencia científica que muestra que un paciente tratado en un entorno multidisciplinar y que utiliza la evidencia científica (guías de práctica clínica o protocolos) para establecer la decisión clínica sobre el tratamiento tiene influencia en la supervivencia. Por otra parte el despliegue del plan de tratamiento requiere de la combinación de diversas terapias y, por tanto, diversos servicios en incluso centros asistenciales. A ello debemos añadir las situaciones de salud que experimenta el paciente con relación al cáncer y los efectos de los tratamientos a lo largo de esta etapa del proceso asistencial oncológico.

En este entorno identificamos como buena práctica la introducción de la enfermera gestora de casos en los Comités de Tumores o Unidades Funcionales, como miembro del equipo multidisciplinar con los objetivos principales de coordinar el desarrollo del plan terapéutico planteado y cuidar al paciente a lo largo del mismo.

Como funciones principales:

- Participa del Comité de Tumores o Unidad Funcional.
- Complementa la información al paciente con relación al despliegue del plan terapéutico.
- Conduce al paciente a lo largo del mismo. Utiliza la gestión de casos para solventar barreras organizacionales que dificulten el desarrollo del plan terapéutico planificado. Identifica si estas dificultades son de contingencia o problemas ya consolidados; en ese caso lo comunicaría para su solución definitiva.
- Proporciona educación sanitaria al paciente sobre los efectos secundarios de los tratamientos para prevenir situaciones evitables.
- Deriva al paciente a los servicios sanitarios necesarios de acuerdo a su situación clínica y de forma coordinada con el equipo.
- Dispone de un teléfono móvil para el paciente disponible en el horario laboral.
- Es referente para el paciente y para el quipo multidisciplinar con relación al despliegue del plan terapéutico.

5.2 Modelo de acreditación de centros hospitalarios de atención aguda de Cataluña

Se utiliza la acreditación como elemento estratégico que incide directamente en la mejora continua de la calidad de las instituciones sanitarias.

En enero 2006 se inicia un modelo de acreditación (autoevaluación, auditoría externa y evaluación por parte de comité de expertos) adaptado a las tendencias innovadoras de gestión de la calidad a nivel europeo: 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 de 2009 un total de 83 de los 113 hospitales (73,5%) existentes en Cataluña. 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 en los profesionales de la salud. Es importante remarcar que la acreditación es una condición necesaria para que el CatSalud contrate los servicios de un centro sanitario.

Además, en 2009 se ha iniciado la elaboración de los estándares de calidad que servirán para la acreditación de las líneas de servicios de atención a la salud mental, sociosanitarios y atención primaria.

5.3 Equipo de soporte específico de cuidados paliativos infantil

La atención paliativa a la población infantil, especialmente en el domicilio, es una tarea sanitaria pendiente. Es necesario disponer de profesionales expertos en cuidados paliativos pediátricos para ofrecer una atención de calidad en este ámbito con necesidades tan específicas.

Para ello, se han implementado dos equipos específicos de cuidados paliativos, formados por médico y enfermera, en los hospitales de San Juan de Dios y el Materno infantil de Valle de Hebrón. Estos equipos paliativos infantiles, con el soporte necesario de otros recursos, desarrollan actividad asistencial, docente, de investigación y otros tipos de actividades complementarias desde mayo de 2009.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

www.mpsi.es