



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

ÍNDEX

INTRODUCCIÓ	4
1. RESUM EXECUTIU	9
2. JUSTIFICACIÓ	15
3. ANÀLISI DE SITUACIÓ	20
4. EIXOS PER A LA INNOVACIÓ	37
4.1 PERSONES: EL PLA, ELS CIUTADANS I ELS PROFESSIONALS	40
Ciutadans	40
Professionals	47
4.2 RECURSOS	58
El Pla i la Xarxa Comunitària de Salut (XCS)	58
4.3 INSTRUMENTS	69
Finançament, compra i contractació	69
Pacte d'accessibilitat i resolució	69
Noves tecnologies (TIC) al servei de l'agilitat i la cooperació	72
Sistema d'avaluació i rendició de comptes	74
5. EL PROCÉS D'ELABORACIÓ I IMPLANTACIÓ	75
6. METODOLOGIA D'ELABORACIÓ DEL PLA	80
7. ORGANISMES I GRUPS DE TREBALL DEL PLA D'INNOVACIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I SALUT COMUNITÀRIA	83

**La salut és aquella manera de viure que és
autònoma, solidària i joiosa.**

(Xè Congrés de metges i biòlegs en llengua catalana)

Perpignan 1976

INTRODUCCIÓ

El model sanitari català, d'accés universal en l'assistència, ha tingut històricament unes característiques diferenciadores que alhora li han atorgat una personalitat pròpia: la proximitat dels serveis a la ciutadania, la participació de la societat civil i el municipalisme en moltes institucions sanitàries, la tradició mutualista i la diversificació en la provisió de serveis.

Catalunya disposa d'un sistema sanitari de qualitat, ben valorat per la ciutadania i amb uns resultats en salut i qualitat de vida que es col·loquen entre els més elevats dels països desenvolupats. En els darrers anys el Govern de la Generalitat ha fet un esforç considerable a nivell pressupostari, inversor, planificador i assistencial amb l'objectiu de mantenir els elevats nivells de satisfacció ciutadana i qualitat sanitària.

Malgrat tot, el nostre sistema sanitari ha de fer front a un conjunt de reptes que ens obliguen a vetllar per la seva sostenibilitat, en termes de qualitat i equitat, a mig i llarg termini. La multiplicitat de variables canviants, com ara l'augment constant de la demanda, la ràpida i continuada innovació tecnològica i farmacològica, la necessitat d'articular incentius per als professionals, la necessitat de formació continuada, l'envelliment de la població, la immigració, els moviments de població de les grans ciutats cap a les seves àrees perifèriques, el creixement demogràfic i la necessitat creixent de dedicar-hi els recursos econòmics suficients són alguns dels factors més rellevants a prendre en consideració.

La ferma voluntat política de mantenir la qualitat i equitat del nostre sistema de salut és la que motiva la necessitat d'establir les bases d'un acord social i polític per la seva modernització. L'aposta per la reforma està indefectiblement vinculada a la voluntat de mantenir un sistema de salut basat en la col·laboració de tots els agents que hi participen, transversal en el marc de les polítiques públiques, transparent, centrat en les persones, les famílies i les comunitats, orientat a l'excel·lència, equitatiu a nivell individual i territorial, així com compromès amb els professionals com a principals actius del sistema.

S'ha d'evolucionar cap un nou concepte de salut i d'atenció sanitària emmarcat en els valors de l'autonomia personal, les xarxes comunitàries, la solidaritat, l'equitat i el reconeixement de la diversitat dels determinants de la salut, que incorpora la salut

pública com a eix fonamental per promoure i protegir la salut i prevenir la malaltia. Amb un model de provisió que estimuli la qualitat, l'eficiència i la transparència mitjançant la cooperació i les sinergies del treball en xarxa territorial a partir de les premisses bàsiques d'establir l'atenció primària i comunitària com a eix vertebrador d'una atenció integral, integrada, equitativa i d'excel·lència.

El Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària cal situar-lo com un element més en aquest context de canvi i modernització que necessita el conjunt de serveis sanitaris i sociosanitaris que reben els ciutadans.

El sistema sanitari català des del seu inici s'ha caracteritzat per la seva especificitat i dinamisme. Durant els anys 80 es va dissenyar el primer Mapa Sanitari, va iniciar-se la reforma de l'atenció primària i va veure la llum la Llei General de Sanitat. La dècada dels 90 es va caracteritzar pel desenvolupament de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya amb la creació del Servei Català de la Salut i la separació del finançament, la compra i la provisió de serveis sanitaris. És també en aquesta dècada que s'inicia un procés robust de planificació en salut (Plans de Salut) i es crea la xarxa de responsabilitat pública d'hospitalització i les xarxes sociosanitària i de salut mental. L'any 2002 s'inicia la prova pilot de l'assignació territorial de recursos com a resposta als reptes de la sostenibilitat del sistema.

És a partir de l'any 2004, coincidint amb el canvi de govern, que es dona un fort impuls a la planificació sanitària. A partir d'una millora en el coneixement del conjunt del país i dels territoris, de la salut i desigualtats així com del funcionament i resultats del sistema sanitari (a través de l'experiència acumulada en l' Enquesta de Salut de Catalunya, els diversos registres d'activitat assistencial, de monitorització de l'accés als serveis, l'anàlisi d'oferta i demanda o de les enquestes de satisfacció en els serveis), s'elaboren nous instruments de planificació estratègica. Són fonamentalment el nou Pla de Salut horitzó 2010, el nou Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública, els plans directores i els plans de reordenació de serveis.

En aquests últims anys s'orienta el model sanitari cap al reforç de la autoritat sanitària i rol rector del Departament, el suport a la salut pública (nova Llei), la garantia de transparència i rendiment de comptes (a través de la posada en marxa de la central de resultats i la futura Agència de Informació i Qualitat), la governança compartida amb els

municipis (a través de la creació dels Governos Territorials de Salut –GTS-) i la participació ciutadana (amb la creació dels consells assessors sectorials i dels consells de salut dels GTS). El CatSalut com asseguradora de l'accés de tota la població als serveis i prestacions que configuren la cartera de responsabilitat pública, reforça els mecanismes de concertació i compra de serveis assistencials que es regeixin pels criteris de transparència, qualitat, seguretat clínica, continuïtat de l'atenció, eficiència, satisfacció dels ciutadans i motivació dels professionals.

Es reforça el sector sanitari en el marc d'un nou procés de descentralització i assignació de base poblacional. Es crea el govern territorial de salut, que incorpora la comissió de proveïdors i el consell de participació ciutadana (la governança, la provisió i la participació).

S'aposta per un nou model assistencial amb una organització territorial (regions i GTS) basada en xarxes i en el foment de lideratge de salubristes i clínics. El territori es converteix en un escenari de cooperació que cerca la qualitat, l'eficiència i la satisfacció a través del treball articular de les entitats proveïdores i de compartir equips professionals. Una nova organització territorial dels serveis sanitaris, sociosanitaris i de salut pública que aplegui els professionals de diferents centres i entitats.

El nou model assistencial implica incorporar sistemes de treball basats en pactes i pràctiques col·laboratives entre institucions i professionals que afavoreixin el reconeixement recíproc del àmbits d'actuació, l'aportació de valor dels diversos actors i que requereixen del foment de lideratges clínics en el territori. El CatSalut ha de garantir les aliances entre proveïdors en base al procés i la continuïtat assistencial en un marc de concertació i de finançament de base poblacional que s'estén a tot el territori.

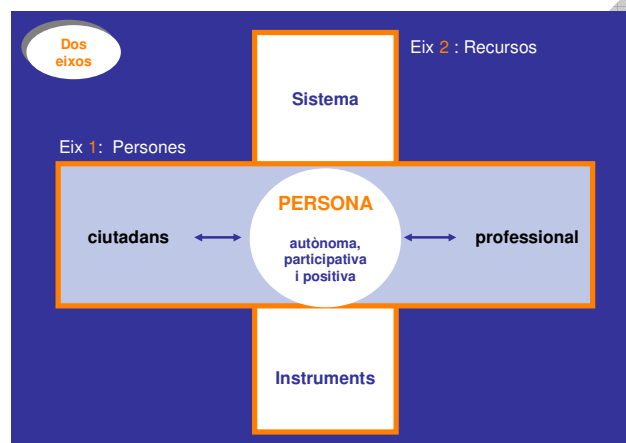
Per altre banda, i per a que el procés d'innovació i modernització del sistema sanitari tingui èxit, cal facilitar la tasca dels professionals. El professional necessita autonomia i capacitat per autogestionar-se el temps: reforçar el professionalisme, compartir riscos i estimular els incentius són elements cabdals en els processos de reforma. Cal promoure la participació dels professionals en el govern de les institucions i en el procés de presa de decisions.

El Pla d'Innovació que us presentem és un component central d'aquestes dinàmiques innovadores i, per tant, no pot sorprendre que les seves propostes tinguin una incidència directa no només sobre l'atenció primària de salut sinó sobre tot el sistema sanitari. Les apostes i estratègies que planteja són un pas cap a la coherència del model sanitari que impulsa el Departament de Salut. És un Pla orientat a donar una millor resposta als nous requeriments de salut de la ciutadania; a garantir major satisfacció dels nostres professionals; que aposta per la qualitat de les nostres institucions i per la sostenibilitat del nostre sistema sanitari, tant en termes de qualitat com en termes d'equitat.

Marina Geli i Fàbrega
Consellera de Salut

1. RESUM EXECUTIU

El Pla de innovació aporta una nova visió pel conjunt del nostre sistema sanitari. Les propostes del Pla en l'àmbit estratègic i operatiu permetran avançar en la modernització dels serveis i centrar-los, bàsicament, en les persones i recursos des de una perspectiva de treball en xarxa on ciutadans/nes, professionals i gestors puguin ser capaços de posar en marxa tots els instruments necessaris per la sostenibilitat del sistema.



Punts claus:

- El Departament de Salut presenta un Pla d'AP i SC innovador de planificació, gestió i oferta de serveis integrats
- El PIAPISC contempla la participació dels ciutadans per tal d'orientar els serveis comunitaris
- El PIAPISC es sensible a les necessitats de salut de la població prioritzant les situacions de risc
- El PIAPISC aposta per integrar l'atenció al ciutadà/na, en un escenari transversal, al màxim nivell de qualitat, seguretat clínica i sostenibilitat dels sistema
- El PIAPISC incorpora totes les competències professionals d'acord amb les necessitats actuals i expectatives de la ciutadania, aprofitant les TIC

- El PIAPiSC proposa aconseguir un millor nivell de motivació i satisfacció dels professionals sanitaris
- El PIAPiSC proposa descentralitzar i aprofundir en la participació de les institucions locals i dels ciutadans
- El PIAPiSC incorpora una nova mirada que inclou la prestació de serveis individuals i familiars i la proximitat dels serveis de suport, socials, socio-sanitaris, d'internament i de salut pública dins dels Governos Territorials de Salut
- El PIAPiSC potenciarà les aliances ja existents i les ampliarà envers tots els proveïdors, agents i/o institucions, superant la fragmentació actual, a partir del pacte d'accessibilitat i resolució
- PIAPiSC prioritza, a més de l'excel·lència tècnica, l'autocura i la desmedicalització i la humanització en el tracte
- El PIAPiSC operativitza un sistema de finançament territorial en base poblacional

LES PERSONES

Participació, integració i orientació a les persones

La participació activa dels ciutadans i dels professionals dintre de l'entorn del territori afavoreix la comunicació i el intercanvi d'idees i la cooperació efectiva per a l'atenció integrada que haurà de fer possible l'adaptació a les noves necessitats i a les noves realitats. Es potencia la creació d'aliances i del treball en xarxes entre ciutadans, professionals, proveïdors i organitzacions i institucions públiques.

S'ha d'incrementar l'autonomia dels professionals i la capacitat de gestió de la seva pròpia pràctica en un entorn menys burocratitzat, concedir una major rellevància a aspectes com la competència professional, el desenvolupament professional continu i la capacitat per a rendir comptes. Cal elaborar un nou mapa de competències, obert a totes les professions sanitàries (infermera i metge de família, auxiliar de infermeria, dietistes-nutricionistes, fisioterapeutes, llevadores, farmacèutics, optometristes, salubristes...).

El lideratge

En l'àmbit de l'AP i SC l'especificitat de l'atenció a les persones, a les famílies i a la comunitat, està en progressiva evolució. Les cures i la complexitat de les intervencions que es donen habitualment requereixen que el metge i la infermera de família siguin els veritables referents i assessors directes dels ciutadans, per tal de generar conductes generadores de salut, hàbits saludables, apropament de serveis en el domicili, incrementant el nivell de resolució de problemes i interactuant conjuntament amb els agents de salut de tots els àmbits i serveis del territori.

Des d'aquest punt de vista, s'ha de pensar en un nou tipus de lideratge lluny del jeràrquic i que es capaç de mobilitzar la capacitat de les persones i maximitzar el seus talents. Un lideratge distribuït que permeti desenvolupar la màxima autonomia, adaptant-nos a l'entorn canviant

El Pla aposta per la formació contínua i la recerca amb l'ànim d'afavorir la gestió dels coneixements i la transferència de responsabilitats compartides i rendició de comptes.

RECURSOS

El treball en equip i en xarxa comunitària de salut (XCS)

L'efectivitat del treball en xarxa no delimita l'essència del treball en equip on els líders i professionals són indispensables per simplificar processos i procediments que afavoreixen l'atenció integrada.

L'èxit està assegurat si podem crear una cultura diferent de treball diari, basada en la confiança mútua i en el creixement humà i professional, així com en el reconeixement real de les competències i la visibilitat de totes les professions que, aportant un valor afegit, en l'atenció que necessiten les persones.

Les línies d'atenció de la XCS es tradueix amb dues línies de serveis:

- Serveis d'atenció familiar i comunitària
- Serveis d'àmbit territorial

INSTRUMENTS PEL CANVI

Els instruments pel canvi són el finançament, compra i contractació, les noves tecnologies al servei de l'agilitat i la cooperació, el pacte d'accessibilitat i resolució i el sistema d'avaluació i rendició de comptes.

Les TIC (Tecnologies de la Informació i Comunicació) ofereixen la possibilitat de gaudir, a hores d'ara, d'una estació clínica de treball la Història Clínica Compartida. Un aspecte realment innovador seria el d'afegir-li eines de predicció de riscos de la població del territori així com el desenvolupament de mòduls d'interconnectivitat entre els sistemes d'informació de salut i d'acció social i ciutadania, afavorint la proactivitat de serveis a la complexitat i l'envelliment sobre tot en l'entorn de l'atenció a domicili.

Altres eines com les consultes virtuals, *calls-centers*, telemedicina, diagnòstic per la imatge, etc... contribuiran la millor gestió de la demanda.

El Pacte d'Accessibilitat i Resolució s'introdueix com a instrument de valor afegit al nostre sistema i organització. Permetrà avançar a les entitats proveïdores, als serveis i als professionals cap a l'assoliment dels objectius transversals de promoció, prevenció, atenció i rehabilitació que necessiti la població. El Pacte s'estableix entre el Servei Català de la Salut i les entitats proveïdores d'un territori (normalment els GTS o conjunt de GTS), implicant als professionals dels serveis que l'integren i està proposat i avaluat pel director executiu del GTS de forma que es garanteixi la alineació amb les línies estratègiques del Departament de Salut en l'assoliment dels resultats de millora de la salut de la població i de eficiència del sistema.

PROCÉS D'IMPLANTACIÓ

La implantació del Pla és per a la Conselleria un procés de canvi d'una enorme transcendència, tant des d'una perspectiva política com tècnica.

El full de ruta de la implantació, després d'aconseguir un consens majoritari i la posterior aprovació del Pla, s'ha d'articular amb la creació d'un òrgan de suport a la implantació

tant de les mesures generals i com als territoris avançats, on proposem una implantació intensiva en diverses fases.

DOC. ÚS INTERN

2. JUSTIFICACIÓ

El Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària cal situar-lo en el marc dels processos de canvi que necessita el conjunt de serveis sanitaris i socio-sanitaris que reben els ciutadans. El Pla, encara que en una situació central o nuclear en el sistema de salut, és un component més d'aquestes dinàmiques innovadores i, per tant, no pot sorprendre que les seves propostes tinguin una incidència directa sobre la resta dels serveis comunitaris.

El Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària neix per la necessitat de donar resposta a les noves necessitats i demandes dels **ciutadans**, que ens impulsen a dissenyar noves polítiques i estratègies, les quals, amb **visió de futur**, puguin alinear els serveis sanitaris a les seves necessitats.

El increment de les expectatives i demandes de la ciutadania, els nous requeriments tecnològics i d'altres factors, com l'envelliment i la dependència, els canvis del model clàssic d'estructura familiar, el ràpid augment de la població nouvinguda procedent d'altres països, amb la necessitat d'incorporar nous models culturals, valors i creences, la presència, cada cop més important, de conductes relacionades amb estils de vida poc saludables, especialment en la població jove (tabaquisme, alcoholisme, sedentarisme, etc.) i la major prevalença dels problemes de salut mental en tots els grups d'edat, són alguns dels factors que justifiquen la necessitat d'abordar, amb la profunditat necessària, canvis en el conjunt del nostre sistema sanitari i, en especial, en els àmbits de l'Atenció Primària i la Salut Comunitària (en endavant AP i SC, respectivament). L'actual divisió del sistema sanitari en nivells, ha facilitat l'organització sectorial dels serveis i professionals, però calen noves visions més integrades que ajudin a **millorar la qualitat** de l'atenció als ciutadans.

En aquest marc general, els objectius estratègics del Pla pel que fa a la planificació i prestació dels serveis d'atenció s'han de centrar en:

- a. Millorar l'organització a partir de compartir, cooperar i treballar en **xarxa**
- b. Compartir el coneixement entre professionals
- c. Introduir una nova forma de lliurar els serveis
- d. Eliminar progressivament les fronteres entre els diferents nivells i àmbits d'atenció, amb referència especial als existents entre els d'atenció primària i d'internament i l'assistencial i el de salut pública)

El disseny d'aquest Pla valora de forma suficient totes les fites assolides en salut fins ara com són:

- l'elevat coneixement de la població i de l'entorn comunitari derivat dels vora vint-i-cinc anys d'aplicació de la Reforma de l'Atenció Primària de Salut;
- el bon coneixement dels resultats en salut generats pels professionals dels equips d'atenció primària (disseny d'indicadors de qualitat assistencial);
- els resultats de satisfacció dels usuaris, que mostren la confiança dels ciutadans en el sistema públic de salut;
- i totes les accions de millora endegades i descrites en el Mapa Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública, així com en els diferents plans directors i plans d'ordenació de serveis que s'estan posant en marxa.

Aquest exercici retrospectiu demana també una nova mirada, des de i cap a les **professions sanitàries**. Els professionals es corresponsabilitzen, mitjançant el treball en equip i en xarxa, de la prestació d'una atenció integral al conjunt de la població del territori, aportant el valor afegit i l'especificitat de les seves competències. Els professionals de referència directa per a la població (metge i infermera de família i pediatres) i els d'atenció al ciutadà conformen el nucli de l'equip de salut i promouen un abordatge integrat i biopsicosocial de l'atenció de la població, establint una relació de llarg termini que els proporciona una visió única sobre el conjunt de serveis comunitaris.

També cal revalorar el paper del **professional d'atenció al ciutadà**, ja que ha de ser capaç d'estandarditzar el servei i, alhora, personalitzar-lo en cada contacte i, el més important, afegir valor a l'organització en cadascuna de les seves activitats. Caldrà augmentar la polivalència de les seves funcions.

Cal admetre la necessitat dels canvis, posar-los en marxa i reactivar els elements positius que ha aconseguit el model al llarg de tot el procés de la reforma de l'atenció primària iniciat a mitjans dels anys 80. Cal innovar i no solament millorar i aquesta afirmació comporta la introducció de canvis profunds en els paradigmes actuals del sistema sanitari, canvis que han de permetre aconseguir avenços suficients, flexibles i amb perspectives de mig i llarg termini.

Els canvis innovadors de l'AP i SC solament seran possibles en un marc de transformació del conjunt del sistema i aquesta fita necessita, com ja s'ha assenyalat prèviament, d'una voluntat política decidida, potent i continuada en el temps, i que tingui una traducció operativa en el funcionament dels serveis, en el context d'activitat de les entitats proveïdores de serveis i dels professionals i en la percepció de millora que tinguin els ciutadans i pacients.

El Pla d'Innovació vol donar resposta a aquests nous reptes, traduïts en necessitats i expectatives de la població que no estaven presents fins ara, almenys en un nivell protagonista. Actualment es disposa d'evidència suficient per demostrar que el fet que l'AP, amb una perspectiva comunitària, es configuri com a nucli vertebrador del conjunt del sistema sanitari, té una incidència clara i directa sobre la millora de la salut de la població i sobre la racionalització de la despesa, que ha de contribuir a garantir la sostenibilitat.

El Pla d'Innovació ha volgut definir uns eixos estratègics per implementar accions innovadores adreçades a:

- Potenciar el paper dels professionals en els processos de presa de decisions
- Disposar d'un model d'atenció en xarxa que permeti una integració funcional de serveis, centrada en els ciutadans.
- Orientar el sistema sanitari cap a les necessitats de la població i promoure la corresponsabilització personal en la cura de la pròpia salut.
- Introduir canvis en la gestió de serveis d'atenció primària i salut comunitària, fent ús de les noves tecnologies i altres mesures per millorar l'autonomia de gestió dels centres i la qualitat de l'atenció al ciutadà.
- Introduir en l'oferta de serveis d'atenció primària i salut comunitària les intervencions comunitàries que s'han demostrat cost-efectives.
- Promoure el desenvolupament professional continu i individual.
- Redimensionar els centres des de la perspectiva del centre de salut integrat.

- Contribuir a definir criteris de finançament, compra, contractació i avaluació que contemplin la integració funcional de serveis i professionals en el territori.

DOC. ÚS INTERN

3. ANÀLISI DE SITUACIÓ

DOC. ÚS INTERN

Conceptualment, la Reforma de l'Atenció Primària (en endavant, RAP), va néixer a la Conferència d'Alma-Ata de l'any 1978, i es va desenvolupar de forma desigual a les diferents comunitats autònomes de l'Estat espanyol al llarg de més de vint-i-cinc anys. Encara avui existeixen ciutadans (si bé és cert que en un nombre poc significatiu) que són atesos per metges i infermeres que treballen seguint les normes del model anterior a la RAP.

Aquest procés, endegat als anys 80, es va fonamentar en el canvi d'orientació conceptual de la capacitat d'acció dels professionals i de l'organització del treball en el marc d'equips de salut d'Atenció Primària (EAP). No es pot negar que la Reforma va incrementar tant la dedicació laboral, com, el que és més important, la capacitat resolutiva dels professionals que treballen al sistema.

En aquest marc, els professionals del sistema sanitari, i, especialment, els de l'atenció primària i salut comunitària van necessitar noves visions i propostes realitzades des de diferents punts: des de la mateixa formació pre i postgraduada, al desenvolupament professional continuat i la carrera professional.

En aquest apartat del document s'aborden, amb algunes dades numèriques de context, les accions i tendències principals del nostre sistema sanitari al llarg dels darrers anys, amb referència especial a l'atenció primària i comunitària.

3.1 EL MODEL ACTUAL: REPTES BÀSICS

A Catalunya s'ha desenvolupat des de principis dels anys 90 un model sanitari mixt que separa la planificació, compra i avaluació, de la provisió de serveis. Les fórmules de gestió són diverses i susceptibles de contractació per part del CatSalut, i van des dels consorcis, fundacions i mútues, que habitualment gestionen serveis d'internament i d'AP, fins a les EBA (entitats de base associativa), que, constituïdes com a societats anònimes, gestionen exclusivament equips d'AP. L'estudi realitzat per l'IES, per encàrrec del CatSalut (2005), assenyalava l'existència d'algunes diferències entre els diversos models de gestió d'AP, destacant en el cas de les EBA la major implicació dels professionals en les estratègies de l'entitat, la proximitat a la direcció dels centres, i alguns *outputs* assistencials com són la menor quantitat de sol·licituds de proves complementàries i derivacions, un cert descens de la despesa farmacèutica i del temps d'espera per ser atès pel seu metge de

referència. A l'anàlisi de les diferents dimensions (coordinació, pràctica clínica, accessibilitat), s'observen resultats variables que no permeten establir diferències significatives entre els diferents models.

L'organització dels serveis

Molts dels sistemes sanitaris dels països desenvolupats s'estructuren en dos nivells d'assistència: atenció clínica i comunitària, i atenció clínica de més complexitat i més requeriments tecnològics. Aquesta diferenciació no justifica, ans el contrari, la manca de coordinació entre nivells i la deficient continuïtat de l'atenció. Cal potenciar els mecanismes d'integració operativa dels nivells i línies de serveis per facilitar l'accés del ciutadà i del pacient als recursos sanitaris i socio-sanitaris.

L'AP, a hores d'ara, està prestant serveis assistencials i preventius clínics personals. La concepció original de la RAP, amb una clara perspectiva comunitària i d'interacció amb altres sectors de serveis al ciutadà, no s'ha desenvolupat suficientment.

El conjunt de professionals dels equips d'AP responen a les demandes dels ciutadans, les resolen o les deriven a altres nivells del sistema, però, en molts casos, cal que actuen de forma més proactiva i integrada, amb la resta de recursos comunitaris d'atenció. És cert que cada cop existeixen més experiències de coordinació amb recursos de Salut Mental, d'Atenció Urgent o altres especialitzats, però també ho és que l'AP i els seus professionals, en diverses situacions, no assumeixen la totalitat i globalitat de l'atenció de determinats processos.

Molts pacients amb patologies cròniques que han ingressat a l'hospital per una reagudització del seu procés, continuen sent atesos a les consultes externes i solament tornen al centre de salut per demanar justificants de baixes o receptes. Tampoc no podem oblidar que l'atenció a la dependència és un camp emergent que farà imprescindible cada cop amb més intensitat una interacció profunda amb el Departament d'Acció Social i Ciutadania.

La coordinació amb els serveis de Salut Pública en general és escassa i centrada en el compliment de procediments com la declaració de malalties.

Encara hi ha un marge important de millora en el camp de la necessària adaptació de l'organització dels serveis i de l'estructura dels equipaments disponibles en cada territori a les característiques d'aquest, en la perspectiva d'una millor correspondència amb l'entorn que possibiliti millorar el servei prestat al ciutadà i faciliti la longitudinalitat i continuïtat de l'atenció.

El marc de treball i de desenvolupament dels professionals

Els metges i infermeres dels equips de salut i la resta de professionals de l'AP i SC, desenvolupen la seva activitat en un context d'organització del treball hereu de l'anterior a la reforma iniciada als anys 80. L'organització de l'activitat en els centres de salut, a hores d'ara, no facilita l'autonomia en el disseny de les agendes de treball de cada professional. La instauració del treball en torns de matí i tarda, ha facilitat la divisió de l'equip de salut en dos organitzacions gairebé independents.

El confort i les possibilitats de personalització dels llocs de treball, tant des de la perspectiva del ciutadà com dels professionals, es pot millorar molt. També cal abordar amb decisió l'excessiva burocratització dels processos assistencials, que continua absorbint una part important del temps laboral dels professionals. Ni les noves tecnologies de la informació i la comunicació, ni l'organització de les activitats, han estat capaços fins ara de donar resposta suficient a aquest problema.

Els processos de desenvolupament professional continuat individual i la carrera professional s'han barrejat i no han millorat prou la motivació, la incentivació i el reconeixement de l'excel·lència en la tasca realitzada, tant al centre o equip com des del punt de vista individual. La millora de la qualitat de vida dels professionals i la necessària conciliació de la vida laboral i familiar no han trobat encara respostes plenament satisfactòries i es troben en l'origen del desencís i del *burn-out* d'una part dels nostres professionals d'AP i hospitalaris.

El procés de la RAP va focalitzar molt la seva atenció envers l'estructura (centre d'AP) i l'organització del treball (equip d'AP), però va descuidar un tant la perspectiva individual del professional, que s'ha trobat diluït i amb una projecció insuficient envers el pacient, que no sempre el percep com el referent i gestor dels seus problemes de salut.

L'AP presenta encara un tipus de lideratge massa centrat en l'administració de recursos i poc en els terrenys assistencial, docent i de recerca. Els líders clínics de l'AP, compromesos amb la innovació i el canvi, han de poder motivar i capacitar els professionals, a partir de la delegació de poder i assumpció de responsabilitat. Han de poder tenir el mateix accés que els líders dels hospitals a determinades posicions de prestigi o de responsabilitat, a través de mecanismes de competència transparents.

Cal revisar els models de gestió de recursos humans, tant a l'ICS com a la resta d'entitats proveïdores i generalitzar fórmules de contractació laboral i de règim de dedicació intensiva i parcial dels professionals, encara insuficientment desenvolupades en el nostre sistema.

L'avaluació de competències, nuclears, específiques, transversals i compartides, ha de ser l'eix per a la selecció de personal i per orientar les activitats de formació continuada en el marc del desenvolupament professional continu.

Les estructures

La pròpia conceptualització del procés de la RAP, des del seu origen a mitjans dels anys 80, ha determinat l'actual situació d'insuficiència quantitativa i de inadequació funcional de les infraestructures, essencialment dels centres de salut.

Disposem d'uns centres de salut que responen a aquests plantejaments inicials i que necessiten canvis importants per poder incorporar satisfactòriament una part de les transformacions que s'han anat introduint en el sistema.

L'origen dels problemes dels centres de salut es troba tant en aspectes funcionals com en dèficit d'espais: recepció dels usuaris, consultes i sales de treball o reunions. Als dèficits quantitativs cal afegir els relacionats amb l'accessibilitat, pel que fa a la telefonia i a la comunicació telemàtica amb altres centres del sistema, a la senyalització (externa i interna) i a la poca privacitat de determinades àrees com la de recepció i atenció al pacient.

Cal millorar el manteniment de les dotacions i confort del mobiliari general, així com de l'instrumental clínic i de la infraestructura de serveis generals del centre. En moltes ocasions, la mateixa ubicació i estructura del centre en fa difícil l'ampliació o adaptació per acollir nous serveis i activitats.

En el cas dels altres centres comunitaris (hospitals, centres de dia...) cal també realitzar les adaptacions estructurals i organitzatives i millores de dotacions necessàries per garantir la prestació de la seva oferta de serveis.

Finançament i criteris d'assignació dels recursos

Un dels aspectes més debatuts en tot el procés de la RAP ha estat el del finançament, el qual ha estat considerat del tot insuficient per avançar cap a un model de provisió de serveis adequat a les necessitats de salut dels ciutadans. L'anàlisi de l'evolució de les dades econòmiques i pressupostàries al llarg dels anys així ho posa de relleu.

Existeix una contradicció entre un discurs que no deixa d'insistir en el paper central i imprescindible que ha de jugar l'AP en el sistema sanitari, i l'assignació dels recursos necessaris per operativitzar aquest missatge, la qual cosa ha contribuït a un cert desencís i desconcert entre els professionals, pel que fa a la percepció de la situació general d'aquesta, i al seu rol en particular.

No sols el finançament ha estat insuficient sinó que, a més, els recursos disponibles no han estat assignats amb criteris corregits en base territorial i orientats a la prioritització de necessitats. Es compra estructura i activitat, sense valorar suficientment la utilitat social i els resultats en termes de millora de la salut.

No és excepcional que les entitats proveïdores de serveis que actuen en el mateix territori competeixin entre elles i prestin serveis sovint repetits innecessàriament (competència inflacionista), en un context que no facilita l'acumulació d'experiència suficient per garantir la qualitat i la seguretat de les actuacions assistencials.

La compra de serveis hospitalaris, d'aguts i d'altres centres d'internament, combina el manteniment estructural amb el pagament de l'activitat acordada. La compra de serveis d'AP contempla essencialment l'estructura.

La compra de serveis, tant d'internament com comunitaris, es fa actualment per línies de serveis i amb criteris poc clars de prioritització territorial

Qualitat i seguretat de l'atenció clínica

Els professionals han de treballar en un context que els permeti prestar una atenció de qualitat i segura per als pacients i per a ells mateixos. La qualitat dels processos assistencials es garanteix a partir de premisses relacionades amb la disponibilitat de recursos, l'organització adient del treball i la prioritització de la reflexió sobre la pràctica professional, col·lectiva i individual, amb l'objectiu de detectar problemes i introduir els corresponents elements de millora. La seguretat implica, d'una banda, l'aplicació de les mesures d'atenció que tenen una efectivitat comprovada, sobre les quals els professionals que les fan servir tenen també una experiència suficient; i, d'una altra, una cultura de la seguretat clínica a partir de la prevenció dels efectes adversos que es poden evitar i que són d'etiologia multicausal: ús de fàrmacs, comunicació amb el pacient, cures i procediments tècnics. En definitiva, cal aplicar les accions preventives, diagnòstiques, terapèutiques i de planificació de cures en els llocs i pels professionals amb els graus de preparació idonis per fer-ho amb qualitat, seguretat i eficiència, sense ultrapassar el que seu sostre competencial.

Cal reflexionar sobre si els serveis comunitaris actuals responen a aquestes premisses o si, al contrari, s'ha de realitzar un exercici d'autocrítica pel que fa a garantir l'accés dels professionals a les accions formatives i de millora contínua de la seva competència actual, així com a l'ampliació necessària de coneixements per assumir nous reptes plantejats per l'oferta de serveis generals, i de l'específica del seu centre, servei o equip.

Cal insistir més que fins ara en la potenciació d'estratègies d'aliança entre diferents centres i equips amb objectius de recolzament mutu i aconseguir posar més èmfasi en la informació dels professionals per conèixer la situació real de les actuacions del diversos centres, equips i professionals del seu entorn territorial, i poder així prendre una decisió fonamentada en l'elecció del recurs més adequat.

La qualitat i seguretat de l'assistència no es pot desenvolupar en un context d'utilització inadequada o excessiva dels recursos del sistema, en què els pacients no gaudeixen d'un grau suficient de responsabilització en l'autocura de la seva salut. La sobremedicalització actual també dificulta el desenvolupament d'estratègies de millora de la qualitat i seguretat de l'atenció i no indueix més salut, tant a nivell individual com col·lectiu.

3.2 CONSTRUINT LES BASES DE LA INNOVACIÓ

El Pla d'Innovació de l'AP i SC no parteix de zero. Durant els darrers anys, el Departament de Salut, CatSalut i les entitats proveïdores han posat en marxa tot un seguit d'accions amb l'objectiu d'analitzar-ne els problemes i avançar en l'elaboració de noves línies estratègiques i propostes d'acció.

L'any 2003, el Servei Català de la Salut va encarregar a l'Institut d'Estudis de la Salut la realització d'un informe sobre l'avaluació dels diferents models de provisió de serveis d'AP a Catalunya, que es va entregar a finals de l'any 2006. Ja hem comentat abans que l'anàlisi va permetre observar la importància de dotar del major grau d'autonomia de gestió, compatible amb la cohesió del sistema, als centres i equips de salut per aconseguir, entre altres coses, incrementar la motivació i satisfacció dels professionals i la seva percepció de proximitat a la presa de decisions que els afecten.

Al començament de l'any 2004, el Consell Assessor de la consellera de Salut va elaborar un informe sobre l'AP i, amb posterioritat, també se'n van abordar els principals problemes al conegut com "Informe Vilardell".

Recomanacions del Consell Assessor per a la millora de l'Atenció Primària (2004)

- Major autonomia dels centres.
- Millora del continuum assistencial.
- Completar la reforma de l'Atenció Primària.
- Increment de la capacitat resolutiva.
- Potenciar el lideratge i les competències de les infermeres de l'Atenció Primària.
- Ampliar el perfil competencial del metge de família.
- Millorar la coordinació amb l'àmbit de salut pública.

Departament de Salut

Font: presentació Consell asesor del Pla

La Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut ha desenvolupat al llarg d'aquests anys un conjunt de plans estratègics i directors sobre àmbits directament relacionats amb l'AP, com són el de Pediatria, Salut Sexual i Reproductiva, Salut Mental i Sociosanitari.

També sota l'autoritat d'aquesta Direcció General s'han finalitzat els treballs del nou [Mapa](#)

Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública de Catalunya, amb moltes dades referents als recursos i activitat de l'AP i amb una orientació de planificació de futur.

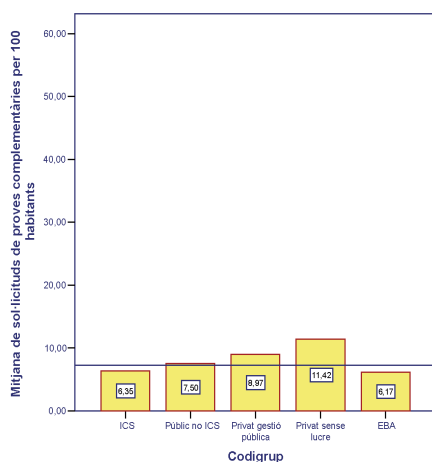
L'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) de l'any 2006 ha estat també una iniciativa de gran relleu i ens ha permès d'obtenir dades importants sobre la visió dels ciutadans envers els serveis i professionals de l'AP, i en relació a la utilització que en fan dels mateixos.

També hem d'esmentar l'anàlisi conjunta i de propostes de millora que la Direcció General de Planificació i Avaluació, el Servei Català de la Salut i la Divisió d'Atenció Primària de l'ICS van realitzar sobre el present i futur de l'AP a Catalunya i que va ser objecte de dues sessions monogràfiques del Comitè de Direcció del Departament de Salut al mes de juliol de 2004 i al novembre de 2005.

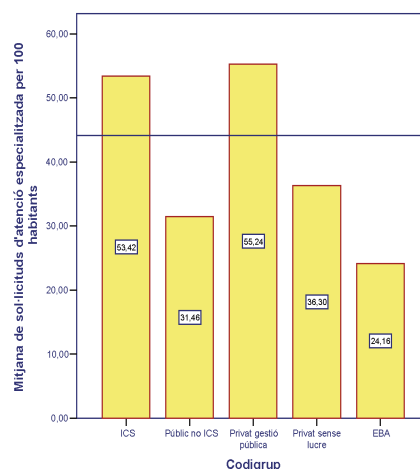
Aquestes fites, exposades sense pretensions de ser exhaustius, s'han complementat amb altres iniciatives originades en el marc de les associacions professionals i societats científiques, i en els consells de les Professions Sanitàries mèdica i infermera, que també han contribuït a fer possible l'elaboració de les diferents propostes del Pla d'Innovació de l'AP i SC.

En les següents pàgines comentarem algunes de les dades principals d'aquests i altres estudis, sempre amb l'objectiu essencial de proporcionar un millor marc de comprensió dels eixos del Pla, tant des d'una vessant estratègica com operativa.

Mitjana de sol·licituds de proves complementàries per 100 habitants



Mitjana de sol·licituds d'atenció especialitzada per 100 habitants



Dret públic altres (consorcis i corporacions)

Dret privat empreses públiques (entitats participades majoritàriament per administracions)

Dret privat empreses privades sense ànim de lucre (mútues i fundacions)

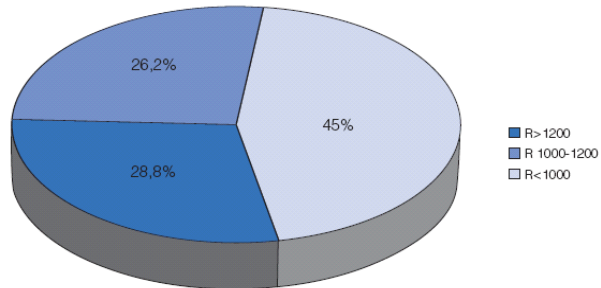
Dret privat empreses privades (EBA)

Dies d'espera per a ser visitat "espontàniament" pel propi metge de família assignat

ICS	2,93
Públic no ICS	2,24
Privat públic	3,79
Privat sense lucre	3,50
EBA	0,51
Total	2,89

El Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció de Pediatria a l'Atenció Primària introdueix uns nous criteris organitzatius, de àmbit d'actuació i de coordinació funcional d'aquests especialistes, que continuen sent de referència per a la població menor de 14 anys i, al mateix temps, s'organitzen en equips de base territorial. Les infermeres dels equips d'AP incrementen de forma significativa la seva responsabilitat en el Programa d'Atenció al Nen Sa i en l'atenció de diversos problemes de salut. El Pla en preveu una implantació progressiva i estableix que l'any 2011 hauria d'estar desenvolupat en tot el territori català.

Percentatge d'ABS amb
diferents ràtio
pediatre/població de 0-14
anys
(Any 2005)



Les propostes del pla d'Innovació d'AP i Sc sintonitzen perfectament amb les que fa el Mapa Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública de Catalunya, que parla de la necessitat d'aprofitar al màxim el sostre competencial dels professionals dels equips de salut i d'aprofundir en la multidisciplinarietat de les actuacions, a partir d'una major integració dels serveis i recursos que actuen a l'àmbit comunitari. Insisteix en la necessitat de potenciar el desenvolupament de les competències de la infermera, de reconsiderar els papers d'altres professionals com l'auxiliar d'infermeria i les llevadores, i de promoure intervencions d'Atenció Comunitària. En el camp de la gestió, el Mapa reforça la sintonia amb el Pla d'Innovació quan parla de la potenciació de fórmules d'autogestió dins el sistema de provisió pública. Per últim, en els camps de l'Atenció Domiciliària i les Urgències, aposta de forma decidida pel protagonisme directiu de l'AP a l'igual que ho fa el Pla d'Innovació.

Visió de futur de l'atenció al domicili a Catalunya

- Centrada en les necessitats reals del pacient i en el seu entorn i no en el recurs assistencial.
- On l'EAP sigui l'eix vertebrador de tot el procés d'atenció.
- Una atenció integrada i compartida basada en el treball en equip.
- Que sigui resolutiva i eficient, tot promovent equips de treball on es complementin les competències dels seus professionals.
- Que treballi en xarxa territorial per tal de proporcionar una continuïtat assistencial.
- Que potenciï l'atenció preventiva (proactivitat en la detecció de casos).
- Que potenciï l'autocura.
- Que consideri el cuidador com un membre més de l'equip d'atenció en el domicili i se li proporcioni el suport que necessiti.
- Proporcionada les 24 hores del dia de dilluns a diumenge.
- Coordinada amb els recursos dels serveis socials quan es requereixi.
- Que disposi de la tecnologia mèdica adequada i necessària per donar resposta a les necessitats d'atenció.
- Amb sistemes d'informació compatibles i compartits, que permetin l'accés a una única història clínica en xarxa.
- Que garanteixi que els professionals gaudeixen d'uns coneixements i uns recursos adequats per donar resposta a les necessitats de la població i que estiguin motivats.

Objectius estratègics del model d'atenció urgent

- Millorar l'adequació de l'atenció urgent.
- Millorar el temps de resposta.
- Afavorir la continuïtat assistencial i la longitudinalitat.

L'ESCA 2006 també ens ha proporcionat dades importants sobre la utilització dels recursos d'AP pels ciutadans, i de l'opinió que tenen sobre els professionals de referència.

La utilització de serveis sanitaris

- El 88,6% de la població declara que, almenys una vegada en el darrer any, ha visitat un professional de la salut (87,5% de la població adulta i 95,4% de la infantil).
- Les visites al metge de capçalera són les més freqüents entre la població adulta (72,2%) i entre la població infantil les visites al pediatre (84,9%).
- Tres de cada deu persones de 15 anys i més declara haver visitat un servei d'urgències en l'any anterior a l'entrevista. En els menors de 15 anys, aquesta proporció és de 4 de cada 10.
- El 57,5% de la població declara haver pres algun medicament en els dos dies anteriors a l'entrevista.

El Departament de Salut ha desenvolupat, a partir de l'any 2004, tot un ampli conjunt d'actuacions reflectides en la gràfica següent:

Accions desenvolupades a la darrera legislatura

Millors assistencials

Millora serveis d'atenció continuada: creació 12 CUAPS; contenció creixement urgències hospitalàries

Increment del 12,3% de visites infermeres a domicili

El 70% de la població té infermera assignada

Participació de 129 infermeres en el programa "Salut i Escola"

Increment 25% índex qualitat prescripció farmacèutica: reducció 4.74 punts de la despesa respecte mitjana de l'estat

17.000 pacients amb seguiment TAO als centres de salut

Cribatge ocular als pacients diabètics amb una cobertura de 80 % del territori

Departament de Salut

Accions desenvolupades a la darrera legislatura

Professionals

Pla de xoc d'AP (2004-2006)

Innovació de serveis

Programa atenció sexual i reproductiva

Atenció a l'infant i a l'adolescent

TIC

90% d'EAP amb HCAP informatizada

Millors estructura i equipaments

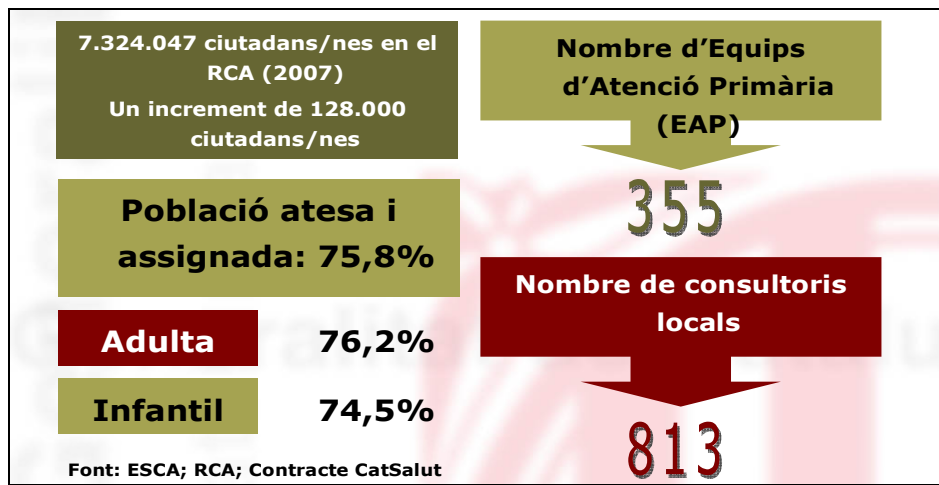
328 actuacions acabades (624.194.429 €) i 316 en curs (1.663.649.568 €)

1900 nous equipaments als centres de salut per al diagnòstic i tractament. 17.5 M €

Departament de Salut

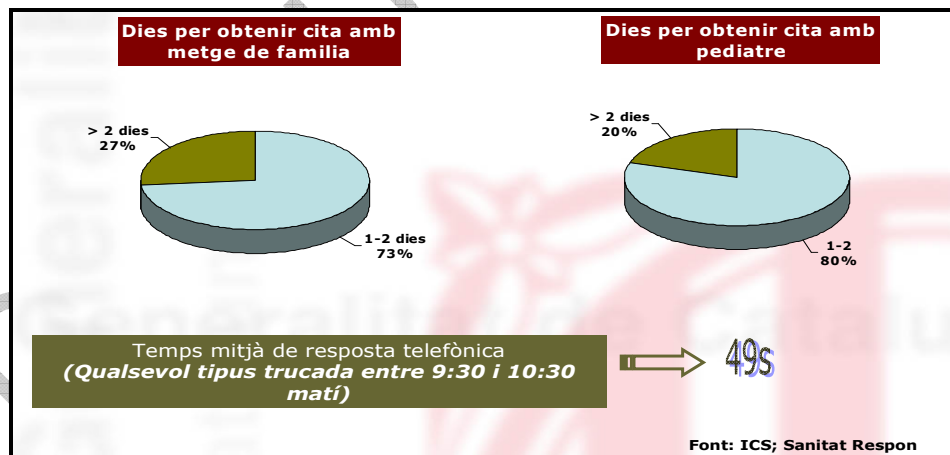
Algunes dades es ajuden a definir la situació actual de l'AP a Catalunya, que podem agrupar sota els següents epígrafs:

Utilització dels serveis i accessibilitat

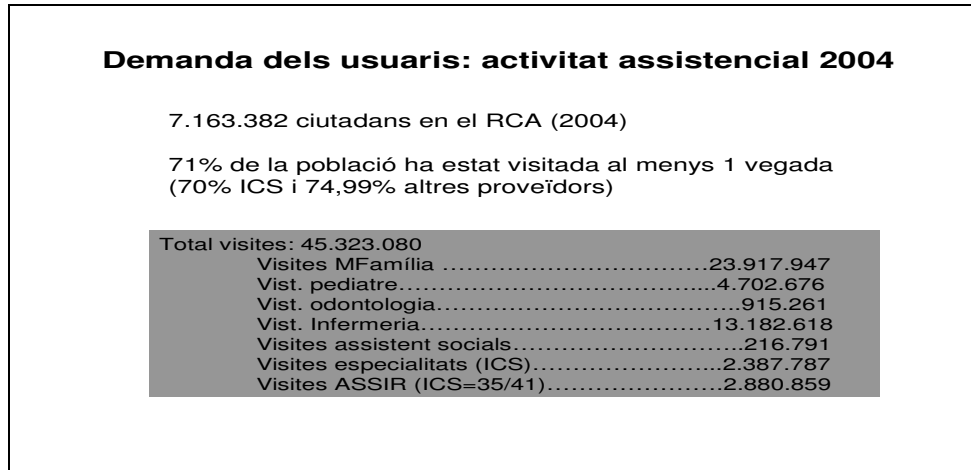


A la gràfica es pot comprovar que més del 75% de la població assignada als equips d'Atenció Primària utilitza efectivament aquests serveis. També sabem que el 85,4% de les persones que ha visitat a un professional sanitari, ho ha fet en un centre d'atenció primària

A la següent gràfica s'observa el temps d'espera i el de resposta telefònica dels centres de salut en hores punta.



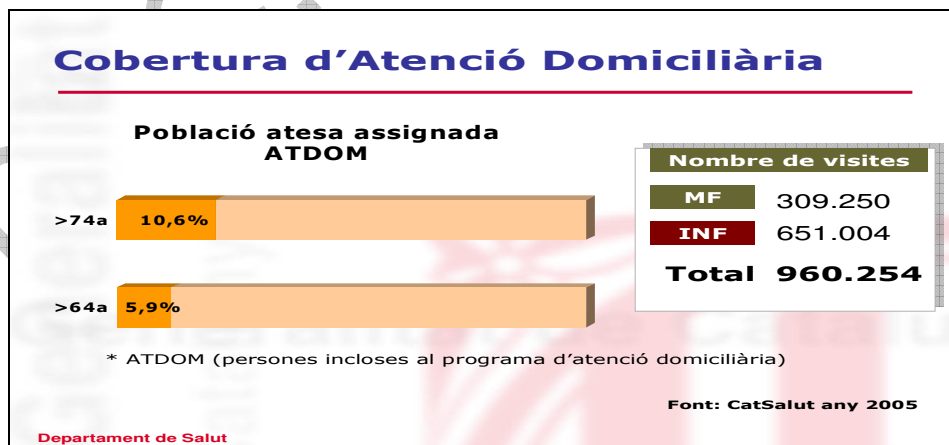
L'activitat assistencial a l'AP

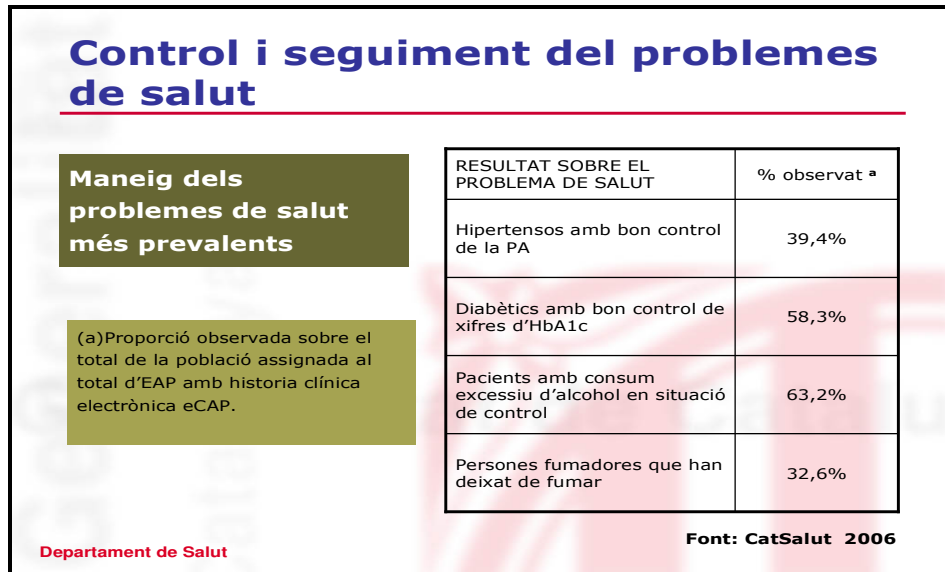


A la gràfica s'exposa el volum de visites realitzades en el conjunt d'AP de Catalunya.

Resultats assistencials

L'activitat desenvolupada pels equips d'Atenció Primària s'ha traduït en uns resultats en termes de cobertura, per exemple, en el cas de l'Atenció Domiciliària i les activitats preventives i de control dels principals problemes crònics de salut.

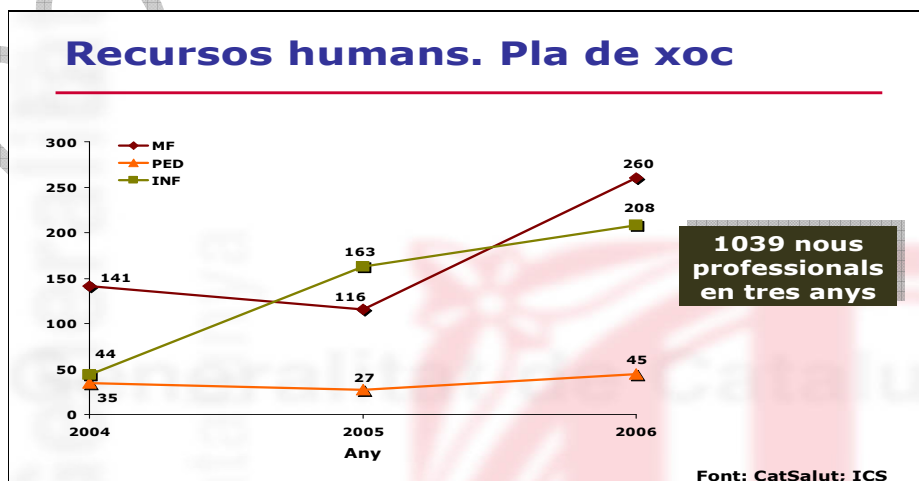




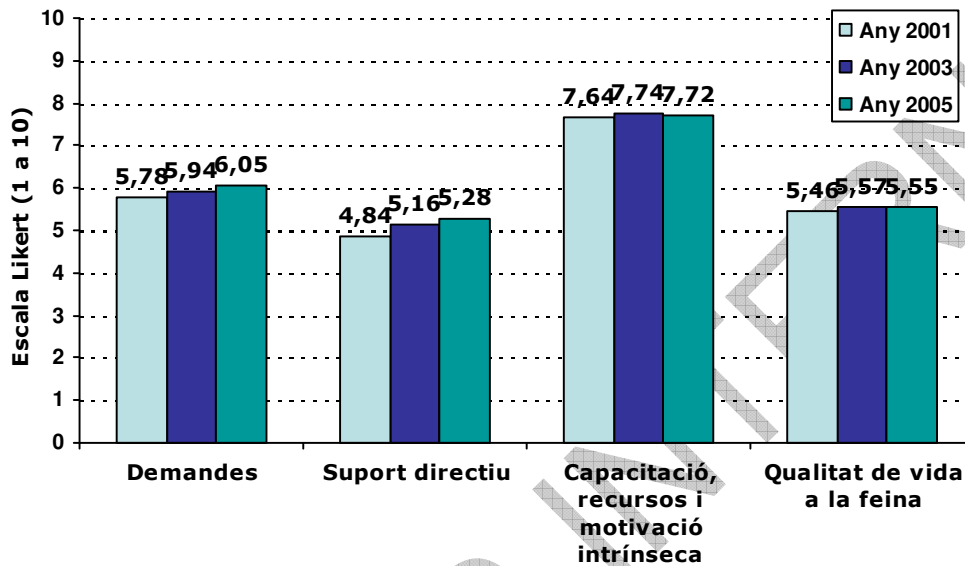
Pel que fa a l'ús racional del medicament, s'observa una utilització creixent de les especialitats farmacèutiques genèriques i una disminució de les prescripcions de medicaments sense valor afegit.

Els recursos humans

El Departament de Salut ha incrementat de forma significativa la quantitat de professionals assignats als equips d'Atenció Primària. A la gràfica es pot observar aquest creixement produït en el període comprès entre els anys 2004-2006 (Pla de Xoc). Les dades provisionals d'increment de professionals corresponents a l'any 2007 han estat de 190 metges, 22 pediatres i 194 infermeres.



La qualitat de vida professional s'ha avaluat en l'àmbit de l'ICS i a l'estudi de comparació dels models de gestió de l'AP a Catalunya. A la gràfica trobem les dades corresponents als professionals de l'ICS dels anys 2001, 2003 i 2005..



A l'anàlisi de comparació dels models de gestió s'observa que el grup de professionals de les EBA és el que expressa major satisfacció en la percepció d'assoliment de les demandes relacionades amb el lloc de treball, i un grau de motivació i capacitat major.

4. EIXOS PER A LA INNOVACIÓ

DOC. ÚS INTERN

En aquest apartat del document abordarem els punts nuclears que delimiten la innovació amb una triple perspectiva. En primer lloc la innovació en l'àmbit de les persones, ciutadans i professionals, que són els protagonistes principals dels processos d'atenció de salut. En segon lloc, la innovació en l'àmbit del sistema sanitari, de la planificació, avaluació, provisió i gestió dels serveis així com en la conceptualització de les carteres de serveis en relació al territori i en les pròpies estructures del sistema. En tercer lloc, la dels instruments que es necessiten per operativitzar les propostes d'innovació enunciades com unes noves dinàmiques dels processos de finançament, compra i contractació i la interacció dels proveïdors del territori en el marc del pacte d'accessibilitat i resolució. Les tecnologies de la informació i comunicació, al servei de l'agilitat i la cooperació, han d'actuar com elements facilitadors i de suport de la innovació.

Les repercussions del Pla d'Innovació d'Atenció Primària i salut Comunitària arriben a la globalitat del sistema sanitari en raó de la transversalitat implícita en l'estratègia d'integració de serveis en un marc de govern descentralitzat en el territori. Es tracta d'introduir una nova visió del conjunt de serveis sanitaris que operativitzen l'atenció de salut (exclòs el terciarisme) que es presta a la persona individual i a la comunitat radicada en l'àmbit de cada Govern Territorial de Salut (GTS). La Xarxa Comunitària de Salut (XCS) és l'agrupació funcional del conjunt de serveis i professionals de la salut del territori del GTS, exclòs el terciarisme. El concepte de XCS no implica en cap cas la generació de noves estructures ni cap interferència amb la individualitat de la gestió de cada entitat proveïdora ja que promou i incentiva la coordinació en el territori i el treball en xarxa dels serveis i dels professionals, amb una perspectiva de millora de l'efectivitat i eficiència de les seves actuacions. La XCS potencia la integració i continuïtat de les actuacions dels professionals però no aborda cap aspecte relacionat amb la seva dependència jeràrquica i institucional.

En diversos països de l'entorn europeu i americà fa temps que s'estan desenvolupant estratègies d'integració de serveis en el territori i algunes iniciatives com la de Kaiser Permanent als EUA i l'experiència anglesa (Kaiser Beacon Sites) ja estant obtenint resultats molt positius en termes de millores en la qualitat, efectivitat, pertinença i satisfacció en relació a l'atenció prestada als ciutadans. També en diversos indrets de l'estat espanyol (Puertollano...) s'estan desenvolupant experiències d'integració de serveis amb resultats esperançadors.

El desenvolupament del concepte d'atenció proactiva* en relació al nivell de risc de salut, la maximització de les competències dels metges d'atenció primària, el desplegament de les competències de les infermeres i una major transversalitat en l'organització i integració dels serveis sanitaris i socials en el territori, són exemples operatius d'aquestes estratègies.

Les propostes d'innovació del Pla no parteixen de zero; arreu de Catalunya fa anys que s'estan desenvolupant iniciatives i projectes assistencials que tradueixen a la pràctica diària alguns dels conceptes i estratègies enunciades. El mèrit principal d'aquest Pla radica en que ha d'actuar com un element aglutinador d'aquestes iniciatives donant-les cohesió i suport i, al mateix temps, propiciar els canvis de model sanitari global que han de servir per accelerar les transformacions operatives proposades.

* Atenció anticipatòria, no reactiva o posterior a l'esdeveniment

4.1 PERSONES: EL PLA, ELS CIUTADANS I ELS PROFESSIONALS

Ciutadans

Conèixer i entendre **les expectatives de les persones** sobre la salut i les malalties, permet predir i ajustar la demanda a les necessitats reals i, secundàriament, assignar i organitzar els serveis assistencials.

Cal dissenyar estratègies de **capacitació de les persones** a partir d'intervencions al llarg del seu cicle vital i amb l'objectiu de que puguin aconseguir el màxim **nivell de control** sobre el conjunt de determinants de salut provinents de diferents sectors socials i no solament del sanitari.

D'altra banda, és necessari que els ciutadans coneguin els recursos de que poden disposar en el seu àmbit de residència i treball i que els **utilitzin adequadament**, en una perspectiva desmedicalitzadora de la vida quotidiana i d'acord amb l'axioma de que més intervencions sanitàries no signifiquen més salut.

El conjunt de recursos del sistema sanitari i de la pròpia comunitat han de prioritzar la **visió integradora**, des de les unitats d'atenció al usuari/pacient als grups de malalts i les farmàcies comunitàries.

Situar al ciutadà en una posició central del sistema sanitari, més enllà de declaracions polítiques, significa prioritzar al més alt nivell **accions operatives** en els següents àmbits principals:

- Informació
- Participació
- Capacitat d'elecció i decisió
- Accés als serveis i professionals

Informació

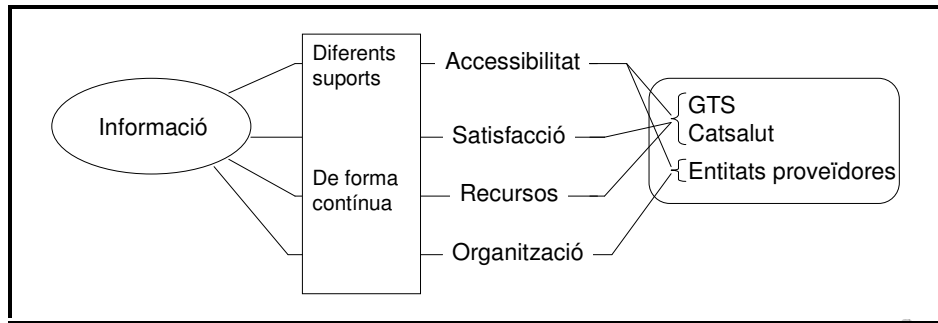
Els ciutadans han de percebre que són atesos en uns serveis acreditats, per uns professionals que els ofereixen una assistència amb un bon nivell de qualitat i en un marc de confort i seguretat. Han de tenir uns professionals, mèdics i infermeres de referència en l'equip de salut que els proporcionin una informació i atenció personalitzada, continuada i integral, que els ajudin a gestionar els seus contactes amb els diferents recursos del sistema sanitari i en la utilització de tots els serveis del territori (inclosos els serveis hospitalaris).

Cal posar en marxa un **portal de salut** que faciliti informació i capaciti als ciutadans i a les seves famílies en l'àmbit de les conductes saludables i recomanacions per al manteniment de la salut i altres dades relatives als serveis sanitaris del territori.

Els ciutadans(es) han de rebre informació suficient, intel·ligible i contínua sobre:

- Els recursos del sistema sanitari, tant a nivell general com en el territori: aquestes informacions s'han de facilitar pels GTS i el Catsalut utilitzant els diferents suports i metodologies disponibles.
- Dades curriculars bàsiques dels professionals de referència dels equips de salut i dels altres especialistes.
- L'organització de la provisió en el territori, facilitada per les entitats proveïdores.
- L'accessibilitat dels diferents tipus de recursos, facilitada pels GTS, Catsalut i les unitats proveïdores i especificant els temps de demora i les llistes d'espera per especialitat en una primera fase i per professional en el futur.
- Dades de satisfacció amb els serveis, facilitada pel Catsalut a partir dels indicadors provinent d'enquestes (i altres instruments) realitzades a usuaris previs dels mateixos.
- Accés a les dades de la seva història clínica personal.

Els ciutadans i ciutadanes tenen un accés cada vegada més ampli a dades relatives a la salut a través dels mitjans de comunicació social i de la xarxa d'Internet. Els professionals han de ser capaços de donar una resposta adequada a aquests pacients portadors d'informacions no sempre correctes.



L'estructura del GTS i territorial del Catsalut han de realitzar les accions informatives de les que són responsables, adaptant els seus continguts, suports i mètodes a les necessitats i característiques de cada àmbit comunitari (veure figura).

Les accions informatives responsabilitat de les entitats proveïdores seran contemplades de forma específica i concreta en els **contractes** establerts amb el Catsalut.

Des de la perspectiva del Pla d'Innovació podem establir els elements mínims d'informació dirigida als ciutadans a partir d'una estratègia de "**finestra única**":

- Totes les línies d'atenció del territori
- Organització dels serveis
 - Institució proveïdora
 - Ubicació física
 - Horaris
 - Professionals
- Com utilitzar els recursos en cas de demanda:
 - D'atenció ordinària
 - D'atenció urgent
 - D'atenció domiciliària
 - D'atenció social
 - D'atenció administrativa

Participació

La participació dels ciutadans s'ha de considerar tant des d'una perspectiva institucional i formal com més operativa i relacionada amb la interacció quotidiana amb els serveis del sistema sanitari.

La responsabilitat compartida del pacient en la presa de decisions clíniques ha generat evidència sobre la importància d'aconseguir el **compromís** del pacient per entendre les causes del seu problema de salut i l'adhesió al tractament. Aquest compromís participatiu aporta millors resultats clínics, de satisfacció i inclús econòmics.

El Catsalut, a cada territori, hauria de comptar amb **organismes de participació** de ciutadans i professionals, àgils, flexibles i centrats en problemes o projectes concrets.

Des de la perspectiva institucional i formal el ciutadà participa en el **Consell de Salut** del GTS, juntament amb les institucions locals i grups comunitaris.

Pacient expert i ciutadà expert: Participació activa i intercanvi de coneixements de pacients experts cap a la resta de pacients amb l'objectiu de transferir coneixement, canvi d'hàbits i millora de la qualitat de vida. Cal prioritzar les patologies més prevalents i operativitzar el desenvolupament d'aquesta estratègia tant d'una perspectiva territorial com de centre i equip de salut.

Capacitat d'elecció i decisió

Un ciutadà amb capacitat d'elecció i decisió precisa disposar d'elements d'informació i de les facilitats imprescindibles per poder escollir els serveis i professionals més adients per a l'abordatge de les seves necessitats de salut. És un ciutadà/na amb dret a una segona opinió sobre els seus problemes de salut.

Aquestes premisses s'han de traduir operativament en possibilitats reals d'elecció del centre de salut i professionals mèdics i infermeres de referència.

Els ciutadans, conjuntament amb els seus professionals de referència han de participar en els processos d'elecció dels serveis i professionals que han d'intervenir en àmbits específics d'atenció quan hi hagin arguments que ho justifiquin. Cal establir mecanismes que permetin

avançar en aquest procés establint els circuits i els mecanismes per facilitar l'elecció de centre i especialitat en una primera fase i de professional en el futur.

Cal realitzar les accions necessàries per a que els ciutadans juguin el paper clau que els correspon, tant pel que fa a les informacions com als tractament i altres intervencions diagnòstiques que poden rebre

Accés als serveis i professionals

Els ciutadans han de poder accedir als serveis que necessitem en el lloc i moment adequats. Aquest objectiu implica **l'eliminació de les barreres** burocràtiques, d'horaris, geogràfiques i d'altres tipus que dificultin de forma significativa una utilització racional i no consumista dels recursos del sistema.

Aconseguir el nivell adequat d'accessibilitat als serveis i professionals del territori és un objectiu irrenunciable que, en el marc de societats amb un elevat grau de desenvolupament de les tecnologies de la informació i comunicació, s'ha d'assolir a partir de la unificació dels punts d'entrada (**finestra única virtual**) dels diferents tipus de demanda (ordinària, urgent, domiciliària, social, administrativa), dissenyant els circuits de redireccionament de les informacions i ajudes per a la seva gestió. Des d'un punt de vista operatiu això vol dir que en cada territori es destinen els **recursos materials i humans necessaris** i que els sistemes de comunicació i informació tenen un alt grau d'interconnectivitat.

Cal garantir que tot ciutadà serà atès en el mateix dia per l'equip de salut o professionals de referència si així ho requereix el tipus de problema que presenta.

La demora per ser atès amb visita preferent (demanda d'atenció que requereix una resposta diagnòstica i/o terapèutica en un termini més breu que l'habitual) per un servei especialitzat bàsic o per accedir a una prova complementària bàsica indicada pel professional de referència de l'equip de salut no hauria de ser superior a les dues setmanes.

Es necessari abordar de forma decidida la **desburocratització** de l'activitat en el sistema sanitari eliminant o virtualitzant una gran part dels procediments actuals.

En l'àmbit de l'accessibilitat és també important generar noves dinàmiques de funcionament de les **agendes dels professionals** de referència i del territori, identificant les demandes programades, possibilitant la incorporació d'altres no previstes, eliminant les de tipus burocràtic i generant espais específics per a l'atenció no presencial.

A partir de la millora dels recursos disponibles cal garantir una millor **accessibilitat telefònica i a través d'Internet** tant als professionals de referència del propi equip de salut com a la resta de professionals i serveis del GTS (atenció urgent, tràmits administratius, informació de serveis, comunicació de resultats d'exploracions i proves complementaries,etc).

Cal implementar **consultories entre els professionals** de referència de l'equip de salut i els altres serveis especialitzats del territori per tal de resoldre determinades demandes sense necessitat d'una vista presencial, oferint serveis mitjançant les TIC com per exemple les consultes per Internet o la comunicació de resultats per SMS o correu electrònic.

DOC. ÚS INTERNET

Accions per a l'operativització

Acció	inici	final	Responsable
Web pública amb informació rellevant sobre serveis, professionals, qualitat, satisfacció, etc	2009	2010	Catsalut//proveïdors
Accés dels ciutadans a la seva historia clínica	2009	2011	Departament de Salut/Catsalut
Creació i manteniment d'una web pública sobre conductes saludables i manteniment de la salut	2009	2010	Departament de Salut/ CatSalut/ Societats científiques
Extensió a tots els territoris dels programes de pacient/ciudadà expert.	2009	2010	Catsalut /proveïdors
Desenvolupar al màxim la lliure elecció de centre de salut i professional de referència	2009	2011	Catsalut/proveïdors
Elecció entre el ciutadà i el seu professional de referència de l'equip de salut de d'hospital i especialista consultor	2010	2011	Catsalut
Garantia d'accés presencial o virtual dels ciutadans a l'equip de salut o professionals de referència (metge, infermera) en funció de les característiques del problema o necessitat en el mateix dia, en els casos en que sigui imprescindible	2009	2011	Catsalut/proveïdors
Atenció als serveis especialitzats bàsics/ proves complementàries en un termini no superior a les dues setmanes per a l'atenció preferent	2009	2011	Catsalut/proveïdors
Potenciar l'accés telefònic als professionals de referència de l'equip de salut.	2009	2011	Catsalut/proveïdors
Incorporació de centrals de trucades telefòniques per a demandes de salut i seguiment de pacients.	2009	2011	Catsalut/Sanitat Respon/Proveïdors

Professionals

La millora de les condicions objectives de l'entorn laboral dels professionals i la potenciació de la seva autonomia i participació en les decisions que afecten, directa o indirectament, a les seves actuacions, és un element central i prioritari d'aquest Pla d'Innovació. El compliment de la missió essencial del sistema sanitari de proporcionar als ciutadans una atenció de salut amb el grau òptim de qualitat i seguretat únicament es podrà assolir de forma plena en un context de motivació i satisfacció dels professionals sanitaris.

És imprescindible que les propostes del Pla d'Innovació incloguin, a més de canvis estructurals i estratègics del sistema de mig i llarg termini, accions immediates dirigides a donar solució als problemes actuals amb els que s'enfronten els professionals que tenen la responsabilitat d'atendre les necessitats de salut i serveis plantejades pels ciutadans/usuaris dels centres sanitaris.

Lideratge i competències

Potenciar el lideratge i l'autonomia professional.

Aquests conceptes s'han de posar en relació amb el de potenciació del professionalisme, en definitiva del **desenvolupament professional continuat individual (DPCI)**.

Cal dissenyar estratègies i accions que potenciïn el concepte de **conciliació de les vides professional i familiar**, flexibilitzant els règims de dedicació laboral en funció de les necessitats i disponibilitats de les entitats proveïdores dels equips i serveis i dels propis professionals. Aquesta flexibilització s'ha de traduir en una diversificació dels horaris, possibilitant que els professionals puguin treballar tant als matins com a les tardes a partir de diferents fórmules de distribució i amplitud de la jornada laboral.

L'ús adequat de les TIC facilitarà aquesta adaptació i, al mateix temps, permetrà establir contactes més àgils, efectius i continuats en el territori del GTS, tant entre els professionals com entre aquests i els ciutadans.

Aquests desenvolupaments tecnològics es traduiran en una **nova conceptualització dels horaris de treball dels professionals**, distingint el de presència física (en el centre o servei) i el de disponibilitat (essencialment virtual). És previsible que s'incrementi progressivament el pes relatiu d'aquest últim i que l'establiment de diferents equilibris entre ells contribueixi a facilitar la conciliació familiar i laboral dels professionals sense disminuir les possibilitats d'accés dels ciutadans als serveis.

Cal incidir de forma prioritària sobre el **clima laboral**. Des d'una òptica operativa, és necessari millorar la seva qualitat de vida, motivació i satisfacció, la potenciació de l'autonomia per organitzar la seva agenda i la garantia d'espais de temps no assistencials dins la jornada de treball juntament amb el disseny de sistemes d'incentivació individual que valorin la qualitat i quantitat de l'activitat desenvolupada pel professional i el seu grau d'implicació en el projecte assistencial, docent i de recerca del seu centre o servei. Tots aquests són instruments que contribuiran a la construcció d'un procés satisfactori de desenvolupament professional.

Entenem que cal considerar les **polítiques d'incentivació** amb una perspectiva més professional i personalitzada, relacionant-la amb els resultats, prioritàriament en termes d'eficiència, qualitat, seguretat i satisfacció de l'usuari, i no amb els llocs de treball.

El lideratge clínic i de gestió s'ha de traduir operativament en la capacitat per **maximitzar el desenvolupament competencial** i definir el principi de subsidiarietat per possibilitar que cap professional faci tasques i assumeixi responsabilitats que pugui realitzar un altre.

El líder de l'equip o servei, exercint la seva autoritat reconeguda sense autoritarisme ni paternalisme, ha d'aconseguir que tots els professionals assumeixin els **objectius marcats per al conjunt** respectant, al mateix temps, l'autonomia professional individual. Exercir el lideratge implica també la capacitat per definir amb precisió els camins a seguir per arribar als resultats (com) i per assignar les responsabilitats de cada professional (qui). Cal que els líders no estiguin centrats principalment en la burocràcia administrativa sinó en la **innovació de les formes de relació interpersonal** en els diferents grups d'interès, activant un nou marc de valors, recursos i motivacions de tots els professionals que comparteixen l'objectiu d'oferir una atenció integrada als ciutadans. Els líders i els professionals han de poder **influir en els processos de decisió de les estructures de govern** del GTS i compartir les seves prioritats estratègiques.

L'autonomia professional s'ha d'entendre no solament des de la perspectiva del maneig dels recursos econòmics sinó també en l'àmbit de l'organització de les activitats de l'equip i individuals i de les decisions clíniques en el procés d'atenció dels problemes i necessitats de salut.

En aquest marc d'autonomia grupal i personal, els professionals treballen en xarxa per facilitar el continuum assistencial. El **treball en xarxa** i participatiu ha de contribuir també a facilitar la integració funcional de les diferents línies de servei del GTS, amb referència especial a les assistencials i de salut pública i comunitària. Aquesta dinàmica de treball ha d'ésser facilitada per la generació d'àmbits institucionals i quotidians en que es puguin compartir iniciatives, experiències organitzatives i actuacions assistencials, docents i de recerca, sense trencar amb les línies de relació dels professionals amb les estructures de comandament de les respectives entitats proveïdores.

La disponibilitat i la utilització intensiva de les tecnologies de la informació i comunicació i la instauració d'espais comuns de treball seran elements operatius essencials per recolzar aquests nous enfocaments.

Desenvolupant i integrant les competències

Una organització i prestació integrada de serveis necessita d'un nou **equilibri de competències** del conjunt dels professionals. Partint del respecte a les singularitats pròpies de cada disciplina o professió s'han de generar **noves dinàmiques de treball** tant a nivell individual com en equip.

Els professionals han de treballar proactivament, tant des de la perspectiva d'atenció individual com familiar i del conjunt de la població, i en funció de les necessitats i riscos

L'atenció integrada de salut requereix que els professionals comparteixin decisions preventives, diagnòstiques, terapèutiques i rehabilitadores, en definitiva que a partir de les competències específiques i comunes siguin capaços d'establir relacions de confiança amb objectius i valors compartits.

El desenvolupament màxim de les competències de cada grup professional i del principi de subsidiarietat s'ha de traduir operativament en la incorporació plena i efectiva de diferents professions a la XCS, algunes encara no presents i altres que es podran incorporar de forma progressiva en el futur, (tècnics de formació professional, podòlegs, fisioterapeutes, dietistes-nutricionistes i terapeutes ocupacionals...)

Cal caminar envers la substitució del model competencial actual (fonamentat en funcions i tasques) per un altre que permeti el ple desenvolupament de les capacitats, coneixements, habilitats i actituds de cada àmbit professional específic i en una perspectiva de potenciació màxima de les competències pròpies i compartides de cada grup professional, amb referència especial a la professió infermera i, més concretament, en els camps que la capaciten per valorar, defineix la situació de salut i planificar, prescriure en totes les situacions que afecten al manteniments de la salut i condicions de vida, a la resolució de problemes de salut.

Potenciant la docència i la recerca

La Universitat ha d'incrementar significativament els recursos docents en l'àmbit comunitari per possibilitar el canvi d'orientació, continguts i metodologia que necessita la formació pregraduada i desenvolupar programes de formació i estructures acadèmiques d'atenció primària i comunitària.

En relació al postgrau, cal incrementar els recursos i dedicar-los de forma finalista per millorar la qualitat dels programes docents i, al mateix temps, ampliar el contacte amb els diversos centres i recursos comunitaris de les diferents professions i especialitats.

Cal garantir l'accés als programes i activitats de formació continuada en el marc del desenvolupament continu individual de tots els professionals d'AP i SC. És imprescindible caminar envers la instauració de sistemes de recertificació periòdica de la competència i garantir en el contractes la disponibilitat de temps per a l'adquisició dels crèdits de formació continuada i d'altres tipus necessaris per l'assoliment d'aquest objectiu i conceptualitzar-lo com un dret i deure en el marc del desenvolupament professional continu individual (DPCi)

La recerca en l'àmbit de l'AP i SC es troba encara en una fase inicial de desenvolupament. Cal millorar de forma intensa l'accés dels professionals a aquests tipus d'activitats, i dotar de finançament els projectes d'investigació de recerca. En aquest terreny és important comptar

amb el concurs de les institucions i professionals per consolidar el desenvolupament d'entitats pròpies de l'atenció primària i salut comunitària que promoguin i gestionin la investigació específica d'aquest àmbit.

S'ha de garantir la disponibilitat de temps i recursos per a la realització de les activitats de docència i recerca així com potenciar l'acreditació docent dels centres, serveis i professionals i generar nuclis operatius de recerca aplicada, clínica i de salut pública i comunitària.

Organització

Els professionals de referència i els professionals consultors

Els metges i les infermeres de família són els professionals responsables del conjunt de l'atenció de salut que reben les persones que tenen assignades, el que inclou la prestació directa de l'atenció familiar i comunitària i la gestió i seguiment dels contactes que mantenen els seus pacients amb els altres recursos del sistema sanitari. Constitueixen el "punt de trobada" principal entre la societat i els serveis de salut i la transcendència de les seves decisions condiona la millor utilització de les competències del conjunt de professionals que treballen a la XCS, aportant elements de valor i expertesa.

El centre i l'equip de salut conformen els elements estructurals i organitzatius, respectivament, dels serveis de referència de la població del GTS. El nucli dels centres de salut integrats el formen metges i infermeres de família, pediatres, auxiliars d'infermeria, professionals d'atenció al usuari i administratius sanitaris. Els pediatres de la XCS actuen com professionals de referència per a l'atenció de determinats problemes de salut de la població infantil (menor de 15 anys) i al mateix temps com consultors en el marc dels serveis territorials. En els centres també treballen, de forma constant o puntual, diversos professionals. Els tipus i quantitat d'aquests professionals dependrà de les necessitats de salut i socials, de les característiques geogràfiques i sociodemogràfiques i dels recursos, prèviament existents en el territori, bé siguin físics o tecnològics. Cal desenvolupar, sempre d'acord amb les necessitats de cada territori, les competències de tots els components dels centres i equips i prestar especial atenció als professionals auxiliars d'infermeria, que han de contribuir de forma significativa a la prestació de moltes de les tasques assistencials. El

mateix es pot dir en relació als administratius sanitaris, essencials en l'àmbit de l'atenció a l'usuari i en la gestió dels processos de citacions i agendes.

El disseny organitzatiu dels serveis de referència ha d'afavorir l'atenció integrada i compartida en un marc de cooperació interprofessional i interdisciplinari que permeti definir i atribuir responsabilitat sobre els resultats de les actuacions de cada professional. La definició concreta dels aspectes organitzatius, incloent-hi la ubicació física dels professionals i les seves interaccions quotidianes, s'ha d'establir en cada lloc.

La planificació general dels serveis de suport als centres i professionals de referència s'ha de fer amb una perspectiva territorial, tot respectant la diferent dependència institucional i d'entitat proveïdora. És clar que no tots els territoris disposaran de la globalitat dels serveis en el seu àmbit i que, per tant, caldrà establir acords o convenis de col·laboració amb altres per garantir la seva prestació.

Des d'una perspectiva de reconeixement i d'igualtat de totes les especialitats sanitàries, considerem adequat difuminar progressivament la tradicional distinció entre els nivells d'atenció primària i especialitzada i parlar del conjunt d'especialitats que actuen, en aquest cas, en el marc dels GTS. Els especialistes que actuen amb una perspectiva territorial ho fan desenvolupant el paper de **consultors** dels que componen els serveis de referència.

L'autonomia de gestió: fórmules jurídiques i econòmiques

L'autonomia de gestió, en la perspectiva de desenvolupament de totes les potencialitats del binomi autonomia-responsabilitat, és un element central de moltes de les estratègies de canvi dels sistemes sanitaris, tant a l'àmbit hospitalari com en el dels altres serveis comunitaris.

La diversitat, la participació i la transparència han d'ésser els tres principis bàsics de l'organització que ha de donar suport a les estructures de gestió dels serveis del GTS. L'aplicació d'aquests principis és perfectament compatible amb la cohesió del sistema i, en el cas dels professionals sanitaris, ha de permetre la potenciació de les seves capacitats de lideratge.

Els professionals, tant a nivell individual com de grup (equip) s'han de sentir protagonistes dels projectes assistencials, docents i de recerca i elevar el seu grau d'orgull de pertànyer a una entitat i a un projecte organitzatiu i de treball concret.

Cal analitzar les possibilitats de desenvolupament de l'autonomia de gestió que ofereixen els marcs legals, tant l'estatuari i d'empresa pública del ICS, com el de les entitats concertades que conformen la Xarxa Sanitària Pública de provisió de serveis. Tanmateix no s'han de descartar possibles canvis futurs dels marcs legals en el cas de que fos necessari.

A l'actualitat ja s'han posat en marxa a Catalunya distintes experiències (EBA,s) d'autogestió i el Institut Català de la Salut ha dissenyat un projecte d'autonomia de gestió que ha iniciat la seva implantació en fase demostrativa en 10 EAPs i que es preveu estendre progressivament a la resta dels gestionats per el ICS en els propers tres anys. Altres entitats proveïdores també han dissenyat diversos projectes que contemplen majors graus d'autonomia dels equips de salut. Tenint en consideració aquests antecedents, cal continuar analitzant diferents formulacions jurídiques que permetin la implantació progressiva de diferents models d'autonomia de gestió a tots els equips de salut.

Els proveïdors presents en el GTS no s'han d'estructurar sota una perspectiva territorial si no de serveis. El fet de que el ICS s'hagi transformat en una empresa pública ha de propiciar l'establiment d'acords i convenis per a la gestió i prestació de serveis amb altres proveïdors públics del GTS.

La combinació de les estratègies d'autonomia de gestió i de col·laboració operativa entre els proveïdors en el marc de la XCS, necessita de la garantia de interconnectivitat i compatibilitat del sistema o sistemes d'informació. Cal que la autoritat sanitària defineixi els criteris bàsics que s'han de complir en aquest terreny per part de les diferents entitats proveïdores.

Ajustar les càrregues assistencials

Cal analitzar amb deteniment les càrregues assistencials que assumeixen els professionals fugint de plantejaments uniformadors que no tinguin en compte les característiques concretes de cada territori, centre i equip. L'establiment apriorístic d'una proporció fixa d'usuaris adscrits a cada professional i la seva aplicació universal pot ser una

font d'errors i de injustes desigualtats. És imprescindible estudiar l'evolució històrica, situació actual i perspectives de futur de l'evolució de la demanda assistencial i la seva repercussió sobre els diferents tipus de professionals que integren els centres i equips. A més, aquesta anàlisi, s'ha de fer tenint en consideració el nou context competencial i de tasques que han de assumir aquests professionals i sempre sota la doble perspectiva de garantir l'accessibilitat, la qualitat i seguretat de les actuacions assistencials i de millorar la satisfacció dels ciutadans i dels professionals.

Desburocratitzar l'activitat assistencial

És necessari incidir sobre tots aquells processos burocràtics i administratius que no tinguin una relació directa amb els actes assistencials i que generen una càrrega de treball significativa i detrauen innecessàriament temps a l'atenció dels pacients.

Aquestes accions desburocratitzadores de l'assistència s'han d'implantar seguint estratègies i procediments que evitin la generació de perjudicis als ciutadans i siguin coherents amb el marc de responsabilitats propi de cada tipus de professional. Prèviament a la posada en marxa efectiva de les accions, cal informar a tots els actors implicats, tant de dins com de fora del sistema sanitari i realitzar les consultes legals i reunions de consens amb els diferents organismes professionals i de l'administració. Per altra banda, cal adaptar a cada àmbit assistencial la dinàmica concreta d'aplicació de les mesures proposades.

La implantació de la història clínica compartida i de la recepta electrònica i la potenciació de les comunicacions telemàtiques interprofessionals i amb els ciutadans incidirà de manera decisiva en la solució de molts dels problemes generats actualment per l'excés de càrrega burocràtica en l'activitat assistencial. Cal, per tant, tenir en compte aquestes perspectives en el moment de decidir les actuacions concretes.

En qualsevol cas cal considerar els següents àmbits per a la desburocratització:

1. La prescripció induïda, visats i d'estupefacients
2. Els certificats, informes i justificants (inclou la IT)
3. Les sol·licituds de proves complementàries i les derivacions

Cal eliminar els procediments innecessaris i simplificar i redistribuir-los. Els professionals de referència dels ciutadans i pacients (metge i infermera de família) han d'assumir les

càrregues burocràtiques que siguin inherents i proporcionin informacions imprescindibles en relació al seu paper de garants de la continuïtat assistencial i de gestors dels diferents contactes dels seus pacients amb altres recursos del sistema.

L'atenció als pacients complexos/fràgils

La creació d'una nova línia d'**atenció proactiva** i articulada entre els diferents serveis del territori dels pacients complexos/ fràgils té com objectiu essencial la millora de la seva qualitat de vida i la potenciació de la capacitat d'autonomia personal, possibilitant la seva permanència en el seu àmbit habitual de residència. Aquest objectiu precisa en moltes ocasions de potents recursos d'atenció personal i domiciliària i de la integració efectiva del treball de diferents serveis i professionals sanitaris i dels àmbits social i comunitari.

Cal identificar les persones amb pluripatologia i major risc per possibilitar la generació de línies d'atenció proactiva i circuits assistencials específics per a cada grup de necessitats i problemes i amb diferents graus d'intensitat en termes d'actuacions professionals i recursos tecnològics. Aquesta identificació permetrà predir el risc personal a partir de dades provinents de diversos àmbits: cens poblacional, centres i equips de salut, hospitals, centres socio-sanitaris, serveis socials, agència de salut pública, farmàcies comunitàries, serveis de salut mental i d'atenció a la salut sexual i reproductiva, entre d'altres de la XCS.

Des de l'operativitat organitzativa cal visualitzar aquests tipus d'atenció en el marc del territori. Les formulacions concretes dependran de les característiques locals però es pot apuntar la proposta de creació d'equips d'atenció a domicili integrats tant pels professionals de referència com per consultors. Els pacients amb requeriments d'atenció intensa o complexa poden rebre accions proactives de seguiment i control, tant per part dels equips d'atenció domiciliària com de centres d'atenció telefònica. També s'hauria de possibilitar que els pacients puguin posar-se en contacte, al llarg de les 24 hores, amb el centre, el qual pot atendre i resoldre directament la demanda o activar el desplaçament al domicili del professional adequat.

L'atenció a la dependència

Les actuacions en l'àmbit de l'atenció a la dependència tenen, per definició, un caire intersectorial. Les accions combinades sanitàries i socials en conformen el nucli però han

d'ésser acompanyades de l'activació d'altres serveis i recursos propis de la comunitat i amb vinculacions institucionals diverses. Aquestes accions no poden tenir com objectiu únic l'abordatge de la dependència establerta sinó que han de dirigir-se també a la seva prevenció, a la promoció de l'autonomia personal. En el cas de l'atenció a la dependència establerta cal dissenyar accions de recolzament dels cuidadors principals i dels voluntaris.

De d'una òptica operativa l'organització de la prevenció i atenció a la dependència implica la integració funcional del conjunt de recursos de servei social del territori amb independència de que estiguin contractats per les administracions locals o per altres institucions. És possible que per aconseguir aquest objectiu sigui necessari l'establiment d'un conveni o acord marc entre les estructures polítiques de les que depenen les administracions locals i els departaments de salut i d'acció social i ciutadania. En el context de cada GTS, sense canvis en les vinculacions institucionals dels professionals, cal garantir la seva unificació funcional i de competència, per exemple en el que fa a temes relacionats amb l'accés i la prescripció de recursos.

L'atenció continuada, les urgències i les emergències

El concepte d'urgències engloba un conjunt de serveis de naturalesa diversa com atenció continuada, urgències i emergències. Aquestes tipologies de demandes responen a la visió dels gestors i professionals però el ciutadà, moltes vegades, no les percep com diferents, al menys a les dues primeres.

Les demandes d'atenció continuada i urgent han d'ésser assumides pel conjunt dels serveis i professionals del GTS. Cal articular circuits presencials, telefònics i telemàtics d'atenció a aquestes demandes. El model organitzatiu concret dependrà, lògicament, de les necessitats i característiques de cada GTS (rural, urbà, amb CUAPs*, amb serveis hospitalaris). S'haurien de constituir centres d'atenció telefònica i telemàtica resolutius, proactius i amb capacitat per aconseguir redirreccionar la demanda cap el professional (de referència o especialista consultor) i el servei adequat.

L'atenció a les emergències s'ha de canalitzar a través de centres de resposta ràpida i d'activació immediata del transport sanitari amb o sense medicalització.

* Centres d'Urgències d'Atenció Primària

Accions per a l'operativització

Acció	inici	final	Responsable
Lideratge: Formació per el canvi	2009	2010	Departament de Salut/ IES
Participació dels líders professionals en el suport del Director Executiu del GTS. Situar-los al capdavant de les rutes assistencials	2009		Departament de Salut/Catsalut
Diversificació de les jornades laborals: Instauració jornada de presència i de disponibilitat. Ajustament de les càrregues assistencials.	2009	2011	Departament de Salut/Catsalut/Proveïdors
Organitzar l'atenció per part dels professionals en base a un model d'atenció flexible i integrada, definida en les guies de pràctica clínica i rutes assistencials	2009	2011	Catsalut/Proveïdors
Organització de l'atenció pediàtrica i materna des de la perspectiva territorial	2009	2011	Departament de Salut/Catsalut/ Proveïdors
Noves fórmules autonomia de gestió (marc legal)	2009		Departament de Salut/Catsalut
Implantació de models d'autonomia de gestió a tots els equips de salut	2009	2011	Departament de Salut/Proveïdors
Desburocratització de l'activitat assistencial	2009	2010	Departament de Salut/Catsalut/ Proveïdors
Organització de l'atenció proactiva: gestió de casos	2009	2011	Catsalut/Proveïdors
Atenció urgent amb perspectiva territorial	2009	2011	Departament de Salut/ Catsalut
Potenciació de la capacitat diagnòstica dels serveis de referència de la XCS	2009		Departament de Salut/Catsalut/Proveïdors
Incentivació de la integració	2009	2010	Departament de Salut/ Catsalut
Organització integrada de les actuacions de tots els professionals del GTS	2009	2011	Departament de Salut/Catsalut/Proveïdors
Correlacionar les noves competències professionals amb els nous dissenys de llocs de treball	2009	2009	IES/Proveïdors
Definició i instauració progressiva del sistema de recertificació periòdica dels professionals	2009	2012	Departament de Salut/IES
Finançament diferenciat de la docència i recerca	2010	2012	Departament Salut/Catsalut/IES

4.2 RECURSOS

El Pla i la Xarxa Comunitària de Salut (XCS)

El Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària s'insereix en el marc dels processos de canvi del conjunt del sistema sanitari de Catalunya encetats en els darrers anys. És per això que les línies d'actuació descrites en aquest apartat incorporen diversos elements conceptuals provinents dels processos citats.

El model de serveis en el territori: la Xarxa Comunitària de Salut del GTS

Els Governos Territorials de Salut (GTS) són els instruments nuclears per al procés de descentralització de les decisions en el marc del Departament de Salut. Les prioritats i directrius establertes pel GTS s'han de traduir en accions que tindran un desenvolupament més efectiu en un context d'integració operativa del conjunt dels serveis que actuen en el territori.

L'Òrgan de Govern del GTS defineix les prioritats de l'atenció de salut en el marc d'un pla estratègic plurianual, amb els "inputs" generats per la Comissió Coordinadora d'Entitats Proveïdores, l'Equip de Suport a la direcció de la XCS i el Consell de Salut.

Per assolir un nivell adequat d'integració de les diferents línies de serveis incloses en la cartera territorial és necessària la generació d'estímuls i fórmules organitzatives i de treball que l'afavoreixin.

Tal com ja s'ha descrit a la introducció d'aquest capítol del document, la XCS és l'agrupació funcional del conjunt de serveis i professionals de salut del territori GTS, exclòs el terciarisme. Integra tant els centres i serveis d'atenció familiar i comunitària com la resta que configuren les carteres de serveis comú i específica del territori. L'hospital comunitari i altres centres amb recursos d'internament (subaguts, salut mental) s'incorporen a la XCS del territori en que estan situats, però també poden prestar serveis a la població d'altres GTS, adjacents o no.

Els serveis propis de cada GTS poden variar en funció dels tipus de recursos radicats en el seu territori però, en qualsevol cas, han de cobrir els requeriments marcats per la cartera de serveis comú.

Línies d'atenció de la XCS:

- **Atenció familiar i comunitària (inclou pediatria), serveis de referència individual i comunitària** (professionals amb població assignada)
- **Serveis d'àmbit territorial (inclou pediatres consultors):**
 - Internament
 - Consultors clínics (especialitats mèdiques i d'infermeria)
 - Salut sexual i reproductiva
 - Salut mental
 - Salut Pública
 - Urgències
 - Fisioteràpia i rehabilitació
 - Logopèdia
 - Òptics/optometristes
 - Podologia
 - Odontologia
 - Salut Laboral
 - Dietètica i nutrició
 - Serveis socials
 - Farmàcia Comunitària
 - Atenció a la complexitat / fragilitat (atenció proactiva de les persones amb pluripatologia greu i/o problemes de dependència. Inclou PADES i cures pal·liatives de no internament)

Els serveis de referència i els serveis territorials

Els serveis de la XCS s'integren prenent com a punt de partida els de referència per al ciutadà (atenció familiar i comunitària).

L'equip de salut esdevé el nucli de referència per a l'Atenció Familiar i Comunitària. Els metges, les infermeres i els pediatres de l'equip de salut tenen població assignada i es responsabilitzen de l'atenció de les necessitats de salut de la població de la qual són referents.

Dins el conjunt dels serveis amb perspectiva territorial s'han d'establir diferències, a partir de la seva major o menor interacció amb els equips de salut en raó del tipus i prevalença dels problemes i necessitats de salut que aborden, entre els serveis i professionals que tenen habitualment actuacions en el marc dels centres i equips de salut (com és el cas de l'atenció a la salut sexual i reproductiva i les llevadores) i altres (serveis quirúrgics) amb menys interaccions de proximitat.

L'hospital és un altre dels elements nuclears del sistema pel que fa a l'atenció d'internament i tecnològica. Interacciona amb la resta de recursos comunitaris en el marc de les guies de pràctica clínica i rutes assistencials.

El conjunt de les línies d'atenció actuen amb una perspectiva territorial. És clar que no tots els territoris disposaran de la globalitat dels serveis en el seu àmbit i que, per tant, vindran obligats a establir acords o convenis de col·laboració amb altres per garantir la seva prestació.

Des d'una perspectiva de reconeixement i d'igualtat de totes les especialitats sanitàries, considerem adequat difuminar progressivament la tradicional distinció entre els nivells d'atenció primària i especialitzada i parlar del conjunt d'especialitats que actuen, en aquest cas, en el marc de la XCS. Els especialistes que actuen amb una perspectiva territorial ho fan desenvolupant el paper de **consultors** dels que componen els serveis de referència.

Les farmàcies comunitàries són els recursos sanitaris més accessibles als ciutadans i cada vegada els ofereixen més serveis assistencials. Amb la vista posada en la garantia de la qualitat i seguretat de l'atenció cal aprofitar les noves potencialitats de col·laboració entre els diferents tipus de professionals del GTS que ofereix el desenvolupament de les tecnologies de la innovació i comunicació.

El increment de la prevalença de les malalties de l'aparell locomotor i neurològiques associades a l'envelliment i a l'activitat laboral i la necessitat de fomentar l'activitat física i els hàbits d'alimentació saludable de les persones fan imprescindible situar en un elevat nivell

de prioritat el paper dels fisioterapeutes i altres professionals (logopedes, dietistes-nutricionistes...) que actuen en aquest àmbit de la XCS.

El Director Executiu del GTS

El lideratge de la XCS és assumit pel **Director Executiu** del GTS, figura que ha de procedir de l'evolució de l'actual Director de Sector del Catsalut. Es tracta d'un professional sanitari amb un perfil competent per a la compra i avaluació de recursos i d'experiència i coneixement de la dinàmica de funcionament assistencial dels serveis sanitaris. El Director Executiu pot ser-ho de més d'un territori GTS. Es nomena pel Director del Catsalut, depèn del Gerent de la Regió Sanitària i compta amb les aportacions d'un **Equip de Suport** a la direcció quina composició concreta pot canviar d'acord amb els temes abordats. El Director Executiu, d'acord amb la Comissió Coordinadora d'Entitats Proveïdores, nomena als membres d'aquest equip en base al seu perfil professional i per a que actuen en una perspectiva de lideratge, integrant les visions transversals de la xarxa assistencial i de salut pública.

El Director Executiu és un líder capaç d'estimular la innovació de gestió i clínica a través de la millora continua de la qualitat, de l'accessibilitat i dels resultats, comptant amb les aportacions de les entitats proveïdores i a partir dels següents àmbits d'acció en el territori de la seva competència:

1. Lidera i planifica localment
2. Treballa amb tots els agents comunitaris
3. Fomenta la participació dels pacients i ciutadans
4. Col·labora amb els clínics i fomenta els seu lideratge
5. Avalua les necessitats de salut i serveis així com la qualitat i eficiència del sistema
6. Identifica necessitats d'inversió i les dóna sentit en benefici de la societat i del medi ambient
7. Estimula la col·laboració dels serveis en base a necessitats
8. Promou la millora i la innovació
9. Aconsegueix contractes sostenibles

Els diferents serveis del GTS han de disposar d'àmbits i instruments per una interacció que possibiliti la garantia de l'accessibilitat i continuïtat de l'atenció prestada al ciutadà, tant des

d'una perspectiva individual, com comunitària. Un àmbit clau per a la interacció s'ha de situar en el context de l'Equip de Suport a la direcció.

En aquest marc de la XCS i dels GTS, el Director Executiu és el líder i responsable de l'atenció de salut en el territori, executa les decisions de l'òrgan de govern del GTS i presideix la Comissió Coordinadora d'Entitats Proveïdores. Per poder exercir les seves funcions cal rebre el suport necessari per part dels serveis de la Regió Sanitària i dels serveis centrals del Catsalut.

Provisió i gestió de serveis en el territori

El Mapa de serveis sanitaris, socio-sanitaris i de salut pública de Catalunya senyala que s'ha d'evolucionar cap a un desenvolupament més organitzat de la gestió assistencial en el territori, de manera que s'identifiquin figures de coordinació i de lideratge assistencial que facilitin la relació entre els professionals al voltant d'una línia d'actuació assistencial definida, compartida, acordada, i avaluable. En els temes abordats pel Mapa es poden observar una sèrie d'àmbits on aquesta interrelació entre professionals i entre serveis és clau per a la millora de la qualitat de l'atenció. Podem citar l'atenció urgent, l'atenció en el domicili, l'atenció a la salut maternoinfantil, el diagnòstic i tractament ràpid del càncer, el continuum hospitalització d'aguts – convalescència/subaguts, entre altres exemples.

El Mapa també recomana que en l'àmbit dels Governos Territorials de Salut, aprofitant les possibilitats de relació i d'arribar a consensos territorials, es potenciï la citada funció de gestió assistencial, innovant en sistemes organitzatius de relació funcional entre professionals, independentment de l'entitat proveïdora i l'àmbit assistencial on estan adscrits.

Carteres de serveis i territori

La cartera de serveis és el conjunt de prestacions del sistema sanitari (tècniques, tecnològiques i procediments), a que tenen accés els ciutadans en un marc de garantia d'equitat. S'estableixen per part del Catsalut i l'Agència de Salut Pública.

Per al conjunt de Catalunya s'estableix una cartera de serveis amb dues tipologies de prestacions: comunitàries i terciàries. Des d'una perspectiva territorial, la cartera de serveis

comunitaris, s'ha de cobrir en la proximitat, mentre que la de serveis terciaris s'ubica en els centres de referència acreditats i finançats per la xarxa sanitària pública.

La cartera de serveis comunitaris és la coberta pels serveis que s'integren funcionalment en cada GTS o conjunt de GTS i garanteix l'atenció integral i la continuïtat assistencial. La cartera de serveis terciaris inclou aquelles tècniques, tecnologies i procediments finançades per la xarxa sanitària pública i quina prestació, en raó de la seva complexitat i/o especificitat, està limitada a determinats centres i serveis del sistema sanitari de Catalunya.

A més de la cartera comú de serveis comunitaris oferta per tots els GTS o conjunt de GTS, cada GTS pot definir, a partir del seu pla estratègic plurianual, una cartera específica de serveis en raó de les seves necessitats i de la disponibilitat de recursos (lleis de barris, població immigrant....) amb uns criteris definits d'accessibilitat i nivell de resolució.

La cartera de serveis de salut pública i comunitària s'ha de definir també amb criteris homogenis per al conjunt de Catalunya però ajustant-los a les necessitats de salut de les poblacions de cada territori (GTS), d'acord amb el que es determini per l'Agència de Salut Pública de Catalunya, les seves estructures descentralitzades de gestió i els ajuntaments i el Catsalut, en el marc de la promoció i la prevenció.

Cal delimitar els mecanismes d'integració / coordinació de les diferents carteres de serveis, tant a nivell de tot Catalunya com a cada GTS i els fluxos econòmics que, a partir del finançament de base territorial corregida, fan viables els seus programes i accions.

Accions per a l'operativització

Acció	inici	final	Responsable
Definició carteres de serveis comunitaris	2009		Departament de Salut/DGSP/ Catsalut

Intersectorialitat

Existeixen múltiples evidències que indiquen que la determinació del nivell i situació de salut individual i poblacional està en relació amb actuacions provinents de sectors

diferents al sanitari. Aquesta constatació ha de tenir una traducció estratègica i operativa en la planificació i organització dels serveis de la XCS.

L'avantprojecte de llei de salut pública adjudica a l'ASPCAT* la coordinació i el suport a les actuacions que en matèria de salut pública es duen a terme en els centres sanitaris de la xarxa assistencial, tenint en compte el marc de finançament, relació i col·laboració amb el Servei Català de la Salut, especialment en els àmbits de la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia.

Per actuar sobre els determinants de la situació de salut (biològics, ambientals, laborals i socials) cal que els serveis sanitaris actuen conjuntament amb els altres sectors en el marc de la **nova salut pública** tot desenvolupant instruments i mètodes de treball qualitius i participatius adaptats a les característiques de cada XCS. És necessari dinamitzar la participació activa de la població, la coordinació d'activitats amb altres sectors de la societat i altres professionals de la comunitat (educadors, treballadors socials,...) i analitzar les diferents experiències d'intervenció comunitària (projecte AUPA, salut i barris, obesitat infantil (PAAS) que s'estan desenvolupant a Catalunya amb l'objectiu de que serveixin com a punt de partida per a la dinamització de la integració intersectorial dels programes i accions amb incidència clara sobre la salut.

L'efectivitat de les intervencions comunitàries adreçades als determinants socials que tenen influència sobre els estils de vida, per exemple, l'alimentació i l'activitat física, s'ha de garantir a partir de la implicació activa dels agents comunitaris propis i aliens al sistema sanitari, d'aquí que calgui conèixer-los i treballar amb ells.

Atesa la proximitat de l'Atenció Primària a la comunitat i la naturalesa col·lectiva dels serveis de salut pública, la seva cooperació pot servir per a donar una dimensió més comunitària al sistema sanitari en el seu conjunt que contribueixi a millorar la salut de la comunitat i a reforçar una relació de mútua cooperació entre aquesta i el sistema sanitari.

L'estratègia intersectorial ha de contemplar també les interrelacions dels serveis sanitaris i socials, principalment, encara que no de forma exclusiva, al voltant de l'abordatge de la dependència i, per tant, de la promoció de l'autonomia personal. Cal reforçar els serveis

* Agència de Salut Pública de Catalunya

comunitaris socials que es presten en l'entorn de residència i ajuda a domicili, centres de dia i teleassistència entre d'altres.

Accions per a l'operativització

Acció	inici	final	Responsable
Dinamització de la XCS	2009	2011	Departament de Salut/Catsalut
Instauració nova figura Director Executiu i Equip de Suport a la Direcció	2009	2011	Catsalut
Definició de la línies d'interacció Catsalut / ASPCAT	2009		Departament de Salut/Catsalut/ DGSP (ASPCAT)
Definició d'instruments d'avaluació	2009		Catsalut/ DGSP/Departament de Salut/Agència Informació i Qualitat del Departament de Salut

Centre i equip de salut

Estructura

El centre de salut integrat és una de les estructures nuclears de la XCS i en ell es presten els serveis de referència (atenció familiar i comunitària) i altres de consultoria, salut pública i sociosanitaris. El centre de salut s'ha d'entendre no sols ni principalment com una estructura física (edifici) sinó com l'organització funcional que possibilita la prestació d'una part significativa de l'atenció sanitària i social de la XCS. Per tant, pot estar integrat per diversos edificis situats a prop en el territori.

El dimensionament dels centres de salut i dels altres centres i serveis comunitaris s'ha de definir tenint en consideració que cada equip de salut ha d'atendre a una població que no hauria de ser superior als 20.000 habitants. Es proposa que, partint d'una estratègia d'estructuració modular, el disseny de cada centre de salut respongui el més acuradament que es pugui a les característiques i necessitats de cada territori i XCS. En aquesta perspectiva cal que els criteris centralitzats de dimensionament d'espais en funció de la població tinguin un caràcter exclusivament orientatiu per permetre la seva adaptació territorial. S'han de definir els tipus de serveis i espais que poden incloure, les

característiques essencials de les infraestructures i les garanties d'accessibilitat i seguretat. Cada GTS haurà de definir les necessitats que han de cobrir els seus centres i, en conseqüència, la seva ubicació, disseny funcional i tipus de serveis que inclouen.

Una part central de l'estructura dels centres de salut és la constituïda pels espais de consulta. En aquest punt cal considerar que l'assignació d'aquests espais als professionals s'ha de fer tenint en compte el seu temps de treball diari en el centre. En una situació òptima de disponibilitat d'espais de consulta, els metges i les professionals infermeres de referència haurien de tenir una consulta individualitzada.

Pel que fa a l'àrea d'atenció al usuari / pacient, cal dissenyar els espais de forma que es pugui preservar la confidencialitat de determinades actuacions.

Els professionals dels hospitals comunitaris i el conjunt de serveis d'àmbit territorial descrits en un punt anterior (salut mental, atenció a la salut sexual i reproductiva, urgències, fisioteràpia...) i els d'atenció a la complexitat/fragilitat poden disposar d'estructures pròpies d'atenció però de forma puntual, constant o periòdica poden compartir o tenir assignats espais en el centre de salut.

Gestió i organització

El centre i l'equip de salut han de respondre de forma efectiva i eficient a les necessitats de salut individuals i col·lectives mitjançant una gestió i organització adaptada al context. És necessari aconseguir que els seus professionals funcionin de forma integrada, com veritables equips, en els que tots comparteixin objectius i responsabilitats en un marc laboral positiu. Per aconseguir aquesta integració funcional és necessari que la grandària dels equips no superi uns límits que la facin perillar i és per això que s'aconsella que la seva població adscrita no sigui major de 20.000 persones.

La cohesió dels equips corre perill amb la persistència dels actuals torns de matí i tarda i, per això, cal analitzar noves formulacions de la jornada laboral que, amb els canvis de remuneració que siguin raonables, permetin la seva desaparició progressiva sense disminuir els horaris d'obertura dels centres de salut. Per aconseguir-ho seria necessari establir els intervals horaris en que es garantiria l'activitat de tot l'equip tant durant el

matí com a la tarda i aquells en que romandrien en el centre una part dels seus components en règim d'atenció continuada.

La gestió i organització del centre de salut s'ha de desenvolupar en un marc d'autonomia i flexibilitat suficient per aconseguir la màxima adaptació a les característiques sociològiques i necessitats de salut de la població així com a les expectatives i iniciatives dels professionals, en un equilibri que garanteixi una accessibilitat adequada als serveis.

Cal que els diferents professionals dels centres de salut desenvolupin totes les competències que les son pròpies i activar els mecanismes per a que cadascú pugui prioritzar aquelles que son exclusives i que no poden ser assumides per altres membres de l'equip. En el cas dels metges i infermeres de família no es tracta de passar competències entre ells si no de potenciar l'operativització autònoma i compartida, segon el cas, d'aquelles que son possibles en el marc legal vigent. En aquesta perspectiva cal desenvolupar el paper referent respecte a l'usuari de la infermera de família així com el les seves funcions com a de gestor(a) de pacients complexos i fràgils i el seu lideratge, compartit, en els àmbits de l'atenció domiciliària i comunitària i de la promoció de la salut i prevenció.

Ja hem comentat prèviament la necessitat de desenvolupar les funcions i tasques de les auxiliars de clínica (d'infermeria) en els centres de salut i dels administratius sanitaris. Cal valorar en cada cas les accions formatives que puguin ser necessàries per a que aquests professionals perfeccionin la seva competència per assumir diverses actuacions assistencials que fins ara fan altres membres dels equips.

L'organització de les agendes de treball dels professionals ha de seguir uns criteris bàsics comuns però també ha de respondre a les propostes que faci cadascú, sempre en un marc de compatibilitat amb les activitats conjuntes de l'equip. Cal que els professionals es puguin distribuir els seu espais de temps assistencials al llarg de la jornada laboral, sense lesionar l'accessibilitat dels pacients. En aquest sentit és necessari donar importància creixent a l'assistència no presencial a través del telèfon, internet i correu electrònic i fer possible la reserva d'espais de temps per desenvolupar-la.

Els professionals dels centres i equips de salut han de tenir unes càrregues de treball que els permetin dedicar el temps suficient a l'assistència de cada tipus de consulta i pacient. Caldrà fer una anàlisi local i continuada de l'evolució de les càrregues que suporta cada professional i gestionar els canvis que permetin assolir el necessari equilibri.

Els circuits d'atenció a l'usuari tenen una importància cabdal per assolir un nivell òptim de qualitat. Cal fer un disseny adaptat localment de la gestió de les peticions de consulta, de proves diagnòstiques i de tractaments especials i definir el o els professionals responsables de cada part d'un procés assistencial que ha de ser conduït pels metges i infermeres de referència.

En el centre de salut integrat, a més de les actuacions assistencials clíniques personals i de grup també es desenvoluparan altres de l'àmbit de la promoció i prevenció, tant des d'una òptica individual com poblacional, així com diferents interaccions amb recursos sanitaris i socials propis de la comunitat. Els espais i altres recursos dels centres estaran dissenyats de forma que permetin la seva realització. S'ha d'aconseguir que el centre de salut sigui realment una estructura funcional perfectament integrada en el conjunt de serveis comunitaris presents en cada territori.

Accions per a l'operativització

Acció	inici	final	Responsable
Elaboració criteris bàsics de disseny dels centres de salut	2008	2009	Departament de Salut/Catsalut
Elaboració d'un pla de transició per al canvi dels actuals centres i equips de salut	2009		Departament de Salut/Catsalut/ Proveïdors

4. 3 INSTRUMENTS

Finançament, compra i contractació

L'any 2010 és el d'extensió del nou model d'assignació territorial de recursos en base poblacional al conjunt de Catalunya, amb una atribució de recursos financers als territoris d'acord amb uns criteris correctors que es troben actualment en fase de definició (estructura poblacional, dispersió, immigració, renda, doble cobertura...).

El finançament territorial de base poblacional corregida és un instrument primordial per a la integració de serveis i ha de contemplar incentius dirigits a propiciar la seva gestió coordinada i la continuïtat assistencial a partir de les aliances establertes entre les diferents entitats proveïdores en el marc del pacte d'accessibilitat i resolució i de la compra i contractació de serveis.

Pacte d'accessibilitat i resolució

El pacte d'accessibilitat i resolució és el que s'estableix entre el Catsalut, com institució compradora de servis, i el conjunt d'entitats proveïdores del territori del Govern Territorial de Salut (GTS) amb la missió de definir els millors criteris i dinàmica d'assignació de recursos per al desenvolupament, amb el major grau possible d'equitat, eficiència i qualitat, de les carteres de serveis bàsica i específica del GTS.

L'objectiu general del pacte és la delimitació, a partir d'indicadors d'accessibilitat i capacitat de resolució, dels criteris per a la compra i contractació de línies de serveis als proveïdors del GTS

El pacte establert amb les entitats proveïdores a cada GTS ha de seguir les línies estratègiques essencials delimitades per al conjunt de Catalunya i que impliquen el compliment d'un conjunt de requisits:

- Existència d'una cartera de serveis bàsica o comú per a tots els GTS
- Disponibilitat d'una cartera de serveis específica, pròpia de cada GTS
- Definició territorial d'objectius, d'acord amb els del Pla de Salut i Mapa Sanitari, compartits entre Catsalut i proveïdors i establerts en base a necessitats i expectatives de salut de la població.

- Establir a nivell territorial i d'acord amb les característiques dels recursos disponibles, la dinàmica dels processos assistencials dels problemes i necessitats de salut objectes del pacte.
- Instauració d'una dinàmica de treball en xarxa entre els serveis i els professionals del territori i definició de les eines de relació entre els professionals (protocols, guies, sessions de consulta, reciclatges..) que la facin possible.
- Adquisició pels proveïdors del compromís de proporcionar els recursos (tecnologia mèdica, informàtica, formació professional...) i elements organitzatius necessaris per a la provisió dels serveis pactats.
- Compatibilitat general i territorial de la informació necessària per conèixer la situació i riscos principals per a la salut de la població.
- Existència d'un sistema d'avaluació comú per al territori, centrat en els resultats en termes de salut, qualitat i eficiència i referit als continguts pactats.

El pacte s'ha de fonamentar en premisses de transparència, equitat i eficiència. Els seus continguts han de respondre a quatre característiques clau de la provisió de serveis:

- Accessibilitat: entesa no solament des de la perspectiva temporal (temps de demora i llistes d'espera) si no també en l'absència de barreres inadequades per a la utilització dels serveis (geogràfiques, físiques, socioeconòmiques...)
- Capacitat de resolució eficient: dels problemes i demandes, situant l'atenció en el lloc i pel professional més adequat i promovent el retorn dels pacients envers els professionals de referència.
- Qualitat: avaluada en termes de resultats de salut, satisfacció i seguretat
- Eficiència

El pacte ha de fer referència al conjunt de la cartera de serveis però s'ha de centrar en les prioritats establertes pel GTS que, a la vegada, han de reflectir, adaptades al territori, les directrius provinents dels organismes centrals del sistema sanitari català.

En el pacte del GTS han de restar clarament definides les vies per a la resolució dels possibles conflictes que puguin sorgir tant en la presa de decisions de compra i contractació com, posteriorment, en la provisió i els seus resultats.

Des d'una perspectiva genèrica, els continguts del pacte que s'utilitzen per definir els criteris per a la compra i contractació de les línies de serveis esdevenen un instrument clau per avançar cap a un model d'atenció integral. El pacte inclou els següents apartats principals:

- **Estructura:** relativa a les característiques dels recursos que han de prestar els serveis (acreditació)
- **Tecnologia:** relatius a la disponibilitat dels suports tecnològics necessaris per a la provisió dels serveis, tot garantint la seva interconnectivitat i compatibilitat, en referència especial a la HCC
- **Organització:** de la prestació dels serveis assistencials i de salut pública (circuitos, sistema d'informació, coordinació interna i externa, guies i rutes assistencials), amb l'objectiu principal de potenciar la proximitat i la integració de xarxes i serveis.
- **Professionals:** concreció operativa del lideratge professional territorial, disponibilitat del tipus i quantitat necessàries de professionals competents. Nous instruments de comunicació interprofessional. Noves pautes d'actuació compartida
- **Qualitat:** a partir de paràmetres provinents de la utilització prèvia dels serveis (reclamacions, satisfacció, resultats) i de la consideració dels programes de millora contínua de la qualitat)
- **Cost:** de la prestació per unitat de serveis i per procés i de la despesa farmacèutica

Els components temàtics del pacte es defineixen a partir dels objectius i prioritats establerts pel GTS i han de contemplar aspectes genèrics relatius al nivell de salut de la població atesa per la XCS, a la dinàmica d'utilització dels serveis (primeres/segones visites, visites urgents...), al temps de demora i llistes d'espera, l'adequació de les derivacions i demanda d'exploracions complementàries des dels professionals de referència, el retorn de pacients a aquestos, l'abordatge conjunt de pacients amb els especialistes consultors, la qualitat intrínseca, seguretat i eficiència dels tractaments, amb especial referència als farmacològics, la durada de les estades d'internament, de les IT....

A més han de contemplar altres aspectes específics relatius a cada problema o grup de problemes prioritzats (insuficiència cardíaca, MPOC, problemes de salut mental, reumatològics...), en el camp de la promoció i prevenció individual i comunitària, en el del diagnòstic, tractament o seguiment dels processos i la seva evolució i complicacions.

Cal integrar en el pacte les eines necessàries per al desenvolupament de les polítiques d'ús racional del medicament amb objectius de qualitat, seguretat i eficiència i amb participació dels diferents tipus de professionals integrats en la XCS, assistencials, experts en política farmacèutica i farmacèutics comunitaris.

Ja s'ha senyalat amb anterioritat la necessitat d'introduir de forma integrada amb les assistencials les estratègies de salut pública territorial dirigides al desenvolupament, sota una perspectiva comunitària, del conjunt d'accions de promoció i prevenció i altres potenciadores de l'autonomia i participació dels ciutadans i les seves agrupacions en l'àmbit de la salut.

Accions per a l'operativització

Acció	inici	final	Responsable
Implantació del pacte en les territoris avançats	2009	2011	Catsalut/Proveïdors
Definició d'objectius i línies bàsiques per a l'elaboració de les rutes assistencials	2009	2011	Departament de Salut/Catsalut

Noves tecnologies (TiC) al servei de l'agilitat i la cooperació

Les TiC són instruments essencials per garantir la viabilitat de l'estratègia d'integració de serveis. Aquesta afirmació adquireix encara més contundència en un marc de diversificació de la provisió de serveis.

Sense un àmbit ampli i ben definit de compatibilitat i interconnectivitat dels sistemes d'informació no serà possible que els processos de planificació, organització, gestió i

avaluació dels serveis i actuacions sanitàries es desenvolupin de manera satisfactòria des de la perspectiva global de Catalunya i específiques de cada territori GTS.

L'operativització del Pla d'Innovació solament serà possible en el context assenyalat i és per això que considerem prioritàries les línies de treball que està desenvolupant l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat, en el camp de la història clínica compartida. En relació a la història clínica electrònica d'atenció primària caldria valorar la possibilitat de que el Departament de Salut posi a disposició dels professionals un model unificat. La implantació progressiva de la recepta i prescripció electrònica és un altre element que ha de contribuir a millorar els processos assistencials, a disminuir les càrregues burocràtiques de les consultes i a facilitar al ciutadà un accés més racional i segur als medicaments i altres productes sanitaris.

La unificació, o al menys la garantia de compatibilitat, dels programes de suport de la informació per a la gestió clínica i de les consultories entre els diferents professionals de la XCS és un altre punt clau per a la millora dels processos assistencials i l'accés a la informació per part dels professionals i ciutadans.

Accions per a l'operativització

Acció	inici	final	Responsable
Implantació HCC	2009		Agència Informació i Qualitat/ Catsalut
Elaboració de la proposta d'un model unificat d'Història Clínica d'atenció primària	2009		Agència Informació i Qualitat/ Catsalut
Desenvolupament del Pla de Digitalització de la imatge mèdica	2009	2010	Agència Informació i Qualitat/ Catsalut
Implantació Recepta electrònica	2009	2010	Catsalut
Unificació Guies Pràctica Clínica	2009	2011	Agència Informació i qualitat
Implantació Visita i Consultoria virtuals	2009	2013	Catsalut/proveïdors
Fer accessibles i garantir la capacitat de programació de les agendes dins el GTS	2009		Catsalut/proveïdors

Sistema d'avaluació i rendició de comptes

L'avaluació, orientada als resultats i en termes d'efectivitat, qualitat, seguretat i satisfacció, necessita assumir nous enfocaments en relació a l'atenció primària i salut comunitària i al conjunt de recursos que integra funcionalment la XCS (cal complementar les avaluacions actuals sectorials amb les del conjunts dels serveis del GTS).

És important constituir un sistema de seguiment i avaluació transparents que permeti que el Catsalut avalui la resposta del sistema territorial de salut a les necessitats de salut de la població, l'activitat, qualitat i eficiència del sistema i la satisfacció d'usuaris de professionals. Els mecanismes d'avaluació de la compra de serveis així com els indicadors establerts per la futura Agència d'Informació i Qualitat i la Central de Resultats contribuiran a la seva assoliment.

Per fer-ho, cal garantir la connectivitat i compatibilitat dels sistemes d'informació dels centres i serveis que constitueixen la XCS.

En relació als instruments i mètodes d'informació es considera necessari aprofundir en la seva diversificació, donant un protagonisme important a la utilització conjunta de metodologies quantitatives i qualitatives.

Per altra banda, caldrà definir el conjunt d'instruments i indicadors que permetran realitzar el seguiment acurat del procés d'implantació del Pla, tant des de la perspectiva territorial (GTS) com dels diferents propostes de canvi que es realitzen. En un marc de canvis en profunditat del conjunt del sistema sanitari és imprescindible avaluar de forma molt estreta les conseqüències de tot tipus que tindran sobre els diferents àmbits, des de l'econòmic al de resultats de salut i qualitat.

Accions per a l'operativització

Acció	inici	final	Responsable
Definició d'instruments d'avaluació	2009		Catsalut/DGSP/Departament de Salut/Agència Informació i Qualitat del Departament de Salut

5. EL PROCÉS D'ELABORACIÓ I IMPLANTACIÓ

DOC. ÚS INTERN

5.1 CALENDARI GENERAL

El Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària va iniciar el seu camí de construcció durant el primer trimestre de 2007. Al llarg de l'any van tenir lloc tot un seguit de reunions de treball amb les institucions, professionals i ciutadans amb l'objectiu d'elaborar els seus elements estratègics. Durant els primers mesos de l'any 2008 es redacta el document estratègic del Pla, document que és sotmès a la consideració de les estructures directives del Departament de Salut i Catsalut i, posteriorment, de les patronals, sindicats i conjunt d'institucions i organitzacions professionals implicades. Aquest període de presentacions s'estén fins al més de juliol del 2008.

A partir del mes de maig del 2008 s'inicien les primeres reflexions sobre com caldria abordar l'operativització de les propostes del Pla d'Innovació i es decideix construir un Grup de Treball Assessor Central del Pla, format per líders professionals provinents dels diferents àmbits temàtics inclosos en el marc dels serveis comunitaris territorials. Aquest grup comença les seves reunions a principis del mes de juny, amb una periodicitat setmanal (quinzenal des del mes d'octubre) i ha finalitzat les seves tasques quan s'ha generat el document final del Pla, durant el mes de març de 2009.

Entre el 15 de setembre i el 30 d'octubre de 2008 els directors del Pla han mantingut reunions de treball amb els equips de direcció de les Regions Sanitàries amb el doble objectiu de compartir amb ells les principals propostes del Pla i d'obtenir informació directa sobre les seves expectatives i possibilitats d'acció en relació a la implantació inicial del Pla en alguns dels GTS de les Regions.

Al llarg de tot el període d'elaboració del Pla, el seu Comitè de Direcció ha continuat mantenint reunions de treball amb una periodicitat quinzenal.

Arribem així al mes de desembre del 2008 amb el compromís de disposar d'un primer i nou document operatiu del Pla en que es plasmin tant els elements estratègics com els operatius. Aquest document recull, per tant, les propostes d'acció innovadores que han d'ésser sotmeses de nou a la consideració i aportacions de totes les estructures directives i institucions a les que ja es va presentar el primer document estratègic del Pla. Durant el primer trimestre del 2009 s'està realitzant aquesta nova ronda de presentacions i discussió per avançar en la generació de consens.

També durant el primer semestre de 2009 s'han de dissenyar els components bàsics del Pla de Comunicació i Gestió del canvi en que s'han de fonamentar les accions d'implantació progressiva del Pla d'Innovació en els territoris avançats i, lògicament, s'han de definir els llocs (GTS) concrets escollits per iniciar-la.

En el segon semestre del 2009 és quan s'han de desenvolupar les propostes estratègiques i operatives del Pla en els territoris avançats, començant així la seva extensió progressiva fins arribar en els propers anys a tot Catalunya.

Comitè de Direcció del Pla	2007	Elaboració elements estratègics del Pla
	< juliol 2008	<ul style="list-style-type: none"> - Redacció i presentacions document elements estratègics del Pla - Constitució Grup de Treball Assessor del Pla
	juliol - desembre 2008	<ul style="list-style-type: none"> - Reunions a les Regions Sanitàries - Elaboració document operatiu del Pla
	gener – juny 2009	<ul style="list-style-type: none"> - Aprovació document operatiu del Pla (C.Permanent, C.Assessor, C. Executiu Departament, C.Direcció Catsalut) - Presentacions document operatiu del Pla - Disseny Pla Comunicació, Formació i Gestió del canvi - Definició territoris implantació inicial - Elaboració de la normativa per a la implantació inicial del Pla
	> juliol 2009	<ul style="list-style-type: none"> - Implantació inicial del Pla en els territoris avançats. - Aprovació de la normativa per a la implantació inicial del Pla

5.2 IMPLANTACIÓ EN EL TERRITORI

Tal com hem comentat al descriure el calendari general, el Pla d'Innovació s'ha d'implantar de forma progressiva en els diferents territoris (GTS) a partir del segon semestre del 2009. També hem assenyalat que cal escollir aquests territoris avançats amb la perspectiva d'obtenir uns resultats positius (experiència d'èxit) que actuïn amb un "efecte mirall" sobre la resta.

Cal analitzar el mecanisme a utilitzar per escollir els territoris avançats però possiblement el més adequat sigui fer-ho a partir del consens establert entre les Regions Sanitàries i les estructures directives centrals del Departament de Salut i el Catsalut i prenent com a punt de partida les propostes realitzades per les Regions i considerant el grau de complementació dels requisits establerts per a la instauració del Pla.

Per avançar en el procés d'implantació territorial considerem necessari que a cada Regió Sanitària existeixi, al menys, un professional (amb perfil tècnic / directiu) del seu staff encarregat específicament d'aquesta funció i de dinamitzar. Aquest professional ha de mantenir una relació funcional fluïda tant amb la direcció – gerència de la Regió Sanitària com amb la direcció del Pla d'Innovació. Per aconseguir aquest objectiu s'establiran reunions de treball periòdiques entre les diferents parts implicades.

5.3 PLA DE COMUNICACIÓ I GESTIÓ DEL CANVI

El Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària porta el sobrenom de Projecte Oxigen. Amb aquesta denominació es vol posar l'accent en una innovació que aporti aire fresc al sistema, que serveixi per generar unes noves dinàmiques de funcionament i relació entre els professionals, menys mecanicistes, més vitals i "biològiques". Promoure, en definitiva, un nou context més flexible i global de l'atenció de salut d'uns ciutadans cada vegada més participatius i co-responsables.

Els canvis que proposa el Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària són profunds i culturals, no exclusiva o principalment tècnics. Calen nous enfocaments en la planificació, organització, finançament, compra i gestió d'aquests serveis i, al mateix temps,

en el disseny i continguts de les actuacions dels diferents tipus de professionals i de la forma en que interaccionen en el marc de la Xarxa Comunitària de Salut del GTS.

La profunditat i intensitat dels canvis porta també implícita la possible generació de resistències institucionals i personals, resistències que poden tenir el seu origen en els professionals o en els ciutadans i que cal prevenir i vèncer amb potents instruments de comunicació i formació, capaços de clarificar al màxim les propostes d'innovació i evitar interpretacions inadequades o errònies. El Pla de Comunicació i Gestió del canvi esdevé així un instrument de la major importància per aconseguir un procés d'implantació tranquil i viable en els diferents territoris.

Hem de ser capaços de dissenyar un Pla de Comunicació i Gestió del Canvi que no generi falses expectatives, que tingui una seqüència temporal correcta en relació als canvis de la realitat en la prestació dels serveis (fer i després publicitar) i que identifiqui i abordi tant els punts forts d'impacte i les oportunitats com les possibles debilitats i amenaces.

El Pla de Comunicació i Gestió del Canvi ha d'utilitzar els diferents suports tècnics i metodològics existents amb referència especial als basats en la xarxa d'internet. És també necessari que contempli la generació d'accions i instruments dirigits específicament als ciutadans i pacients, als professionals assistencials i de la gestió i als propis directius del sistema sanitari.

El desenvolupament del Pla de Comunicació i Gestió del canvi s'ha de fer en un marc d'estreta coordinació entre la direcció del Pla d'Innovació i els directius del Departament de Salut i el Catsalut responsables d'aquestes àrees. Amb aquest objectiu es proposa la constitució d'un grup de treball en que participi el Gabinet de Conselleria (Comunicació), la Direcció General de Planificació i Avaluació (direcció del Pla d'Innovació) i la Secretaria Tècnica del Catsalut.

6. METODOLOGIA D'ELABORACIÓ DEL PLA

DOC. ÚS INTERN

El procés d'elaboració del Pla d'Innovació d'AP i SC es va iniciar durant el primer trimestre de 2007 amb el nomenament dels tres directors i del president del seu consell assessor. La dependència institucional del Pla és triple, de la Direcció General de Planificació i Avaluació, de la de Salut Pública del Departament de Salut i de l'Àrea Sanitària del Catsby. Aquesta triple dependència reflecteix la visió integradora de serveis assistencials i de salut pública del Pla així com la necessitat de traslladar al terreny operatiu les seves propostes d'innovació conceptual i organitzativa.

Amb l'objectiu de donar suport i assessorament als directors es van constituir el Consell Assessor i la Comissió Permanent del Pla, integrats per líders i representants de les diferents institucions implicades. El treball quotidià de direcció del Pla està a càrrec dels directors i del Comitè de Direcció, en que participen les direccions generals del Departament i Catsby i del Institut Català de la Salut.

La generació d'una dinàmica de participació en els treballs de disseny i elaboració del Pla ha estat una de les preocupacions prioritàries dels seus responsables. El llarg de tot aquest procés hem rebut contribucions de més de 150 professionals totes les institucions i organitzacions sanitàries, científiques i laborals han pogut realitzar les seves aportacions al document de treball del Pla.

Durant l'any 2007 es van constituir 6 grups de treball, amb un total de 94 participants, en la seva majoria professionals assistencials i de l'àmbit de la salut pública. Aquests grups, a través del portal virtual e-Catalunya i de reunions presencials, han elaborat els documents temàtics que han servit de base per a l'edició del primer document del Pla (Elements estratègics per a la innovació) el mes de març del 2008. Al llarg del 2007 van tenir lloc 4 reunions plenàries dels grups de treball i altres amb els seus coordinadors, amb l'objectiu de promoure la discussió i el intercanvi de propostes.

Els directors del Pla i altres responsables del Departament de Salut i del Catsby han realitzat visites de treball a països (Portugal, Anglaterra) i territoris de l'estat (Puertollano) on s'estaven desenvolupant projectes d'innovació de l'atenció primària i salut comunitària sota una perspectiva integradora. També s'ha organitzat a Barcelona, reunions de treball amb experts anglesos i americans (Kaiser Permanente) i hem intercanviat visites de treball amb responsables de la Conselleria de Saude de Galícia.

Durant l'any 2008, un cop editat el primer document estratègic del Pla, s'han visitat les Regions Sanitàries de Catalunya i mantingut reunions de treball amb els seus equips directius amb l'objectiu de conèixer de primera mà les expectatives i les característiques de cadascuna. També en aquest període s'ha constituït un Grup Assessor Central del Pla amb professionals, líders i experts en els diferents àmbits que avarca. Aquest grup ha mantingut diverses reunions presencials (cada 7-14 dies) a la seu del Departament de Salut amb l'objectiu de col·laborar en el disseny d'aquest document del Pla, de forma coordinada amb la direcció i el comitè de direcció.

Els diferents responsables del Pla i els seus directors han realitzat un gran nombre de presentacions de les seves línies estratègiques en diferents àmbits científics, professionals i docents. Aquestes presentacions i debats han permès potenciar la difusió de les propostes i ens han servit també per recollir les aportacions dels participants en els debats.

Des del inici del procés d'elaboració del Pla s'han mantingut múltiples reunions de treball amb les organitzacions professionals (col·legis i societats científiques) i laborals (patronals i sindicats) i hem incorporat al contingut del Pla moltes de les propostes sorgides en aquests contactes.

El document que reuneix els elements estratègics i operatius del Pla serà sotmès de nou a la consideració de tots els organismes, institucions i grups implicats per incorporar les seves aportacions i arribar així al major grau possible de consens en relació a les seves propostes.

Un cop finalitzat aquest procés, tal com ja hem assenyalat abans, iniciarem la fase d'implantació progressiva de les propostes del Pla en els diferents territoris (GTS) de Catalunya, a partir del segon semestre del 2009.

**7. ORGANISMES I GRUPS DE TREBALL DEL
PLA D'INNOVACIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I
SALUT COMUNITÀRIA**

7.1 ORGANISMES DEL PLA

EQUIP DIRECTIU

Maria Luisa de la Puente

Direcció General de Planificació i Avaluació

Vicenç Navarro

Universitat Pompeu i Fabra

Francesc Brosa

Servei català de la Salut

Antoni Plasència

Direcció General de Salut Pública

Amando Martín Zurro

Pla d'Innovació d'AP i SC

Direcció General de Planificació i Avaluació

Servei Català de la Salut

Glòria Jodar

Pla d'Innovació d'AP i SC

Direcció General de Planificació i Avaluació

Ramon Morera

Institut Català de la Salut

Pla d'Innovació d'AP i SC

Direcció General de Planificació i Avaluació

Josep Maria Argimon

Servei Català de la Salut

Carmen Cabezas

Direcció General de Salut Pública

Manel Ferran

Institut Català de la Salut

Josep Fusté

Unitat Mapa Sanitari

Direcció General Planificació i Avaluació

CONSELL ASSESSOR

Vicenç Navarro

President

Vocals

Josep Antoni Bombí Latorre

Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears

Josep Bras

Institut Català de la Salut

Teresa Cabarrocas Sitjes

Hospital Clínic i Provincial

Mercè Canet Ponsa

Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social

Arancha Catalan Ramos

Institut Català de la Salut

Pilar Cervera

Societat Catalana de Nutricionistes i Dietistes

Manel R. Chanovas Borràs

Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Associació Catalana de Medicina d'Emergències de Catalunya

Carles Codina Jané

Societat Catalana de Farmàcia Clínica

Mariona Creus Virgili

Consell Català d'Infermeria (Col·legis de les RRSS)

Empar Cuxart Fina

Societat Catalana de Rehabilitació

Josep de Andrés Pizarro

PRODEP

Joan Duran Pou

Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya

Francesc Escarmís Costa

Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya

M. Pilar Espelt Aluja

Institut Català de la Salut

Carme Esteve Ortí

Regió Sanitària Barcelona

Josep Falgàs Franco

Institut Català de la Salut

Montserrat Figuerola

Institut Català de la Salut

Dolors Forés García

Societat Catalana de Medicina familiar i Comunitària

Montserrat Guitart Ibañez

Associació Catalana d'Infermeria Pediàtrica

Judith Ibañez Vives

Societat i Família

Jaume Iglesias Solà

Societat Catalana de Pediatria

Eduard Jaurrieta

Institut Català de la Salut

Albert J. Jovell

Foro Español de Pacientes

Cristina Martínez Bueno

Associació Catalana de Llevadores

Rosa M. Masvidal

Institut Català de la Salut

Anna Miró

Sistema d'Emergències Mèdiques

Vicenç Ortún

Universitat Pompeu Fabra

Manuel Ribera Uribe

Institut Català de la Salut

Joaquima Ribot Puig

Associació Catalana d'Infermeria

Rosa M. Riera Escoda

Associació Catalana d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFCC)

Helena Ris

Corporació Parc Taulí

Genís Roca

Consorci Hospitalari de Catalunya

M. Carme Sabaté

Coordinadora d'Usuaris de la Salut

Emília Sánchez Ruíz

Societat Catalana de Salut Pública

Marta Selva Masoliver

Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania

Jaume Sellarés

Consell Català de Metges (Col·legis de les RRSS)

Maria Rosa Torres Subies

Institut Català de la Salut

Núria Vallcorba Plana

Societat Catalana d'Odontostomatologia

Angel Vidal Milla

Institut Català de la Salut

Miquel Vilardell Tarrés

Hospital de la Vall d'Hebron

Elisabet Vives Vives

Sistema d'Emergències Mèdiques

COMISSIÓ PERMANENT

Vicenç Navarro

President

Vocals

Alícia Aguiló Regla

Institut Català de la Salut

Francesc Borrell Carrió

Institut Català de la Salut (Àmbit Costa de Ponent)

Margarita Bou Vendrell

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà

Alba Brugués Brugués

AIFICC (Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya)

Carmen Caja López

Departament de Salut

Lourdes Camp Casals

Servei Català de la Salut

Jordi Cebrià Andreu

Institut Català de la Salut

Joan Carles Contel Segura

Institut Català de la Salut - Àmbit d'AP Costa de Ponent

Carmen del Olmo Macià

Institut Català de la Salut

Gonçal Foz Gil

Institut Català de la Salut- Àmbit d'AP Barcelona Ciutat

Joan Gené Badia

CAPSE - Universitat de Barcelona

Carme Graboleda Poch

Institut Català de la Salut

Marisa Jiménez Ordóñez

Departament de Salut

Eulàlia Juvé Udina

Institut Català de la Salut

Albert Ledesma Castelltort

EAP Vic SL

Amalia Luna Moya

Institut Català de la Salut

Cristina Martínez Bueno

Institut Català de la Salut

Jordi Martínez Roldán

Consorti Sanitari de l'Alt Penedès

Jordi Masqué Tell

Institut Català de la Salut

M. Dolors Navarro Rubio

Fòrum Espanyol de Pacients

Laura Palacios Llamazares

Institut Català de la Salut

Olga Pané Mena

Consorti Hospitalari de Catalunya

Ana Pedraza Anguera

Institut Català de la Salut

Ricard Peiró Navarro

Institut Català de la Salut - Àmbit d'AP Barcelonès Nord i Maresme

Joaquim Pellejà Pellejà

Institut Català de la Salut - Atenció Primària Alt Camp

Miquel Quesada Sabaté

Institut Català de la Salut - Àmbit d'AP Girona

José Luís Remón

Institut Català de la Salut - Gerència Territorial de l'ICS a l'Alt Pirineu-Aran

Helena Ris

Corporació Parc Taulí

Andreu Segura Benedicto

Departament de Salut

Montserrat Ureña Tapia

Consorci Sanitari de Terrassa

Concepció Violan Fors

Fundació Jordi Gol i Gurina

GRUP DE TREBALL ASSESSOR CENTRAL

Antoni Anglada

Consorci Hospitalari de Vic

Albert Casasa

EAP Sardenya

Esther Jordà

Departament de Salut

Joan Carles Contel

Institut Català de la Salut

Francesc Brosa

Serveis Català de la Salut

Ferran Galí

Institut Català de la Salut

Joan Gené

CAPSE

Ingrid Bullich

Departament de Salut

Margarita Bou

Hospital de Figueres

Maria Rovira

Departament de Salut

Maribel Pasarín

Agència de Salut Pública de Barcelona

Palmira Borràs

Consorci Hospitalari de Catalunya

Salvador Garcia

Consultor

Sergi Ariño

Fundació Hospital Granollers

Xavier Sibera

CAP Larrard
PAMEM

Pascual Solanas

Institut Català de la Salut

7.2 GRUPS DE TREBALL DOCUMENT ESTRATÈGIC

COORDINADORS DELS GRUPS DE TREBALL

GT Finançament i contractació

Gonçal Foz Gil

Institut Català de la Salut

Jaume Benavent

Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample

GT Competència i desenvolupament professional

Meritxell Devant

Gesclínic

Ricard Peiró

Institut Català de la Salut

GT Integració funcional de serveis

Joan Carles Contel

Institut Català de la Salut

Jordi Martínez

Hospital de Vilafranca

GT Salut Comunitària

Andreu Segura

Institut d'Estudis de la Salut

Frederick Miller

Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària

GT Infraestructures i plans funcionals

Josep Fusté

Departament de salut

Laura Palacios

Institut Català de la Salut

GT Gestió i organització de serveis

Daniel Ferrer-Vidal

Institut Català de la Salut

Joan Gené

ConSORCI d'Atenció Primària de Salut Eixample

GRUPS DE TREBALL

1. Grup de Treball: Finançament i contractació

Coordinadors:

Gonçal Foz Gil

Jaume Benavent Areu

Vocals:

Lluís Bohigas Salut

Departament de Salut

Mireia Boixadera Vendrell

AIFICC

Margarita Bou Vendrell

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà

Francesc Brosa Llinares

Servei Català de la Salut

Carme Casas Puig

Serveis Català de Salut

Josep Lluís de Peray Baiges

Direcció General Salut Pública

Olga Pané Mena

ConSORCI Hospitalari de Catalunya

Joaquim Pellejà Pellejo

Atenció Primària Alt Camp

Antoni Peris
CASAP

Ivan Planes Miret
Departament de Salut

Albert Planes Magriñà
Institut Català de la Salut

Joan Antoni Ponsà Asencio
Servei Català de la Salut

2. Grup de Treball: Competència i desenvolupament professional

Coordinadors:
Meritxell Devant Altimir
Ricard Peiró Navarro

Vocals:
Francesc Bobé Armant
Institut Català de la Salut

Josep M. Casanovas Gordó
Institut Català de la Salut

Mireia Fàbregas Eскурriola
Institut Català de la Salut

Jaume Fort
Institut Català de la Salut

Cèlia García Gutiérrez
Consorci Sanitari Terrassa

Montserrat Inglés
Institut Català de la Salut

Montserrat Jover Mallo
Institut Català de la Salut

Susanna Lleti Estupiñá
Institut Català de la Salut

Elisenda Prats Ribera
Institut Català de la Salut

Josep Roma Millan
Universitat de Barcelona

Montserrat Ureña

Consorti Hospitalari de Catalunya

J. Maria Zapater

Institut Català de la Salut

3. Grup de Treball: Integració funcional de serveis

Coordinadors:

Joan Carles Contel Segura

Jordi Martínez Roldan

Vocals:

Alícia Aguiló Regla

Institut Català de la Salut

Mònica Anguela

Institut Català de la Salut

Lourdes Camp Casals

Servei Català de la Salut

Jordi Cases Miñarro

Institut Català de la Salut

Xavier Corbella Virós

Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa

Cinta Daufí Subirats

Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla

Trinidad de la Iglesia Garrido

Institut Català de la Salut

Jordi Jiménez Guirado

Mútua Terrassa

Yolanda Lejardi Estévez

Institut Català de la Salut

Laurentino Martí Aguasca

Institut Català de la Salut

Jordi Monedero Boado

Institut Català de la Salut

José Luís Moreno Bella

Institut Català de la Salut

M. Luisa Ridaó March

Institut Català de la Salut

Albert Salazar Soler
Grup Mútua Terrassa

4. Grup de Treball: Salut Comunitària

Coordinadors:

Frederick Miller
Andreu Segura Benedicto

Vocals:

Francisco Cegri Lombardo
Institut Català de la Salut

Beni Fontoba
Institut Català de la Salut

Rosa García
Institut Català de la Salut

Francisco González Carrión
Institut Català de la Salut

Dolors Guix Llistuella
Institut Català de la Salut

Glòria Muniente Pérez de Tudela
Institut Català de la Salut

Àngels Ondiviela
Institut Català de la Salut

M. Isabel Pasarin Rua
Agència de Salut Pública de Barcelona

M. Teresa Pérez Vidal
Institut Català de la Salut

Carmina Poblet
Institut Català de la Salut

Marcel Prats Vilallonga
PAMEM

Josefina Rovira Coromina
Sistema d'Emergències Mèdiques

Eric Sitjas
Badalona Serveis Assistencials

5. Grup de Treball: Infraestructures i plans funcionals

Coordinadors:

Josep Fusté
Laura Palacios

Vocals:

Fina Araque Serradell
Institut Català de la Salut

Teresa Areny Ribera
Institut Català de la Salut

Pilar Boixareu
Serveis Català de la Salut

Esther Casanovas
Institut Català de la Salut

Ferran Fanlo de Diego
Institut Català de la Salut

Gemma Falguera
Institut Català de la Salut

Àngel Garcés
Serveis Català de la Salut

Lourdes García
Institut Català de la Salut

José Luís Ibáñez Pardos
Consorti Sanitari Integral

Glòria Molins Pérez
Institut Català de la Salut

Miquel Olivet Montaner
Serveis Català de la Salut

Encarna Ramos
Corporació Sanitària Parc Taulí

M. Teresa Romera Punzano
Consorti Hospitalari de Catalunya
PROSS

6. Grup de Treball: Gestió i organització de serveis

Coordinadors:

Daniel Ferrer-Vidal Cortella
Joan Gené Badia

Vocals:

Francesc Borrell

Institut Català de la Salut

Alba Brugués Brugués

Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària

Eduard Carrión Sánchez

Institut Català de la Salut

Josep Casajuana Brunet

Institut Català de la Salut

Manel Enrubia Iglesias

Institut Català de la Salut

Maria Escartin

Institut Català de la Salut

Mati Ezquerria Lezcano

Consorti Sanitari de Terrassa

Josep M. Grego

Mútua de Terrassa

Amalia Luna Moya

PAMEM

Montserrat Molas Puigvila

Institut Català de la Salut

M. Dolors Navarro Rubio

Universitat Pompeu Fabra

Sara Ribera Freixes

Institut Català de la Salut

Cinta Villó Vallés

Institut Català de la Salut

Corinne Zara Yahni

Servei Català de la Salut

Secretaria Tècnica

Sílvia Fortuny
Direcció General de Planificació i Avaluació
Pla d'Innovació AP i SC
a/e. sfortuny@catsalut.cat
93 556 61 84

DOC. ÚS INTERN

**Per un canvi
profund, tranquil i
viable !**



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut