

Pla de Salut

territorial de Lleida 2016-2020



UN SISTEMA
CENTRAT
EN LA PERSONA:
PÚBLIC,
UNIVERSAL
I JUST

Alguns drets reservats

© 2016, Departament de Salut. Servei Català de la Salut



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Edita:

Regió Sanitària Lleida. Servei Català de la Salut:

Ramon Piñol Llovera (Direcció)

Marc Coca Moreno (Anàlisi de Situació i Redacció)

Rosa Segura Sebastià (Revisió lingüística)

1a edició:

Lleida, juny de 2016

URL:

http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/

Índex

Índex.....	3
Presentació	5
1. Principis inspiradors.....	8
2. Anàlisi de situació i reptes	14
2.1. Anàlisi de situació	14
2.2. Reptes que orienten el Pla de salut de Catalunya 2016-2020	44
3. Avaluació període anterior	58
4. Procés d'elaboració	86
5. Els objectius de salut per al 2020	88
6. Eixos, línies estratègiques i projectes	93
Àrees prioritàries i projectes singulars.....	95
PS1. Seguiment dels objectius de salut, qualitat de vida i operativitat dels projectes.....	96
PS2 Salut infantil i de l'adolescència en persones en situació de vulnerabilitat.....	97
PS3. Pla de prevenció de la discapacitat en persones grans fràgils.....	99
PS4. Prevenció del suïcidi (Codi risc de suïcidi).....	100
PS5. Desplegament del model d'atenció a les malalties minoritàries	101
PS6. Detecció precoç de VIH, sífilis, gonorrea, clamídia i tuberculosi.....	102
PS7. Prevenció secundària de fractures osteoporòtiques: programa APROP	104
PS8. Medicina respiratòria de precisió.....	105
PS9. Redefinició de l'atenció urgent als pacients amb ictus.....	106
PS10. Programa integral d'actuació en la cardiopatia isquèmica.....	107
PS11. Cribratge poblacional del càncer de còlon i recte.....	108
Línia 1. Les persones, la seva salut i el sistema sanitari	110
Línia 2. Implicació dels professionals	120
Línia 3. Salut pública	126
Línia 4. Atenció sanitària accessible, resolutiva i integral	136
Línia 5. Política farmacèutica i del medicament.....	145
Línia 6. Atenció integrada i cronicitat	152
Línia 7. Recerca i innovació en salut.....	160
Línia 8. Gestió de l'excel·lència i la seguretat.....	165
Línia 9. Avaluació de resultats i transparència.....	170
Línia 10. Salut digital.....	175
Línia 11. Integració territorial	181

Línia 12. Polítiques interdepartamentals i intersectorials	183
Línia 13. Projectes regionals: prioritats de salut pública, resolució regional, Atenció domiciliària Integral (ADI) i aliances territorials.	199
13.1 Prioritats de salut pública. Factors de risc que requereixen intervencions regionals preferents: tabac i sedentarisme.....	199
13.2 Resolució regional de processos de mitjana i alta complexitat	202
13.3 Integració dels serveis a domicili: Atenció Domiciliària Integral (ADI)	209
13.4 Acords i aliances territorials	212
7. Annex.....	213
8. Referències.....	213

Presentació

Sens dubte, una població saludable és l'actiu més important d'una societat i sense ella difícilment podrem avançar cap a un futur millor. Aquest és l'objectiu que dóna vida i posa en moviment el nostre sistema de salut de cobertura universal, un sistema de salut que ha de vetllar per una població territorialment àmplia, heterogènia i canviant en el temps. Per tant, aquest sistema ha de saber identificar els problemes i les necessitats immediates, però també ha de poder anticipar-se als nous reptes que vindran.

El Pla de salut de Catalunya conforma aquell marc de referència en el que s'enquadren les actuacions públiques en matèria de salut. El Pla de salut territorial de la Regió de Lleida s'inspira en aquest document, tot adaptant-lo a les especificitats i necessitats del seu territori i la seva població.

El document que teniu entre les mans s'inspira en les preocupacions arquetípiques de la salut: la prevenció, el tractament i la rehabilitació del pacient. Però també es combina amb aquelles altres que estan sacsejant el nostre món actual: la solidaritat, l'equilibri entre l'equitat i l'eficiència econòmica, la desigualtat, el respecte de la diversitat, etc. A la Regió de Lleida, a més, l'equilibri territorial i l'equitat són dos conceptes que destaquen en importància, una importància que sorgeix de les especificitats de les seves comarques com són la dispersió territorial i l'envelliment.

En l'anàlisi de situació s'exploren les característiques bàsiques del territori, la població i els recursos sanitaris de la Regió. El marc de referència són les característiques pròpies de Catalunya i, en aquest sentit, es tracten els següents grans temes de forma comparativa: l'estructura de la població (dispersa i envellida), la riquesa i la seva distribució, l'esperança de vida i la mortalitat, els hàbits i estils de vida i, finalment, l'utilització dels recursos sanitaris.

Abans de començar a dibuixar aquelles línies sobre les que es mouran les actuacions del quinquenni 2016-2020, convé fer una avaluació sobre el que s'ha fet anteriorment en el marc del Pla de salut precedent (2011-2015). A la Regió de Lleida, es destaca un alt grau de compliment amb aquells projectes que es van concretar en el Pla de salut precedent; no obstant, no tots els projectes han assolit el seu objectiu final alguns requeriran la seva reorientació i d'altres segueixen vius i continuen amb aquest nou Pla.

Els objectius de salut serveixen de referències i orienten les accions d'aquest Pla de salut; una gran majoria d'aquests es focalitzen en la disminució de la mortalitat i la morbiditat, una altra part busquen reduir els factors de risc i, finalment, també resulta necessària la millora de la qualitat dels serveis i la seguretat.

D'aquesta forma, les accions del pla es conceptualitzen en quatre eixos, subdividits en tretze línies estratègiques, que al seu torn es componen dels diversos projectes específics que concreten l'acció a emprendre. Es proposen, a més, quatre projectes específics de la Regió, els quals comparteixen tots aquells valors i objectius cercats pel Pla de salut de Catalunya: reduir el tabac i el sedentarisme, assolir una major, però eficient, resolució de processos de mitjana i alta complexitat, aconseguir una major integració en els serveis a domicili i, finalment, establir i potenciar la sincronia entre els diferents proveïdors de la regió a través d'acords i d'aliances territorials.

Finalment no puc deixar passar l'oportunitat d'agrair la feina abnegada i no sempre ben recompensada dels professionals que malgrat els temps complexos que vivim han aconseguit mantenir la qualitat del servei gràcies al seu compromís vers la salut de la població.

També, voldria agrair a totes les persones i entitats que han col·laborat en la elaboració d'aquest Pla de Salut de la RS de Lleida.

Jordi Cortada i Echauz,
Gerent Regió Sanitària Lleida

1. Principis inspiradors

El Pla de salut de Catalunya és la formalització de la política del Govern de la Generalitat pel que fa al desplegament d'actuacions per a la promoció de la salut i la seva protecció, la prevenció de les malalties, el tractament de les persones malaltes i la rehabilitació i la reinserció a la societat en les millors condicions possibles.

El Pla de salut s'elabora tenint en compte i respectant els valors de la solidaritat, el respecte a les persones i a la seva dignitat, el respecte de la diversitat, la defensa de la justícia i l'equitat en la distribució dels recursos, la lleialtat als principis del servei públic.

El Pla de salut territorial de Lleida s'inspira en el Pla de Salut de Catalunya, tot adaptant-lo a les especificitats de les comarques de la Regió Lleida (dispersió i envelliment), destacant la importància de conceptes com l'equilibri territorial i l'equitat.

Principis inspiradors

Catalunya té un sistema sanitari públic de cobertura universal i amb un ventall molt ampli de prestacions a la seva cartera de serveis. El desenvolupament d'aquest sistema ha contribuït a la millora de la salut de la població i ha marcat la qualitat de l'assistència sanitària que aquesta població rep. La recerca de la màxima equitat, d'una banda, en termes d'accessibilitat i, de l'altra, en termes de resultats, és un dels principis rectors del nostre sistema sanitari ja que constitueix la garantia de justícia social en les polítiques de salut.

L'increment de l'esperança de vida és un assoliment important però, alhora, és un repte que implica atendre més persones, més grans, amb més patologies i amb més grau de complexitat.

El sistema públic de salut de Catalunya ha de donar resposta a una demanda canviant de serveis assistencials que és el resultat dels avenços diagnòstics, terapèutics i tecnològics, però, també, de l'augment de l'esperança de vida de la població, de la modificació de les necessitats de salut de les persones i de l'evolució de les expectatives dels ciutadans en relació amb l'assistència sanitària, entre d'altres factors. L'increment de l'esperança de vida és un assoliment important però, alhora, és un repte que implica atendre més persones, més grans, amb més patologies i amb més grau de complexitat. En aquest marc tenim l'obligació de construir un sistema sanitari que tingui en compte, cada vegada més, les preferències i els valors de les persones que atén i que pugui adaptar-se a la seva realitat i a la del seu entorn.

Els darrers anys han estat marcats per una important crisi econòmica amb conseqüències socials sovint dramàtiques. Això ha comportat un agreujament de les desigualtats en el nostre entorn i, en concret, en l'àmbit de la salut. Avui dia són punyents les diferències en salut per motius geogràfics i socioeconòmics, conegudes com a "iniquitats en salut" pel seu caràcter injust. Aquestes es deuen, en bona part, als determinants socials de la salut: factors estructurals o conjunturals d'una societat o del seu entorn que determinen la salut d'una població, més enllà del propi sistema sanitari.

Una població saludable és l'actiu més important d'un país i la disponibilitat d'un sistema públic de salut que sigui universal, equitatiu, efectiu i eficient és un element indispensable d'avenç.

La salut d'una comunitat en marca el grau de desenvolupament i el potencial de progrés, en tant que permet el desenvolupament i el progrés de les persones que la integren. El sistema públic de salut contribueix a igualar les persones davant d'una de les seves necessitats més bàsiques, tant perquè dóna accés a les prestacions que poden cobrir aquestes necessitats com pels resultats en salut que se n'obtenen. El sistema sanitari públic s'erigeix, per tant, com un actiu principal contra les iniquitats en salut. No obstant això, la millora de la salut d'una comunitat i que aquesta millora s'aconsegueixi de manera equitativa no depenen únicament del sistema sanitari. És necessari un abordatge multilateral amb un enfocament conegut com a "salut en totes les polítiques": el plantejament en clau de salut de polítiques interdepartamentals.

Els professionals i els usuaris constitueixen la base del sistema sanitari, de manera que llur participació és fonamental per assegurar un sistema que, des de la recerca i la

innovació en processos i serveis, s'orienti a proporcionar als ciutadans serveis d'excel·lència que en cobreixin les necessitats en salut. Els darrers anys, d'obligada contenció pressupostària, s'han caracteritzat per una sobrecàrrega assistencial i per la precarització dels entorns en què desenvolupen la seva tasca la major part de professionals de la sanitat, aspectes aquests que han impactat negativament en llurs expectatives i llur dinamisme. Per aquest motiu, ha de ser una prioritat de les polítiques de salut recuperar el lideratge dels professionals en la gestió clínica i la millora de les seves condicions de treball, així com de la interlocució entre professionals i organismes directius.

Per satisfer les necessitats de salut de les persones, cal un sistema de salut que respecti els principis de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya i els de la Llei de salut pública.

Els principis que contempla el Pla de Salut són els següents:

- 1) Centrar l'atenció en les persones i assegurar-ne el contínuum assistencial. Aprofitar els avantatges que aporten les tecnologies, però també donar una atenció humanitzada i que tingui la capacitat d'oferir les alternatives assistencials més adequades a les necessitats socials i sanitàries en cada cas. Implicar els ciutadans en la planificació i avaluació de les polítiques sanitàries, i aprofundir en les dinàmiques de les decisions compartides
- 2) Garantir l'**equitat** en l'accés a les prestacions, però també en els resultats de salut; i també la distribució dels recursos segons necessitats en salut de la població, com a via per combatre les iniquitats en salut.
- 3) Establir les **causes socials** com a factors principals que determinen les desigualtats en la salut en una comunitat. I fer-ne un abordatge multilateral (salut a totes les polítiques).
- 4) Complementar l'abordatge individual amb la perspectiva poblacional acompanyada de la perspectiva **de col·lectius amb més vulnerabilitat**.
- 5) Realitzar les activitats assistencials amb un alt nivell de **qualitat i seguretat** i vetllar per la satisfacció de les persones usuàries del sistema de salut.
- 6) Vetllar per la qualitat de les actuacions poblacionals, amb criteris **d'efectivitat, d'eficiència**, utilitzant l'**evidència** disponible i avaluació de les actuacions, com a eines bàsiques per les actuacions.
- 7) Ser obert i flexible i disposat a **donar veu a les persones**, escoltar-les, adaptar-s'hi i ponderar les necessitats expressades. Ser transparent i donar informació i formació sobre la cura de la pròpia salut i les prestacions del sistema, per tal de facilitar el coneixement, l'autocura, l'autonomia i la utilització adequada dels recursos assistencials a l'abast.
- 8) Planificar les seves actuacions des d'un vessant **predictiu, preventiu i proactiu**, més que no pas reactiu. Ser capaç d'aprofitar els avantatges de les estratègies de salut en totes les polítiques per promoure la protecció i la promoció de la salut i la prevenció de les malalties, mitjançant el desenvolupament de plans interdepartamentals que abordin de forma transversal els objectius.

9) Anticipar-se a les noves necessitats de la població i **incorporar les noves evidències, coneixements i tecnologies** que puguin millorar els processos assistencials i els seus resultats, i promoure la utilització de les intervencions més eficaces i efectives i evitar les que no ho són.

10) Planificar amb **perspectiva territorial**, en el marc del Pla de salut de Catalunya, i facilitar la descentralització de la gestió per fer-la més propera a les persones. Orientar els esforços a l'assoliment de resultats de salut. Adaptar la contractació i els incentius a la planificació territorial i a l'assoliment de resultats en salut i en l'atenció centrada en la persona.

11) Reconèixer la tasca dels **professionals** del sistema sanitari. Optimitzar el coneixement clínic per a la presa de decisions en la política sanitària i assistencial i en la transformació del sistema. Promoure la competència dels professionals com l'actiu més valuós del sistema públic de salut i implicar-los en la seva planificació, gestió i avaluació.

12) Fomentar la **recerca en salut** a tots els nivells assistencials promovent una estratègia sistèmica que actuï com a palanca de millora contínua d'un sistema sanitari d'excel·lència. Els professionals, molt especialment els joves investigadors, han de disposar d'eines innovadores que projectin el desenvolupament del sistema sanitari.

13) Fomentar la **recerca en salut** pública avançant en la millora del coneixement dels determinants de salut, l'efectivitat i l'eficiència de les intervencions.

14) Generar una **xarxa de sistemes d'informació unificada** útil per a l'organització del sistema mateix, la pràctica assistencial, la presa de decisions, l'avaluació i la rendició de comptes. Desenvolupar nous models d'interacció de les persones amb el sistema de salut, d'atenció no presencial i canvis organitzatius i del rol dels professionals.

15) Formular un Pla de salut **orientat a l'acció** que promogui els canvis necessaris per assolir els objectius de salut i de qualitat de vida. Un Pla que faci "que les coses passin".

El Pla de salut s'elabora tenint en compte aquests principis i la lleialtat dels serveis públics i vetlla pel seu compliment i la responsabilitat en el desenvolupament de les tasques assistencials, de gestió i d'intervenció comunitària, necessaris per a la millora de la salut de la població.

El Pla de salut territorial de Lleida concreta per aquest territori els principis exposats en el Pla de Salut de Catalunya, en els que s'inspira, però degut a les especificitats de les comarques de la Regió de Lleida –**dispersió i envelliment**– prenen també molta importància alguns conceptes com els **d'equilibri territorial i equitat**.

Aquesta equitat ha de ser, per una banda, horitzontal en els serveis, és a dir, ha d'intentar garantir la igualtat d'atenció en situacions similars i, per l'altra, ha d'ésser vertical en la disponibilitat de recursos, és a dir, oferir més a qui més ho necessita.

L'equilibri territorial i l'equitat són dos conceptes que prenen molta importància a la Regió de Lleida a causa de la dispersió territorial i l'envelliment de la seva població.

Encara que de fet en forma part, l'equitat ha de conjugar-se amb l'eficiència ja que els recursos són escassos. La màxima expressió d'aquesta és l'eficiència social: assolir al menor cost social, els bens i serveis que més valora la societat, en aquest cas, la salut dels seus ciutadans i la millor distribució dels mateixos.

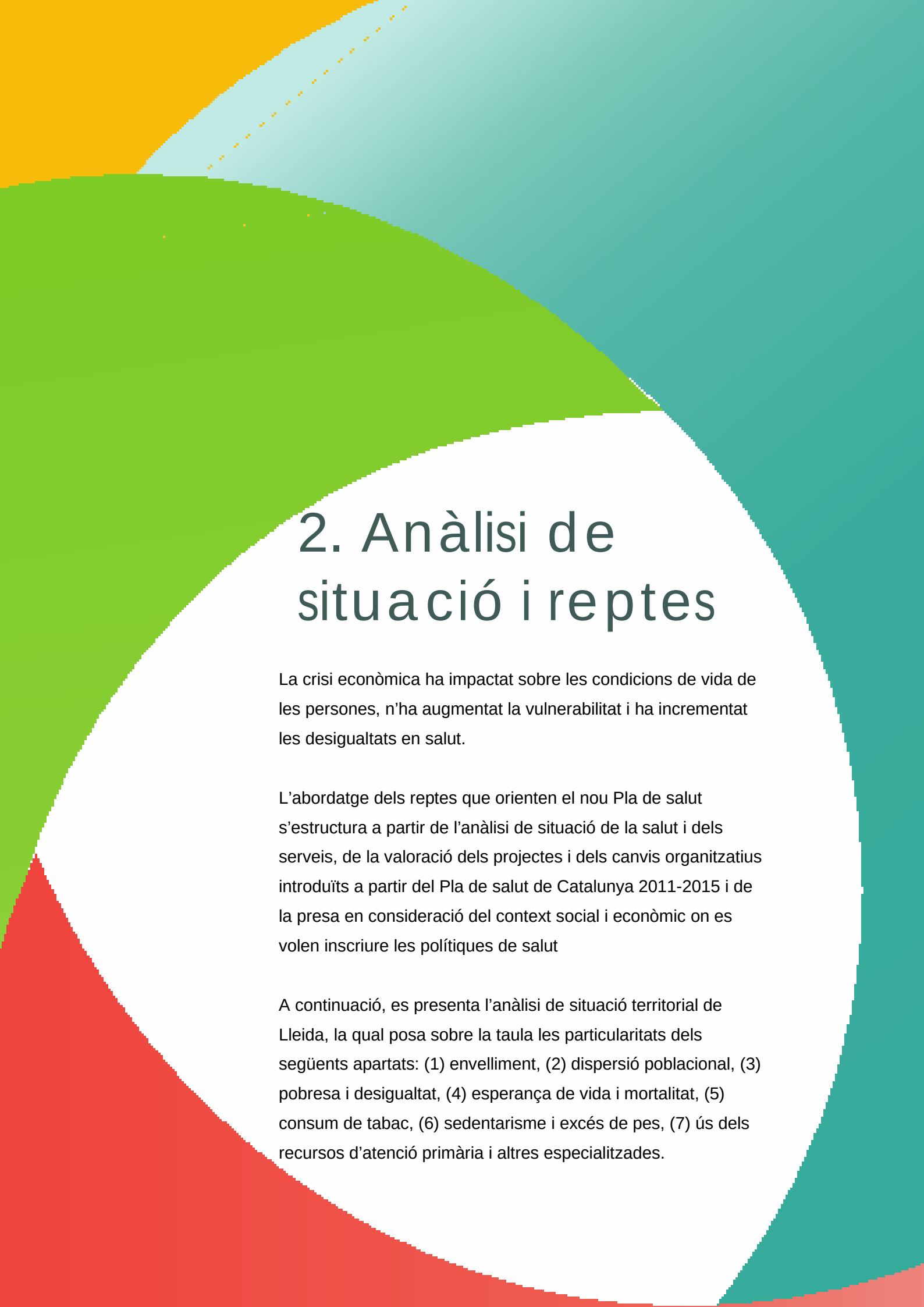
L'equilibri territorial dels serveis oferts ha de garantir la seva accessibilitat i, per tant, sota aquesta premissa, justifica l'existència d'alguns serveis de mitjana i/o alta especialització ubicats a la ciutat de Lleida i les seves comarques.

També, en ocasions, s'afegeix el factor distància i temps com un argument indiscutible per oferir a la capital de Ponent les prestacions que, per exemple, en el cas d'algunes emergències organitzades en "Codis", fan que sigui vital la seva atenció ràpida sense haver de fer un desplaçament als centres de Barcelona, cosa que representa 173 Km i dues hores de trajecte.

Hem de treballar conjuntament per tal d'optimitzar els recursos disponibles i usar-los amb una major eficiència.

Tots aquets factors s'han de considerar a l'hora d'organitzar els recursos regionals i també cal afegir-ne d'altres, com són el del nombre de casos a atendre (la N) que ha de ser suficient per garantir la qualitat (la Q) a uns cost social acceptable (€).

Donades aquestes relacions, la col·laboració entre els diferents serveis de la Regió es fa necessària. Per aquest motiu, s'aconsella realitzar **aliances regionals** per atendre algunes patologies i organitzar-se de manera conjunta amb altres regions sanitàries de Catalunya -sobretot amb la l'Alt Pirineu i Aran- o, fins i tot, per seguir prestant alguns serveis sanitaris als aragonesos de la Franja de Ponent.



2. Anàlisi de situació i reptes

La crisi econòmica ha impactat sobre les condicions de vida de les persones, n'ha augmentat la vulnerabilitat i ha incrementat les desigualtats en salut.

L'abordatge dels reptes que orienten el nou Pla de salut s'estructura a partir de l'anàlisi de situació de la salut i dels serveis, de la valoració dels projectes i dels canvis organitzatius introduïts a partir del Pla de salut de Catalunya 2011-2015 i de la presa en consideració del context social i econòmic on es volen inscriure les polítiques de salut

A continuació, es presenta l'anàlisi de situació territorial de Lleida, la qual posa sobre la taula les particularitats dels següents apartats: (1) envelliment, (2) dispersió poblacional, (3) pobresa i desigualtat, (4) esperança de vida i mortalitat, (5) consum de tabac, (6) sedentarisme i excés de pes, (7) ús dels recursos d'atenció primària i altres especialitzades.

Anàlisi de situació i reptes

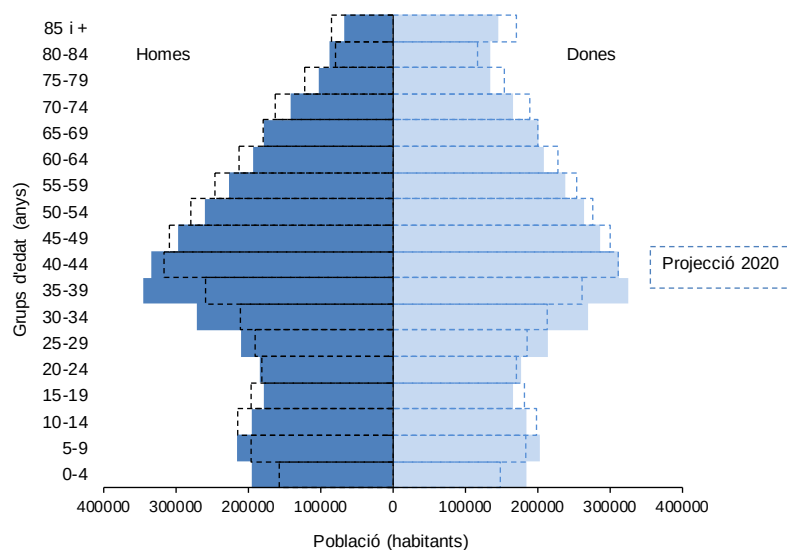
2.1. Anàlisi de situació

Context demogràfic i socioeconòmic de Catalunya

Durant els primers anys del segle XXI la població de Catalunya va tenir un creixement molt important, amb una forta onada immigratòria. L'any 2015 Catalunya té 7.508.106 habitants¹, amb un saldo migratori negatiu. La previsió és que la població disminueixi els propers anys i l'any 2020 hi hagi 7.342.800 habitants²; el saldo migratori seguirà sent negatiu, el nombre de naixements continuarà disminuint i serà superat pel nombre de defuncions. En aquest període es preveu l'augment de la proporció de persones de 65 anys i més i de l'índex de sobreenvelliment; del prop de milió i mig de persones de 65 anys i més que s'esperen l'any 2020, més de 250.000 tindran 85 anys i més (figura 1).

La salut i la malaltia tenen una dimensió social que vincula l'estat de salut, la situació socioeconòmica i el context on es desenvolupa la persona.

Figura 1. Piràmide de la població de Catalunya l'any 2015 i projecció per a l'any 2020



Font: Idescat. Padró municipal d'habitants 2015 i població projectada a 1 de gener de 2020 segons sexe i edat quinquenal (escenari mitjà, base 2013)

La Regió Sanitària Lleida: població i territori

La Regió Sanitària Lleida comprèn les comarques de les Garrigues, la Noguera, el Pla d'Urgell, la Segarra, el Segrià i l'Urgell. Constitueix també, l'Àrea de Gestió Assistencial (AGA) de Lleida i el seu territori coincideix amb l'Àmbit Territorial de Ponent.

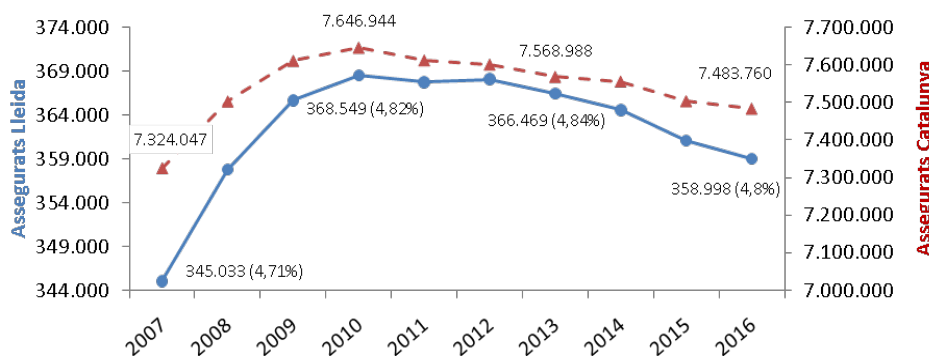
La seva població mostra dues característiques essencials que la diferencien de les demés Regions: (1) una distribució dispersa tal i com s'aprecia per la baixa densitat de població i (2) un envelliment més accentuat que el de la resta de Catalunya.



La Regió Sanitària Lleida es caracteritza per una població més envellida que la de Catalunya i una destacable dispersió territorial.

L'any 2015, la Regió Sanitària Lleida va registrar 363.783 habitants empadronats i 361.085 assegurats; ambdues xifres representaven el 4,8% del total d'empadronats i d'assegurats de Catalunya. El 2016, la xifra d'assegurats s'ha reduït en 2.087 habitants, en total 358.998 habitants, segons el tall de referència. Des del 2010 –moment de màxim poblacional-, s'aprecia una lleugera reducció que s'accentua a partir del 2012 (veure figura 2).

Figura 2. Evolució de la població oficial assegurada de la Regió Sanitària Lleida (2007-2016).



Font: SIIS (Evolució de la població oficial assegurada de la Regió Sanitària Lleida)

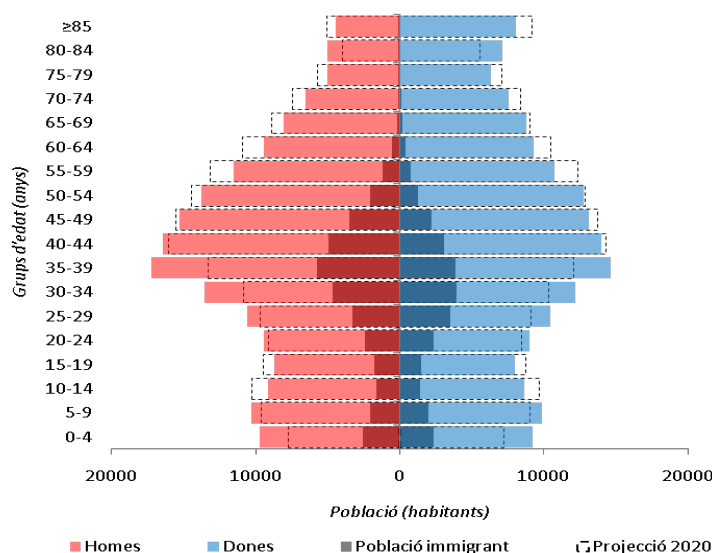
La densitat de població registrada és d'uns 65,1 habitants per km² (2015) i de 64,6 si es considera la població assegurada (2016) en lloc de l'empadronada.³ Per l'any 2013, la natalitat i la mortalitat eren de 9,8‰ i 9,4‰ en front del 9,6‰ i 8,2‰ respectivament de Catalunya. En conseqüència, el creixement natural derivat d'aquests dos indicadors resulta en 0,4‰ pel cas de Lleida i 1,4‰ per a Catalunya.⁴

La següent figura (3) ens mostra l'estructura per edats i sexe de la població de la Regió Sanitària Lleida, conjuntament amb la projecció esperada per 2020, segons la tendència actual.

En primer lloc, destaca el pes relatiu de les edats compreses entre 30 i 50 anys, la qual cosa pot explicar-se pel *baby boom* dels anys 70 (cohort 37-46 anys) i la immigració

recent que ha experimentat el conjunt del territori català. Com es pot veure, els grups d'edat compresos entre els 30 i els 54 anys són els que registren un major pes de població immigrant.⁵ Per la Regió de Lleida, l'interval pot ampliar-se fins als 54 anys.

Figura 3. Piràmide de la població de la Regió Sanitària Lleida l'any 2015 i projecció esperada per a l'any 2020.



Font: Idescat. Padró municipal d'habitants de l'àmbit territorial de Ponent (2015) i població projectada a 1 de gener de 2020 segons sexe i edat quinquennal (escenari mitjà).

Les projeccions demogràfiques esperades pel 2020 apunten cap a una convergència dels nivells d'envelliment de la Regió amb els de la resta de Catalunya i cap a una progressiva reducció de la població.

En segon lloc, tot sembla apuntar a una reducció global de la població i cap a un major envelliment d'aquesta. D'acord amb aquestes dades, el pes de la població major de 65 anys de la Regió de Lleida és del 18,4% sobre el seu total, un valor que se situa lleugerament per sobre del de Catalunya (18,1%). Pel 2020, s'espera que aquests mateixos valors s'incrementin fins a 19,6% i 19,9%, respectivament. Tot plegat permet confirmar la convergència dels nivells d'envelliment de la Regió amb els del conjunt de Catalunya, una tendència apuntada ja fa uns anys.¹

La següent taula (1), ens mostra una comparativa entre els valors registrats actualment a la Regió en matèria d'envelliment, i les xifres registrades en el conjunt de Catalunya. L'envelliment i el sobreenvelliment es troben per sobre dels valors del territori català; la projecció esperada pel 2026 mostra i ratifica allò que havia estat comentat anteriorment: l'augment de la població de 65 i més anys, però amb una tendència a l'apropament.

¹ Concretament, ens referim a la següent cita: "El tret més remarcable és la generalització del procés d'envelliment a tot el territori, atès que els creixements relatius més importants es localitzen en els GTS que actualment tenen menys percentatge d'ancians, mentre que en els més envellits[Lleida] els increments són menors i en algun cas negatius." Vegis: Direcció General de Planificació i Avaluació (2008), *Els serveis per a la salut: mirant cap al futur. Mapa sanitari, sociosanitari i de la salut pública*, vol. I, Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, p. 79.

Taula 1. L'envelliment a la Regió de Lleida

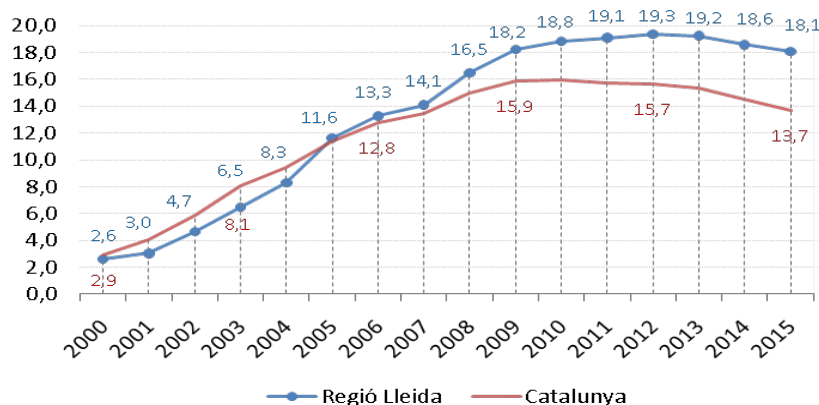
Indicadors d'envelliment	Lleida	Catalunya
Població de 65 anys i més (N)*	66.959	1.373.097
Població de 65 anys i més (%)*	18,65%	18,35%
Índex d'envelliment (>65/<15)*	117,1	114,28
Percentatge de sobreenvelliment (>85/>=65)*	18,6%	15,7%
Estimació del creixement de la població de 65 anys i més (2026). Escenari mitjà**	19,9%	25,3%

*Registre Central d'Assegurats, 2016, **IDESCAT, 2014

Després de l'envelliment, la immigració ha estat l'altre dels fenòmens clau per entendre l'evolució de la població tant de Catalunya com de Lleida a principis del segle XXI. Es destaca un notable increment de la població a Catalunya en el primer decenni del segle, coincidint amb els mateixos anys en els que la immigració va ser més intensa –es calcula que, entre el 2000 i el 2015, la població estrangera va augmentar a un ritme del 20,77% acumulatiu. La Regió Sanitària Lleida va seguir aquesta tendència encara més accentuadament i, des del 2005, començà el seu distanciament respecte als valors del conjunt del territori. No seria fins al 2012 que la nostra Regió va començar a veure reduït aquest valor, coincidint amb la davallada del total de la població assegurada i empadronada. No obstant, aquesta reducció ha estat molt menor en el territori lleidatà i els seus nivells s'han mantingut i es mantenen relativament elevats si es comparen amb els de Catalunya, resultant en una diferència de 4,4 punts percentuals.

La immigració ha estat un dels grans fenòmens de principis del segle XXI. Aquest explica, en part, l'auge i el declivi en la tendència demogràfica de Catalunya i, significativament, de la Regió de Lleida.

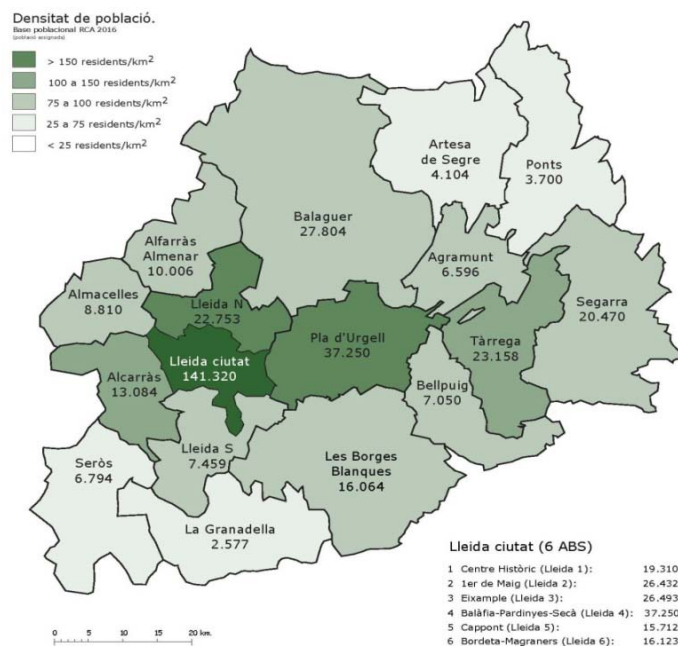
Figura 4. Percentatge (%) de la població immigrant sobre el total a Lleida i a Catalunya (2000-2016)



Font: Idescat. Població empadronada oficial per nacionalitat. Àmbit Territorial de Ponent i Catalunya

Pel que fa a la distribució territorial d'aquesta població, el mapa (1) següent ens permet veure-la segons les Àrees Bàsiques de Salut de la regió de Lleida. Destaca una major concentració a les àrees centrals de la Regió, que segueixen l'eix de la l'autovia A-2. Per contra, les zones més perifèriques mostren una menor densitat de la mateixa.

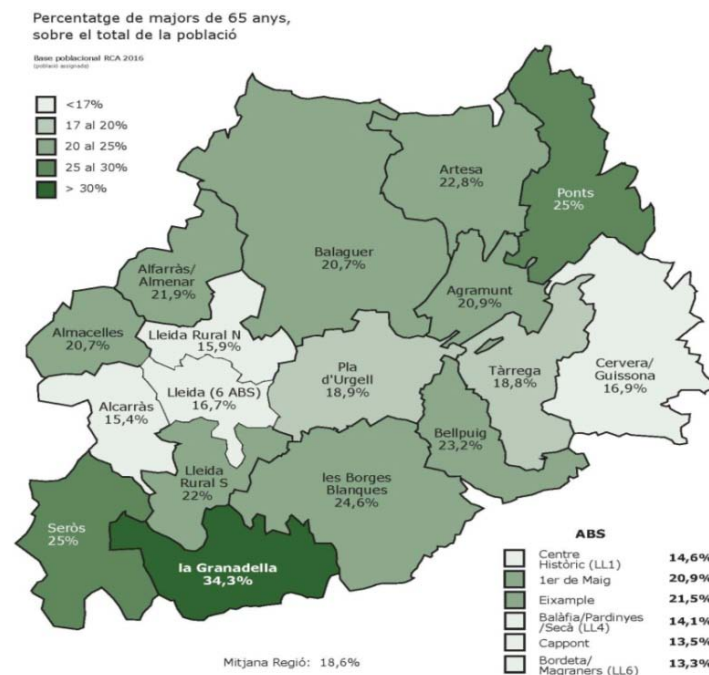
Mapa 1. Població i densitat demogràfica per ABS (2016)



La població de la Regió de Lleida mostra una distribució geogràfica dual: el major gruix es troba a les àrees centrals que segueixen l'eix de l'autovia A-2, mentre que les zones més perifèriques mostren uns nivells poblacionals menors.

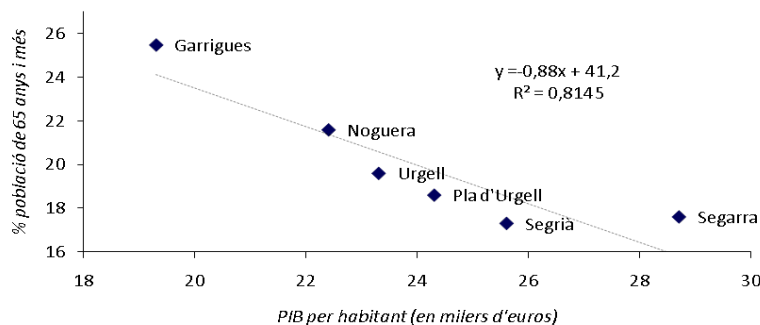
Complementàriament, s'aporta el mapa 2 en el qual s'aprecia el pes relatiu dels majors de 65 anys sobre la població total, per ABS. Aquest mapa és fàcilment contrastable amb l'anterior: les zones que més densitat de població registraven, són les mateixes que un menor envelliment presenten. D'altra banda, són les àrees bàsiques de salut perifèriques com la Granadella, Seròs, Ponts i Les Borges Blanques, les que mostren un major envelliment.

Mapa 2. % de la població de 65 anys i més per ABS



L'activitat econòmica ens podria ajudar a explicar aquesta distribució. Creuant el PIB per càpita –com a variable independent- amb el pes de la població envellida –variable dependent-, obtenim una relació inversa entre ambdues variables: a menor PIB per habitant, més envelliment poblacional. Les expectatives econòmiques que la població més jove percep del seu entorn poden explicar aquesta relació i l'atracció cap a les zones econòmicament més dinàmiques (vegis figura 5).

Figura 5. Correlació entre el PIB per habitant i l'envelliment comarcal de l'Àmbit territorial de Ponent.



Font. Exercici basat en: Coca, Marc (2016), "La recessió demogràfica de La Noguera en perspectiva històrica", en Montgai i Butsénit a l'edat moderna, en premsa. Dades IDESCAT (2012/4)

Finalment, cal afegir que a causa de la seva situació geogràfica, la Regió Sanitària Lleida és un centre d'atracció i per tant, les prestacions dels serveis sanitaris, educatius, culturals, comercials i professionals han de considerar la cobertura d'una població més àmplia que la resident a la regió (uns 358.998 habitants pel 2016).

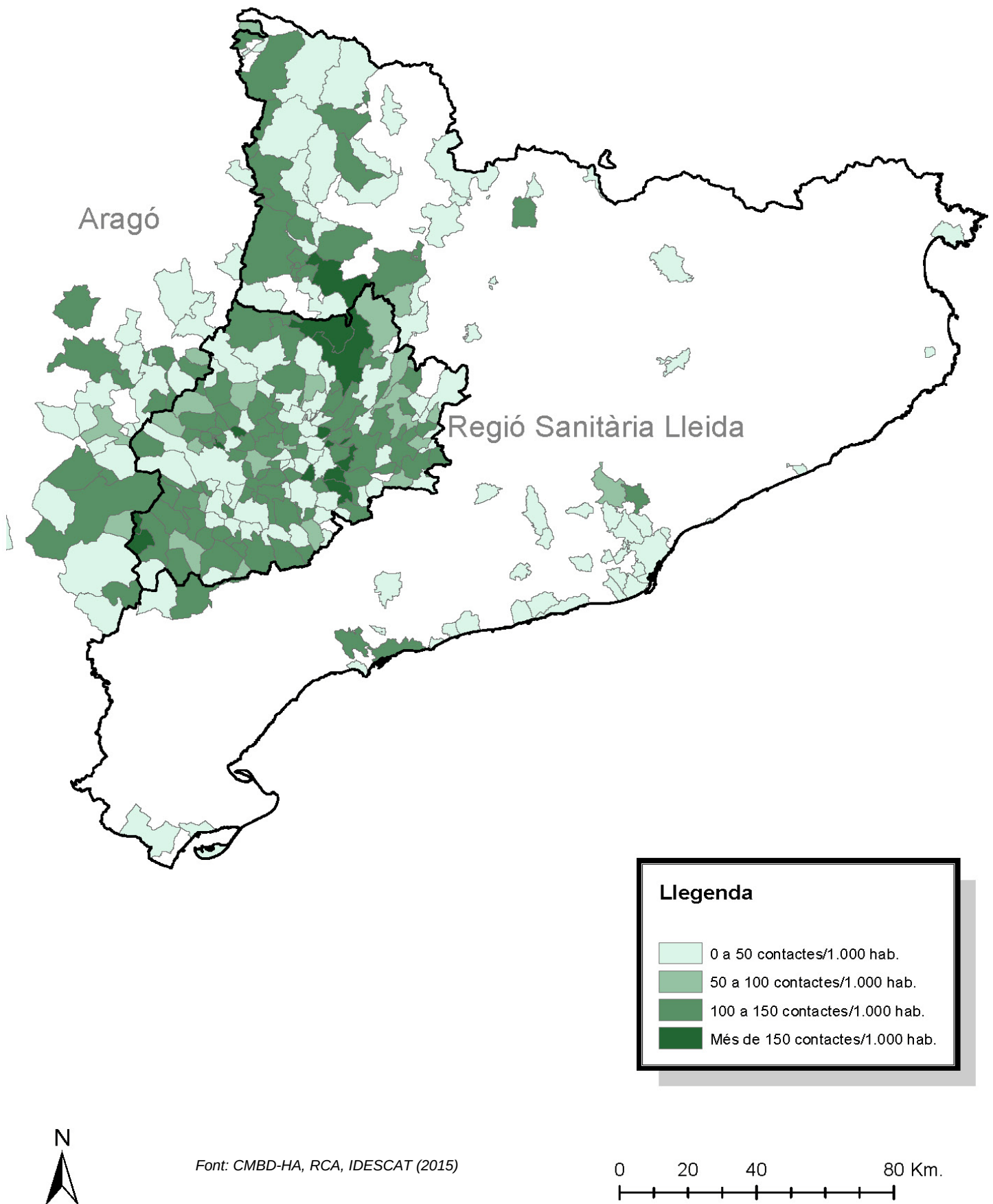
Tal realitat es pot apreciar en el següent mapa (3) que comptabilitza dels contactes efectuats a centres hospitalaris de la Regió Sanitària Lleida en el que pot destacar-se les següents procedències: la dels residents d'altres municipis de la demarcació, la dels habitants de la Franja de Ponent, la de les comarques dels Pirineus i, fins i tot, de les terres de l'Ebre.

En conclusió, la Regió Sanitària Lleida atén les necessitats d'una població que ultrapassa la registrada i en conjunt, resulta una xifra que es situa per sobre els 450.000 habitants.

Aparentment, aquesta distribució geogràfica manté una estreta correlació amb el nivell de riquesa comarcal, essent aquelles zones amb un PIB per habitant major, les que menor pes de població envellida registren.

La situació geogràfica de la regió fa d'aquesta un centre d'atracció per a residents extraregionals. Els serveis públics i els sanitaris en especial han de considerar la cobertura d'una població més àmplia que la resident a la Regió.

Mapa 3. Distribució geogràfica dels contactes hospitalaris efectuats a centres hospitalaris de la Regió Sanitària Lleida (2015)



La situació socioeconòmica i la salut

La salut i la malaltia tenen una dimensió social que vincula l'estat de salut, la situació socioeconòmica i el context on es desenvolupa la persona. Els estils de vida i els factors ambientals són els que contribueixen més a la morbiditat general, mentre que altres factors com ara la genètica i el sistema sanitari expliquen en menor mesura la mortalitat.^{6,7,8,9,10}

La crisi econòmica ha impactat en les condicions de vida de la població i ha afectat la despesa en salut.

Una profunda crisi econòmica ha marcat els darrers anys. La taxa d'atur va passar del 6,5% l'any 2007 al 23,1% l'any 2013 i l'any 2015 és del 18,6%.¹¹ La taxa d'atur de llarga durada va passar de l'1,3% l'any 2007 al 12,2% l'any 2013 i l'any 2015 és del 10,4%.¹² A més, cal destacar que el primer trimestre de l'any 2014 només van rebre prestacions el 31,7% de la població desocupada i entre les persones de menys de 30 anys, l'11,9%.¹³

La taxa d'atur de la demarcació de Lleida ha seguit una evolució similar –encara que menor– a la del conjunt de Catalunya: des de l'any 2007 al 2013, aquesta taxa va passar del 3% al 16%; les últimes xifres pel 2015 donen un valor del 15%.¹⁴

La renda disponible a les llars catalanes va disminuir un 8% entre l'any 2009 i el 2013. Tot i que les relacions entre renda i salut no són lineals, la pèrdua de poder adquisitiu de les famílies i l'empobriment sobtat, especialment si sobrepassa un límit crític, tenen un impacte immediat sobre la salut, sobretot en els grups més vulnerables com ara la població infantil.

La proporció de població que viu per sota del llindar de risc de pobresa ha passat del 18,4% l'any 2009 al 20,9% l'any 2014. Més d'un milió i mig de persones se situen per sota del llindar de risc de pobresa. El patró de la pobresa per grups d'edat ha canviat durant el període de recessió econòmica: l'any 2008 la població de 65 anys i més era el grup amb un risc de pobresa més elevat, mentre que l'any 2014 la taxa de risc de pobresa és més elevada en la població de menys de 16 anys, seguida de la població de 16 a 64 anys i, finalment, la població de 65 anys i més.¹⁵

També la renda disponible de les llars de les terres de Ponent s'ha vist greument afectada per aquesta situació: les xifres actualment disponibles ens deixen entreveure una reducció de la renda disponible del 15,9% entre els anys 2009 i 2012.¹⁶ La taxa de risc de pobresa del territori era del 22% al 2011, situant-se tímidament per sobre de la de Catalunya (21,9%); a més a més, d'aquest 22%, un 13,92% es trobava ocupat cosa que mostra la precarietat d'una part d'aquesta ocupació.¹⁷

Si la mateixa dada la mirem a Lleida per edats, la situació és similar: si abans de la crisi eren els majors de 65 anys els que formaven el col·lectiu més vulnerable, segons les xifres regionals de l'any 2011 són ara els menors de 16 anys aquells amb més risc de caure en la pobresa (32%).¹⁸

Una renda més baixa i un major risc de caure en la pobresa es tradueixen necessàriament en un consum menor. El període 2008-2014 també s'ha caracteritzat per un augment de les llars que pateixen privació material greu. L'exposició a situacions de privació durant la

infància s'associa a pitjors resultats en salut a curt i mitjà termini, i aquests són més irreversibles com més precoç és l'exposició a les situacions adverses.

Paral·lelament, s'observa un increment de la desigualtat econòmica. L'índex de Gini que mesura la desigualtat de la distribució de la renda de les persones, a Catalunya l'any 2009 era de 32,2 i l'any 2014 és de 33,0¹⁹ (sent 0 màxima igualtat i 100 màxima desigualtat), situació per sobre del de la Unió Europea amb un índex del 30,9.²⁰

Un estudi recent sobre les terres lleidatanes ha mostrat que, pel 2011, la privació material severa de Lleida era superior a la del conjunt del territori: un 12,5% en front d'un 7,2% (2011). Conjugant la privació material, el risc de pobresa i la intensitat de treball molt baixa obtenim l'indicador AROPE (At Risk of Poverty and Exclusion).² Altre cop, al 2011, les xifres lleidatanes mostren uns valors superiors de pobresa als del conjunt del territori: un 27,9% en front d'un 26,7% per a Catalunya i un 27% per al conjunt d'Espanya.²¹

Els diversos indicadors socioeconòmics disponibles, ens mostren un major impacte dels efectes de la crisi a les terres de Lleida, que el produït en el conjunt de Catalunya.

Per tant cal destacar, que no solament ha disminuït la riquesa en termes absoluts, a més a més, la seva distribució s'ha fet més dispersa i desigual: a Catalunya: trobem un índex de Gini –valor entre 0 i 100, essent 0 la igualtat i 100 la desigualtat absoluta- del 29,4 pel 2008 i un de 31,9 pel 2014. L'any 2011, la Província de Lleida presentava un índex de Gini de 38 davant del 31 registrat per Catalunya. Si mirem l'indicador S80/20 –aquell que ens indica en quin grau és superior la riquesa del quintil més ric sobre el quintil més pobre-, els valors ens donen una diferència encara més gran: un 12,05 en front del 5,33 de Catalunya (vegis taula 2).²²

Taula 2. Indicadors de pobresa i desigualtat, Catalunya i Lleida (2011)

Indicador	Catalunya	Lleida	Indicador	Catalunya	Lleida
Risc de pobresa	20,5	21,4	índex de Gini	31	38
Intensitat treball molt baixa	9,1	8,9	S80/20	5,33	12,05
Privació material severa	7,2	12,5			
INDICADOR AROPE	26,7	27,9			

Font: Allepuz, R. et al. (2015), *Nova i vella pobresa...* pp. 32-35

Per contra, els darrers anys s'ha assistit a un descens de l'abandonament prematur dels estudis. L'any 2010 el 28,9% de les persones de 18 a 24 van abandonar prematurament els estudis secundaris i l'any 2014, el 22,2%, mentre que l'objectiu és el 15% per al 2023. Aquesta dada és important, en tant que el nivell d'educació s'associa amb els resultats en salut a llarg termini.²⁴

² L'indicador AROPE va sorgir al 2014 dins el marc de l'estratègia EU2020. És un indicador agregat i es serveix de la taxa de risc de pobresa, la privació material severa i la baixa intensitat de treball per tal d'obtenir una xifra comparable i harmonitzada entre els diferents països.

Pel que fa a la despesa en salut, ha disminuït en termes absoluts com a conseqüència dels efectes de la crisi i de la manca d'un model de finançament adequat a les necessitats de la població catalana. A partir de l'any 2010 s'hi van afegir les restriccions pressupostàries derivades del seguiment dels objectius de control del dèficit públic.

En el període 2010-2014 es va produir una reducció global d'uns 1.440 milions d'euros en la despesa en salut (cosa que suposa una variació del -14%). No obstant això, el pes del Departament de Salut sobre el total del pressupost de la Generalitat de Catalunya en termes relatius s'ha incrementat, i ha passat del 36% l'any 2010 al 40% l'any 2014.

Per acabar l'anàlisi de la situació socioeconòmica, convé destacar la tasca pal·liativa d'algunes iniciatives com la desenvolupada pel Banc d'Aliments de Lleida l'acció del qual, sens dubte, ha ajudat a mantenir els nivells alimentaris: el nombre aproximat de beneficiaris de la demarcació de Lleida ha girat entre els 30.000 i 38.000 en els últims anys i el volum d'aliments gestionats no ha parat de créixer des del 2010, essent de 1.816.419 kg d'ajut en aliments (2014). La seva activitat ha anat creixent anualment: i les dades registrades en les seves memòries anuals ens permeten calcular un coeficient (aproximat) de 40,96 kg per beneficiari l'any 2012, i un altre de 60,58 l'any 2014.²⁵

Estat de salut i estils de vida de la població

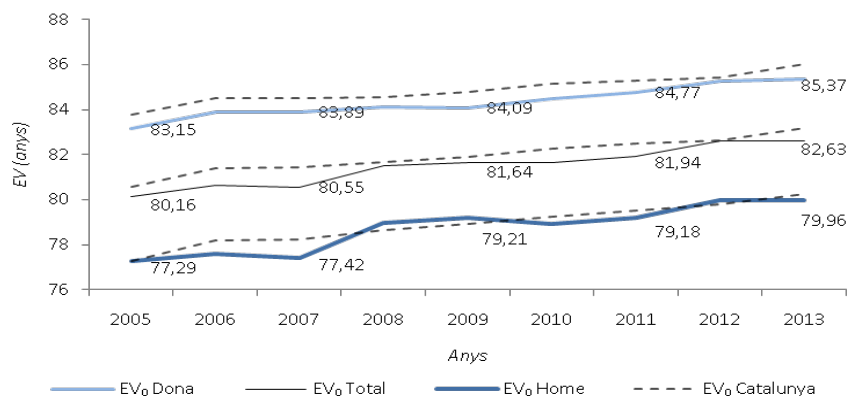
Els indicadors: l'esperança de vida, la mortalitat i la mortalitat prematura

Els macroindicadors de salut a Catalunya són bons si es comparen amb els dels països del nostre entorn. Durant els darrers anys s'ha observat una reducció progressiva de la mortalitat i un increment de l'esperança de vida²⁶. Per exemple, en el període 2010-2013 la mortalitat estandarditzada per edat s'ha reduït en un 8,5%, mentre que l'esperança de vida s'ha incrementat en 1 any, tant per als homes com per a les dones.

La Regió Sanitària Lleida ha experimentat també, un increment de l'esperança de vida i una progressiva reducció de la mortalitat. Del 2010 al 2013, l'esperança de vida en néixer de la Regió ha augmentat en al menys un any per ambdós sexes (figura 6); La mortalitat estandarditzada de la Regió ha disminuït un 10,2%.

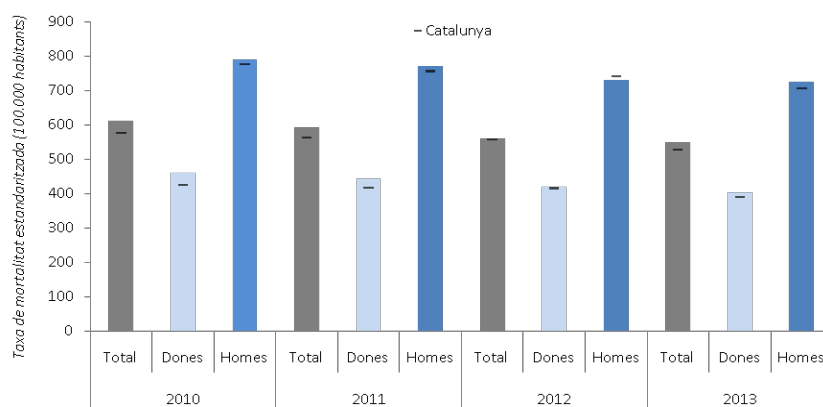
Tot i així, la mortalitat a Lleida és superior a la catalana: la taxa de mortalitat estandarditzada per totes les causes (2013) de Catalunya va ser de 527,6/100.000 (100), mentre que la de Lleida se situa en un 548,1/100.000 (103,9). Aquesta mortalitat més elevada s'ha mantingut en la majoria de les darreres anualitats (figura 7).²⁷

Figura 6. Evolució de l'esperança de vida en néixer en homes, dones i ambdós sexes a la Regió Sanitària Lleida i a Catalunya (2005-2013)



Font: Registre de Mortalitat de Catalunya, 2005-2013. Departament de Salut.

Figura 7. Taxes de mortalitat estandarditzades (100.000 habitants) a la Regió Lleida i a Catalunya



Font: Registre de Mortalitat de Catalunya, 2010-2013. Departament de Salut.

Els grans grups de causes de mort més freqüents són els tumors en els homes i les malalties de l'aparell circulatori en les dones. Aquestes dues causes apleguen més de la meitat de les defuncions, però considerant tots dos sexes conjuntament els tumors causen més defuncions.

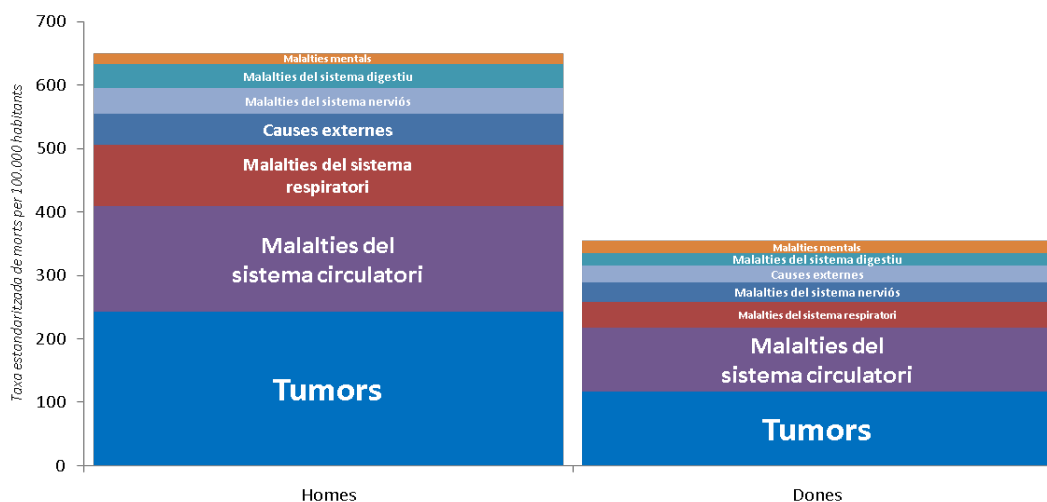
Si analitzem les taxes estandarditzades (per 100.000 habitants de la població referent de Catalunya de 1991) per grans grups de causa més recents (2013) de la Regió de Lleida, els tumors conformen el grup amb una taxa de mortalitat més elevada tant en els homes com en les dones, seguits per les malalties circulatories, les quals conformaven la causa que més afectava al grup femení l'any 2012 i anteriors (figura 8). Tant en homes com en dones, les malalties del sistema respiratori ocupen el tercer lloc i destaquen a Lleida amb uns valors significativament més elevats que els del conjunt de Catalunya. Les causes externes ocupen el quart lloc pel que fa als homes, mentre que per les dones

Els tumors i les malalties de l'aparell circulatori apleguen més de la meitat de les defuncions.

són les malalties del sistema nerviós i, després, les causes externes. Sigui com sigui, les causes externes també han estat ressaltades com a significativament elevades respecte a la mortalitat de Catalunya. Els valors més petits són ocupats per les malalties relacionades amb el sistema digestiu i les malalties mentals, les quals han estat senyalades com a significativament inferiors a les catalanes.²⁸

Tant en homes com en dones, les malalties del sistema respiratori ocupen el tercer lloc i destaquen a Lleida amb uns valors significativament més elevats que els del conjunt de Catalunya.

Figura 8. Mortalitat estandarditzada (100.000 habitants), pels primers 7 grans grups de causa a la Regió Sanitària Lleida (2013).

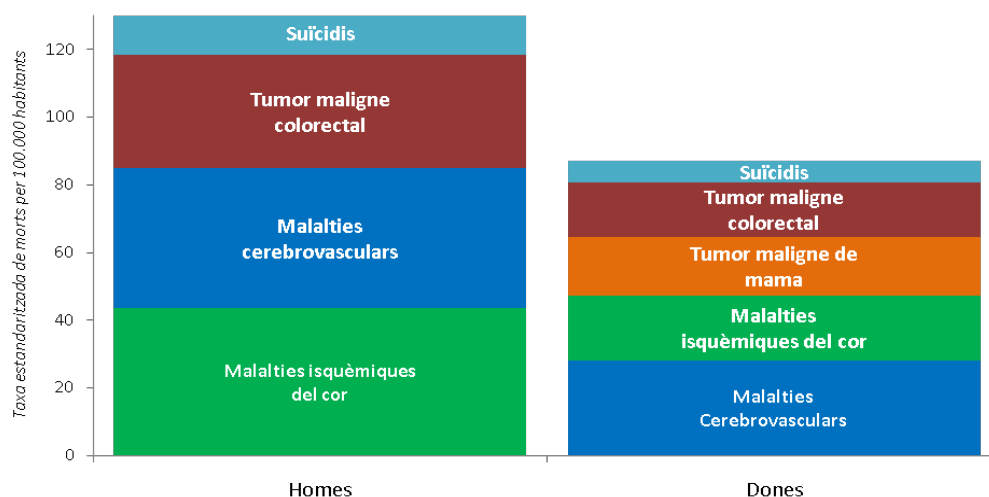


Font: Registre de la Mortalitat a Catalunya (2013). Departament de Salut

Les causes externes també han estat ressaltades com a significativament elevades respecte a la mortalitat de Catalunya.

Si el mateix exercici el fem per causes concretes, trobem que les dones mostren una elevada mortalitat per malalties cerebrovasculars, les isquèmiques del cor, els tumors malignes de mama i colon i, finalment, els suïcidis. Per contra, en els homes, trobem les malalties isquèmiques del cor com aquella causa amb més mortalitat registrada, seguida per les malalties cerebrovasculars, el tumor maligne de colon i, finalment, els suïcidis (figura 9).

Figura 9. Mortalitat estandarditzada (100.000 habitants), per principal causa a la Regió Sanitària Lleida (2013).

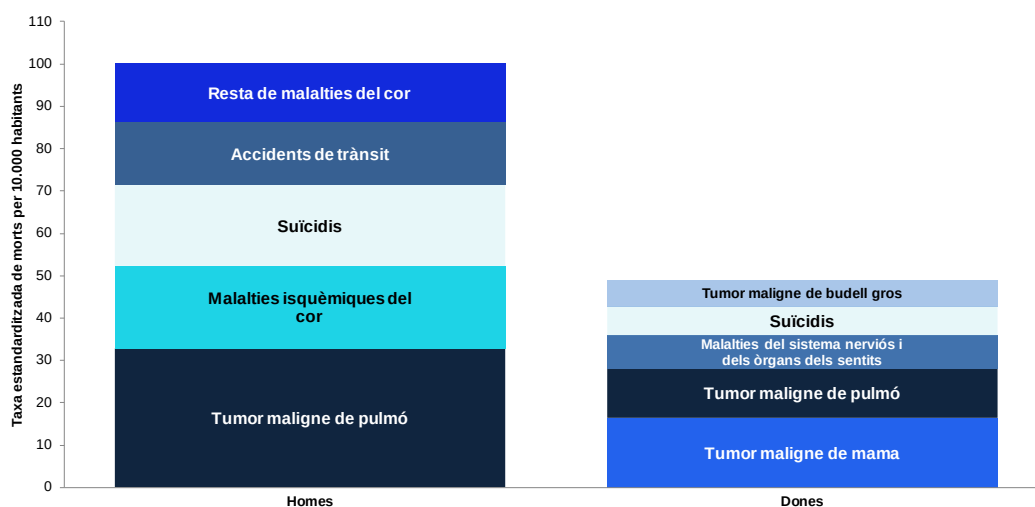


Font: Registre de la Mortalitat a Catalunya (2013). Departament de Salut

En les dones, les cinc malalties que ocasionen més defuncions (en valors absoluts) i que, per tant, poden comportar un volum de demanda més gran per als serveis sanitaris són les demències, les malalties cerebrovasculars, el grup d'altres malalties del cor, les malalties isquèmiques del cor i la malaltia d'Alzheimer. En els homes, les patologies més freqüents són el càncer de pulmó, les malalties isquèmiques del cor, la bronquitis i l'asma, les malalties cerebrovasculars i la resta de malalties del cor. Aquest patró de patologia crònica té a veure en bona mesura amb el fet que la major part de les defuncions es produeixen més enllà dels 80 anys.

Hi ha un conjunt de malalties que ocasionen mortalitat prematura i que tenen molta importància sanitària perquè són percebudes per la població com a morts ocorregudes abans d'hora (figura 10). En les dones, les més comunes són els tumors malignes de mama i pulmó, les malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits, els suïcidis i els tumors malignes de budell gros, mentre que en els homes ho són els tumors malignes de pulmó, les malalties isquèmiques del cor, les causes externes (suïcidis i accidents de trànsit) i la resta de malalties del cor. Destaca també que la mortalitat prematura és molt més elevada en els homes que en les dones.

Figura 10. Cinc primeres causes de mort prematura,* per sexe. Catalunya, 2013



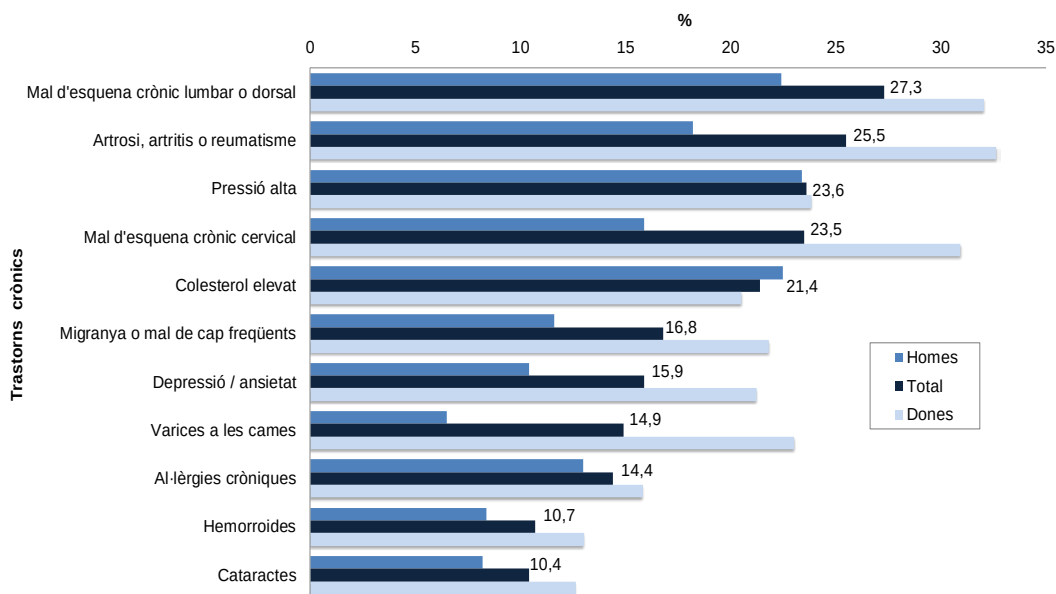
* Segons les taxes estandarditzades per edat d'anys potencials de vida perduts (població estàndard: Catalunya 1991).
Font: Registre de Mortalitat de Catalunya. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2013.

Percepció de l'estat de salut, malalties cròniques i estils de vida

L'evolució favorable dels indicadors vitals i l'envelliment de la població fan que Catalunya estigui davant una situació de salut amb predomini de la patologia crònica (figura 11), i de la patologia crònica complexa, que pot generar discapacitat i dependència, sobretot en la gent gran. Pel que fa a la Regió de Lleida (figura 12), poden considerar-se les següents apreciacions: (1) les dones conformen el grup més afectat per patologies cròniques al igual que passa en el conjunt de Catalunya, (2) els valors percentuals són més elevats a la Regió que a Catalunya i, finalment, (3) els trastorns més presents són el mal d'esquena crònic cervical, la pressió alta, l'artrosi i el mal d'esquena crònic lumbar, mentre que per Catalunya l'ordre de les mateixes és, primer, el mal d'esquena crònic lumbar i, després, l'artrosi, la pressió alta i el mal d'esquena crònic cervical.

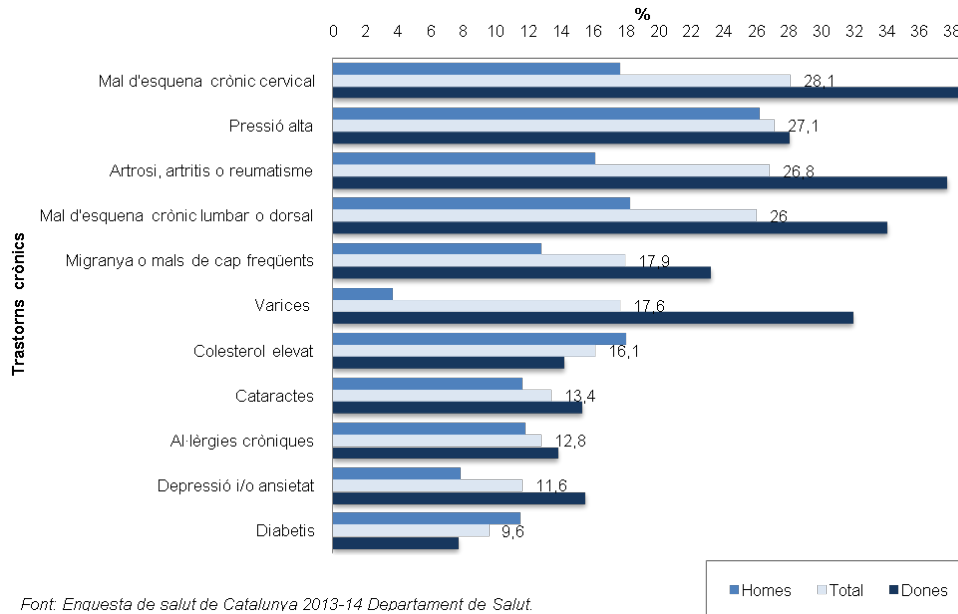
Actualment, a Catalunya, el 56,9% de la població pateix dues malalties cròniques o més.²⁹ Tanmateix, se segueix observant una bona percepció de salut, de manera que l'esperança de vida en bona salut en el període 2010-2013 ha augmentat en 2,1 anys en els homes i en 5,7 en les dones.

Figura 11. Principals trastorns crònics que pateix o ha patit la població de 15 anys i més, a partir d'una llista de 28 trastorns crònics, per sexe. Catalunya, 2014



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014. Departament de Salut.

Figura 12. Principals trastorns crònics que pateix o ha patit la població de 15 anys i mes, a partir d'una llista de 28 trastorns crònics, per sexe. Regió Sanitària Lleida, 2014.



La percepció positiva de l'estat de salut (com a excel·lent, molt bona i bona) dels habitants de la Regió de Lleida destaca encara més i de manera significativa per sobre de la mitjana catalana: un 90,70% dels homes i un 87,60% de les dones; en definitiva, el 89,20% del conjunt de la població lleidatana percep la seva salut com a bona. Les xifres són superiors a les de Catalunya en tant que aquest mateix indicador se situa en 85%, 81% i 82%, respectivament (figura 13). La mateixa característica s'aprecia per edats i segueix la mateixa lògica que la de Catalunya: la percepció positiva de l'estat de salut propi decreix amb l'edat (figura 14).

La percepció positiva de l'estat de salut dels habitants de la Regió de Lleida és superior a la de Catalunya.

Figura 13. Percepció de l'estat de salut dels habitants de la Regió Sanitària Lleida i Catalunya (2013-14), segons gènere.

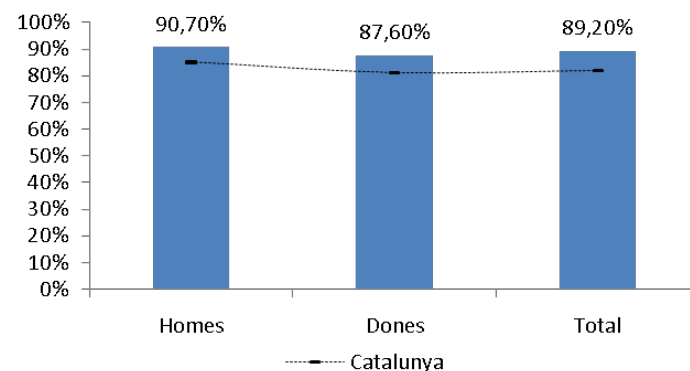
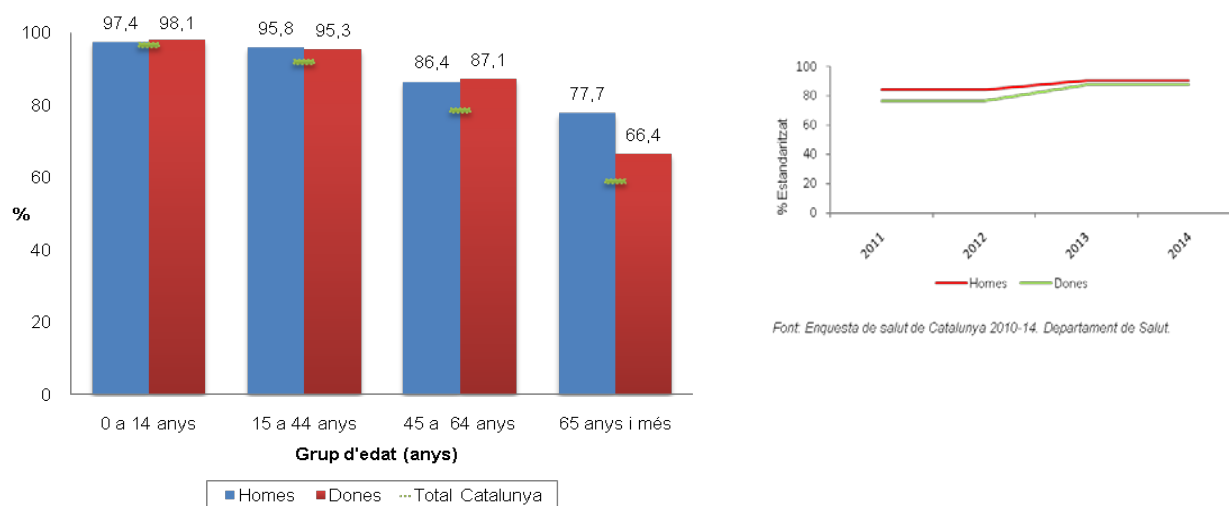


Figura 14. Proporció d'homes i dones amb percepció positiva de l'estat de salut, per grup d'edat i sexe. Regió Sanitària de Lleida, 2014, i evolució 2011-12, 2013-14.



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2013-14. Departament de Salut.

Els estils de vida com ara la pràctica d'activitat física, els hàbits alimentaris i el tabaquisme tenen marge de millora (taula 3). La realització de les pràctiques preventives de detecció precoç i de control de factors de risc se situen en nivells satisfactoris.

Els problemes d'excés de pes i el consum de tabac són molt importants a la Regió de Lleida.

Taula 3. Distribució dels hàbits i estils de vida de la població, per sexe (en %). Catalunya, 2011 i 2014

Hàbits i estils de vida	Homes		Dones	
	2011	2014	2011	2014
Activitat física saludable (de 15 a 69 anys)	74,2	70,5	69,0	65,1
Sedentarisme (de 18 a 74 anys)	15,4	19,9	18,3	24,4
Ingesta recomanada de fruita i/o verdura (6 anys i més)	9,1	8,8	14,5	12,9
Esmorzar dues vegades (3 anys i més)*	42,2	42,1	47,5	44,7
Consum de tabac (15 anys i més)	35,8	31,8	23,4	20,3
Consum de risc d'alcohol (15 anys i més)	7,2	7,3	2,3	1,7

* Es recomana esmorzar dues vegades al llarg del matí.

Pel que fa als estils de vida dels ciutadans de la regió de Lleida, analitzem l'evolució en els darrers anys de tres indicadors clau: l'excés de pes, el consum de tabac i l'hàbit d'esmorzar dues vegades al llarg del matí (taula 4).

Tots tres indicadors mostren uns resultats millorables que aconsellen actuar amb fermesa sobre aquests estils de vida que, com a determinants importants de la salut que són, la poden augmentar positivament.

A més les dades de la mostra regional de l'ESCA indiquen que els dos primers indicadors estan per sobre dels valors de Catalunya i el tercer que es refereix a l'esmorzar es troba per davall, cosa que valorem negativament.

En tots tres indicadors, les majors diferències es localitzen en la població masculina: l'excés de pes es troba 7,70 punts per damunt del percentatge català; pel que fa al consum de tabac, aquest també és destacable amb un 5,30% per damunt de la mitjana; l'hàbit d'esmorzar es troba 5,3 punts percentuals per davall.³

En el cas de les dones les diferències són menors, si bé també es troben per damunt i per davall dels valors de Catalunya: tant l'excés de pes com el consum de tabac no sobrepassen més d'un 0,70; l'hàbit d'esmorzar és el que més diferències presenta amb un 2,1% per davall. En conjunt, és l'excés de pes el que més destaca, amb una diferència del 4,60%; el consum de tabac es troba en un 3,30% per sobre i l'hàbit d'esmorzar dues vegades un 3,7% per sota.

Taula 4. Distribució dels hàbits i estils de vida de la població de la Regió Sanitària Lleida (2010-2014).

Estat de salut, hàbits i estils de vida	Homes		Dones		Total	
	2010-12	2013-14	2010-12	2013-14	2010-12	2013-14
Excés de pes (sobrepès i obesiàt) (18 a 74 anys)	60,30%	63,20%	41,50%	41,40%	51,4%	52,70%
Sobrepès (18-74 anys)	44,1%	50,40%	34,4%	30,10%	39,4%	40,60%
Obesiàt (18-74 anys)	16,2%	12,70%	7,2%	11,40%	11,9%	12,10%
Consum de tabac (15 anys i més)	34,00%	37,10%	16,00%	21,00%	25,20%	29,20%
Esmorzar dues vegades (3 anys i més)*	37,2%	38,90%	46,6%	44,40%	41,8%	41,60%
<i>Font: Enquesta de Salut de Catalunya (2010-12; 2013-14)</i> <i>Departament de Salut</i>						
	Significativament per sobre de la mitjana de Catalunya			Significativament per sota de la mitjana de Catalunya		

Per contra, s'aprecia a la Regió de Lleida una major participació de la població en activitats preventives, tal i com són la mesura periòdica de la pressió arterial (15 anys i més), la mesura periòdica del nivell de colesterol a la sang (15 anys i més) i les dones entre 50 i 69 anys es fan una mamografia periòdica amb més percentatge que la mitjana catalana (taula 5).

³ En el cas de la Regió Sanitària Lleida, la mida de la mostra acumulada de dos anys permet estimar resultats per al conjunt de la població i els dos sexes amb un marge d'error acceptable (inferior al 5%). En canvi, en desagregar els resultats per més d'una variable (sexe, grup d'edat, classe social, etc.) , fa que en alguns casos la mida de la mostra sigui insuficient. Això aconsella prendre algunes xifres diferencials amb cautela i és aconsellable mantenir el supòsit de què el comportament regional és similar al conjunt de Catalunya.

Taula 5. Participació en activitats preventives a la Regió Sanitària Lleida (2013-14)

	Lleida			Catalunya		
	T	D	H	T	D	H
Mesura periòdica de la pressió arterial (15 anys i més)	72,90%	81,10%	65,00%	49,90%	52,20%	47,50%
Mesura periòdica del nivell de colesterol a la sang (15 anys i més)	74,10%	83,00%	65,50%	58,40%	61,30%	55,40%
Mamografia periòdica (dones de 50 a 69 anys)	100%			100%		
	Significativament per sobre de la mitjana de Catalunya			Significativament per sota de la mitjana de Catalunya		

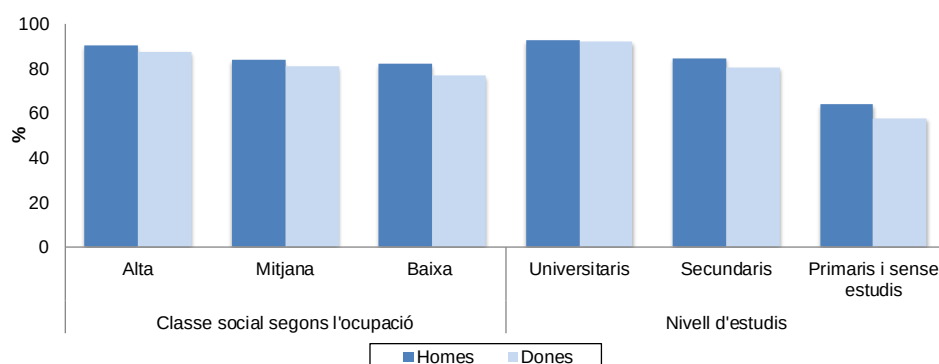
Font: ESCA (2013-14). Departament de Salut

Impacte dels determinants socioeconòmics: desigualtats socials en salut

La distribució dels indicadors de salut segons determinants socials permet analitzar les causes de desigualtat social en salut en una comunitat i són el pas previ per establir mesures correctores en forma de polítiques públiques.³⁰

En el moment actual, la crisi econòmica ha impactat sobre les condicions de vida de les persones, n'ha augmentat la vulnerabilitat i ha incrementat les desigualtats en salut.⁸ Tot i que no s'observen gradients socioeconòmics rellevants en la utilització dels serveis, les persones dels grups socioeconòmics més desfavorits i amb nivells d'estudis més baixos tenen una pitjor percepció de l'estat de salut (figura 6), declaren una pitjor qualitat de vida i tenen una prevalença més elevada de trastorns crònics i de discapacitat. L'any 2014 el 23,2% de les persones aturades de llarga durada declaraven tenir una mala salut, mentre que només ho feia el 9,2% de les persones ocupades.

Figura 15. Autopercepció positiva de l'estat de salut en la població general, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2014

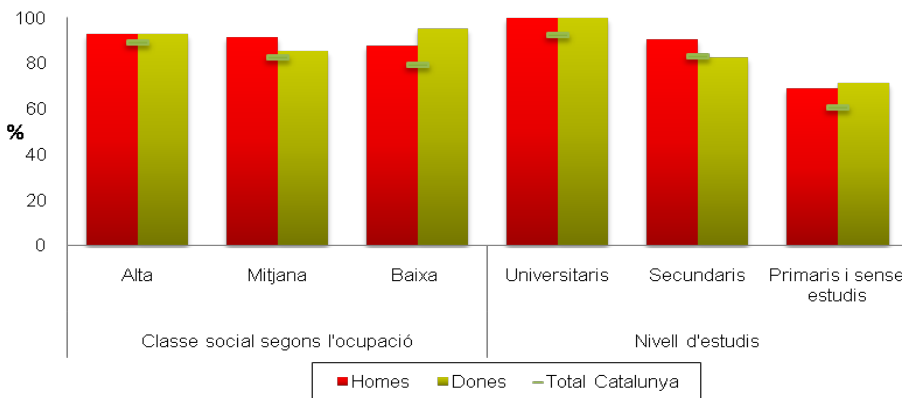


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014. Departament de Salut.

Amb les precaucions ja comentades derivades de la mostra,³⁰ podem obtenir més informació sobre l'estat de salut i els estils de vida si prenem com a referència les variables lligades a l'edat, la classe social segons ocupació i el nivell d'estudis.

Si la percepció de l'estat de salut la copsem per classe social i nivell d'estudis (figura 16), obtenim uns resultats similars als de Catalunya. En primer lloc, s'aprecia a nivell general el tret característic de la Regió: els valors lleidatans són més elevats que els catalans, essent les dones les qui una menor valoració fan de la seva percepció. En segon lloc, les dones de classe baixa i sense estudis o solament amb estudis primaris podrien mostrar una certa diferenciació: fan una millor valoració del seu estat de salut, una valoració que se situa per sobre de la que fan els homes.

Figura 16. Autopercepció positiva de l'estat de salut en la població general, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Lleida i Catalunya (2014)



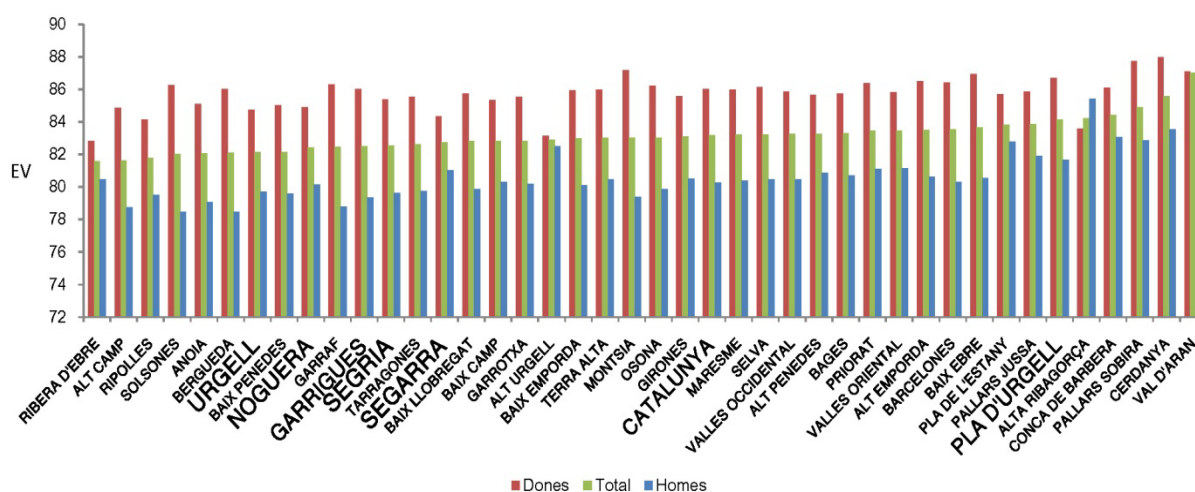
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014.

S'aprecia una sensible diferència en l'esperança de vida en néixer entre les diferents comarques catalanes (figura 7). Aquesta diferència no s'ha modificat significativament durant el període 2006-2013: la Vall d'Aran (87,0), la Cerdanya (85,6) i el Pallars Sobirà (84,9) són les comarques amb l'esperança de vida més alta, mentre que les que tenen una esperança de vida més baixa són la Ribera d'Ebre (81,6), l'Alt Camp (81,6) i el Ripollès (81,8).

S'observen desigualtats socials en salut per situació laboral, per nivell d'estudis i per classe social.

Ja hem vist com l'esperança de vida en néixer de la Regió de Lleida es troba lleugerament per davall de la de Catalunya. Per comarques, podem veure amb la figura 18 com és el Pla d'Urgell l'única de les comarques de Ponent que es troba per sobre la mitja (banda dreta), mentre que totes les demés es troben per davall (banda esquerra).

Figura 7. Esperança de vida en néixer per comarca. Catalunya 2013



Font: Registre de la mortalitat a Catalunya (2013), Departament de Salut

Durant els darrers anys, les taxes de mortalitat general han mantingut la tendència observada abans de la crisi econòmica i han continuat disminuint, sense gran variabilitat territorial. La mortalitat evitable també ha seguit la mateixa tendència decreixent, però a un ritme inferior degut a l'evolució desfavorable de la mortalitat per tumor maligne de pulmó, entre les dones i la mortalitat per suïcidi, en ambdós sexes.

La salut mental i la mortalitat per suïcidi

Des de l'any 2007, la taxa de mortalitat per suïcidi a Catalunya mostra una tendència creixent, i s'ha situat l'any 2013 en el 6,3 per 100.000 habitants (2,9 entre les dones i 10,1 entre els homes). Aquest augment s'ha produït entre les persones de 40 a 60 anys (població en edat laboral). No obstant això, per interpretar aquestes dades, cal considerar que es tracta d'un nombre petit de defuncions sensible a fluctuacions interanuals i també hi ha hagut una intervenció de millora de la informació sobre la causa de mort en les defuncions que han requerit intervenció judicial iniciada l'any 2010 que pot haver modificat la declaració qualitativament i quantitativament³¹.

La salut mental és un dels àmbits on es fan més palesos els efectes de la crisi econòmica i és que la població aturada presenta pitjors indicadors en salut mental que la població ocupada. L'any 2013, el 23,1% de les persones aturades de més d'un any tenien risc de patir problemes de salut mental, mentre que entre les persones ocupades la proporció era del 9,5%. En efecte, estudis recents demostren que les famílies amb persones a l'atur i/o amb hipoteques presenten un augment dels problemes de salut mental i dels relacionats amb l'abús d'alcohol en el període 2006-2010³². Les causes d'aquest fenomen són múltiples i estan en relació tant amb la pèrdua dels beneficis econòmics com amb els efectes psicosocials que provoca estar en situació d'atur.

En el cas de Lleida, les dades de l'Enquesta de salut de Catalunya (2013-2014) mostren uns valors globals d'afectació baixos pel que fa als problemes de salut mental d'ansietat o

depressió (EQ-5D-5L) (15 anys i més), amb diferència significativa en el cas de les dones. També, les dades de mortalitat per problemes de salut mental a Lleida, són significativament més baixes que la resta de Catalunya (taula 6).

Taula 6. Indicadors de salut mental de la Regió Sanitària Lleida i Catalunya, 2013-4

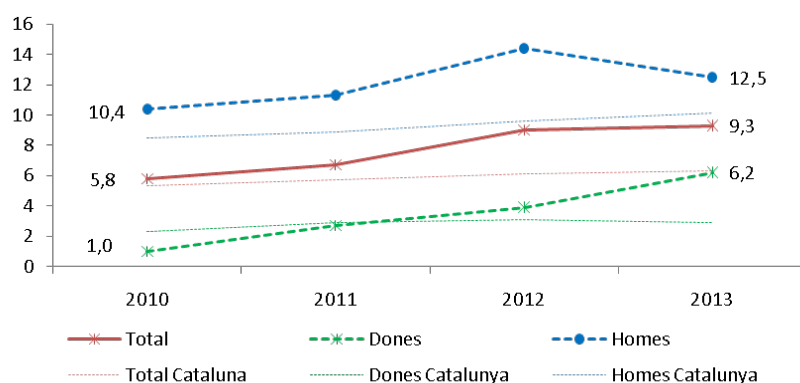
Problemes de salut mental ₁	Total	Dones	Homes
% Ansietat o depressió a Lleida	12,4%	16%	8,9%
% Ansietat o depressió a Catalunya	18,9%	24,1%	13,4%

Mortalitat per salut mental ₂	Total	Dones	Homes
Mortalitat estandarditzada del grup malalties mentals (100.000 habitants) a Lleida	19,4	19,6	17,9
Mortalitat estandarditzada del grup malalties mentals (100.000 habitants) a Catalunya	25,1	23,9	25,8
Significativament per sobre de la mitjana de Catalunya	Significativament per sota de la mitjana de Catalunya		

Font: (1) Enquesta de Salut de Catalunya (2013-14) i (2) Registre de la mortalitat a Catalunya (2013), Departament de salut

Respecte al suïcidi, l'evolució de les dades de Lleida és similar a la de Catalunya. Tenint en consideració els possibles problemes comentats pel que fa l'enregistrament d'aquestes dades – subregistre o registre erroni –, han estat les dones les que han experimentat un increment relatiu més elevat al llarg d'aquest trienni. Amb la següent gràfica (figura 18) es pot apreciar aquest augment de la mortalitat també a Lleida, essent el període 2011-2012 el que registra un salt (en ambdós gèneres) més important.

Figura 18. Taxa estandarditzada de la mortalitat per suïcidi (100.000 habitants)



Font: Registre de la mortalitat a Catalunya 2013. Departament de salut

Situació socioeconòmica i estils de vida

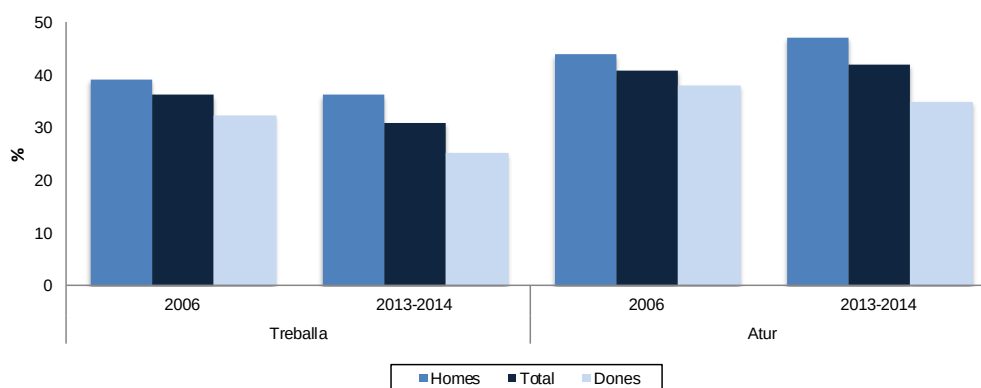
En els darrers deu anys ha augmentat el nombre de persones de 65 anys i més que viuen soles a Catalunya fins a 280.000, i majoritàriament són dones. Aquest fet situa el problema de la solitud no desitjada com un dels determinants de la salut més rellevants en la gent gran. La pèrdua de xarxa social s'ha relacionat amb un augment de la mortalitat general, la pèrdua de competències en l'autocura, una pitjor percepció de la salut i l'ús excessiu dels recursos sanitaris³³. La mateixa OMS, en l'Informe mundial sobre l'envelliment i la salut³⁴ considera que una estratègia de salut fonamental en aquest col·lectiu és propiciar que les persones envelleixin a la seva pròpia llar i comunitat de manera segura, autònoma i còmoda, independentment dels ingressos o del nivell de capacitat funcional.

En alguns estils de vida i pràctiques preventives s'observa un gradient per classe social i per nivell d'estudis.

En alguns estils de vida i pràctiques preventives s'observa un gradient per classe social i per nivell d'estudis. Les persones de les classes més benestants i les de més nivell formatiu tenen hàbits més saludables i fan pràctiques preventives en una proporció més elevada.

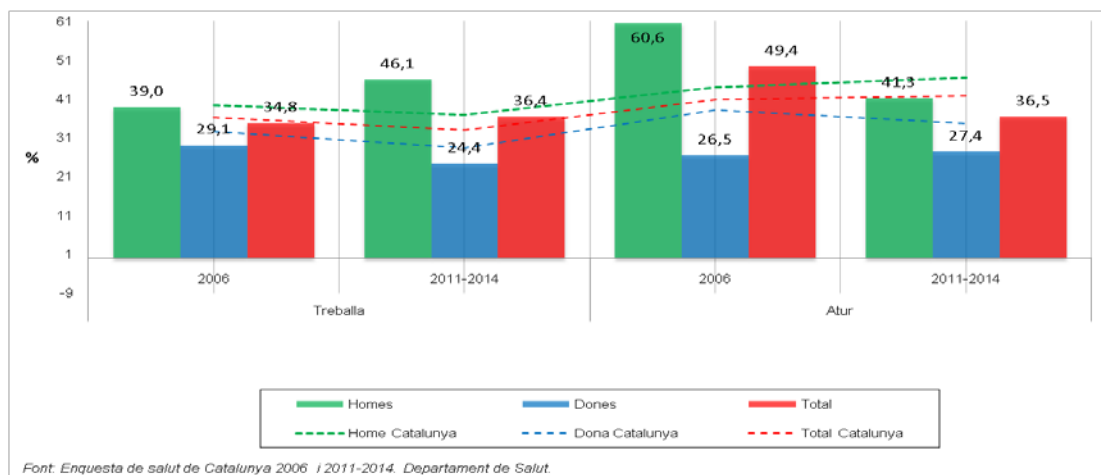
En el període 2006-2014, ha disminuït la prevalença de persones fumadores (29,4% i 25,9%, respectivament), però hi ha diferències segons la situació laboral. Les persones en situació d'atur fumen més que les persones que treballen i cal destacar que en els darrers anys ha augmentat la proporció d'homes en situació d'atur que fumen (figura 19).

Figura 19. Prevalença de consum de tabac en població de 16 a 64 anys, per situació laboral i sexe. Catalunya, 2006 i 2013-2014



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006 i 2013-2014. Departament de Salut.

Figura 20. Prevalença del consum de tabac en població de 16 a 64 anys, per situació laboral i sexe. Regió Sanitària Lleida i Catalunya, 2006 i 2011-14



Respecte aquest hàbit nociu, ha estat exposat que, globalment, el consum de tabac és molt important a la regió de Lleida. Separant entre aquella població que treballa i la que es troba a l'atur ⁴ (figura 20), es destaca que en el lapse del període 2006 i 2011-14, el total de la població treballadora que fuma ha augmentat, essent els homes els protagonistes d'aquest increment; en canvi, el grup femení n'ha disminuït el consum, situant-se per sota del percentatge de Catalunya. D'altra banda, s'aprecia una evolució contraposada pel que fa a la població aturada: el total ha disminuït considerablement, essent els homes els protagonistes d'aquesta disminució; les dones, en canvi, n'han augmentat el consum. Tanmateix, totes les categories d'aquesta població –aturada- es troben per davall dels percentatges catalans.

La prevalença del consum de tabac en els homes que treballen és significativament superior a la de Catalunya.

D'altra banda, sí que podem constatar que trobem en els homes fumadors que treballen una significació suficient com per afirmar que la prevalença del consum de tabac és superior per aquest grup a la Regió Lleida que a Catalunya (taula 7).

Cal recordar aquí que tal com hem comentat a l'analitzar la mortalitat regional per grans grups de causes, la mortalitat estandarditzada pel grup de malalties del sistema respiratori és més elevada a la regió Lleida que la registrada a Catalunya, essent significatius els seus valors (un 97,23/100.000 pels homes –el valor més elevat de totes les Regions- i 40,43/100.000 per les dones).

⁴ Recordem que, com ha estat advertit anteriorment, la desagregació per més d'una variable no permet extreure conclusions sòlides.

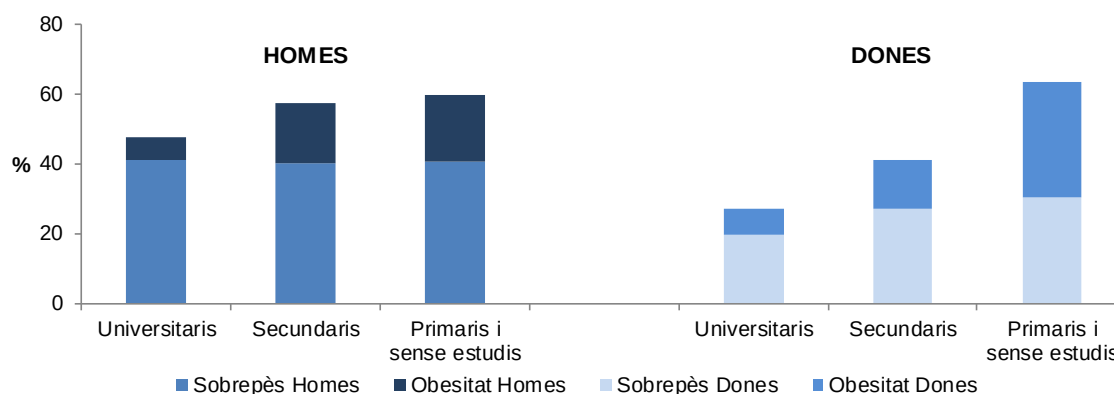
Taula 7. Prevalença del consum de tabac (16-64 anys) per situació laboral a Catalunya i a la Regió Sanitària Lleida

El consum de tabac		Catalunya		Regió Sanitària Lleida	
		%	IC 95%	%	IC 95%
Població treballadora que fuma (2011-2014)	Homes	36,8%	(35,3-38,3)	46,1%	(39,0-53,2)
	Dones	28,4%	(26,9-29,9)	24,4%	(17,5-31,3)
	Total	32,9%	(31,8-34,0)	36,4%	(31,3-41,5)
Població a l'atur que fuma (2011-2014)	Homes	46,5%	(43,4-49,6)	41,3%	(27,8-54,8)
	Dones	34,7%	(31,0-38,4)	27,4%	(10,3-44,5)
	Total	41,7%	(39,3-44,1)	36,5%	(25,7-47,3)
Població treballadora que fuma (2006)	Homes	39,3%	(38,0-40,6)	39,0%	(34,5-43,5)
	Dones	32,5%	(31,0-34,0)	29,1%	(24,1-34,1)
	Total	36,3%	(35,3-37,3)	34,8%	(31,4-38,2)
Població a l'atur que fuma (2006)	Homes	43,9%	(38,4-49,4)	60,6%	(39,7-81,5)
	Dones	38,2%	(33,1-43,3)	26,5%	(5,5-47,5)
	Total	40,9%	(37,1-44,7)	49,4%	(33,5-65,3)
Significativament per sobre de la mitjana de Catalunya		Significativament per sota de la mitjana de Catalunya			

Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de salut de Catalunya (2006; 2011-14)

L'excés de pes (sobrepès i obesitat) és més elevat entre les persones amb estudis primaris o sense estudis (figura 21). També tendeix, tot i que de manera menys pronunciada, a ser més prevalent en la població aturada. L'any 2014, tenia excés de pes el 45,2% de la població ocupada, el 49,2% de la població aturada (i el 52,2% de la població en situació d'atur de llarga durada). La població infantil de les classes més desfavorides té un estil d'oci sedentari en una proporció més elevada que les de les classes més benestants (figura 22).

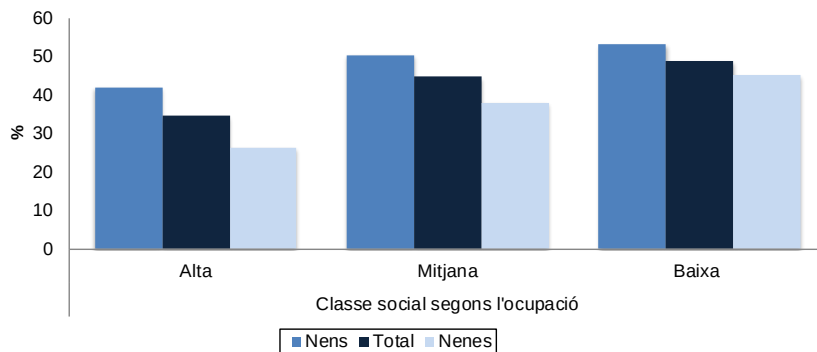
Figura 21. Distribució de les categories de l'índex de massa corporal (IMC)* per a l'excés de pes en els homes i dones de 18 a 74 anys, per nivell d'estudis. Catalunya, 2014



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014. Departament de Salut.

* IMC obtingut a partir del pes i la talla declarats

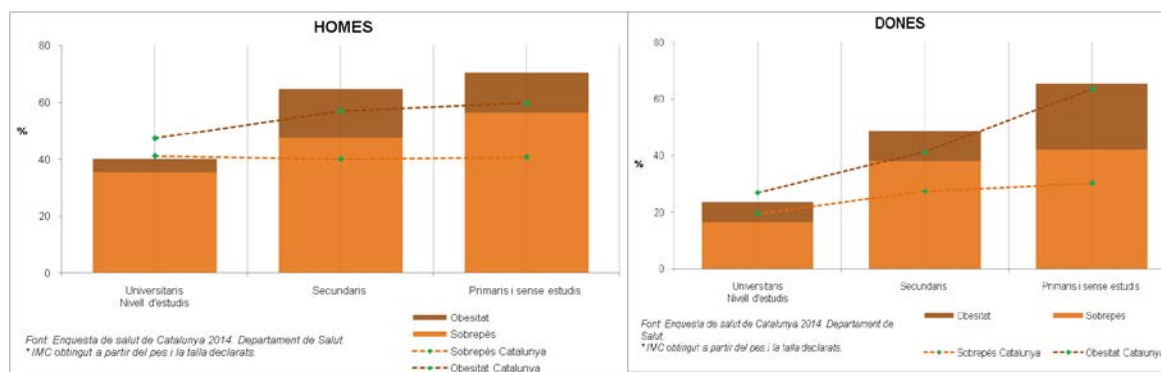
Figura 22. Població de 3 a 14 anys segons l'oci sedentari (dues hores o més de televisió o pantalla cada dia), per classe social i sexe. Catalunya, 2013-2014



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2013-2014. Departament de Salut.

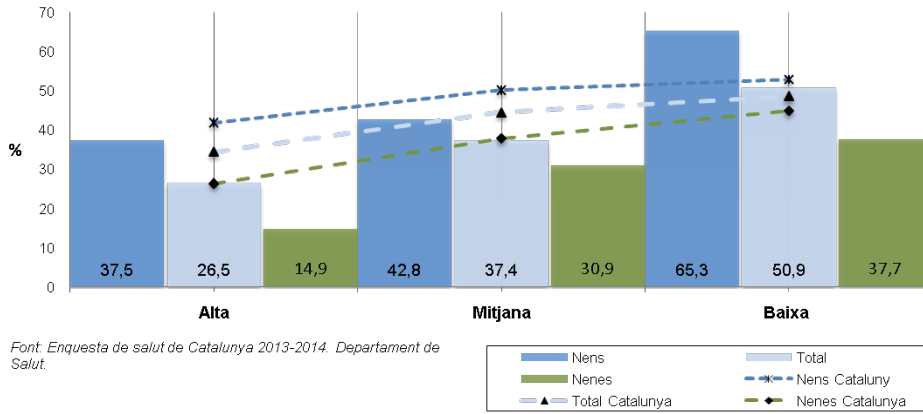
Com ja s'havia comentat anteriorment, en conjunt, l'excés de pes de la regió de Lleida es troba significativament per sobre del que es té registrat en el conjunt de Catalunya (figura 23). No obstant, per nivells d'estudis, aquesta premissa pot ser matisada: aquells que tenen estudis universitaris registren un excés de pes menor que aquells que podem trobar a Catalunya; per contra, en les altres dues categories, els valors es troben per sobre. Aquestes dades coincideixen i poden complementar-se amb les anteriors sobre l'oci sedentari, les quals empitjoraven a mesura que disminuïen els estudis.

Figura 23. Distribució de les categories de l'índex de massa corporal (IMC) per a l'excés de pes en els homes i dones de 18 a 74 anys, per nivell d'estudis. Lleida i Catalunya (2014)



Finalment, en la figura 24, s'aporten les dades referents a l'oci sedentari en la població jove, segons classe social derivada de l'ocupació. Cal esmentar que el consum d'hores de televisió o pantalla és, en general, menor a Lleida que a Catalunya; les nenes es troben per davall dels valors catalans en totes tres categories. Com pot veure's, el consum augmenta a mesura que la classe social és més baixa. Per gènere, els nens són els que més hores de pantalla consumeixen.

Figura 24. Població de 3 a 14 anys segons l'oci sedentari (dues hores o més de televisió o pantalla cada dia de la setmana), per classe social i sexe. Lleida i Catalunya (2013-2014)



Els serveis sanitaris i la seva utilització

A la Regió Sanitària Lleida la xarxa de serveis d'atenció primària es troba distribuïda en centres d'atenció primària comarcals o infracomarcals, buscant l'objectiu de facilitar l'accés de la població a aquests serveis degut a la dispersió poblacional. Els consultoris locals acaben de conformar l'accessibilitat de la població, entre la qual cal considerar especialment aquella franja més envellida i, per tant, amb menys mobilitat (vegis mapa 4).

Mapa 4. Xarxa sanitària d'atenció primària de la Regió de Lleida



L'atenció especialitzada d'internament, per contra, s'executa als hospitals d'aguts ubicats tots ells a la ciutat de Lleida: Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAUV), Hospital Universitari de Santa Maria (HUSM), la Clínica de Ponent (CP) que formen part del SISCAT (Sistema Integral Sanitari de Catalunya). També estan a Lleida ciutat el altres hospitals col·laboradors com són l'Hospital Montserrat i la Clínica Perpetuo Socorro.

A continuació (taula 8) pot veure's un recompte de les diferents unitats proveïdores de la del SISCAT de la regió de Lleida, que es poden consultar en detall a les memòries anuals publicades de la Regió Sanitària Lleida:³⁵

Taula 8. Unitats proveïdores de la Regió Sanitària Lleida (2016)

Àmbit d'actuació	Tipologia	Quantitat
Atenció especialitzada	Centres d'aguts (SISCAT)	3
	Centres d'atenció primària(*)	26
Atenció primària	Consultoris locals	174
	Equips d'APS	22
Atenció sociosanitària	Centres	6
Atenció en salut mental	Serveis en centres	20
Atenció farmacèutica	Oficines de farmàcia	158
	Ortopèdies	67

SIIS - Registre d'Unitats proveïdores (Gener 2016)

(*) Inclou el CAP de Guissona, el CAP amb el CUAP Prat de la Ribera i el Centre Penitenciari de Ponent

La següent taula (9) ens permet apropar-nos a l'ús que la població de Lleida fa d'aquesta xarxa sanitària, comparada amb la del conjunt del país (indicador ajustat, Catalunya = 1).

És constatable com la població de la Regió Sanitària Lleida fa un major ús dels serveis d'atenció primària i dels serveis ambulatoris de salut mental, els indicadors dels quals resulten en un 1,2 i 1,1, respectivament. Pel que fa a les UFISS (Unitats Funcionals Interdisciplinàries Sociosanitàries) també la seva activitat es troba considerablement per sobre del que es fa al conjunt de Catalunya (1,8).

Cal destacar el paper fonamental de l'atenció primària dins de l'atenció continuada i urgent, també fora de les hores de funcionament general dels Centres d'Atenció Primària, que, en coordinació amb el servei d'emergència, ajuden a resoldre les atencions de manera propera al ciutadà i reservar els serveis d'urgències hospitalàries pels casos complexos que ho requereixen.

La població de la Regió Sanitària Lleida fa un major ús dels serveis d'atenció primària i dels serveis ambulatoris de salut mental.

Taula 9. Utilització dels serveis sanitaris

Utilització dels serveis sanitaris					
	n	Indicador brut	CatSalut	Indicador ajustat	IC95%
Indicadors generals					
Usuaris dels serveis sanitaris públics durant l'any (%)	295.803	79,9	78,7	0,992	0,989 - 0,996
Indicadors d'hospitalització d'aguts					
Hospitalitzacions de HA (per 100 habitants)	33.627	9,1	10,1	0,916	0,907 - 0,926
Estades hospitalàries (Llits anuals ocupats per 100.000h)	411	111	122,3	0,956	0,942 - 0,970
Hospitalitzacions urgents de HA (per 100 habitants)	15.422	4,2	4,9	0,862	0,849 - 0,876
Urgències (per 100 habitants)	89.279	24,1	41,6	0,571	0,567 - 0,575
Consultes externes (per 100 habitants)	457.017	123,4	131,7	0,941	0,938 - 0,944
Indicadors d'atenció primària					
Mitjana de contactes d'AP (per habitant*)	2.744.453	7,4	5,9	1,239	1,237 - 1,240
Indicadors d'atenció sociosanitària					
Pacients en llarga estada SS (per 100 habitants)	414	0,1	0,2	0,723	0,657 - 0,796
Pacients en mitja estada SS (per 100 habitants)	1.274	0,3	0,5	0,746	0,707 - 0,789
Pacients en UFISS (per 100 habitants)	2.264	0,6	0,4	1,808	1,735 - 1,884
Pacients en PADES (per 100 habitants)	494	0,1	0,1	0,909	0,832 - 0,993
Indicadors d'atenció en salut mental					
Hospitalitzacions de SMH (per 100 habitants)	828	0,2	0,3	0,739	0,690 - 0,791
Contactes de SMP (per 100 habitants)	58.300	15,7	13,7	1,1	1,091 - 1,109
Indicadors de farmàcia					
Despesa en receptes (en euros per habitant)	62.944.710	170	171,7	1,015	1,011 - 1,019
Despesa en MHDA (en euros per habitant)	26.897.935	72,6	95,4	0,818	0,798 - 0,839

Font: MSIQ, 2015

Per contra s'aprecia a la Regió de Lleida una menor hospitalització d'aguts (0,91) i per salut mental (0,73).

Les consultes externes dels serveis hospitalaris especialitzats també s'utilitzen lleugerament per sota del que s'ha registrat a tot Catalunya (0,94).

En l'àmbit sociosanitari, la mitja i llarga estada d'internament també es troba per davall dels valors del conjunt de Catalunya, essent 0,72 i 0,74 respectivament.

Cal comentar que les urgències hospitalàries destaquen pel seu baix valor, el qual es gairebé la meitat del de Catalunya (0,57). Com s'ha dit abans, l'atenció extrahospitalària prestada per l'atenció primària compensa, en part, aquesta realitat ja que moltes de les assistències es realitzen en centres d'urgència comarcals o en el CUAP de la ciutat de Lleida, situat al CAP Prat de la Riba. Tot plegat ja s'anunciava a l'Enquesta de Salut de Catalunya de l'any 2006, en la que es manifestava que era la regió de Catalunya on s'atenien més percentatge d'urgències fora dels hospitals.³⁶

A la Regió de Lleida es fa un menor ús dels serveis d'hospitalització i altres d'internament, així com de les urgències hospitalàries i de les consultes externes.

Taula 10. Nombre i percentatge de contactes d'hospitalització convencional i CMA en funció de la residència del pacient i de la regió sanitària de l'hospital (2014)

Regió sanitària de l'hospital	Regió sanitària de residència							Altres residències				Total
	Lleida	Camp de Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Catalunya Central	Alt Pirineu i Aran	Barcelona	Catalunya no especificada	Estat espanyol	Estranger	Desconeguda	
Lleida	85,2 34.384	0,1 63	0,1 26	0,0 19	0,2 142	22,3 2.075	0,0 263	2,4 474	16,4 2.289	0,5 36	1,3 65	4,0 39.836
Camp de Tarragona	0,4 142	8,71 63.687	7,8 1.808	0,1 52	0,2 123	0,2 18	0,1 881	0,1 22	3,6 505	7,3 490	0,1 4	6,8 67.732
Terres de l'Ebre	0,0 13	0,9 634	79,4 18.437	0,0 6	0,0 15	0,0 172	0,0 172	0,0 0	2,0 278	1,1 75	0,0 0	2,0 19.630
Girona	0,1 30	0,0 34	0,0 8	85,0 82.807	0,2 145	0,2 18	0,2 1.142	0,0 6	3,5 483	15,6 1.045	1,4 71	8,6 85.789
Catalunya Central	1,8 745	0,1 55	0,0 7	0,7 660	80,7 54.379	2,9 267	0,2 1.311	0,0 0	0,7 104	1,1 71	0,2 8	5,8 57.607
Alt Pirineu i Aran	0,2 96	0,0 21	0,0 27	0,0 28	0,0 28	58,4 5.437	0,0 282	0,0 0	1,1 148	3,6 239	0,0 2	0,6 6.280
Barcelona	12,2 4.938	11,8 8.597	12,6 2.932	14,2 13.841	18,6 12.543	16,0 1.493	99,4 637.413	97,4 19.098	72,7 10.120	70,7 4.723	97,0 4.793	72,2 720.491
Total	100,0 40.348	100,0 73.091	100,0 23.218	100,0 97.412	100,0 67.375	100,0 9.308	100,0 641.464	100,0 19.600	100,0 13.927	100,0 6.679	100,0 4.943	100,0 997.365

Residents a Catalunya	971.816	97,4%
Residents de l'Estat espanyol	13.927	1,4%
Residents a l'estranger	6.679	0,7%
Residència desconeguda	4.943	0,5%
Total contactes	997.365	100,0%

Font: Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya any 2014 Registre del conjunt bàsic de dades (CMBD) Servei Català de la Salut. Departament de Salut.

Com es constata a la Taula 10, els contactes d'hospitalització convencional i CMA que es van resoldre als centres de la Regió de Lleida l'any 2014 van ser del 85%, xifra similar a la de la Regió de Girona (85%) però inferior a la de Tarragona (87.1%) (taula 7).³⁷ Les regions de l'Alt Pirineu i Aran (58.4%) Terres de l'Ebre (79.4%) i Catalunya Central (80.7%) mostren xifres relativament inferiors a les de Barcelona, on es resolen el 99.4% de les hospitalitzacions.

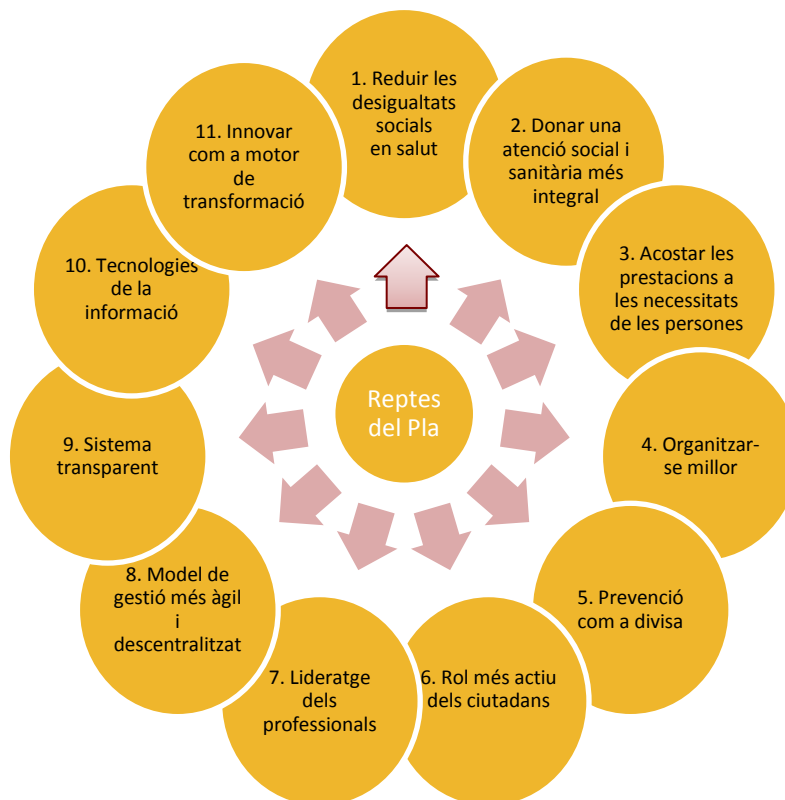
Als centres de la Regió de Lleida es resolen el 85,2% dels contactes hospitalaris.

Així, del total dels contactes hospitalaris dels residents de la regió de Lleida (40.348), un 12,2% d'aquests (4.938 contactes) han estat resolts en centres de la Regió de Barcelona i un 1,8% (745 contactes) en els de la Catalunya Central; per aquests últims contactes, pot ser comentada la mobilitat que ha caracteritzat una part dels habitants de la comarca de la Segarra els quals han buscat l'atenció hospitalària a Igualada.

Veiem també en aquesta taula, que dels 39.836 contactes hospitalaris fets a la Regió de Lleida, 2.075 (5,2%) corresponen a ciutadans de la Regió de l'Alt Pirineu i Aran i 2.289 (5,7%) corresponen a ciutadans de l'estat Espanyol, la majoria aragonesos, com es pot constatar visualment en el Mapa 3.

2.2. Reptes que orienten el Pla de salut de Catalunya 2016-2020

L'abordatge dels reptes que orienten el nou Pla de salut s'estructura a partir de l'anàlisi de situació de la salut i dels serveis, de la valoració dels projectes i dels canvis organitzatius introduïts a partir del Pla de salut de Catalunya 2011-2015 i de la presa en consideració del context social i econòmic on es volen inscriure les polítiques de salut.



Per cada repte s'apunten les propostes de futur que es concretaran en els projectes del nou Pla 2016-2020.

1. Reduir les desigualtats socials en salut

La disminució de les desigualtats socials en salut és una estratègia transversal.

En aquesta estratègia ha de prendre especial relleu el treball intersectorial, interdepartamental i interadministratiu.

El gradient socioeconòmic que es pot observar en relació amb la salut ha de formar part de la mirada des de la qual es desenvolupin tots els projectes del Pla de salut.

El Pla de salut de Catalunya 2011-2015 va posar en marxa el Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP), sota el concepte de *salut en totes les polítiques*, per incidir també sobre els condicionants no sanitaris de la salut. Aquest Pla (que inclou el programa "Salut als barris", el de "Protecció per a la pobresa energètica", entre d'altres) és una mostra del que cal més enllà del sistema de salut per minimitzar les diferències en l'estat de salut

Per a la disminució de les desigualtats socials en salut cal una estratègia intersectorial, interdepartamental i interadministrativa.

que estan lligats a la condició social i econòmica de les persones. Des que el 2014 es va iniciar el desplegament del PINSAP, s'han desplegat més de 570 activitats que repercuteixen en els determinants de la salut i que s'han originat des de diversos departaments que no són el de Salut.³⁸

El Pla de salut de Catalunya 2016-2020 proposa la potenciació del PINSAP i de programes interdepartamentals com el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària³⁹ (PIAISS) o el Pla integral de salut mental. A més, s'inclou projectes específics per a col·lectius vulnerables en l'àmbit de l'atenció maternoinfantil, salut infantil i de l'adolescència, d'atenció a la gent gran, persones que pateixen malalties que causen discapacitat o dependència, i les que pateixen violència.

Els objectius de salut que proposa aquest Pla de salut permeten monitorar l'anàlisi de l'estat de salut, els estils de vida i l'ús dels serveis des d'aquesta perspectiva i la valoració del progrés envers la reducció de les desigualtats. Es proposa treballar aquests objectius per la Regió de Lleida.

2. Donar una atenció social i sanitària més integral

Les necessitats de salut de la població tenen a veure, cada cop més, amb les malalties cròniques relacionades amb l'envelliment, però també són derivades de l'augment de supervivència de patologies com el càncer, les malalties cardiovasculars o les respiratòries, entre d'altres, i que són els principals motius de consulta. Aquestes malalties exigeixen una resposta del sistema que superi la inèrcia de l'actuació reactiva i fragmentada que caracteritza l'atenció a les patologies agudes, i avançar cap a una atenció integral que afronti la complexitat mèdica i la interrelació amb l'entorn de la persona. Les transicions que s'han de fer dins del sistema de salut demanen establir dinàmiques de col·laboració entre els serveis i els professionals. Es planteja, doncs, un context amb noves necessitats de salut, d'una banda, i de transformació del sistema assistencial, de l'altra, que s'han d'orientar cap a una atenció més integral, centrada en la persona i en el valor de l'esperança de vida en bona salut..

Les transicions que s'han de fer dins del sistema de salut demanen establir dinàmiques de col·laboració entre els serveis i els professionals.

El Pla de salut de Catalunya 2011-2015 va plantejar un seguit de projectes operatius per promoure la reordenació de la prestació dels serveis per oferir-la d'una forma més integrada. Això ha comportat treballar en la millora de la coordinació entre els nivells assistencials, els pactes territorials, la història clínica compartida de Catalunya, els models organitzatius en xarxa, com en el cas de les malalties minoritàries. El fet que l'atenció primària (ECAP) i els dos hospitals de titularitat pública de Lleida (ARGOS Assistencial) comparteixin el mateix sistema informàtic, ha facilitat aquesta integració de dades.

A través del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat, tots els territoris disposen de les rutes assistencials i mecanismes d'integració de serveis per a la diabetis, la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), la insuficiència cardíaca, la depressió, la malaltia renal crònica i la demència⁴⁰. També ha promogut l'autocura (Programa Pacient Expert Catalunya^{®41}), mesures preventives i programes d'ús racional dels medicaments.

A Lleida, la Ruta de la demència és liderada i desenvolupada per la Unitat de trastorns cognitius regional, ubicada dins el recinte de l'Hospital Universitari Santa Maria, on s'hi apleguen tots els serveis relacionats de la Regió. També, el programa ha promogut l'autocura, mesures preventives i programes d'ús racional dels medicaments.

L'increment de recursos assistencials d'unitats de subaguts i postaguts, d'hospitals de dia de cronicitat o d'unitats expertes en complexitat, disponibles respectivament en el 64%, 74%, 80% i 72% del territori, i la identificació de 150.000 pacients crònics complexos (10.253 identificats a la Regió de Lleida a finals del 2015), per als quals s'ha implantat un pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC) ha afavorit la disminució de les hospitalitzacions urgents relacionades amb ingressos per un conjunt de malalties cròniques (MPOC, insuficiència cardíaca, cardiopatia isquèmica, asma, complicacions de la diabetis) en el període 2011-2014 (8%).⁴²

A Lleida, per exemple, es va consolidar la unitat de subaguts dins de l'Hospital Universitari Santa Maria, que forma part de la xarxa multiserveis de la Ruta de la Complexitat. També s'ha treballat per l'aglutinament i coordinació dels recursos assistencials, sobretot pel que fa als d'atenció a domicili, com es detalla específicament més endavant.

El Pla de salut de Catalunya 2016-2020 dóna continuïtat als projectes que afavoreixen l'atenció integrada i s'ha considerat prioritari aprofundir especialment en la interacció dels serveis sanitaris i socials. Per aquest motiu, s'ha creat recentment el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS), que s'ha de desenvolupar en el marc del Pla de salut 2016-2020, i cal avançar en la implantació dels pactes territorials i el desenvolupament de xarxes assistencials tal i com s'ha fet a la ciutat de Lleida, on es va endegar un projecte col·laboratiu social i sanitari en dues ABS; ara, dins del marc del Pla de salut 2016-2020, es vol reforçar i avançar en la seva implantació territorial i en el desenvolupament de les xarxes assistencials socials i sanitàries.

3. Acostar les prestacions a les necessitats de les persones: millorar l'accessibilitat i la resolució

Els models assistencials han de tenir en compte el vessant organitzatiu i aprofitar al màxim les possibilitats de les tecnologies de la informació i la comunicació, buscant activament l'alineació de les presentacions amb les necessitats i expectatives del pacient. Aquestes formes d'atenció es consideren imprescindibles per aconseguir una millor capacitat resolutiva a tots els nivells alhora que es millora l'accés, la continuïtat assistencial i la qualitat de l'atenció.

Durant el període de vigència del Pla de salut de Catalunya 2011-2015, s'han desenvolupat mesures per tal de millorar l'accessibilitat de la població als serveis sanitaris i els temps d'espera (taula 11).

Taula 11. Selecció de mesures i resultats més destacats del Pla de salut de Catalunya 2011-2015 en relació amb l'accessibilitat i la resolució dels serveis.

Mesures Pla de salut de Catalunya 2011-2015	Resultats més destacats (any 2015)
Models de coordinació entre l'atenció primària i especialitzada en oftalmologia, aparell locomotor, dermatologia i salut mental.	Implantació dels models d'atenció en el 75% dels territoris. A Lleida s'ha iniciat la implantació d'aquests models d'atenció i s'ha treballat especialment la patologia de l'aparell locomotor.
Desenvolupament de noves eines tecnològiques d'interacció entre professionals i amb els pacients en un model no presencial.	Reducció del 50% de les derivacions a l'atenció especialitzada. Les consultories virtuals ho han facilitat.
Extensió de les unitats de subaguts, hospital de dia de cronicitat i unitats expertes en complexitat	Reducció de 7.500 ingressos als hospitals d'aguts. Taxes lleidatanes d'hospitalització inferiors a les de Catalunya.
Cirurgia major ambulatoria	Increment de l'activitat fins a representar el 60% de les cirurgies totals. Increment de l'activitat fins a representar el quasi el 60% de les cirurgies totals.
Hospitalització domiciliària	Augment de 8.200 casos l'any 2010 a 12.619 casos l'any 2015.
Desplegament d'unitats en cures pal·liatives	Cobertura del 100% població.
Reordenació de l'atenció continuada i les urgències	Estabilització de les urgències hospitalàries
Potenciació del 061 CatSalut Respon	40% de trucades sense mobilització de recursos
Generalització de la recepta electrònica	El 97% de les prescripcions són electròniques.

Font: Memòria del Catsalut, 2014.

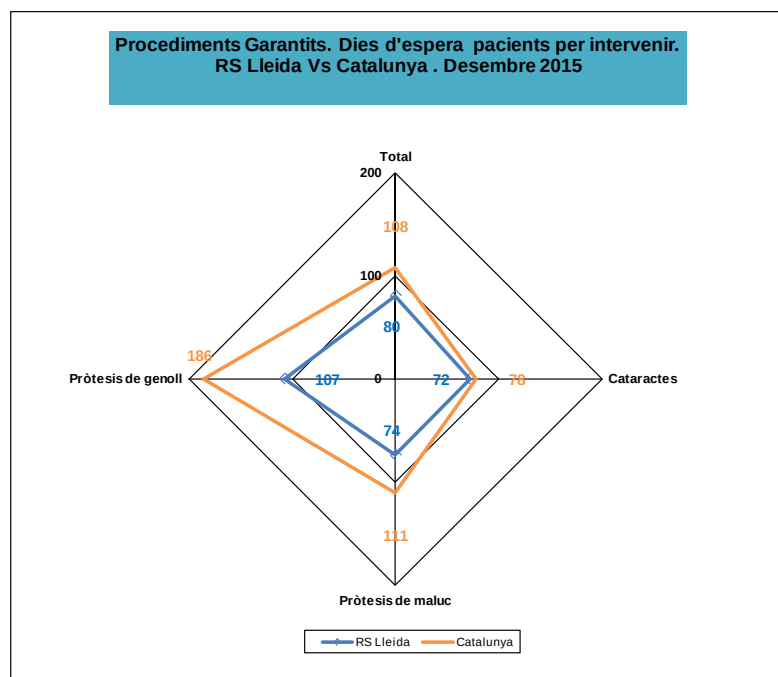
El Pla de salut de Catalunya 2016-2020 ha de continuar desenvolupant i generalitzant aquestes millores fins a estendre-les a tot el territori i a tots els àmbits assistencials. Per això, una de les línies estratègiques d'actuació s'adreça especialment a les reformes organitzatives que requereixen l'atenció sanitària accessible, resolutiva i integrada.

Pel que fa a la Regió de Lleida, i fruit de la intervenció activa de tots els actors assistencials tutelats des dels centres i des del Servei Català de la Salut, les dades d'activitat i llistes d'espera estan majoritàriament dins dels paràmetres fixats pel CatSalut.

Les llistes d'espera són un fenomen propi i característic dels sistemes sanitaris públics de caràcter universal i finançats a través d'impostos. Al desembre de 2015 hi havia un total de 153.103 persones esperant per ser operades a Catalunya, un 4,3% menys respecte l'any anterior. A Lleida, els pacients esperant a ser intervinguts era de 5.781. D'aquesta darrera xifra, 1.251 eren de processos garantits (cataractes, malucs i genolls). El temps d'espera global era de 101 dies (95 dies els garantits) i amb una espera previsible per intervenció de 129 dies (80 els garantits).

Els projectes del Pla de salut han de vetllar per millorar la gestió de les llistes d'espera i reduir el temps i el nombre de persones que esperen ser diagnosticades i operades.

Figura 26. Dies d'espera pels pacients a intervenir. Regió Sanitària Lleida i Catalunya (2015)



Font: Atenció al Ciutadà de la Regió Sanitària Lleida

Els projectes del Pla de salut vetllaran per millorar la gestió de les llistes d'espera i reduir el temps i el nombre de persones que esperen per ser diagnosticades i operades. Per tant, han de tenir en compte el Pla integral per a la millora de les llistes d'espera sanitàries, recentment aprovat, que prioritza actuacions per a l'increment de l'activitat adreçat a reduir el temps d'espera i les persones en llista, la gestió proactiva dels pacients en llista d'espera, donar una informació més accessible i l'apoderament de l'atenció primària millorant l'accés a les primeres visites de consultes externes.

En aquest sentit, es preveu potenciar especialment l'atenció primària com a columna vertebral del sistema, mitjançant una distribució dels seus recursos basada en la situació socioeconòmica de les àrees bàsiques; dins d'un procés de reflexió general de la transformació del sistema, per tal de donar la cobertura adequada a les noves necessitats que van sorgint en la població i poder programar directament algunes especialitats prèviament acordades en un procés d'apoderament.

4. Organitzar-se millor per ser més efectius

Especialment davant dels problemes de salut que són causes importants de mort, de malaltia, de discapacitat o de patiment, o bé que afecten persones vulnerables o en risc de ser-ho, el sistema ha de tenir una resposta efectiva i organitzada. Per actuar sobre aquestes prioritats de salut de la forma més global i eficaç possibles, el Pla de salut de Catalunya 2011-2015 va potenciar la creació de plans directors, plans d'actuació i programes específics.

Taula 12. Selecció de resultats de les actuacions prioritzades en el Pla de salut de Catalunya 2011-2015

Codi infart ⁴³ : taxa de supervivència d'infart agut de miocardi amb elevació del segment ST del 93,5% al cap dels 30 dies	Sistema d'Emergències Mèdiques: 90% de les situacions de risc vital són ateses en un període de temps inferior als 20 minuts.
Codi ictus ⁴⁴ : taxa de reperfusió del 16,8 per 100.000 habitants	
Codi politrauma ⁴⁵ : 8% de reducció la mortalitat	
Codi risc de suïcidi: reducció de les temptatives suïcides	
Circuit de diagnòstic ràpid de càncer: 66% de pacients inicien tractament abans dels 30 dies	

Moltes de les mesures com els codis urgents no representen innovacions terapèutiques sinó l'optimització dels tractaments existents, mitjançant l'organització i la coordinació dels recursos assistencials treballant en xarxa. Les reordenacions dels serveis d'alta especialització s'han fet mitjançant acords amb les societats científiques i les entitats proveïdores, i han permès reforçar centres d'excel·lència, concentrar l'activitat i crear aliances entre centres. Des de l'any 2012, s'ha augmentat l'activitat quirúrgica en un 7% i s'ha produït un descens del nombre d'hospitalitzacions mèdiques del 3%.⁴⁶ A Lleida, aquest fet ha estat similar però encara més accentuat, amb un increment de l'activitat quirúrgica d'un 21% i per contra, l'activitat mèdica ha disminuït un 10%.

Cal destacar que al febrer de 2015, a Lleida, es va estendre a 24 hores la unitat de cardiologia intervencionista per a la realització d'intervencions cardíaques percutànies (hemodinàmiques ICP), situada a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i va significar el poder realitzar 90 casos de la Regió de Lleida i 14 de l'Alt Pirineu i Aran, millorant sensiblement els temps de resposta per aquest codi.

Respecte al programa de cribratge poblacional de càncer colonorectal, que té actualment una cobertura del 25% de la població diana de Catalunya, es va finalitzar el procés d'extensió a tot el territori de la Regió de Lleida al 2015, aconseguint uns resultats de participació i cobertura elevats.

El Pla de salut de Catalunya 2016-2020 especifica un grup de prioritats de salut i reforça les àrees d'intervenció prioritàries del període 2011-2015, i les amplia per tal d'aconseguir millores en àmbits com ara: les malalties transmissibles, inclosa la vigilància i el control comunitaris, les malalties minoritàries, l'atenció primària i comunitària, així com la salut infantil i juvenil, especialment pel que fa a la salut mental –implantació del codi risc de suïcidi a la totalitat del territori de la Regió de Lleida al 2016. A més, es continua la reordenació de l'atenció terciària fins a completar-la. En la línia dels codis d'atenció emergent, el Pla de salut de Catalunya 2016-2020 afrontarà una regulació integral del sistema d'urgències de Catalunya: des de l'àmbit comunitari a les urgències hospitalàries. Un procés que haurà d'actualitzar els rols dels diferents dispositius que presenten atenció urgent i com s'interrelacionen entre ells, així com homogeneïtzar els processos d'urgències intrahospitalàries per adequar-los a criteris de qualitat assistencial i de satisfacció i dels drets dels seus usuaris.

L'organització regional ha de considera i donar resposta a les peculiaritats del territori de Lleida.

5. La prevenció com a divisa

Les mesures preventives esdevenen fonamentals, tant les que afecten els serveis assistencials tradicionals com les de salut pública i les que s'obtenen a través de les polítiques no sanitàries que milloren les condicions de vida de les persones. En el context actual, aquestes polítiques capaces d'evitar o retardar els problemes de salut són les que han de permetre millorar l'estat de salut de la població general i garantir la sostenibilitat del sistema públic de salut.

Durant la vigència del Pla de salut de Catalunya 2011-2015, s'han potenciat les activitats de salut pública orientades a la promoció de la salut en diferents línies d'actuació. Destaquen intervencions com el Programa d'activitat física, esport i salut (PAFES), que actua des de l'atenció primària fent aconsellament a més de 350.000 persones l'any, i el Programa d'activitat física i alimentació saludable (PAAS). Són destacables també la xarxa Amed, la revisió dels menús escolars, les vacunacions i els programes contra el VIH i les malalties de transmissió sexual. En general, aquestes actuacions estan vinculades a clàusules del contracte de serveis, tant pel que fa al diagnòstic com al control dels factors de risc.

El Pla de salut 2016-2020 amplia els projectes de salut pública en promoció i protecció de la salut i prevenció de la malaltia.

Un altre dels avenços que s'ha implantat recentment és el programa "COMSalut", com a forma d'abordatge de l'atenció comunitària a través de la integració de l'atenció primària, els serveis de salut pública i els serveis locals. S'inicia la implantació d'aquest projecte en 16 equips d'atenció primària a Catalunya i a Lleida a l'equip d'atenció primària de Cervera-Guissona, i neix en el context del Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP⁴⁷). Finalment, cal assenyalar la tasca permanent de control dels aliments i del medi ambient que es fan sistemàticament a través de l'Agència de Salut Pública de Catalunya i l'Agència Catalana de Seguretat Alimentària.

El Pla de salut de Catalunya 2016-2020 prioritza la salut pública com a línia d'actuació amb l'objectiu d'optimitzar l'impacte positiu de la protecció i la promoció de la salut i la prevenció de les malalties sobre la salut de la població. Es preveu l'elaboració d'un pla d'educació i promoció de la salut en totes les etapes vitals amb la participació de diversos sectors.

6. Facilitar un rol més actiu dels ciutadans

El desenvolupament tecnològic, la cronicitat i l'actitud més participativa dels ciutadans en el seu entorn social determinen la necessitat que aquests tinguin un rol més protagonista en relació amb la seva salut.

Una atenció que pretengui ser realment integral ha d'aprofundir en la coresponsabilització del pacient en la promoció i la cura de la seva salut. Això s'ha de traduir en una doble vessant. D'una banda, cal continuar treballant l'educació per a la salut durant totes les etapes del cicle vital, fomentar l'autocura i la capacitat de gestió de la pròpia salut i, de l'altra, s'ha d'estimular la participació del ciutadà en la definició de les necessitats de salut

de la comunitat i incloure criteris d'atenció centrada en la persona en l'avaluació de les prestacions.

Això implica que els ciutadans necessiten informació de qualitat que els apoderi per tenir més capacitat d'autocura i poder compartir les decisions rellevants que afecten la gestió de la pròpia salut o malaltia, si s'escau. En el cas de malalties degeneratives o situacions que generen discapacitat, la centralitat del pacient haurà de ser compartida per la persona cuidadora. En termes de la relació dels ciutadans amb el sistema, cal afavorir que els ciutadans coneguin com funciona, quina és la millor forma d'utilitzar-lo i que puguin participar en la gestió.

Els ciutadans exerceixen la participació a través dels consells de salut del CatSalut i dels consells de salut de les regions sanitàries. Gairebé 300 associacions participen en el Consell Consultiu de Pacients de Catalunya. Recentment, en el context del Programa Pacient Expert Catalunya® s'ha posat en marxa el Programa Cuidador Expert Catalunya® en diferents equips d'atenció primària,⁴⁸ per donar suport a les persones que tenen cura de malalts amb demència i altres patologies cròniques. Aquest programa s'ha estructurat sobre la base de les necessitats de formació i suport identificades pels cuidadors mateixos. En el marc d'elaboració d'aquest Pla de salut, les associacions de pacients han treballat en grups formals per fer propostes pel que fa a aquest document. Iniciatives com Cat@Salut La Meva Salut, el 061 CatSalut Respon o el Canal Salut constitueixen també mecanismes de participació i interacció entre el sistema de salut i la ciutadania.

Més enllà de promoure la cura de la pròpia salut, cal facilitar la participació dels ciutadans en el sistema de salut.

A Lleida la majoria d'entitats associatives de malalts estan agrupades sota la FeSalut Federació d'Entitats per la Salut de Lleida, creada l'any 1999 per diferents membres rellevants de l'àmbit de l'associacionisme i la salut de la demarcació de Lleida; compartint els recursos, el seu objectiu és treballar per a una millora de la qualitat de vida de les persones afectades per diferents tipus de malaltia i potenciar el treball en xarxa de les institucions federades, que han participat activament en les tasques del Consell Consultiu de Pacients i altres del Departament de Salut. La presidenta de FeSalut representa a totes les entitats en el Consell de Participació de la Regió de Lleida.

En formen part: ADIMA, AECC, AMILL, Associació Antisida Lleida, Associació Celíacs de Catalunya, Associació Diabètics de Catalunya de la Delegació de Lleida, Associació Diabètics Terres de Ponent, Associació Esclerosi Múltiple, Associació Familiars i Malalts d'Alzheimer Lleida, Associació LIMFELLEIDA, Associació Parkinson Terres de Lleida, Associació Provincial de Laringectomitzats i Mutilats de la Veu de Lleida, Associació trastorn per dèficit d'atenció amb o sense hiperactivitat, Associació Anticoagulats Lleida, FibroLleida, Lliga contra el càncer, Salut Mental Ponent, Servei de suport al Dol de Ponent, AREMI, ASPID, Montse Contra el Càncer, F.U.D Therapy, Lliga Reumatològica Catalana, Dret a una Mort Digna, AMICLLE, AFANOC.

Pel que fa al programa Pacient Expert Catalunya, a l'any 2015, es disposava a Lleida de 13 grups en actiu, en els quals van participar 120 pacients dels quals 7 han actuat com a pacients experts conductors de grup per primera vegada. Les patologies en les que s'ha treballat han estat: la insuficiència cardíaca, la malaltia pulmonar obstructiva crònica, tractament anticoagulant oral, diabetis Mellitus 2, deshabitació tabàquica i obesitat.

A més de les accions per promoure hàbits de vida saludable comentades en l'apartat anterior, el Pla de salut de Catalunya 2016-2020 preveu donar continuïtat a projectes que millorin l'apoderament dels pacients però també establir mecanismes de participació formals per als ciutadans. Aquests projectes els han de permetre protagonitzar la transformació en diferents àmbits del sistema i que les seves veus siguin escoltades i tingudes en compte en la concreció i el codisseny de les noves estratègies amb visió de futur. D'altra banda, cal implementar sistemes d'avaluació que tinguin en compte la perspectiva del ciutadà com a part integrant del resultat final del procés assistencial, com són les enquestes de satisfacció que realitza el CatSalut (PLAENSA).⁴⁹

7. Recuperar el lideratge dels professionals

Un sistema sanitari proper a les necessitats assistencials de la població ha de comptar amb la implicació dels professionals en tot el procés assistencial, però també és important que aquesta implicació s'ampliï a l'organització dels serveis i la gestió dels centres. Els professionals, constituïts com l'actiu principal del sistema, han de poder aportar el seu coneixement i experiència per millorar els processos. Els canvis del model assistencial comporten modificacions en el rol dels professionals i consegüentment impliquen la necessitat d'adquirir noves habilitats i competències com ara les comunicatives, el coneixement de les noves tecnologies i la capacitat de treballar en equips multidisciplinaris. Això implica el desenvolupament de mecanismes de formació regulats i accessibles.

Cal recuperar el lideratge dels professionals dins del sistema i establir mesures de reconeixement de la seva tasca.

El context de precarietat laboral que afecta fonamentalment els segments més joves (i potencialment més dinàmics), la sobrecàrrega assistencial, la pèrdua de poder adquisitiu i la flexibilització de les condicions laborals no constitueixen *a priori* un marc òptim per projectar l'evolució que els professionals hauran de fer per adaptar-se a aquest nou model, especialment si es té en compte l'ajustament pressupostari i les inèrcies acumulades i intrínseques dels col·lectius professionals.

La forma bàsica que tenen els professionals per participar en el sistema és durant el mateix acte assistencial. No obstant això, també ho fan a través dels òrgans de gestió dels centres, els comitès clínics o altres vies com poden ser els consells assessors dels plans directors o altres programes del Departament de Salut i el CatSalut, en què els professionals participen en el disseny, la implantació i l'avaluació d'intervencions. Aquesta participació pot ser tant a títol personal com en representació de les societats científiques, el centre de treball o les entitats proveïdores. En són exemples la col·laboració en el disseny d'intervencions en el context dels plans directors (codis) o la reordenació de processos assistencials, tant de patologies comunes com d'alta especialització. Són nombrosos els consells assessors i grups de treball en què els professionals col·laboren amb el Departament de Salut i el CatSalut. Uns 400 professionals han col·laborat en la reordenació dels procediments d'alta especialització. Entre el 2012 i el 2014 més de 6.000 professionals han participat presentant experiències en les jornades anuals del Pla de salut,⁵⁰ i la proposta inicial d'aquest Pla de salut va sorgir a partir de les contribucions de més de 400 professionals reunits en grups de treball a Sitges el novembre de 2014 i 2015.

En aquest àmbit, es proposa avançar en un sistema de reconeixement del desenvolupament professional, impulsar òrgans de participació i afavorir el lideratge dels professionals dins les seves organitzacions. Serà igualment prioritari recuperar el dinamisme dels professionals de la salut i buscar la implicació activa en la implementació de les polítiques emanades del Pla de salut, de manera que s'evidenciï la coherència entre l'activitat quotidiana i la planificació estratègica amb visió de país i de futur.

Per tant, s'ha divulgat l'esborrany d'aquest Pla de Salut entre els diferents professionals per rebre les seves aportacions i es preveu distribuir les responsabilitats dels executors i consultats dels grups de treball dels diferents fronts i programes d'aquest Pla.

8. Aconseguir un model de gestió més àgil i descentralitzat

L'atenció integral a les persones comporta una prestació de serveis que ha de ser accessible, resolutiva, àgil, segura, de qualitat i satisfactòria, tant per als pacients com per als professionals. Amb aquest propòsit, és imprescindible que aquests serveis es gestionin de forma descentralitzada fins al nivell de la gestió clínica i se superin els compartiments dels nivells assistencials, les línies de serveis, els centres i els proveïdors. Les tecnologies de la informació i la comunicació hi poden tenir un rol molt important, tant per la potencialitat de millora del procés assistencial i la gestió com per la capacitat de facilitar la relació dels ciutadans amb el sistema de salut.

Durant el període de vigència del Pla de salut de Catalunya 2011-2015, s'ha avançat en els mecanismes de direcció i participació en el CatSalut i el model de relació amb la xarxa de proveïdors del SISCAT. Cal destacar la importància dels pactes territorials i les aliances estratègiques a què han donat lloc. S'ha iniciat l'acreditació de centres d'atenció primària basant-se en 182 estàndards de seguretat. S'han creat les estructures funcionals de referents de seguretat als hospitals d'aguts i l'atenció primària. S'ha desenvolupat un pla de comandament amb 70 indicadors per monitorar la qualitat i la seguretat dels pacients en l'àmbit hospitalari. S'ha avançat en la informatització del sistema de salut i en la creació i el desplegament de la història clínica compartida i altres projectes, com la digitalització d'imatges. A més, s'han desenvolupat i consolidat recursos de relació del ciutadà amb el sistema, com el Canal Salut, el 061 CatSalut Respon o el Cat@Salut La Meva Salut.

El Pla de salut de Catalunya 2016-2020 potencia la gestió descentralitzada dels serveis i les actuacions de millora de la seguretat. Postula un sistema de finançament que tingui en compte les necessitats de la població de cada territori i estigui sotmès a una avaluació per resultats en salut. Aposta per reforçar la utilització de les tecnologies i aplicar-les en la millora de l'organització, durant el procés assistencial i per millorar l'experiència dels pacients que han de fer ús d'aquest sistema o requereixen informació sobre la seva salut.

9. Potenciar un sistema transparent que es compromet formalment, s'avalua i rendeix comptes

És imprescindible fer una valoració permanent del grau d'acompliment que s'espera del sistema de salut en termes d'accés, d'atenció, d'efectivitat, d'eficiència i dels resultats de salut assolits. L'avaluació dels resultats en tot el procés assistencial ha d'ajudar en la construcció d'un sistema sanitari integrat i de qualitat. D'altra banda, l'impuls de

l'avaluació té un sentit de retre comptes però també d'aportar transparència al sistema, promoure bones pràctiques i donar suport a la presa informada de decisions per millorar el sistema.

En aquest sentit, es facilita als centres proveïdors l'accés a les dades d'activitat i qualitat (MSIQ) que facilita el seguiment per a la gestió i el monitoratge d'aspectes importants de la qualitat de l'assistència sanitària finançada pel CatSalut. També s'analitza la variabilitat en la inclusió de pacients en llista d'espera dels procediments quirúrgics garantits.

Un aspecte molt important són els Indicadors de morbiditat poblacional. A partir de la integració de les dades de diferents registres (RCA, CMBD-HA, CMBD-AP, CMBD_RSS, CMBD-SM, CMBD-UR, Facturació i Farmàcia), s'han elaborat indicadors sociodemogràfics, de morbi-mortalitat i de consum de recursos, que permeten avaluar la qualitat i l'eficiència dels equips d'atenció primària i la seva coordinació amb altres recursos del territori. En la seva elaboració s'utilitza la categorització dels assegurats a partir dels Grups de Morbiditat Ajustats (GMA). Aquests indicadors es presenten per al global de la població en risc i per 19 patologies rellevants.

També, es poden seguir els Indicadors de qualitat de l'assistència hospitalària. En aquest apartat es presenten 6 bateries d'indicadors ajustats, elaborats amb dades dels registres del CMBD-HA. L'objectiu bàsic d'aquests indicadors és proporcionar informació sobre determinats aspectes de la qualitat i l'eficiència de l'activitat dels hospitals d'aguts del Sistema sanitari integral d'utilització pública. S'inclouen Indicadors de Qualitat de l'Hospitalització i indicadors de massa crítica, de mortalitat (per procediments i patologies) i d'utilització de determinats procediments, basats en els de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Darrerament, s'ha afegit la perspectiva territorial (on van els malalts) i hospitalària (d'on venen) a l'apartat *Fluxos de pacients*.

En el període 2011-2015, a banda dels informes regulars dels registres i sistemes d'informació del Departament de Salut i del CatSalut, com ara l'Informe de salut, s'han consolidat diversos instruments d'avaluació a través de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), com la Central de Resultats⁵¹, s'ha creat entre d'altres, l'Observatori d'Innovació i Gestió de Salut i altres projectes com l'Essencial⁵², que identifica pràctiques clíniques de poc valor i promou recomanacions per tal d'evitar-ne la realització.

El Pla de salut de Catalunya 2016-2020 vol ampliar l'avaluació de resultats a tot el procés assistencial. A més, es proposa avaluar l'efectivitat, l'eficiència i l'impacte dels programes de salut i de cribratge, tant si són de promoció de la salut com si són de prevenció de la malaltia o assistencials. Es vol aprofundir en la valoració de la variabilitat en les pràctiques assistencials segons diferents contextos i en l'ús intensiu de les diverses fonts d'informació per ampliar i millorar l'avaluació del conjunt del sistema.

10. Implementar les tecnologies de la informació

Les tecnologies de la informació han desencadenat una revolució pel que fa a l'obtenció d'informació i l'emmagatzematge i la gestió. Naturalment, això ha tingut un fort impacte en els sistemes de salut. Aquestes tecnologies han contribuït al desenvolupament del sistema i a l'increment de l'efectivitat i l'eficiència.

Durant el període 2011-2015, s'han dut a terme projectes transversals de molta transcendència com són la història clínica compartida de Catalunya i el Cat@Salut La Meva Salut. En el primer cas, es una eina de gestió clínica de molta utilitat pels professionals, i el Cat@Salut La Meva Salut és un portal de serveis per a la ciutadania que facilita la seva interacció amb el sistema.

El Pla de salut de Catalunya 2016-2020 incorpora la línia estratègica salut digital amb vocació de servei i suport a totes les altres línies estratègiques del Pla de salut. Després d'haver desenvolupat un entorn d'interoperabilitat per a tot el Sistema sanitari integrat d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) amb respecte per l'autonomia de gestió dels proveïdors, aquesta línia es crea amb el repte d'abordar la gestió dels processos assistencials i de la integració de la informació per tenir una visió completa de la població.

11. Innovar com a motor de transformació

En el propòsit de millorar la salut de la població i d'optimitzar l'adequació dels serveis que cal prestar, la recerca i la innovació són elements crucials per millorar tant els procediments terapèutics com els processos assistencials. La recerca orientada a optimitzar el tractament de les patologies prevalents i la innovació per millorar l'atenció que se'ls presta és, doncs, part de la bona pràctica assistencial.

El Pla de salut de Catalunya 2016-2020 incorpora la recerca entre les seves línies estratègiques i preveu el desenvolupament del Pla estratègic de recerca i innovació en salut 2016-2020 (PERIS 2016-2020).

3. Avaluació del període anterior

El Pla de salut de Catalunya 2011-2015 va establir 27 objectius generals de salut, 13 de previstos en l'horitzó 2020 i 14 en l'horitzó 2015.

El nombre total d'activitats definides i avaluades en el context de l'anterior Pla ha estat entre 400 i 600 per any.

A continuació, s'exposen les activitats dutes a terme a la Regió Sanitària Lleida.

Avaluació període anterior

3.1 Avaluació dels objectius de salut

El Pla de salut de Catalunya 2011-2015 va establir 27 objectius generals de salut, 13 de previstos en l'horitzó 2020 i 14 en l'horitzó 2015. Aquest apartat presenta la valoració al final del període de vigència del Pla.

Objectius en l'horitzó 2020

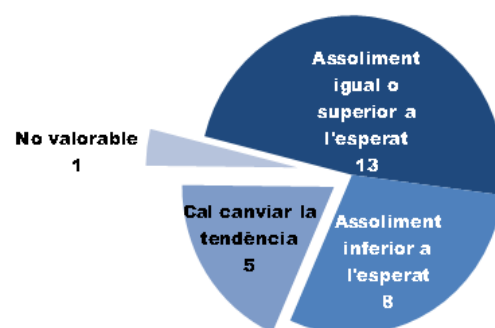
Nou objectius evolucionen favorablement. Vuit ho fan, a més, a un ritme igual o superior a l'esperat. Són l'objectiu general que proposa augmentar un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut (objectiu 1) i els de reducció de les taxes de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori, càncer, malalties respiratòries, cardiopaties isquèmiques i ictus, càncer de mama en dones i càncer colorectal (objectius 2, 3, 5, 7, 8, 9 i 10). La disminució de la incidència de la fractura de coll del fèmur (objectiu 12) evoluciona favorablement a un ritme inferior a l'esperat. D'altra banda, cal canviar la tendència de tres objectius, la reducció de la taxa de mortalitat per malalties mentals i per suïcidi (objectius 6 i 11) i la reducció de les amputacions en persones de 45 a 74 anys amb diabetis (objectiu 13). Finalment, l'objectiu d'incrementar la supervivència per càncer als cinc anys (objectiu 4) s'actualitza quinquennalment, per la qual cosa no se'n pot valorar l'evolució durant el període 2011-2015.

Objectius en l'horitzó 2015

Cinc objectius estan assolits: reduir la prevalença de tabaquisme (objectiu 14) i reduir les taxes d'infecció quirúrgica en pròtesi de genoll, pròtesi de maluc, cirurgia colorectal i pneumònia associada a ventilació mecànica (objectius 24 a 27). Set objectius (objectius 16 a 22) han evolucionat favorablement, però a un ritme inferior a l'esperat: augmentar la prevalença de la pràctica d'activitat física saludable, reduir la prevalença de l'excés de pes, incrementar la proporció de pacients amb bon control de la tensió arterial i la de pacients amb valoració del risc cardiovascular, i reduir els reingressos als 30 dies en pacients amb diabetis, amb malaltia pulmonar obstructiva crònica i amb insuficiència cardíaca. En darrer terme, dos objectius no han evolucionat de la forma esperada: reduir la prevalença de sedentarisme (objectiu 15) i reduir la taxa mitjana de prevalença de la infecció nosocomial global (objectiu 23).

Pel que fa a la Regió de Lleida, els objectius i la seva evolució ha estat similar a la de la resta de Catalunya, exceptuant aquelles especificitats exposades anteriorment a l'apartat *Anàlisi de situació*.

Figura 27. Assoliment dels objectius de salut del Pla de salut 2011-2015 al final del període



Pla de salut territorial de Lleida 2016-2020
Un sistema centrat en la persona públic, universal i just

Taula 13. Estat dels objectius de salut del Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Horitzó 2020

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida	Final de període	Objectiu 2020	Font i any del valor de final de període	Valoració ¹
D'aquí a l'any 2020 cal...							
1	Augmentar en un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut en homes i en dones <i>Quocient entre l'esperança de vida amb bona salut i l'esperança de vida per sexe (%)</i>	Homes	82,3	84,4	86,4	Mortalitat (RMC) 2014 i ESCA 2015	++
		Dones	74,1	79,9	77,8		
		Total	78,0	82,1	81,9		
2	Reduir en un 20% la taxa de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties de l'aparell circulatori</i>	Homes	202,4	170,2	161,9	RMC 2014	++
		Dones	124,4	101,5	99,5		
		Total	158,6	131,5	126,8		
3	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de càncer</i>	Homes	275,3	247,6	247,8	RMC 2014	++
		Dones	125,6	118,3	113,0		
		Total	189,5	174,2	170,6		
4	Incrementar en un 15% la taxa de supervivència per càncer als cinc anys <i>Supervivència relativa per càncer als 5 anys (%)</i>	Homes	46,0	ND	52,9	Registre de càncer de Tarragona i Girona, 2000-2004	ND
		Dones	56,4	ND	64,9		
		Total	50,2	ND	57,7		
5	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties respiratòries <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties del sistema respiratori</i>	Homes	87,6	77,3	78,8	RMC 2014	++
		Dones	31,2	29,3	28,1		
		Total	53,3	48,5	48,0		
6	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties mentals <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties mentals</i>	Homes	24,7	26,3	22,2	RMC 2014	--
		Dones	24,0	24,4	21,6		
		Total	24,6	25,5	22,1		
7	Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties isquèmiques del cor</i>	Homes	71,3	58,6	60,6	RMC 2014	++
		Dones	26,8	20,9	22,8		
		Total	45,8	37,1	38,9		
8	Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per ictus <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties cerebrovasculars</i>	Homes	41,6	34,8	35,3	RMC 2014	++
		Dones	30,6	25,0	26,0		
		Total	35,4	29,2	30,1		
9	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer de mama <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de tumor maligne de mama</i>	Dones	21,4	17,6	19,2	RMC 2014	++
10	Reduir en un 5% la taxa de mortalitat per càncer colorectal <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de tumor maligne colorectal</i>	Homes	36,5	33,8	34,7	RMC 2014	++
		Dones	17,1	15,8	16,2		
		Total	25,3	23,5	24,1		
11	Mantenir per sota del nivell actual la taxa de mortalitat per suïcidis <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de suïcidis i autolesions</i>	Homes	8,5	9,6	< 8,5	RMC 2014	--
		Dones	2,4	3,2	< 2,4		
		Total	5,3	6,2	< 5,3		
12	Reduir en un 10% la incidència de la fractura de coll de fèmur en les persones entre 65 anys i més <i>Taxa d'ingrés hospitalari per 10.000 h. estandarditzada per edat per fractura de coll de fèmur en població de 65 anys i més</i>	Homes	48,7	41,5	43,9	CMBDHA 2015	+
		Dones	83,2	91,5	74,9		
		Total	70,5	70,2	63,4		
13	Reduir en un 10% les amputacions en persones amb diabetis de 45 a 74 anys <i>Taxa d'amputacions per 10.000 h. en persones amb diabetis de 45 a 74 anys</i>	Homes	39,6	41,9	35,6	CMBDHA 2015	--
		Dones	10,8	9,8	9,7		
		Total	27,4	28,3	24,7		

¹ ++ Evolució favorable, igual o superior a l'esperada

-- Evolució desfavorable

± Evolució favorable, inferior a l'esperada

ND No disponible en el període

Pla de salut territorial de Lleida 2016-2020
Un sistema centrat en la persona públic, universal i just

Horitzó 2015

Núm.	Objectiu Indicador		Inici de període	Final de període	Objectiu 2015	Font i any del valor de final de període	Valoració ¹
D'aquí a l'any 2015 cal...							
14	Reduir per sota del 28% la prevalença de tabaquisme <i>Prevalença de consum de tabac en la població de 15 anys i més (%)</i>	Homes	35,8	31,0	NP	ESCA 2015	++
		Dones	23,4	20,6	NP		
		Total	29,5	25,7	<28,0		
15	Reduir per sota del nivell de 2010 la prevalença de sedentarisme <i>Prevalença de sedentarisme en població de 18 a 74 anys (%)</i>	Homes	15,4	19,5	<15,5	ESCA 2015	--
		Dones	18,3	22,3	<18,7		
		Total	16,8	20,9	<17,1		
16	Incrementar en un 10% la proporció de persones adultes que segueixen les recomanacions d'activitat física saludable per setmana <i>Prevalença d'activitat física saludable (moderada i alta de l'IPAQ) en població de 15 a 69 anys (%)</i>	Homes	74,1	76,6	81,5	ESCA 2015	+
		Dones	69,0	71,7	75,9		
		Total	71,6	74,2	78,8		
17	Reduir per sota dels nivells de 2010 la prevalença d'excés de pes (sobrepès o obesitat) en la població <i>Prevalença d'excés de pes declarat en població de 18 a 74 anys (%)</i>	Homes	57,4	55,4	<55,6	ESCA 2015	+
		Dones	41,5	43,3	<37,3		
		Total	49,5	49,3	<46,5		
18	Incrementar en un 15% la proporció de pacients hipertensos atesos a l'APS amb valors de PA <140/90 mmHg <i>Percentatge de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària amb valors de PA < 140/90 mmHg (%)</i>	Total	63,3	70,7	72,8	SISAP-ICS quart trimestre 2015	+
19	Incrementar en un 15% la proporció de pacients de 35 a 74 anys atesos a l'APS amb xifres de colesterolèmia > 200 mg/dl amb valoració del risc cardiovascular <i>Percentatge de pacients de 35 a 74 anys atesos a l'atenció primària amb xifres de colesterolèmia > 200 mg/dl amb valoració del risc cardiovascular (%)</i>	Total	84,0	90,2	96,6	SISAP-ICS primer trimestre 2015	+
20	Reduir en un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb diabetis <i>Percentatge de pacients amb diabetis amb reingrés als 30 dies (%)</i>	Total	5,5	4,9	4,7	CMBDHA 2015 (MSIQ 2016)	+
21	Reduir en un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) <i>Percentatge de pacients amb MPOC amb reingrés als 30 dies (%)</i>	Total	17,1	16,0	14,5	CMBDHA 2015 (MSIQ 2016)	+
22	Reduir en un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb insuficiència cardíaca congestiva (ICC) <i>Percentatge de pacients amb ICC amb reingrés als 30 dies (%)</i>	Total	15,5	13,9	13,2	CMBDHA 2015 (MSIQ 2016)	+
23	Reduir per sota del 7% la taxa mitjana de prevalença de la infecció nosocomial global <i>Prevalença d'infecció nosocomial global (%)</i>	Total	6,6	7,1	<7,0	VINCat 2015	--
24	Reduir per sota del 3,5% la taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de genoll <i>Taxa global d'incidència d'infecció de localització quirúrgica (ILQ) en cirurgia programada de pròtesi de genoll (%)</i>	Total	3,0	2,5	<3,5	VINCat 2015	++
25	Reduir per sota del 3% la taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de maluc <i>Taxa global d'incidència d'infecció de localització quirúrgica (ILQ) en cirurgia programada de pròtesi de maluc (%)</i>	Total	2,8	2,4	<3,0	VINCat 2015	++
26	Disminuir per sota del 21% la taxa d'infecció quirúrgica en cirurgia colorectal <i>Taxa global d'incidència d'infecció de localització quirúrgica (ILQ) en cirurgia programada de còlon i recte (%)</i>	Total	20,6	16,7	<21,0	VINCat 2015	++
27	Reduir per sota dels 12 episodis per 1.000 dies de ventilació la taxa mitjana d'incidència de pneumònia associada a ventilació mecànica <i>Densitat d'incidència de pneumònies associades a ventilació mecànica</i>	Total	5,6	4,4	<12	VINCat 2015	++

1 ++ Evolució favorable, igual o superior a l'esperada

-- Evolució desfavorable

+ Evolució favorable, inferior a l'esperada

NP No pertinent

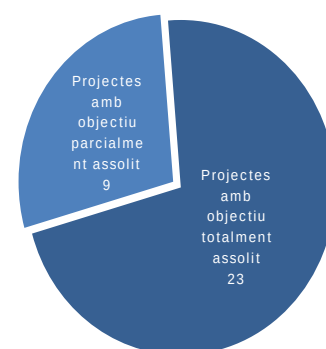
3.2 Avaluació operativa

El Pla de salut de Catalunya 2011-2015 va definir nou línies d'actuació que es concretaven en 32 projectes operatius que calia desenvolupar en aquest període. Per a cadascun d'aquests projectes es va definir un objectiu operatiu al final del període i es van formular anualment unes activitats per tal d'assolir-lo. La valoració de l'assoliment d'aquestes activitats i de l'objectiu plantejat per a cada projecte és la base de l'avaluació operativa del Pla. El nombre total d'activitats definides i avaluades en el context d'aquest Pla ha estat entre 400 i 600 per any. Els resultats de l'avaluació operativa han estat publicats anualment en l'Informe de salut⁵³, en les jornades⁵⁴ del Pla de salut i al web del Pla de salut⁵⁵.

Més del 70% dels projectes han assolit l'objectiu definit a l'inici del període.

Pel que fa a les activitats realitzades anualment per a cada línia, el grau d'assoliment se situa al voltant del 80%. Cal recordar que aquests resultats responen a dades d'execució anual i, per tant, no directament acumulatives.

Figura 28. Assoliment dels objectius operatius dels projectes del Pla de salut de Catalunya 2011-2015



Taula 14. Percentatge d'acompliment de les activitats anuals previstes en les nou línies d'actuació del Pla de salut de Catalunya 2011-2015

Línia d'actuació del Pla de salut de Catalunya 2011-2015	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)
Línia 1. Objectius i programes de salut	78	75	94	84
Línia 2. Sistema orientat als malalts crònics	89	75	82	83
Línia 3. Sistema integrat més resolutiu	66	70	78	84
Línia 4. Sistema de qualitat i equitat en l'alta especialització	88	81	91	94
Línia 5. Major enfocament cap als pacients i les famílies	75	70	86	86
Línia 6. Model de contractació enfocat a resultats en salut	87	88	90	92
Línia 7. Incorporació del coneixement professional	50	69	66	71
Línia 8. Millora en el govern i la participació	81	71	86	80
Línia 9. Informació compartida, transparència i avaluació	63	84	81	77
Global	76	76	84	83

Font: Direcció General de Planificació en Salut. Departament de Salut

El quadern 3 Avaluació operativa del Pla de salut⁵⁶ recull el detall dels resultats dels projectes de cada línia i inclou una valoració qualitativa del grau d'assoliment.

Els resultats obtinguts entre els anys 2012-2015 mostren un grau d'acompliment elevat de les activitats previstes, que a la Regió de Lleida es van concretar en 74 fronts emmarcats en 12 projectes territorials i que es comenten dins d'aquest apartat. (vegis annex 2)

L'apartat III del Pla de Salut Territorial de Lleida 2011-2015 plantejava la transformació del model assistencial a la Regió Sanitària Lleida i contemplava projectes i activitats emmarcades en les línies d'actuació 2 i 3 d'aquell Pla de Salut.

Les primeres activitats del 2012 es van focalitzar en la definició i difusió del model; les del 2013, en definir i començar la implantació i, a partir del 2014, sobretot en l'execució, extensió i avaluació concurrent pel territori.

Pel desplegament d'aquelles activitats, es van valorar com a fonamentals les activitats de difusió al territori de les comarques de Lleida (del Pla de Salut de Catalunya i Pla de Salut Regional), en la que van participar més de 600 persones en multitud d'actes directes de presentació, dins i fora del sistema de salut.

Es van identificar els responsables dels projectes, els executors –*sovint parelles de professionals dels àmbits de treball més implicats, com l'atenció primària i hospitalària o salut pública i atenció primària*– i, també, es van concretar les persones consultades a les que es convidava a formar part del grup de treball respectiu.

Es van definir també les funcions dels responsables, executors, consultats i informats del treball final que, conjuntament amb d'altres professionals del Servei Català de la Salut, impulsarien les dinàmiques de treball amb l'objectiu d'elaborar, per exemple, les rutes assistencials que s'expliquen a continuació (vegis annex 1 per a més informació respecte a la metodologia RECIC).

Per aquets treballs, van servir de guia els documents tècnics orientatius de cada projecte, elaborats centralment pel Departament de Salut o institucions que en depenen. El coneixement i la difusió d'aquests van esdevenir essencials pel bon funcionament.

El 16 de maig de 2012, després de la primera jornada territorial de presentació del Pla de Salut al gener de 2012, es va donar el tret de sortida amb una Jornada de *Kick-off* i es van endegar diferents activitats tals com les de formació en Rutes per a la impulsó dels projectes i concreció de les activitats i prioritats per al seu desplegament (30 de maig).

Es va endegar la redacció i implantació de processos integrats (Insuficiència cardíaca ICC, diabetis i malalties endocrinològiques DM2I, malaltia pulmonar obstructiva crònica MPOC, Depressió), així com aquelles lligades a les millores de resolució en els àmbits de relació més freqüent AP i AE; o també, la redacció dels plans de resolució territorial per Oftalmologia, Locomotor-reumatologia i Salut Mental, amb acords pel que fa els objectius compartits, l'organització del procés i l'afectació dels recursos.

Els resultats obtinguts els anys 2012 a 2015 mostren un grau d'acompliment elevat de les activitats previstes que es van concretar en 74 fronts emmarcats en 12 projectes territorials i que es comenten dins d'aquest apartat. (vegis annex 2)

A l'any 2015, va acabar el període d'execució del Pla de Salut 2011-2015 i com cada any es va realitzar una jornada⁵⁷ de rendiment de comptes de tot Catalunya que era la 5a que es feia i que va servir per la seva avaluació quinquenal.

També es va fer la jornada anual territorial que aquest any es va realitzar a la Cerdanya, aquesta vegada organitzada conjuntament entre les regions sanitàries Lleida i Alt Pirineu i Aran, amb les regions de Girona i Catalunya Central. Aquesta jornada de plans de salut regionals va tenir lloc a Alp el dia 10 de juny de 2015 i va servir per presentar una mostra de diferents experiències seleccionades, amb la incorporació de temes de recerca i innovació. A títol d'exemple del conjunt de jornades⁵⁸ de seguiment del Pla de Salut, es detalla el contingut d'aquesta⁵⁹

Figura 27. Portada del programa de les III Jornades territorials del Pla de salut dutes a terme a Alp (Baixa Cerdanya, Girona), al juny de 2015



Una primera taula de transversalitat va tractar de la salut en totes les polítiques i les experiències del Pla Interdepartamental de Salut Pública moderada per l'Agència de Salut Pública de Catalunya. Una segona va mostrar diferents experiències del model col·laboratiu entre els àmbits social i sanitari, del Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS), va ser dirigida pel comitè operatiu del PIAISS de la Generalitat de Catalunya i va tractar de la situació PIAISS a l'Alta Ribagorça exposada pel director territorial del Departament de Benestar Social i Família a Lleida. També del Model col·laboratiu per a l'abordatge de l'atenció social i sanitària bàsica en 2 ABS de Lleida ciutat, exposada per una infermera directiva de l'ICS de Lleida; i la darrera, de

l'atenció social i sanitària de la Garrotxa i el seu full de ruta 2015-2018 exposat per la directora del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa.

Es van exposar també el nou model d'atenció a l'espectre autista presentat per la coordinadora del Servei Educatiu Específic de Girona i la psicòloga clínica, cap de servei del CSMIJ del Gironès-Pla de l'Estany que va ser moderada per Salvador Campasol, director sector sanitari Girona Sud.

Un tema d'especial interès va ser el maneig de la persona en situació de crisi en un entorn comunitari que va ser tractat conjuntament per la sotsinspectora, sotscap Àrea Bàsica Policial d'Osona i una infermera del Servei de Psiquiatria i Salut Mental del Consorci Hospitalari de Vic, taula moderada per la cap territorial del Servei d'Emergències Mèdiques (SEM) a la Catalunya Central i Alt Pirineu i Aran d'aleshores.

La taula d'innovació i recerca va mostrar les línies de recerca en curs i possibilitats dels centres de recerca ubicats al territori català, en la que es van mostrar exemples com el de Lleida exposat pel director de l'Institut d'Investigació Biomèdica IRBLleida, l'APP de Salut Renal "PUKONO" explicada pel cap de Servei de Nefrologia de la Fundació Althaia de Manresa i secretari de la Societat Catalana d'Hipertensió Arterial, el projecte d'innovació transversal de la ciutat d'Igualada per prevenir fractures exposat pel responsable de la Unitat Geriàtrica d'Aguts (UGA) i adjunt al Servei de Geriatria del Consorci Sanitari de l'Anoia i el projecte ILERVAS (El Bus de la Salut), un projecte de recerca centrat en el diagnòstic i prevenció de malalties vasculars i renals a Lleida exposat per la coordinadora de la UDETMA (unitat de detecció i tractament de la malaltia aterotrombòtica) del Servei de Nefrologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. També es va fer un repàs de la història de la recerca cardiovascular a Girona exposat pel director de l'Institut d'Investigació Biomèdica de Girona Dr. Trueta (IdibGi). La taula va ser moderada pel director de sector de Lleida del Catsalut.

El cap de la Unitat de Compra de Serveis Sanitaris i Planificació de Serveis de la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran va presentar al director assistencial de l'Hospital de Cerdanya que va explicar les activitats de medicina de muntanya que es realitzen a la Cerdanya.

La jornada va ser una mostra d'alguns dels avenços que ha contribuït a impulsar el Pla de Salut en els darrers anys. Aquestes i altres experiències reflecteixen els canvis en la manera de prestar serveis d'acord amb l'objectiu del Pla de Salut de guiar les actuacions en matèria de Salut que es concreten en actuacions territorials que porten a terme les institucions que hi estan relacionades.

Un dels aspectes lligats a la innovació és el que representen les noves maneres de relacionar-se entre professionals mitjançant les consultes sense presència del malalt en els que Lleida ha fet una aposta important. Per una banda, amb la realització de més de 7.700 consultes fetes al 2015 entre especialistes (la majoria entre metge de família i especialista hospitalari) i per altra les consultes entre metge de família i els malalts que han donat el seu e-consentiment i que a primers del 2016 s'han endegat dins del projecte e-consulta de IS3 de Isalut a l'ABS de les Borges Blanques, l'ABS de Cervera i l'ABS Lleida 4 des del CAP Balàfia Pardinyes Secà de Sant Pere.

El Pla de Salut ha potenciat una millor resolució i mitjançant el programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC)⁶⁰ l'adaptació del sistema assistencial a les malalties cròniques, cada cop més importants en els nostres temps.

El Pla de Salut ha impulsat també noves ofertes de serveis, com les intervencions cardíaques percutànies (ICP) 24 hores des de principis del 2015 pel diagnòstic i tractament derivats del síndrome coronari agut (infart de miocardi) que es fan a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i que va representar que 102 malalts de codi infart que haurien anat a Barcelona, poguessin tractar-se de manera més ràpida a Lleida.

L-1. Objectius i programes de salut. Seguretat i qualitat

Com es reflecteix en el fris del temple grec del dibuix del Pla de Salut 2011 2015, l'objectiu principal del Pla és incrementar la proporció d'esperança de vida que es viu amb bona salut, amb l'esperança de vida calculada a partir de la mortalitat i la percepció de salut calculada a partir de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) que ha mantingut una tendència positiva en els darrers anys⁶¹ i ha assolit un increment proper als 5 anys.

La política de seguretat i qualitat s'ha concretat en els plans de qualitat de cada proveïdor que estan tutelats pel Departament de Salut i impulsada la seva avaluació per l'AQUAS⁶².

En el decurs de l'any 2015 s'havien acreditat⁶³ amb nota elevada els centres hospitalaris regionals i la majoria dels equips d'atenció primària de la regió. En concret es va acreditar els EAP de EAP Lleida 1- Rambla Ferran, EAP Lleida 2- Primer de Maig, EAP Lleida 3- L'Eixample, EAP Lleida 4- Balafia, EAP Lleida 5- Cappont, EAP Lleida 6- Bordeta, EAP Lleida Rural 1- Nord, EAP Lleida Rural 2- Sud; tots ells amb notes entre el 91,28% i el 95,07%.

L-2. Un sistema més orientat als malalts crònics

Una de les línies en la que s'ha treballat més en profunditat en aquest Pla de Salut ha estat, sens dubte, l'atenció a les persones amb problemes de salut crònics, tema especialment importants a la nostra regió, en estreta col·laboració amb els serveis socials.

Projecte 2.1. Implantar processos clínics integrats.

Al 2015 es va presentar la Ruta assistencial (RA) per l'atenció a les malalties nefrològiques i es van concloure els treballs de la Ruta de la complexitat, a banda de les que ja estaven en funcionament amb els tractaments harmonitzats per a la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), la diabetis, la insuficiència cardíaca congestiva, (ICC) i la depressió d'adults i la depressió infantojuvenil.

També es va avançar amb la ruta de les persones amb demència, amb la participació de molts professionals de tots els centres i serveis implicats.

Figura 28. Unitat de trastorns cognitiu regional, ubicada dins del recinte de l'Hospital Universitari Santa Maria.



Projecte 2.2. Potenciar els programes de promoció i prevenció de la salut i prevenció de les malalties.

S'han desenvolupat programes de promoció i prevenció tutelades per l'Agència de Salut Pública i algunes desenvolupades per les entitats prestadores de salut com són els programes de promoció de la salut PAFES, AMED i altres com el NEREU (per nens amb excés de pes-obesitat) fets pels ajuntaments i finançats amb ajuts de la Diputació de la demarcació de Lleida.

Respecte els programes de promoció de la salut, cal destacar:

El Pla Integral per a la promoció de l'activitat física i l'alimentació saludable (PASS), dins del que s'han desenvolupat adequadament les activitats lligades a la alimentació com són:

- Revisió de menús escolars en la majoria de centres educatius
- Programa AMED (alimentació mediterrània) s'ha portat a terme en tots els centres SISCAT, en cafeteries laborals, en albergs, en refugis de muntanya i en alguns establiments de restauració comercial.
- Incentivació del consum de fruita a través de diverses activitats: consum de fruita a l'escola, potenciació del seu consum en restauració i establiments de venda.
- Revisió de les màquines expenedores d'aliments i begudes (MEAB's) en centres sanitaris i educatius

Respecte l'activitat física: s'han portat a terme,

- L'establiment de noves rutes PAFES en col·laboració amb ajuntaments, centres de salut i la Diputació de Lleida.
- Programa escales en edificis municipals i públics.
- Col·laboració amb el programa NEREU per a la seva difusió i desenvolupament territorial.

Programes de prevenció del consum de tabac i ajuda a deixar de fumar

L'aplicació de la Llei 42/2010, de mesures sanitàries front el tabaquisme i reguladora de la venda, el subministre, el consum i la publicitat dels productes del tabac, ha afavorit la disminució de consum de tabac tant a nivell públic, sanitari, educatiu i laboral.

S'han desenvolupat el programa de Classe sense Fum col·laborant amb el Departament d'Ensenyament.

S'han definit la xarxa d'atenció primària sense fum en diferents ABS de la regió sanitària i la xarxa d'hospitals sense fum.

A la vegada i davant la necessitat de disposar d'una xarxa d'atenció a la deshabitució tabàquica entre diferents nivells assistencials, s'ha treballat de manera col·laborativa en la definició dels circuits a seguir entre les oficines de farmàcia, centres d'atenció primària i l'atenció especialitzada.

Entre les activitats de prevenció secundària consolidades, es continuen les de **cribratge de càncer de mama**, amb molts anys en funcionament i totalment consolidat així com el **cribratge de càncer de còlon i recte**, que amb el suport de la Diputació de Lleida, va completar l'àmbit d'actuació a tota la Regió de Lleida, un cop implantat a Lleida ciutat. Les xifres de participació i cobertura són de les més altes de Catalunya i que van permetre detectar de manera precoç 63 càncers invasius a Lleida el 2015.

Programa de cribratge de càncer de mama (PDPCM)

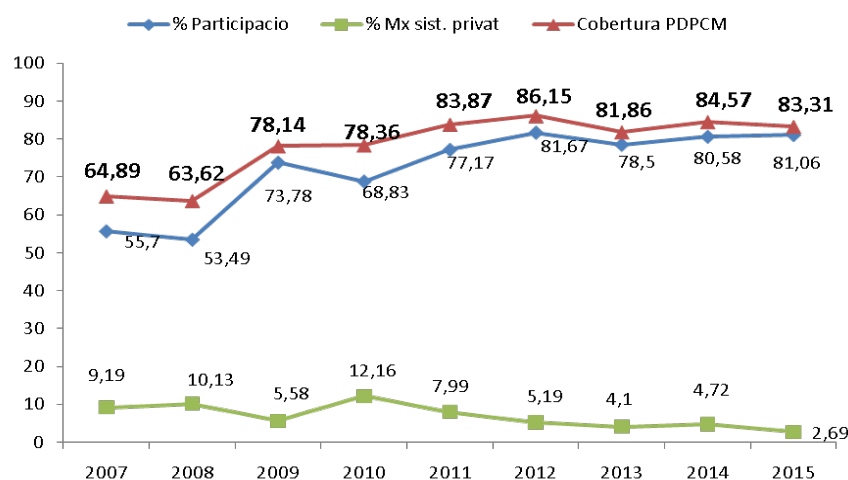
El Programa de detecció precoç del càncer de mama està assentat a la Regió de Lleida d'ençà l'any 1998, que es va endegar. Està adreçat a les 33.099 dones que tenen entre 50 i 69 anys de la Regió Sanitària Lleida sense patologia mamària prèvia i que un cop informades accepten entrar al programa de cribratge mitjançant mamografies biennals. La població considerada com elegible actualment és de 31.731 dones de les quals s'invita la meitat anualment.

L'organització del programa està consolidada i disposa de les següents Unitats Radiològiques de Cribratge (URC) diferenciades pel seu àmbit d'actuació geogràfica:

- Clínica de Ponent, que atén les senyores de Lleida ciutat i dona suport a la Unitat Mòbil en controls avançats i estudis addicionals.
- Unitat Mòbil, que fa les mamografies de les senyores de les comarques de Lleida.

Un cop registrades en el programa les dades referents a participació i cobertura, les xifres resultants han estat similars a les europees.

Figura 29. Evolució, participació i cobertura del Programa de Detecció Precoç del Càncer de Mama (PDPCM)



Font: Base de dades regional del Programa Detecció Precoç Càncer de Mama, de Còlon i Recte (PDPCMCR)

Taula 14. Resultats de la Unitat Regional de Cribratge de Lleida (2015)

	Total PDPCM	
Nombre de dones invitades	15.916	
PARTICIPACIÓ PDPCM Nombre de mamografies fetes en el PDPCM	12.825	80.58%
Nombre de Mx fetes fora PDPCM	635	4.72%
COBERTURA PDPCM	84.57%	
Resultats de les mamografies fetes: Primer i segon cribratge		
Negatiu i/o clarament benigne (Propera mamografia als 2 anys)	12.311	95.99%
Control abans dels 2 anys	332	2.59%
Reconvocatòria estudis addicionals	294	2.29%
Resultats PDPCM		
Càncers detectats	54	
Taxa de detecció de càncer de mama (mil dones cribrades)	4.21	
VPP per reconvocatòria a estudis addicionals	18.37%	

Font: Base de dades regional del Programa Detecció Precoç Càncer de Mama, de Còlon i Recte (PDPCMCR)

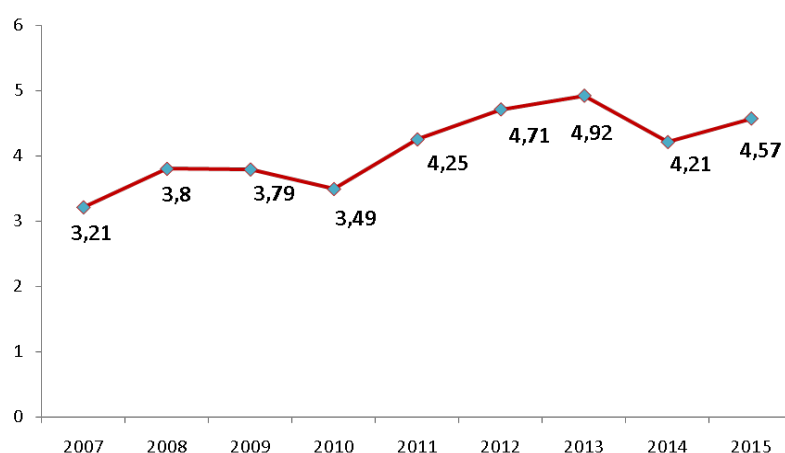
Es vigila acuradament l'interval de temps entre la realització de la mamografia i el lliurament del resultat que està en una mitjana de 8 dies. En el 98.9% dels casos ha estat per sota de les recomanacions de 15 dies.

La probabilitat que es confirmi l'existència d'una càncer en les dones reconvocades a la Regió de Lleida per estudis addicionals és d'un 18,37% (VPP, valor predictiu de la reconvocatòria en el primer i segon cribratge).

Davant la sospita de malignitat per mamografia, es deriven les senyores a la Unitat Funcional de Mama (UFM) de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, on un equip multidisciplinari de professionals sanitaris valora les imatges i fa les proves adients per fer-ne el diagnòstic. D'aquestes enviades a la UFM una cinquantena són diagnosticades anualment de càncer de mama, fet que representa una taxa de 4,21 càncers per cada mil dones cribrades, xifra similar a la catalana i la del Estat espanyol, que compleix els estàndards de qualitat de la Guia Europea de Cribratge (entre 2,3 i 4,6 per 1.000 dones cribrades).

Cal esmentar que la clau pels programes de cribratge de càncer de mama i de còlon és la col·laboració estreta entre tots els proveïdors regionals que coordinen els seus serveis per reforçar els missatges preventius, a l'hora que faciliten les activitats de cribratge.

Figura 30. Evolució de la taxa de detecció de càncer (‰)



Font: Base de dades regional del Programa Detecció Precoç Càncer de Mama, de Còlon i Recte (PDPCMCR)

Programa de cribratge de càncer de còlon

El desplegament del Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte (PDPCR) forma part d'una de les línies estratègiques d'actuació del Pla de Salut i té com a objectiu potenciar els aspectes de prevenció secundària, en una malaltia que representa la segona causa de mort a Catalunya.

La participació d'una manera regular ha demostrat que pot reduir la mortalitat per càncer de còlon i recte en un 17%, sense oblidar que una alimentació variada, rica en fibra amb un increment de fruites i verdures i la pràctica habitual d'activitat física moderada són dos factors de prevenció primària que ajuden a disminuir el risc de patir aquest tipus de càncer.

A la Regió Sanitària (RS) Lleida ja s'ha completat el seu desplegament i això va permetre diagnosticar 63 càncers invasius el 2015, la majoria en estadis precoços, el que suposa el 2,80 per mil usuaris que han participat en el programa, després de la invitació feta

mitjançant una carta personalitzada que cada dos anys reben els usuaris que formen part de la població diana (dones i homes entre 50 a 69 anys).

La RS Lleida ha estat la primera RS de Catalunya en fer-ho a tota la regió, amb un total de 44.996 persones convidades de les 22 Àrees Bàsiques de Salut (ABS). A finals de 2015 es va invitar per primera vegada els pacients de les ABS urbanes de Lleida ciutat: Bordeta Magraners, Cappont, Rambla Ferran, Eixample, Primer de Maig i Balàfia-Pardinyes, que representen en conjunt el 70% de la població de la regió. A més, es va convidar en segona i tercera ronda els usuaris que resideixen a les zones rurals, en concret a les ABS: La Granadella, Les Borges Blanques, Artesa de Segre, Ponts, Balaguer i Agramunt.

De totes les ABS on es va dur a terme el Programa, la participació en les ABS rurals (60%) va ser més elevada que en les ABS urbanes (44%) donat que en les zones rurals ja s'havia convidat els pacients en més d'una ocasió, la qual cosa ha afavorit la difusió del Programa i la fidelització dels participants. Cal esmentar que la participació i cobertura a Lleida ciutat serà encara més elevada, ja que es continuaran recollint mostres durant una part del 2016.

La taxa de detecció de càncers es trobava dins dels estàndards marcats pel Programa i s'han aconseguit diagnosticar 63 càncers invasius i 62 càncers in situ, classificats com Adenoma de Risc Intermedi (ARI) o Adenomes d'Alt Risc (AAR) segons European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis (2011).

Fins ara, la mostra per analitzar la sang oculta ha resultat positiva en el 6,76% del total de participants i per tant vol dir que de 100 participats només s'ha recomanat realitzar una colonoscòpia a 7. Al 2015, es van realitzar un total de 1.143 colonoscòpies, de les quals el 90% han estat terapèutiques, és a dir, en el moment de fer la prova ja es va extirpar la lesió i el pacient no havia de fer cap altra teràpia o tractament. Totes les colonoscòpies es fan amb sedació, per la qual cosa el pacient no experimenta cap molèstia.

Taula 15. Resultat de les colonoscòpies fetes en el marc del Programa de Detecció Precoç del Càncer Còlon i Recte (PDPCR), 2015

RESULTATS COLONOSCÒPIES	PDPCR (2015)
Absència de lesió neoplàsica	31,2%
Adenoma Baix Risc	19,6%
Adenoma Risc Intermedi	25,6%
Adenoma Alt Risc	17,4%
Càncers invasius	5,86%
Altres diagnòstics	0,34%

Font: Base de dades regional del Programa Detecció Precoç Càncer de Mama, de Còlon i Recte (PDPCMCR)

Projecte 2.3. Potenciar l'autoresponsabilització dels pacients i dels cuidadors amb la seva salut i fomentar l'autocura.

El programa Pacient Expert Catalunya permet promoure canvis d'hàbits que millorin la qualitat de vida i la convivència amb la malaltia i el pacient amb problemes de salut prevalents, com són la Insuficiència Cardíaca, la Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica, el Tractament Anticoagulant Oral, la Diabetis Mellitus 2, la Deshabitució Tabàquica i l'Obesitat.

A finals del 2015 havien participat 120 pacients dels quals 7 han actuat com a pacients experts conductors de grup per primera vegada.

Al llarg del període 2010-2015 hi han participat un total de 242 pacients, 14 dels quals han actuat com a pacients experts conductors de grups en els diferents grups realitzats. S'han constituït un total de 40 grups, 16 de TAO, 8 de MPOC, 10 de DM2, 2 d'insuficiència cardíaca (ICC), 2 de deshabitució tabàquica i 2 de fibromiàlgia.

El 8 de maig de 2015 i a l'Espai Orfeo de Lleida es va realitzar la segona jornada territorial del Consell Consultiu de pacients, amb una conferència inaugural intitolada "Cap a una medicina més personalitzada" i posteriors taules rodones que van tractar de la participació dels pacients en el Pla de Salut, de les noves tecnologies i les possibilitats de l'accés a Cat@Salut "La meua salut" i altres lligades amb el sector associatiu que a la regió de Lleida estan organitzades al voltant de FeSalut⁶⁴ que és la Federació d'Entitats per la Salut de la demarcació de Lleida.

Projecte 2.4. Desenvolupar alternatives assistencials en el marc d'un sistema integrat.

El marcatge de les condicions de pacient crònic complex (PCC) i de pacient amb malaltia crònica avançada (MACA) van arribar a finals del 2015 a 8.099 i 2.154 respectivament. Això facilita la priorització i adequació de l'atenció a aquesta tipologia de pacients crònics i al final de vida, sigui quin sigui el recurs assistencial que l'atén, que està dins de la xarxa de coordinació que marca la Ruta de la Complexitat. Cal destacar que a Lleida es fa una **atenció coordinada i conjunta si cal als domicilis** dels malalts i s'aglutina les atencions dels equips d'hospitalització a domicili HODO, equips d'atenció domiciliària ESAD i equips del programa d'atenció domiciliària equips de suport que venien del món sociosanitari PADES.

Dins del recinte de l'Hospital Universitari Santa Maria s'ha consolidat **la unitat de Subaguts, amb 504 altes** anuals que si no existís anirien a l'hospital d'aguts.

S'han continuat la potenciació de **les consultories virtuals entre professionals**. A l'any 2015 es van fer 7740 interconsultes sense malalt presencial entre professionals dels diferents àmbits d'atenció (AP i hospital). S'han incorporat també noves especialitats com ginecologia, pediatria i al·lèrgologia. Aquesta nova manera de relacionar-se entre professionals mitjançant les consultes sense presència del malalt s'ha potenciat molt a Lleida ja que es veu com una innovació que cada vegada esdevindrà més habitual.

Les consultories més utilitzades durant l'any 2015 han estat les de ginecologia (3231) rehabilitació (861) Oftalmologia de cribratge ocular (CROC) per retinopatia diabètica (650) traumatologia (612) pediatria (543) dermatologia (296) i endocrinologia (240) i altres fins a més de 30 tipus diferents en funcionament, aprofitant els sistemes d'informació existent actualment (e-CAP i SAP Argos Assistencial) i algunes ja dins de les plataformes de interoperabilitat dins del projecte IS3⁶⁵.

Al principi d'aquest període del Pla de Salut, es van potenciar i desenvolupar de nou en algun cas comunitats virtuals entre professionals com els Blocs denominats Endobloc (per les malalties endocrinològiques), el Pneumobloc (per malalties respiratòries) i el Psicobloc (per malalties mentals), que van innovar les maneres clàssiques de relacionar-se. Una altra innovació que va potenciar el Pla de Salut va ser l'extensió de les ecografies als centres d'atenció primària realitzades per especialistes de medicina familiar i comunitària.

Les persones ingressades a les **residències geriàtriques** han estat entrades al sistema d'informació de l'atenció primària de salut que a Lleida és l'ECAP, a l'espera que puguin entrar formalment en el sistema d'informació compartit entre Salut i Benestar, un cop incorporat aquest Departament a la Governança de TICSalut.

Projecte 2.5. Desplegar programes territorials d'atenció als pacients crònics complexos.

Un dels instruments importants que faciliten les atencions del programa d'atenció a la cronicitat i la complexitat són els plans d'actuació **Plans d'Intervenció Individualitzats i Compartits (PIIC)** pels pacients crònics complexos (PCC) i els que tenen malaltia crònica avançada (MACA). A finals del 2015 tenien PIIC el 45% dels MACA i el 60% dels PCC identificats, que en conjunt ja representen el 2,92% de la població, que s'apropa cada cop més a les xifres esperades.

Taula 16. Pacients MACA i PCC identificats i amb Pla d'Intervenció individualitzat (2015)

Concepte	MACA	PCC	Total MACA i PCC
Nombre d' identificats	2.154 (100)	8.099 (100)	10.253 (100)
% sobre la població Lleida (2015)	0,61%	2,31%	2,92%
Amb Pla d'intervenció individualitzat	966 (44,8)	4.849 (59,8)	5.815 (56,7)
% sobre la població Lleida (2015)	0,28%	1,38%	1,66%

Font: Base de dades de la Unitat de Planificació de la Regió Sanitària Lleida. Avaluació d'objectius.

Cal esmentar que la identificació de 10.253 pacients crònics complexos i malalts amb malaltia crònica avançada, representa el 2,9% de la població general, xifra que cada cop és més propera al 5% esperat. Això facilita la proactivitat i una atenció específica amb continuïtat a aquests malalts amb implicació clau de l'atenció primària que és qui els identifica i dels altres serveis i línies d'atenció que els atenen i proposen inclusions amb les actuacions conseqüents de resposta en cas de crisi.

Va ser avaluada i valorada per AQUAS l'experiència col·laborativa de **dues ABS de Lleida ciutat amb els Serveis Socials de Base**⁶⁶ i s'ha proposat per estendre-la i certificar-la.

Projecte 2.6. Implantar programes d'ús racional del medicament.

La recepta electrònica ja està generalitzada i per exemple a l'atenció primària s'han incorporat noves versions dels aplicatius per millorar el seu ús, s'han millorat els filtres optatius d'avisos als metges en el mòdul de seguretat clínica i la operativitat de la missatgeria entre professionals. A l'atenció hospitalària, s'ha superat el 85% de prescripció electrònica i la xarxa de salut mental es situa a l'entorn del 91%.

S'han realitzat accions conjuntes a les residències d'avis amb la difusió de dades de seguiment de farmàcia: catàleg, apòsits, i bolquers, a més de la millora en la utilització de receptes electròniques.

S'han incorporat els temes farmacològics en les rutes de la depressió, de l'aparell locomotor i de l'osteoporosi en l'apartat dels tractaments farmacològics amb recomanacions de prescripcions de fàrmacs de primera línia, la seva seguretat (interaccions, duplicitats, utilització fora d'indicacions aprovades), l'estudi de les dosis i l'abordatge de les novetats terapèutiques, així com un treball específic per millorar la prescripció dels centres de salut mental d'adults de Lleida amb sessions clíniques dirigides als psiquiatres. També s'ha tingut especial cura del seguiment del protocol dels Anticoagulants orals nous amb criteris del seu ús i dels tractaments amb dosis altes o combinacions d'antipsicòtics.

Un apartat molt important és l'activitat lligada a la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria que inclou un registre específic dels pacients tractats i amb nous principis actius harmonitzats i que a la Regió de Lleida es fa efectiu als Hospitals Universitaris Arnau de Vilanova i Santa Maria.

S'ha facilitat el seguiment sistemàtic i informació als proveïdors de l'evolució de la utilització i seguiment de fàrmacs, informes de benchmarking d'indicadors estandarditzats, difusió i seguiment de l'índex sintètic qualitat de la prescripció i cursos "on line" de maneig de la medicació en el pacient crònic: conciliació, revisió, desprescripció i adherència.

L-3. Un sistema integrat més resolutiu des dels primers nivells i al territori

S'ha continuat i consolidat el treball endegat els anys anteriors en temes de salut mental i patologia de l'aparell locomotor. S'ha treballat en:

Projecte 3.1. Millorar la resolució en els àmbits de relació més freqüents entre l'atenció primària i altres especialistes, amb el treball continuat del grup certificat per AQUAS com experiència innovadora de l'aparell locomotor (UFAL).

S'ha consolidat l'algoritme de tractament del pacient amb indicació de pròtesi de maluc o pròtesi de genoll en els que es fa una revisió multi sistèmica per part del servei d'ortogeriatria i es valora la indicació de cirurgia, ja que són pacients crònics complexos en un 64% de casos.

També s'ha continuat el treball ja endegat de les rutes assistencials de raquiàlgia, espatlla dolorosa, artrosi de genoll maluc, i fibromiàlgia ja sigui de manera presencial o amb consultes virtuals, de la que es va ser una de les especialitats pioneres.

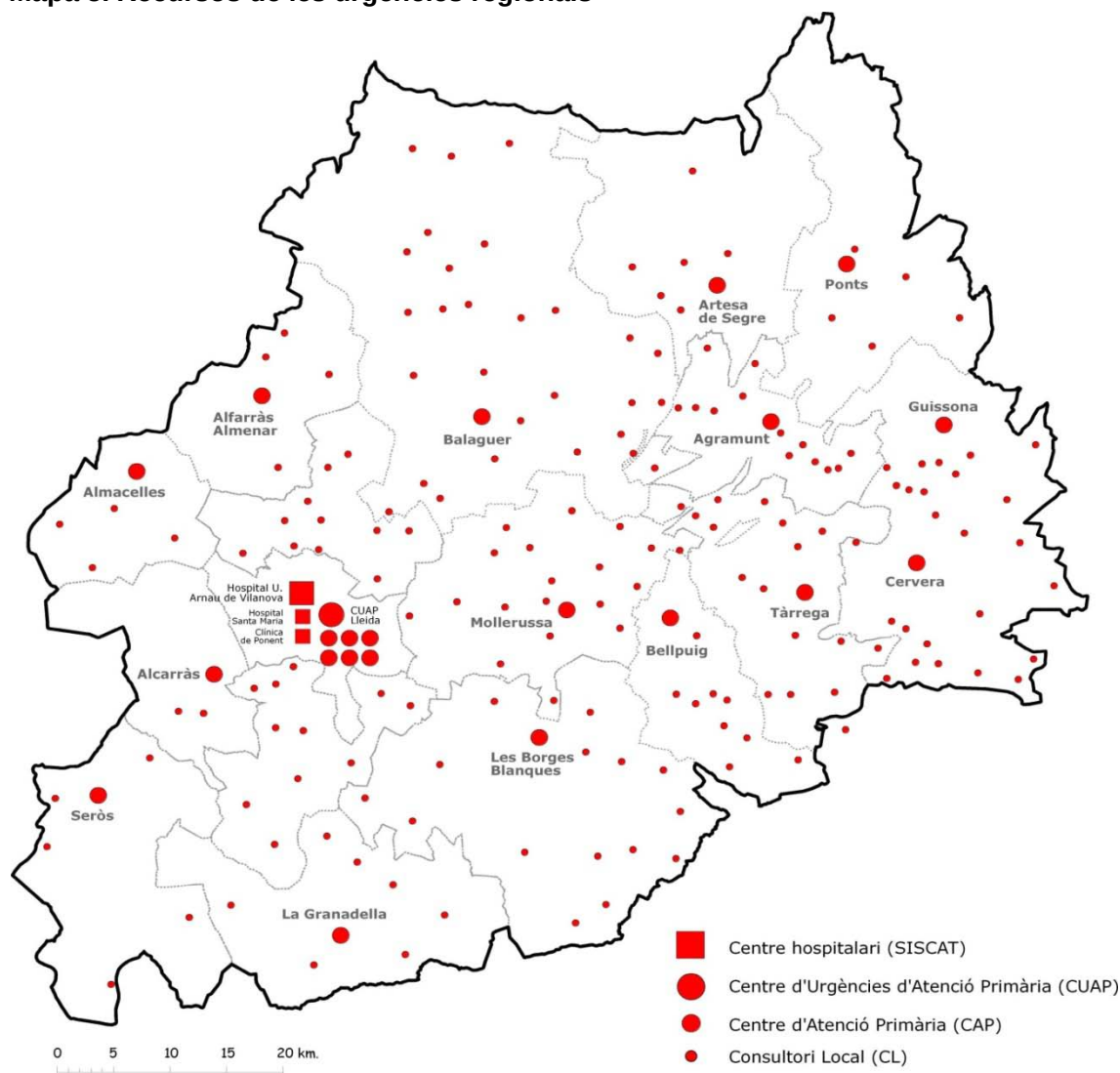
Es van endegar els treballs per la protocol·lització i difusió del model d'atenció a les **persones amb risc de suïcidi** segons estableix la instrucció 10/2015 de CatSalut. El SEM preactiva el codi (CRS) quan transporta el pacient al servei d'Urgències hospitalari i és el psiquiatra a l'alta del pacient qui activa el CRS pel seguiment posterior. Els centres de salut mental d'adults i el psiquiatra d'enllaç donen el suport a Atenció Primària per difondre el model d'atenció i com es farà el seguiment del pacient.

Projecte 3.2. Transformar el model d'atenció a urgències per donar les respostes més adequades a les demandes d'atenció immediata, amb l'actualització i continuació en les èpoques de més demanda els programes PIUC hivernal i POCS d'onada de calor que es descriuen en un altre apartat.

De manera periòdica es realitzen reunions de coordinació denominada **comissió de millora de l'atenció continuada** entre els actors directament implicats per l'atenció a les urgències i emergències: atenció primària de salut (on es fan la majoria d'assistències) els serveis d'emergències del SEM que fan també moltes primeres atencions a les emergències i els trasllats, el centre coordinador CECOS que en el nostre cas està ubicat a Reus i els serveis d'urgències hospitalàries que a Lleida és la majoria de vegades l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, el gran servei d'urgències regional, tret de les urgències de salut mental que són ateses per Gestió de Serveis Sanitaris. Els centres d'atenció primària disposen (CAP) d'una **línia d'entrada diferenciada per les entrades d'avisos per l'emergència**, que facilita que aquest professionals també participin de manera activa a les emergències quan son requerits pel centre coordinador.

A Lleida ciutat, un recurs molt important és el CUAP Prat de la Riba, que realitza més de 63.000 atencions anuals, la majoria del nivell 5, 4 i alguns 3 de la MAT però que són molt considerables a costat de les 91.000 que realitza l'Arnau, això sí, amb més de nivells 1, 2 i 3 de la MAT.

Mapa 5. Recursos de les urgències regionals



Projecte 3.3. Ordenar territorialment la cartera de serveis segons els nivells de complexitat.

L'Hospital Universitari Arnau de Vilanova és el centre hospitalari de referència regional i aglutina la majoria d'especialitats hospitalàries bàsiques com són la Pediatria i la Ginecologia –Obstetrícia així com altres com Cirurgia Vascular, Nefrologia i Oncologia. Per contra, l'Hospital Universitari Santa Maria de Gestió de Serveis Sanitaris, lidera l'atenció a la salut mental i l'atenció Sociosanitària de manera coordinada amb els anteriors i l'atenció primària de salut.

Les especialitats de Neurocirurgia, l'atenció a les patologies del Tòrax (Broncoscòpies i Cirurgia Toràctica a l'HUAV) coordinat amb l'Hospital Universitari de la Vall d'Hebron (HUVH), la Cirurgia Pediàtrica amb acord amb HUVH, la nova radiologia intervencionista amb acord amb HUVH, la cirurgia plàstica i reparadora, la Subunitat de semicrítics

pediàtrics que es vol coordinar en xarxa amb Barcelona i Tarragona (UCI HUAV) estaran ubicades dins del recinte de l'Arnau.

Això no treu que es treballi de manera coordinada entre els dos centres amb una aliança estratègica, que per exemple, ha portat a unificar les guàrdies de ORL, Urologia i Traumatologia.

Ja hem explicat també l'activitat 24 hores de la unitat d'Hemodinàmica del servei de cardiologia de l'HUAV que realitza les intervencions cardíaques percutànies (ICP "stents") per al tractament de l'infart.

De cirurgia toràcica ha incrementat l'activitat que es fa a Lleida i també està totalment consolidada, la de cirurgia bariàtrica, ambdues a l'hospital de referència regional.

L'activitat d'oncologia està acordar també fer-la de manera coordinada entre l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i l'Hospital de la Vall d'Hebron segons acord entre ambdós centres.

Projecte 3.4. Integrar la salut pública i comunitària en el model assistencial.

Els professionals que treballen específicament per salut pública estan integrats físicament en la majoria de centres d'atenció primària, amb la filosofia de formar part del sistema de salut i permetre la col·laboració en molts temes, així com en les activitats comunitàries amb la filosofia del PINSAP.

Això facilita les actuacions conseqüents, per exemple, en brots de toxoinfeccions alimentàries i encara més en les activitats conjuntes de promoció i prevenció que es lideren conjuntament entre salut pública i l'atenció primària de salut

Respecte el Pla integral per a la promoció de l'activitat física i l'alimentació saludable (PASS) s'han iniciat i executat els diferents programes que queden englobats dins el pla i a més s'han realitzat les diverses activitats formatives necessàries per al seu desenvolupament.

Pel que fa al programa Salut i Escola, es troba estès en tota la regió sanitària. No obstant es proposa assegurar la cobertura de tots els centres educatius i la seva incentivació per tal de garantir la correcta execució del mateix.

Avaluació operativa dels projectes específics regionals 2011 2015

El Pla de Salut Territorial de Lleida definia com un dels projectes específics regionals el projecte d'aliança estratègica entre els proveïdors sanitaris de titularitat pública de Lleida: *Es tracta que les institucions proveïdores de serveis sanitaris de titularitat pública de Lleida treballin plegades a nivell territorial: l'empresa pública Institut Català de la Salut i l'empresa pública Gestió de Serveis Sanitaris, amb l'objectiu avançar envers la constitució d'una única institució.*

En aquest sentit, a l'any 2012 es va anomenar una gerència única i s'avança en ampliar els acords que ja s'havien signat el 17 de novembre de 2004 entre l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i el que ara també és Hospital Universitari de Santa Maria. Una

ampliació important és la incorporació de l'atenció primària de salut de l' Institut Català de la Salut, inclosa l'atenció primària del Pirineu.

Es treballà per la constitució del que es va denominar Sistema Integral de Salut Lleida Pirineu que volia recollir la interacció feta en els darrers 20 anys.

Els objectius estaven en la línia d' unificar l'estratègia, millorar eficiència, evitar duplicitats i agafar massa crítica per passar de la integració d'estructures, a un model assistencial que es defineix com a sistema integral de salut.

En el pla de salut 2016-2020 es planteja continuar amb les sinèrgies i avançar en el model assistencial mancomunat, a banda de les fórmules jurídiques que es puguin estudiar, amb la permanència dins de la xarxa de l' Institut Català de la Salut i la de les altres entitats públiques del SISCAT com l' Institut Català d'Oncologia i de l' Institut de Diagnòstic de la Imatge.

En el mes de febrer de 2014, el Govern de la Generalitat de Catalunya acordà unificar en un sol ens públic de gestió els centres sanitaris de dependència pública de Lleida i encarrega al CatSalut unificar en un sol ens públic de gestió els centres sanitaris de dependència pública de Lleida, amb la finalitat de simplificar la gestió, millorar les economies d'escala i augmentar la coordinació entre els nivells assistencials. Es va endegar el procés i es va portar a informació pública per rebre al·legacions, que varen ser respostes i es van modificar estatuts incorporant aquelles al·legacions que varen ser considerades i es va lliurar de nou al Parlament, que va deixar aquest procés en suspens per acord majoritari.

Per altra banda, l'acord pres a finals del 2015 per les forces polítiques que van formar Govern pel que fa al Consorci Sanitari de Lleida contemplava: *Establir una moratòria en el Consorci Sanitari de Lleida per garantir que el seu desenvolupament el configuraran únicament entitats públiques, no incorporarà ni podrà incorporar cap entitat privada, i que tindrà la finalitat d'assolir un Pla d'Atenció Integral i Integrada que simplifiqui la gestió, incrementi el nivell de resolució i redueixi la mobilitat dels pacients dins i fora la Regió Sanitària, amb transparència en relació a la disponibilitat i distribució entre els centres i nivells del Consorci de la totalitat de recursos assignats pel CatSalut a la Regió i sense ajustar plantilles ni afectar les condicions laborals dels seus professionals. Tot això sens perjudici per cap de les condicions contractuals i/o laborals dels seus treballadors ni pel volum de la plantilla.*

L'altre projecte específic, compartit entre les regions de Lleida i de l'Alt Pirineu i Aran era el *Projecte d'aliança estratègica entre els proveïdors sanitaris del sistema sanitari integral de Catalunya de les Regions de Lleida i de l'Alt Pirineu i Aran per treballar en xarxa*

Es tracta de treballar en xarxa per part de les institucions proveïdores de serveis sanitaris d'ambdues Regions, per compartir recursos i acordar les referències d'alguns serveis per compartir-los i no duplicar esforços a nivell territorial. Aquest projecte complementava el que planteja la Regió Sanitària de l'Alt Pirineu i Aran pels hospitals comarcals de muntanya, amb els centres especialitzats de primera referència.

S'han fet avenços en aquest sentit per les tres àrees de gestió assistencial que deriven a centres hospitalaris de Lleida: la de la Ribagorça i el d'Era Val d'Aran, la del Pallars Jussà i Sobirà i la de l'Alt Urgell.

Per exemple, a l'Alt Urgell, nombroses especialitats consultores (reumatologia, neurologia, salut mental, urologia...) han passat a ser proveïdes pels hospitals de Lleida.

El canvi de titularitat de gestió de l'Hospital Comarcal del Pallars, que ara està gestionat també per l'empresa pública Gestió de Serveis Sanitaris, ha facilitat també la col·laboració i el suport des dels serveis regionals.

Avaluació operativa 2011 2015: projectes pendents, proveïdors, ciutadans, professionals, pactes territorials i aspectes a millorar.

En resum, podem dir que certament, no tots els projectes han assolit l'objectiu final, encara que molts d'ells continuen en marxa, segueixen vius en aquest proper Pla de Salut (2016-2020) i s'anirà concretant la seva operativitat en aquest nou període que s'obra.

Entre els principals elements que han facilitat l'assoliment dels projectes, cal destacar la implicació de tota la l'Administració sanitària, tant del Departament de Salut com del CatSalut, Agència de Salut Pública i tots els proveïdors existents a la Regió de Lleida que es poden veure a la següent taula (17).

Del quadre amb els proveïdors que presten serveis a la Regió de Lleida, cal esmentar que el proveïdor majoritari és l' Institut Català de la Salut i el segon és Gestió de Serveis Sanitaris, que gestionen al voltant del 70% i del 15% del pressupost respectivament.

Taula 17. Entitats proveïdores principals de la Regió Sanitària Lleida.

Atenció primària	Institut Català de la Salut (22 ABS) Gestió de Serveis Sanitaris (1 ABS)
Extrahospitalària	Transport sanitari: EGARA SEMSA (4 SVA, 2 SVI, 1 VIR) Alianza Médica Leridana, SA-Clínica Montserrat-Litotripsia Gestió Serveis Sanitaris – US Laboral IDI – Tractament hipertiroidisme Oxigen Salut
Hospitalària	ICS Hospital Universitari Arnau de Vilanova Gestió de Serveis Sanitaris, Hospital Universitari Santa Maria QSA Aliança-Clínica de Ponent IDI
Insuficiència renal	Sistemes Renals, SA
Atenció sociosanitària	Gestió Serveis Sanitaris, Unitat SS, PADES, UFISS SAR (Jaume Nadal Meroles i R. Terraferma-Alpicat) Centre Sociosanitari de Balaguer Fundació Miquel Martí i Pol, FEM Serveis Cíncics (PADES ETODA)
Salut mental	Gestió Serveis Sanitaris, aguts, CSM adults Centre Assistencial Sant Joan de Déu i CSMIJ Hestia Aliance Balaguer Associació Plançó Bellavista Sagrat Cor de Saragossa

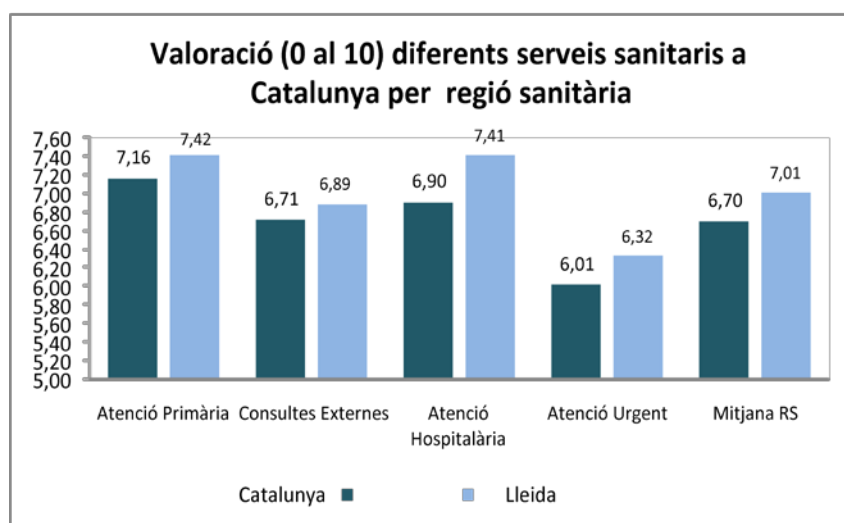
El ciutadà, el destinatari de les nostres actuacions

La línia d'actuació 5 del Pla de Salut 2011 2015 propugnava un major enfocament cap als pacients i les famílies i com a destinatari final de les nostres actuacions, la valoració del seu estat de salut és fonamental, d'aquí la importància per exemple de l'Enquesta de Salut de Catalunya, del baròmetre sanitari i de les enquestes de satisfacció dels usuaris atesos en el sistema de salut .

Pel que fa al darrer baròmetre sanitari regional disponible fet al novembre de 2015, cal destacar que els resultats regionals són similars als de Catalunya amb una valoració més positiva dels serveis sanitaris regionals, així a la pregunta de què: *amb independència que hagi o no anat, ens agradaria que valorés els següents serveis sanitaris de Catalunya en una escala de 0 a 10, on 0 és molt dolenta i 10 molt bona*, les respostes són:

Pel que fa a la valoració dels serveis sanitaris rebuts, aquesta s'avalua en una mostra representativa dels ciutadans atesos en les diferents línies de serveis, mitjançant enquestes que encarrega el CatSalut amb el denominat Pla d'Enquestes de Satisfacció (PLAENSA). Pel que fa a les fetes a la Regió de Lleida aquestes han estat molt satisfactòries, amb índex superiors en general als de Catalunya i permeten fer correccions dels punts de millora que cada proveïdor ha d'implementar.

Figura 31. Baròmetre sanitari de la Regió Sanitària Lleida i Catalunya (novembre 2015)



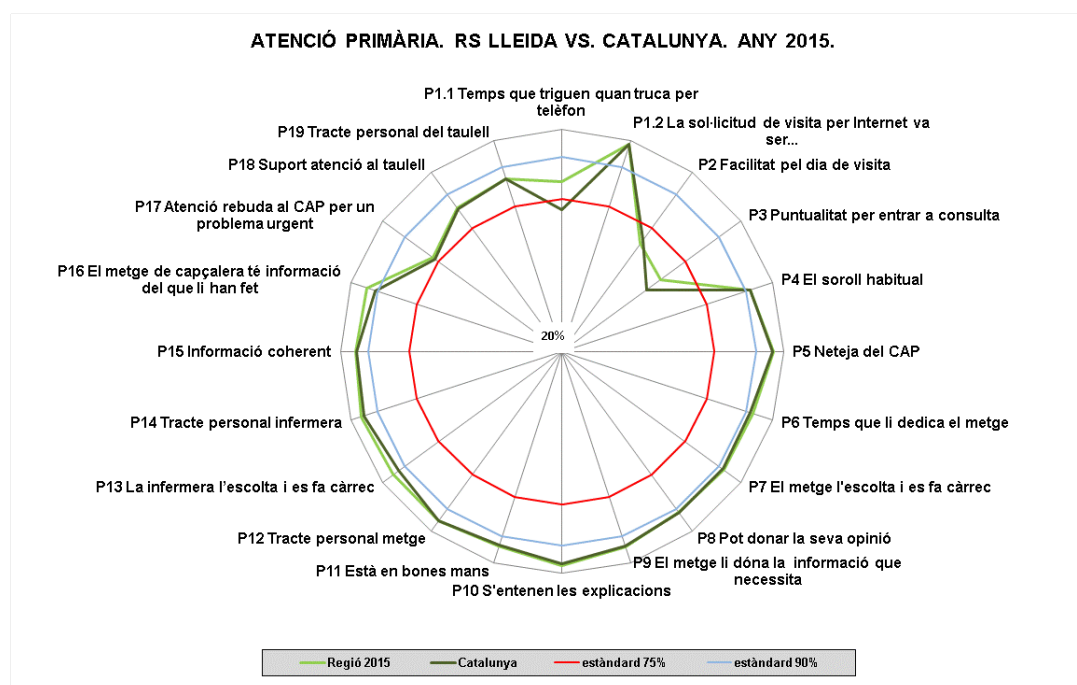
A títol d'exemple, expliquem el conjunt d'enquestes de satisfacció de l'atenció primària feta l'any 2015, que ha assolit una nota mitjana de notable segons les persones usuàries del servei. Les persones assegurades del CatSalut que han estat ateses en l'atenció primària a la Regió Sanitària Lleida puntuen la satisfacció global amb un 8,06, xifra superior a la obtinguda l'any 2012 que va ser del 7,97 i a la catalana del 7,94. El 88,5% dels enquestats, en cas de poder escollir, tornarien a anar al mateix CAP/ambulatori.

Entre els aspectes més ben valorats hi ha la facilitat per demanar visita per Internet en aquells centres que hi ha disponibilitat (98,4%), les explicacions entenedores (97,1%), la neteja del CAP (96,3%), el tracte dels metges i infermeres (95,5% i 96,1%) , la informació

coherent (94,6%) ,la infermera l'escolta i es fa càrrec (95,3%) i el metge te tota la informació del que li han fet (94,0 %). Cal destacar que un total de 14 de les 20 preguntes es troben dins de l'àrea d'excel·lència. Per contra, els aspectes a millorar, ja que no arriben al 75% de respostes positives, tenen a veure amb l'accessibilitat al servei: facilitat pel dia de visita, i puntualitat per entrar a consulta. Les 2 preguntes, però, es troben per sobre del 60% de valoracions positives.

Cal esmentar també que segons la darrera ESCA, la satisfacció amb els serveis sanitaris públics utilitzats a la Regió Sanitària Lleida (població general) és superior a la resta de Catalunya , de manera significativa en els homes.

Figura 32. Avaluació de diversos ítems de l'Atenció Primària a Lleida i Catalunya



Els professionals són fonamentals en el sistema sanitari

L'altre element fonamental per facilitar l'assoliment dels objectius ha estat la implicació dels professionals dels diferents serveis, centres, institucions i línies assistencials, el treball conjunt i el seu compromís per executar les directrius marcades en el full de ruta. Això ha propiciat en molts casos superar les resistències al canvi, sobretot en els processos de reordenació, pels quals han estat consultats experts de cada servei o problema de salut. Comptant amb l'esperit constructiu de tots els agents, s'ha arribat en molts casos a un consens i a l'assoliment del calendari d'actuacions previstes. Un exemple concret ha estat l'elaboració de les rutes assistencials.

Però pot ser els actes més directament lligats a la implementació del Pla de Salut, van ser les jornades territorials que s'han realitzat. En el cas de Lleida, s'han fet de manera

conjunta amb la Regió del Pirineu i Aran els primers anys i, per l'any 2015, també amb la Regió de Girona i Catalunya Central (citada anteriorment).

Figura 35. Portada de les presentacions de les diferents Jornades de Treball del Pla de Salut Territorial (2011-2015)



Els Pactes Territorials de Salut

Els Pactes Territorials de Salut anuals i, en alguns casos, les contraprestacions econòmiques per resultats de la part variable dels contractes, han servit també per a concretar alguns dels apartats del Pla de salut amb els proveïdors.

Aquets pactes, són un compromís per tal d'assolir els objectius territorials que es formulen, un cop fet l'anàlisi de situació, amb la finalitat de donar resposta a les necessitats de la població i oferir una atenció sanitària integrada i de més qualitat amb garantia de continuïtat assistencial. El signen la majoria de proveïdors contractats pel CatSalut i s'incorporen cada any més institucions que tenen competències concurrents amb salut, en el sentit més ampli de la paraula que explica l'Organització Mundial de la Salut en les seves definicions.

El pacte dóna prioritat als projectes estratègics del Pla de Salut 2011-2015 relatius a la transformació del model assistencial i reordenacions assistencials, per tal de millorar la qualitat, l'accessibilitat i la seguretat en les intervencions sanitàries, així com els acords

que s'emmarquen en el Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP), mitjançant el qual la Generalitat promou la posada en marxa de polítiques que incideixin positivament en la salut de les persones des de tots els departaments del Govern.

Figura 33. Fons de la diapositiva presentada a la Jornada del Pla de salut de la Regió de Lleida i alt Pirineu i Aran, realitzada el 27 de juny de 2013 a la Sala d'Actes de l'edifici del Rectorat de la Universitat de Lleida.

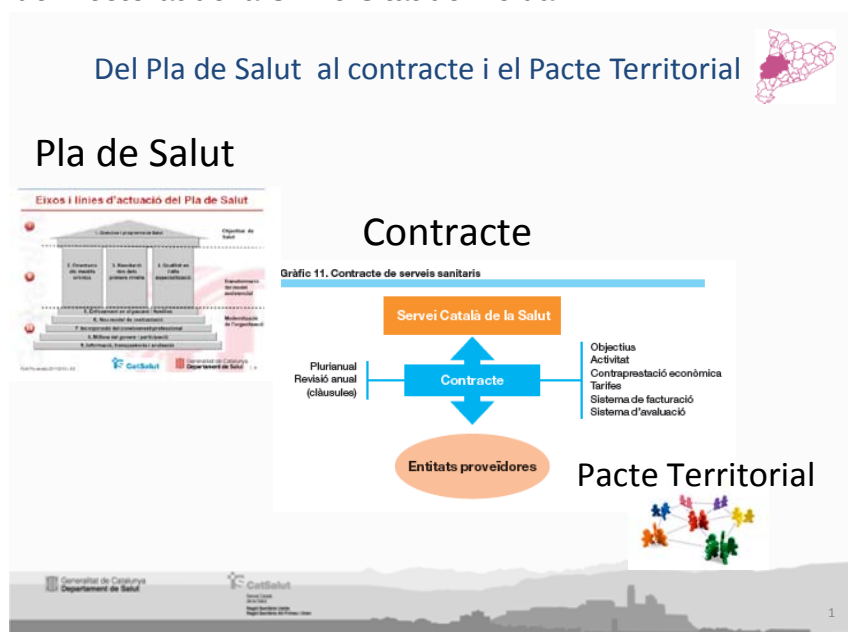


Figura 34. Portada amb els anagrames dels proveïdors implicats en el Pacte Territorial (2015)



En el mes de maig de 2015 es va signar el Pacte Territorial anual de Salut que incloïa les anualitats 2015 dels acords derivats dels Pactes Territorials anteriors:

- 1) Aliança estratègica entre els proveïdors sanitaris de titularitat pública de Lleida ICS i GSS per unificar-los en un sol ens públic de gestió
- 2) Acord de Cronicitat i Resolució per l'elaboració i aplicació de la Ruta de la Complexitat
- 3) Acord de Cronicitat per la consolidar la unitat regional de Subaguts
- 4) Acord per incrementar l'accessibilitat i resolució amb actuacions no presencials
- 5) Acord per incrementar la Resolució a l'atenció primària de salut amb la realització d'ecografies en els centres d'atenció primària
- 6) Acord de Cronicitat i Resolució amb l'establiment de consultes virtuals i altres serveis a l'atenció primària per problemes de salut d'elevada prevalença de diferents especialitats per facilitar l'accessibilitat i la resolució de l'atenció primària de salut
- 7) Acord de Cronicitat i Resolució per les RUTES de diabetis, MPOC i ICC i l'atenció a la malaltia renal crònica
- 8) Acord de Cronicitat i Resolució per la Ruta de Salut mental d'adults per la Depressió
- 9) Acord de Cronicitat i Resolució per la Ruta de salut mental infantojuvenil
- 10) Acord de Resolució per les Rutes de les patologies de l'aparell locomotor
- 11) Acord de Resolució per la Ruta d'Oftalmologia
- 12) Acord de Resolució per la Unificació dels sistemes d'informació i de comunicació interoperable entre serveis i centres proveïdors
- 13) Acord de Resolució pel centre d'alta resolució (CAR) de Balaguer i de manera progressiva pels de Tàrraga i Mollerussa
- 14) Acord de Cronicitat i Resolució per la seguretat i conciliació de les medicacions
- 15) Acords per realitzar Programes de prevenció secundària i cribratge de càncer de mama i colon recte
- 16) Acord per l'endegament d'un registre de tumors regional
- 17) Acord de Cronicitat i Resolució per la realització d'activitats coordinades per l'atenció a les urgències i emergències
- 18) Acord per assolir els Objectius transversals dels contractes
- 19) Acord per assolir els Objectius d'accessibilitat i Llistes d'espera
- 20) Acords de projectes prioritaris de Salut Pública del Pla de Salut
- 21) Acord de programes de promoció de la salut en els centres del SISCAT
- 22) Acord per l'atenció als malalts que realitzen tractament d'hemodiàlisi, entre ICS, GSS i Sistemes Renals

I les noves incorporacions que es van fer al 2015:

- 23) Obertura i compartició d'espais i funcionalitat del centre de Balaguer (ICS GSS CSMIJ SEM Salut Pública).
- 24) Preparació de la distribució funcional per l'endegament del centre de 11 de setembre de Lleida (ICS GSS FEM SPública).
- 25) Els concurrents amb Benestar Social i Família com la UEDHI, les experiències pilot de serveis socials de base a Lleida ciutat i la ruta de les demències treballada amb serveis comarcals.

- 26) Activitats conjuntes amb Ensenyament, com els estudis TDAH, els certificats de P3, etc.
- 27) La consolidació dels Codis IAM, Ictus i Politrauma així com el nou codi de risc de suïcidi i els treballs per implantar el Codi Sepsis.
- 28) Acords per corresponsabilitzar per UP de l'IQF i DMA de medicaments.
- 29) Circuits i proves per les malalties sexualment transmissibles ITS.
- 30) Malaltia de cèl·lules falciformes i altres Malalties minoritàries. Paper de cada nivell: APS, H bàsic H referència, Centre d'Expertesa.
- 31) LMS: La meua salut i aplicatius per participar els usuaris de manera no presencial.
- 32) Les activitats pe incrementar la resolució territorial dels projectes regionals de Locomotor, Oftalmologia, així com els de Dermatologia i Neurologia.
- 33) Desplegament a Lleida del nou model de gestió d'atenció especialitzada ambulatoria (AE Consulta Externa / Atenció primària).
- 34) Els treballs per millorar la mitjana complexitat i terciarisme amb els centres de Barcelona: així com la concreció territorial de la cirurgia pediàtrica, la cirurgia plàstica i reparadora; la radiologia intervencionista i altres que cal concentrar com les reprotesis de genoll.
- 35) Els objectius transversals dels nous contractes 2015.
- 36) Acord de Cronicitat i Resolució per millorar els tractaments domiciliaris inclosos a la ruta de la malaltia pulmonar obstructiva crònica MPOC.
- 37) Ilervas, un projecte de diagnòstic i prevenció de malalties vasculars i renals a Lleida.
- 38) La consolidació del tractament directament observat ambulatori (E.T.O.D.A.) dels malalts amb tuberculosi i infecció tuberculosa latent per tal de garantir la seva curació i prevenir el seu contagi.
- 39) Annex al pacte territorial 2014 per l'atenció hospitalària a Lleida i Igualada pel ciutadans de l'ABS Cervera Guissona.

Aspectes a millorar

En els aspectes que hem après que caldrà millorar per avançar en els objectius del Pla de Salut hi ha algunes dificultats repetides en l'operativització dels projectes, entre les que destaquen la falta de mitjans, recursos i l'existència de barreres administratives o normatives, sobretot en projectes que necessiten una alta coordinació entre diferents àmbits assistencials.

Existeix una certa rigidesa per adaptar l'organització dels equips assistencials i els seus rols i això ha estat un element crític per poder implementar canvis en l'atenció a la cronicitat o la millora de la resolució.

4. Procés d'elaboració

Les jornades anuals del Pla de salut han estat el principal escenari de debat sobre els canvis que convindrien abordar en el Pla de salut.

La lluita contra les desigualtats en salut, la recerca en salut, la participació ciutadana i el treball intersectorial són els aspectes que es proposen potenciar.

Els esborranys d'aquest document s'han treballat amb persones clau de la Regió

Procés d'elaboració

L'elaboració del Pla de salut 2016-2020 es va iniciar el novembre de 2014 durant la IV reunió anual del Pla de salut a Sitges. Es van convocar 400 persones de diferents àmbits que, organitzades en nou grups de treball, van fer el balanç del Pla de salut 2011-2015 i van debatre sobre els canvis que convindrien per al nou Pla. Els participants en els grups pertanyien a l'Administració sanitària, prestadors d'assistència sanitària, societats científiques i col·legis professionals, indústria, associacions de pacients, altres departaments de la Generalitat, universitats i món local.

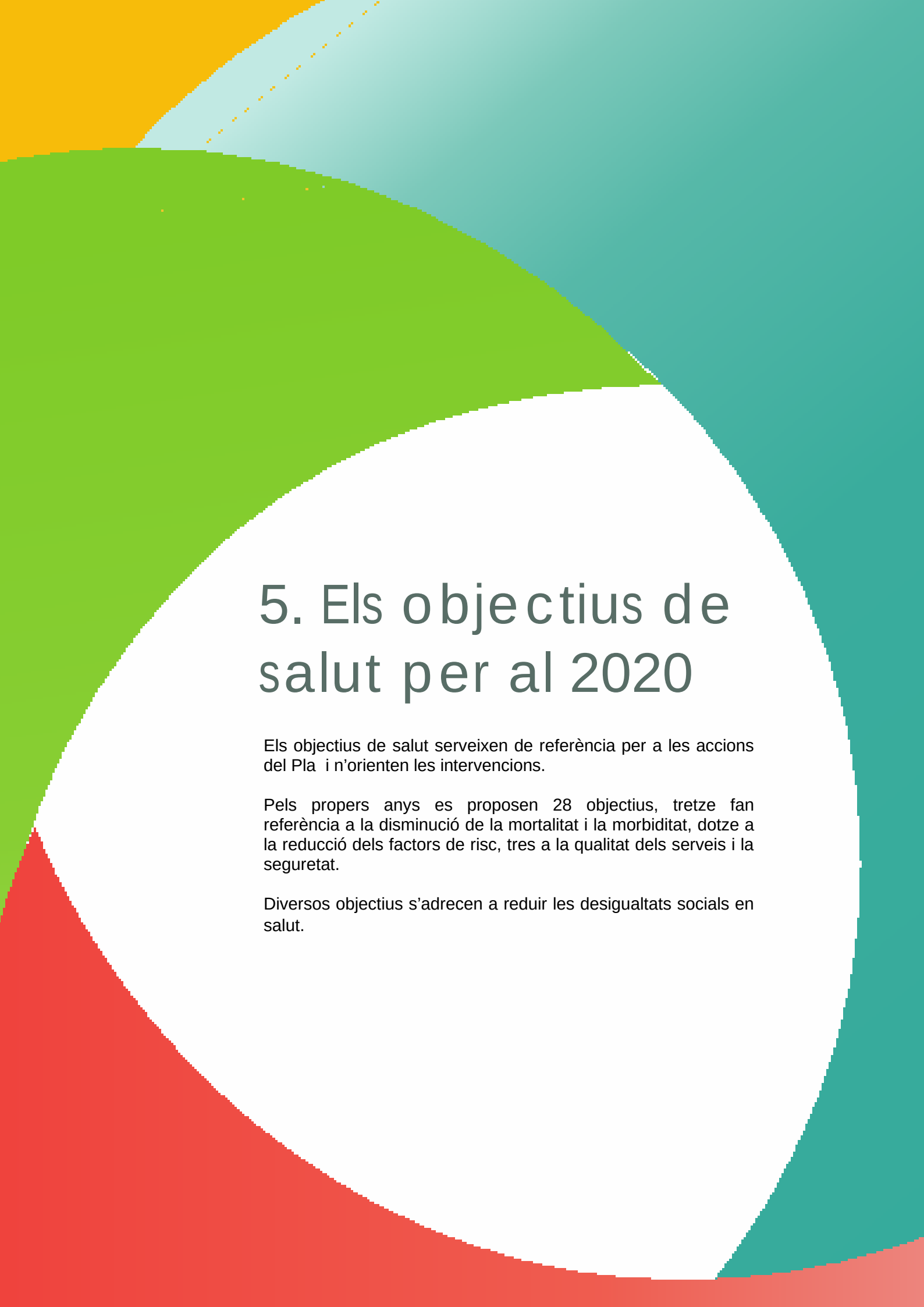
Els grups de treball van fer una valoració positiva del Pla de salut 2011-2015, del qual es va destacar el fet que fos un pla de salut i serveis que connecta els objectius amb l'activitat professional quotidiana, i també es van concretar els temes prioritaris que s'havien d'incorporar en el futur (vegeu el quadern 1 del Pla de salut). Paral·lelament, també es van analitzar les experiències dels més de tres mil cartells presentats a les jornades anuals dels anys 2012 a 2015 (vegeu els quaderns 2 i 4 del Pla de salut).

Una primera versió de línies estratègiques i projectes es va presentar en una reunió plenària el juliol de 2015 a Sant Cugat del Vallès, a la qual van assistir 600 participants. Posteriorment, es va obrir un període per fer comentaris i esmenes a les propostes mitjançant un web específic. També es va sol·licitar l'opinió de les associacions representades al Consell Consultiu de Pacients de Catalunya. En el context de la V Jornada del Pla de Salut es va presentar un document de bases del Pla de salut 2016-2020.

Amb l'inici d'una nova legislatura a gener de 2016, aquesta proposta ha estat revisada atenent les noves prioritats del Pla de Govern actual. Es potencien aspectes com ara la lluita contra les desigualtats en salut; el nou pla de recerca; la política del medicament; la participació ciutadana o el treball interdepartamental i intersectorial, entre d'altres.

També s'han elaborat els plans de salut de les regions sanitàries, que adapten els projectes a les peculiaritats de cada territori. Tal com delimita el Decret 201/2015, de 15 de setembre, dels òrgans de participació comunitària en el sistema sanitari públic de Catalunya, i que modifica el text de la LOSC, el Pla de salut ha comptat amb la validació prèvia per part dels consells de participació territorials i del Departament de Salut. Finalment, s'ha presentat per a l'aprovació del Consell. Executiu del Govern de la Generalitat i s'ha donat a conèixer a la Comissió de Salut del Parlament de Catalunya.

A la Regió de Lleida, s'han presentat esborranys del Pla de Salut Territorial a persones clau que han pogut fer les seves aportacions.



5. Els objectius de salut per al 2020

Els objectius de salut serveixen de referència per a les accions del Pla i n'orienten les intervencions.

Pels propers anys es proposen 28 objectius, tretze fan referència a la disminució de la mortalitat i la morbiditat, dotze a la reducció dels factors de risc, tres a la qualitat dels serveis i la seguretat.

Diversos objectius s'adrecen a reduir les desigualtats socials en salut.

Els objectius de salut per al 2020

Aconseguir que la població tingui millor salut i qualitat de vida és la finalitat que, en darrer terme, persegueix el Pla de salut de Catalunya. Per aquest motiu, es determinen un conjunt d'objectius de salut, de caràcter general, relacionats amb els reptes principals que la població de Catalunya té en relació amb l'estat de salut, la mortalitat i morbiditat, els factors de risc, les desigualtats en salut, la qualitat assistencial i la seguretat dels pacients. Aquests objectius es basen també en les recomanacions d'organismes internacionals com ara l'Oficina Europea de l'Organització Mundial de la Salut o la Unió Europea i en les d'experts del Departament de Salut sobre els diversos temes. La definició d'objectius serveix de referència per a les accions del Pla i n'orienten les línies d'intervenció.

Els primers tretze objectius fan referència a la disminució de la mortalitat i la morbiditat. Aquestes fites es van definir l'any 2011 amb un horitzó temporal 2020 i, per tant, tenen continuïtat en el Pla de salut de Catalunya 2016-2020. En algun cas, s'han establert subobjectius per tal complementar o augmentar el nivell d'exigència dels primers, que ja estaven gairebé assolits.

Els altres dotze objectius s'orienten a la reducció dels factors de risc que tenen més impacte en la salut. Cal destacar que entre els que s'adrecen a disminuir conductes de risc s'han incorporat subobjectius adreçats a mesurar el progrés en la reducció de les desigualtats en salut. Això s'ha fet per a aquells indicadors que tenen un determinant socioeconòmic clar, i dels quals disposem de les dades adequades per mesurar-ho.

Finalment, hi ha tres objectius relacionats amb la qualitat dels serveis i la seguretat dels pacients.

Tots els objectius disposen d'un indicador de progrés que es mesura, valora i publica cada any per tal de monitorar l'impacte en la salut de les accions del Pla i per retre'n comptes a la ciutadania.

Per la Regió de Lleida, es plantegen les mateixes fites que seran matisades i analitzades segons les peculiaritats territorials.

Taula 18. Objectius de salut i de reducció de desigualtat en l'horitzó 2020 del Pla de Salut de Catalunya 2016-2020

Núm	Objectiu/subobjectiu	Indicador	Font	Període de seguiment
1	Augmentar en un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut en homes i en dones	Quocient entre l'esperança de vida en bona salut i l'esperança de vida per sexe (%)	Registre de mortalitat de Catalunya, Enquesta de salut de Catalunya	2011-2020
1.1	Mantenir la tendència positiva de l'esperança de vida i de l'esperança de vida en bona salut	Esperança de vida en bona salut en néixer, per sexe. Esperança de vida en néixer, per sexe	Registre de mortalitat de Catalunya, Enquesta de salut de Catalunya	2016-2020
1.2	Reduir les desigualtats socials en l'autopercepció de bona salut	Proporció de bona salut autopercebuda, per una selecció de variables socioeconòmiques	Enquesta de salut de Catalunya	2016-2020
2	Reduir en un 20% la taxa de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori	Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties de l'aparell circulatori	Registre de mortalitat de Catalunya	2011-2020
3	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer	Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de càncer	Registre de càncer de Girona i Tarragona	2011-2020
4	Incrementar en un 15% la taxa de supervivència per càncer al cap de cinc anys	Supervivència relativa per càncer al cap de 5 anys (%)	Registre de mortalitat de Catalunya	2011-2020
5	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties respiratòries	Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties del sistema respiratori	Registre de mortalitat de Catalunya	2011-2020
5.1	Retardar un any l'edat mitjana de la mort per malalties respiratòries	Edat mitjana de la mort per malalties del sistema respiratori (població de totes les edats)	Registre de mortalitat de Catalunya	2016-2020
6	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties mentals	Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties mentals	Registre de mortalitat de Catalunya	2011-2020
7	Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor	Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties isquèmiques del cor	Registre de mortalitat de Catalunya	2011-2020
7.1	Reduir en un 10% addicional la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor	Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties isquèmiques del cor	Registre de mortalitat de Catalunya	2016-2020
8	Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per ictus	Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties cerebrovasculars	Registre de mortalitat de Catalunya	2011-2020
9	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer de mama en dones	Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de tumor maligne de mama en dones	Registre de mortalitat de Catalunya	2011-2020
10	Reduir en un 5% la taxa de mortalitat per càncer colorectal	Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de tumor maligne colorectal	Registre de mortalitat de Catalunya	2011-2020
11	Reduir per sota del nivell de 2010 la taxa de mortalitat per suïcidi	Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de suïcidis i autolesions	Registre de mortalitat de Catalunya	2011-2020
12	Reduir en un 10% la incidència de la fractura de coll del fèmur en població de 65 anys i més	Taxa d'ingrés hospitalari per 10.000 h. estandarditzada per edat per fractura de coll del fèmur en població de 65 anys i més	Registre del CMBD-AH	2011-2020
13	Reduir en un 10% les amputacions en població de 45 a 74 anys amb diabetis	Taxa d'amputacions per 10.000 h. en població de 45 a 74 anys amb diabetis	Registre del CMBD-AH	2011-2020
13.1	Reduir en un 10% les amputacions majors en població de 45 a 74 anys amb diabetis	Taxa d'amputacions majors per 10.000 h. en població de 45 a 74 anys amb diabetis	Registre del CMBD-AH	2016-2020
14	Reduir per sota del 24% la prevalença de tabaquisme	Proporció de consum de tabac (diari i ocasional) en població de 15 anys i més (%)	Enquesta de salut de Catalunya	2016-2020

Pla de salut territorial de Lleida 2016-2020
Un sistema centrat en la persona públic, universal i just

Núm	Objectiu/subobjectiu	Indicador	Font	Període de seguiment
14.1	Monitorar la prevalença de tabaquisme des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut	Proporció de consum de tabac (diari i ocasional) en la població de 15 anys i més, per classe social, per nivell d'estudis i per situació laboral (%)	Enquesta de salut de Catalunya	2016-2020
15	Incrementar per sobre dels nivells de 2016 la prevalença de l'activitat física saludable en la població de 15 a 69 anys	Proporció d'activitat física saludable (moderada i alta de l'IPAQ) en la població de 15 a 69 anys (%)	Enquesta de salut de Catalunya	2016-2020
15.1	Reduir les desigualtats socials en la prevalença de l'activitat física saludable en la població de 15 a 69 anys	Proporció d'activitat física saludable (moderada i alta de l'IPAQ) en la població de 15 a 69 anys (%), per una selecció de variables socioeconòmiques	Enquesta de salut de Catalunya	2016-2020
16	Reduir per sota dels nivells de 2015 la prevalença d'excés de pes en la població de 18 a 74 anys	Proporció d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en la població de 18 a 74 anys (%)	Enquesta de salut de Catalunya	2016-2020
16.1	Monitorar la prevalença d'excés de pes en la població de 18 a 74 anys des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut	Proporció d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en la població de 18 a 74 anys, per classe social i per nivell d'estudis (%)	Enquesta de salut de Catalunya	2016-2020
17	Reduir en un 5% la prevalença d'excés de pes en la població de 6 a 12 anys	Proporció d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en població de 6 a 12 anys (%)	Enquesta de salut de Catalunya	2016-2020
17.1	Reduir les desigualtats socials en la prevalença d'excés de pes en la població de 6 a 12 anys	Proporció d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en població de 6 a 12 anys (%), per una selecció de variables socioeconòmiques	Enquesta de salut de Catalunya	2016-2020
18	Incrementar en un 5% la prevalença de persones adultes que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània	Proporció de persones de 15 anys i més que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània (%)	Enquesta de salut de Catalunya	2016-2020
18.1	Monitorar la prevalença de persones adultes que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut	Proporció de persones de 15 anys i més que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània (%), per classe social i per nivell d'estudis	Enquesta de salut de Catalunya	2016-2020
18.2	Reduir les desigualtats socials en la prevalença del consum freqüent de productes hipercalòrics en població de 3 a 14 anys	Proporció de consum freqüent de productes hipercalòrics en la població de 3 a 14 anys (%), per una selecció de variables socioeconòmiques	Enquesta de salut de Catalunya	2016-2020
19	Reduir per sota del nivell de 2013 la taxa d'embarassos en dones de 15 a 19 anys	Taxa d'embarassos per 1.000 dones de 15 a 19 anys	Registre de població, Registre de mortalitat de Catalunya, Registre d'IVE	2016-2020
20	Mantenir per sobre del 90% la proporció d'infants de 5 anys que estan correctament vacunats	Proporció d'infants de 5 anys correctament vacunats segons el calendari vacunal (%)	Sistema d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària	2016-2020
21	Reduir en un 20% la incidència de la tuberculosi	Taxa d'incidència de tuberculosi per 100.000 h.	Registre de malalties de declaració individualitzada	2016-2020
22	Reduir en un 5% la incidència del VIH	Taxa d'incidència del VIH per 100.000 h.	Sistema integrat de vigilància epidemiològica sobre ITS/VIH/SIDA de Catalunya	2016-2020
23	Reduir en un 10% la incidència de la gonocòccia	Taxa d'incidència de gonocòccia per 100.000 h.	Sistema integrat de vigilància epidemiològica sobre ITS/VIH/SIDA de Catalunya	2016-2020
24	Reduir en un 5% la prevalença del consum d'alcohol episòdic intensiu en estudiants de 14 a 18 anys	Proporció del consum d'alcohol episòdic intensiu durant el darrer mes en estudiants de 14 a 18 anys (%)	Enquesta sobre ús de drogues en estudiants d'ensenyament secundari (ESTUDES)	2016-2020
25	Incrementar en un 7% la prevalença de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària de salut amb un	Proporció de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària amb un	Sistema d'informació dels serveis d'atenció primària	2016-2020

Núm	Objectiu/subobjectiu	Indicador	Font	Període de seguiment
	bon control de la tensió arterial	bon control de la tensió arterial (%)		
26	Mantenir per sota del 7% la prevalença de pacients amb infecció relacionada amb l'atenció sanitària	Proporció d'infecció relacionada amb l'atenció sanitària (%)	VINCat, Registre ENVIN-HELICS	2016-2020
27	Mantenir per sota de 6 els episodis de pneumònia associada a ventilació mecànica per 1.000 dies de ventilació	Episodis de pneumònia associada a ventilació mecànica per 1.000 dies de ventilació	VINCat, Registre ENVIN-HELICS	2016-2020
28	Mantenir per sota de 2 per 1.000 estades la taxa de caigudes en pacients hospitalitzats	Taxa de caigudes en pacients hospitalitzats per 1.000 estades	Servei de Promoció de la Qualitat i Bioètica	2016-2020

6. Eixos, línies estratègiques i projectes

Les accions del Pla s'organitzen en quatre eixos que conceptualitzen quatre àmbits d'intervenció:

- Eix 1. El compromís i la participació de les persones.
- Eix 2. L'atenció de qualitat.
- Eix 3. El bon govern.
- Eix 4. Salut en totes les polítiques.

Les línies estratègiques i els projectes s'estructuren dins dels eixos.

Pla de Salut de Catalunya 2016-2020



COMPROMÍS I PARTICIPACIÓ

1

Les persones, la seva salut i el sistema sanitari

2

Implicació dels professionals

ATENCIÓ DE QUALITAT

3

Salut pública

4

Accessibilitat i resolució

5

Política farmacèutica i del medicament

6

Atenció integrada i cronicitat

7

Recerca i innovació en salut

BON GOVERN

8

Excel·lència i seguretat

9

Avaluació de resultats i transparència

10

Salut digital

11

Integració territorial

SALUT A TOTES LES POLÍTIQUES

12

Polítiques interdepartamentals i intersectorials

ÀREES PRIORITÀRIES DE SALUT I PROJECTES SINGULARS

Infants i adolescents vulnerables

Gent gran i discapacitat

Salut mental

Malalties minoritàries

Malalties transmissibles

Aparell locomotor

Aparell respiratori

Sistema vascular

Càncer

Àrees prioritàries i projectes singulars

El Pla de salut per al període 2016-2020 proposa unes àrees prioritàries de salut que s'han destacat perquè són causa de mortalitat, de morbiditat, de discapacitat, de dependència i, en qualsevol cas, de patiment i dolor. Les prioritats seleccionades són: **el càncer, les malalties de l'aparell circulatori**

PS1. Seguiment dels objectius de salut, qualitat de vida i operativitat dels projectes.

D'ençà de la incorporació l'any 1991 del Departament de Salut a l'estratègia "Salut per a tothom" de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), s'ha consolidat la planificació per objectius de salut amb un horitzó temporal definit, que es formulen sobre la base de les millores de la salut que es volen assolir. Des d'aleshores, el Pla de salut incorpora objectius definits amb aquests criteris, especifica els indicadors d'avaluació i en determina els procediments de càlcul. Això en facilita el seguiment i la valoració del grau d'assoliment.

D'altra banda, es defineixen un conjunt d'indicadors relacionats amb els projectes del Pla de salut que en permeten fer el seguiment i la valoració del desenvolupament.

Objectius per a 2020

- Fer el seguiment anual dels objectius del Pla de salut de Catalunya 2016-2020.

Fita més destacada per a 2017

- Elaboració de l'Informe de salut de Catalunya 2016, l'Informe de seguiment dels objectius de salut del Pla de salut per a l'any 2016 i l'Informe de seguiment operatiu dels projectes del Pla de salut per a l'any 2016.
- Difondre regionalment els informes de seguiment del 2016.

Activitats

Definir els objectius i indicadors necessaris per fer el seguiment dels objectius de salut i operatius del Pla de salut.

Realitzar l'Enquesta de salut de Catalunya contínua, analitzar la informació disponible als registres de mortalitat, els diferents conjunts mínims bàsics de dades (CMBD), i consultar altres fonts de dades adients als objectius, com ara les unitats responsables dels projectes.

Fer el seguiment evolutiu anual dels indicadors i valoració de l'estat dels objectius de salut del Pla de salut i publicar-ne els resultats.

Fer el seguiment operatiu dels projectes del Pla de salut i publicar-ne els resultats.

PS2 Salut infantil i de l'adolescència en persones en situació de vulnerabilitat

Catalunya té uns bons indicadors globals de salut infantil i de l'adolescència, però existeixen problemes de salut específics d'aquesta edat que han augmentat en els darrers anys o bé es concentren en persones en situació de vulnerabilitat. Aquestes situacions requereixen un abordatge específic i prioritari. La vulnerabilitat pot estar relacionada amb les condicions biològiques, psicològiques, econòmiques i socials que determinen la salut. La infància i l'adolescència són etapes vitals per al desenvolupament de la persona, i la forma de detectar, prevenir i tractar els problemes de salut que s'hi presenten és determinant de l'èxit futur en la vida adulta, tant en l'àmbit personal i familiar com social i laboral.

En els darrers anys la demanda assistencial per problemes de salut mental en aquestes etapes vitals ha augmentat, i cal una actuació interdepartamental coordinada, sobretot entre els sectors sanitari, escolar i social. Cal començar per la promoció de la salut mental, per la prevenció, la detecció precoç i l'atenció especialitzada des d'una visió biopsicosocial, i donar una resposta adequada a les necessitats específiques de la població més vulnerable.

Bona part dels trastorns mentals greus que afecten la vida de les persones debuten en edats primerenques. A més, l'adolescència és un període d'experimentació en què s'inicien consums i conductes de risc. Les actuacions preventives i de promoció de la salut en l'àmbit comunitari i escolar, actuant sobre el benestar emocional, i la potenciació de les xarxes socials són fonamentals.

Les desigualtats socials i bona part dels determinants de la salut presenten diferències importants segons el nivell socioeconòmic, i la problemàtica és particularment punyent en col·lectius vulnerables; per exemple, amb relació al consum de risc d'alcohol o altres drogues, els embarassos no desitjats o les infeccions de transmissió sexual, i la prevalença de trastorns mentals i de conducta. És essencial desenvolupar actuacions selectives en infants i adolescents que no estan accessibles en l'entorn d'escolarització

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Promoure la salut i prevenció en infants i joves fills de pares amb trastorns mentals greus i/o addiccions, o víctimes d'abús o de violència.
- Desenvolupar les accions previstes en el Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions relacionades amb la població infantil i juvenil.
- Promoure la salut afectiva i sexual en adolescents en situació de vulnerabilitat.
- Promoure la salut en infants i joves que viuen sota el llindar de pobresa.
- Implementar el Pla d'acció conjunt entre els departaments d'Ensenyament i Salut adreçat a menors amb necessitats educatives especials degudes a trastorns mentals.

Fita per a 2017

- Elaboració d'un model de promoció i prevenció de la salut en infants i joves fills de pares amb trastorns mentals greus i/o addiccions, o víctimes d'abús o de violència.
- Compartir el desplegament dels programes de "Salut i escola" amb el Departament d'Ensenyament per treballar conjuntament l'adequada implementació en els centres docents.

Activitats

Revisar i actualitzar els protocols preventius per a la detecció precoç de problemes de salut mental en la infància i adolescència (Programa del nen sa).

Iniciar accions formatives conjuntes entre professionals de la DGAIA i de salut i fer propostes formatives i de sensibilització per als professionals implicats.

Elaborar el mapa de recursos especialitzats per a l'atenció a la infància i adolescència en els àmbits d'ensenyament, salut mental i benestar social.

Establir una estratègia de detecció i intervenció conjunta en fills de pares amb trastorns mentals greus i/o addiccions, o víctimes d'abús o de violència.

Definir i consensuar els models i les estratègies d'implementació, amb visió territorial.

Comunicar les actuacions al conjunt d'actors i a la ciutadania.

PS3. Pla de prevenció de la discapacitat en persones grans fràgils

L'envelliment de la població i els coneixements epidemiològics i clínics sobre la progressió de la discapacitat i les possibilitats de prevenir-ne o retardar-ne l'aparició han donat lloc a diverses propostes per portar a la pràctica clínica aquests coneixements.

L'*Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS*⁶⁷ ha promogut un marc de consens sobre la prevenció de la fragilitat i les caigudes en les persones grans.

L'objectiu general d'aquesta estratègia és identificar el subgrup de persones que estan en situació de risc de discapacitat per poder establir una intervenció preventiva que permeti retardar-ne o evitar-ne la davallada funcional.

La principal intervenció preventiva que ha demostrat eficàcia en el tractament de les situacions de fragilitat és l'exercici físic estructurat i adaptat a cada necessitat. Altres intervencions són l'alimentació equilibrada i el tractament dels problemes de salut subjacents o concomitants. Per a aquesta intervenció, a més del sistema de salut, caldrà la participació de diferents agents comunitaris.

Objectiu per a 2020

- Tenir implantat el model d'atenció a la fragilitat en els diferents territoris.

Fites per a 2017

- Definició i consens, en col·laboració amb els professionals, del model d'atenció a la fragilitat que contingui: a) la definició de les bones pràctiques de cribratge; b) l'atenció poblacional a la fragilitat, i c) la prevenció de la discapacitat.
- Inici de la formació i difusió als professionals, així com de les experiències de detecció per part de l'atenció primària.

Activitats

Fer el treball introductori. Compilar i fer cerques bibliogràfiques.

Fer entrevistes en profunditat a persones clau d'atenció primària, geriatria i serveis comunitaris.

Organitzar una reunió d'experts: jornada de treball i consens del document.

Elaborar les propostes.

Aconseguir el consens professional.

Preparar i redactar el document final.

Definir els indicadors a partir de la descripció del model per fer-ne un seguiment de la implantació.

PS4. Prevenció del suïcidi (Codi risc de suïcidi)

Si bé les xifres de la mortalitat per suïcidi a Catalunya són de les més baixes d'Europa, el suïcidi és una de les cinc primeres causes de mort prematura al nostre país. El patró d'edat que segueix la mortalitat per suïcidi a Catalunya coincideix amb el que descriu l'OMS. El nombre més elevat de defuncions es produeix en persones de 45 a 54 anys, però també preocupen les elevades taxes en persones de més de 74 anys. Tot i que quantitativament les xifres són més baixes en termes absoluts, el suïcidi és la primera causa de mortalitat entre els joves en els grups d'edat de 25 a 44 anys en ambdós sexes. D'altra banda, esdevé la tercera causa de mortalitat evitable en el nostre entorn i, des de fa més de cinc anys, supera la mortalitat causada pels accidents de trànsit.

L'OMS prioritza el suïcidi com una de les principals causes de mortalitat evitable amb polítiques sanitàries. En els països del nostre entorn s'ha demostrat que quan les polítiques s'adrecen a la població diana són efectives, tant en la reducció de la mortalitat com en la repetició de temptatives.

El Codi risc de suïcidi estableix un protocol d'actuacions, un registre de casos i un sistema de comunicació entre dispositius per tal de detectar i garantir el contínuum assistencial a les persones en risc de suïcidi i fer disminuir tant la mortalitat com les temptatives.

A la Regió de Lleida s'ha treballat especialment aquest tema des de l'any 2014 i s'ha proposat un model d'atenció al pacient en risc de suïcidi, que s'ha desenvolupat a la RS Lleida com territori pilot i que actualment 2016 està en fase de divulgació a tots els nivells assistencials.

Objectius per a 2020

- Implementar el Codi risc de suïcidi a tot el territori de Catalunya.
- Aconseguir que el 80% dels casos que entrin en el programa tinguin un seguiment efectiu, de visita postalta i valoració en el dispositiu corresponent.

Fita per a 2017

- Extensió de la implantació del Codi risc de suïcidi i implantació a la Regió de Lleida

Activitats

Implementar un sistema de registre que permeti l'avaluació de resultats.

Realitzar activitats de millora de la qualitat del registre i optimitzar-ne la utilització.

Realitzar accions de coordinació territorial.

Homogeneïtzar els criteris clínics per a la valoració dels casos.

Monitorar els casos de reintent.

PS5. Desplegament del model d'atenció a les malalties minoritàries ⁵

Es considera *malaltia minoritària* (MM) la malaltia la prevalença de la qual és inferior a 5 casos per cada 10.000 habitants. Les MM constitueixen un grup molt ampli de malalties (se n'han descrit més de 7.000) i, a Catalunya, suposen un nombre important de persones afectades (entre 350.000 i 400.000).

El 80% de les MM són d'origen genètic i es presenten, majoritàriament, a l'edat pediàtrica. Poden tenir gran variabilitat clínica i el seu maneig requereix expertesa. També solen generar un fort impacte sobre la qualitat de vida de les persones que les pateixen i les seves famílies –discapacitat i dependència– i per aquest motiu requereixen intervencions integrades, coordinades i efectives, tant des de l'àmbit sanitari com des de l'interdepartamental (Treball, Afers Socials i Famílies; Ensenyament; Economia i Coneixement; Salut).

Tenint en compte les seves característiques, el model d'atenció a les MM definit pel CatSalut i aprovat per la Comissió Assessora en Malalties Minoritàries es basa en tres línies:

- a) millorar l'atenció sanitària, la detecció precoç i els sistemes de diagnòstic i tractament, garantint l'expertesa a través de l'establiment de les unitats d'expertesa clínica (UEC);
- b) promoure una atenció sanitària multidisciplinària i integrada amb altres sectors, potenciant el treball en xarxa, coordinat entre les UEC i la xarxa de serveis de salut propers al domicili, i l'encaix en una línia d'actuació integrada i única dels diferents departaments de la Generalitat de Catalunya entorn de la discapacitat i la dependència, i
- c) millorar la informació i l'acompanyament de les persones afectades la seva família, promovent la seva participació en la millora de la salut i l'atenció.

Objectiu per a 2020

- Desplegar el model d'atenció a les malalties minoritàries, del CatSalut i implementar el model d'atenció en les UEC designades.

Fites per a 2017

- Priorització de l'ordre de designació de les MM o grups temàtics i Designació de les UEC previstes i seguiment de la seva participació a les xarxes europees.
- Determinar el papers dels centres i serveis regionals en el desplegament del model.

⁵ Vegis també aquest apartat dins del Projecte Regional 13.2 Resolució regional de processos de mitjana i alta complexitat.

Activitats

Avançar en l'estratègia de designació de les UEC, iniciada l'any 2015 i regulada per la Instrucció 12/2014 del CatSalut i la Resolució sobre el procediment de designació.

Desplegar el model en xarxa tant a nivell de les UEC designades per una mateixa MM o grup temàtic, com entre les UEC i el nivell comunitari (definició de protocols-rutes assistencials, establiment dels acords de seguiment compartit, etc.) Implantar el registre de les MM en el context de les UEC

Treballar la vessant de la discapacitat des de l'àmbit interdepartamental.

Definir el model d'avaluació de les UEC designades.

Continuar treballant en el Programa dels tractaments d'alta complexitat.

PS6. Detecció precoç de VIH, sífilis, gonorrea, clamídia i tuberculosi

Tot i les millores substancials en la prevenció del virus de la immunodeficiència humana (VIH), de la síndrome d'immunodeficiència adquirida (sida), d'altres infeccions de transmissió sexual (ITS) i la tuberculosi (TBC) a Catalunya, algunes poblacions continuen estant desproporcionadament afectades per aquestes malalties. En els darrers anys, s'han iniciat experiències d'integració dels serveis per a pacients amb VIH i ITS, hepatitis C i TBC atès que: a) aquestes infeccions comparteixen mecanismes de transmissió; b) afecten poblacions similars, i c) poden formar epidèmies sinèrgiques.

A Catalunya s'estima que al voltant de 35.000 persones estan infectades pel VIH, tot i que un 25 % no ho saben. L'any 2014, la taxa d'incidència estimada ha estat de 10,2 casos per 100.000 habitants. Els últims deu anys el nombre de nous diagnòstics s'ha mantingut estable amb uns 800 nous casos anuals.

En els darrers deu anys, s'ha produït un important augment en la declaració de totes les infeccions de transmissió sexual, que reflecteix la millora dels sistemes de vigilància epidemiològica al territori, però també un increment de la incidència real d'aquestes infeccions. La taxa global de sífilis s'ha incrementat un 373% en el període 2005-2014 (de 3,7 a 17,7 casos per 100.000 habitants), sobretot en homes i específicament en homes que tenen relacions sexuals amb homes. La taxa global de gonocòccia s'ha incrementat un 400% (de 4,2 a 21,0 casos per 100.000 habitants), la qual cosa és preocupant per la possibilitat d'aparició de resistències microbianes. L'any 2014 es van notificar 1.809 casos d'infecció per *Chlamydia trachomatis* al Sistema de notificació microbiològica de Catalunya, xifra que representa una taxa global de 25,4 casos per 100.000 habitants. La interpretació de la situació epidemiològica d'aquesta infecció és difícil pel fet que és una infecció de naturalesa asimptomàtica i, per tant, el diagnòstic depèn de les polítiques de cribratge i de les estratègies de diagnòstic.

La tuberculosi continua sent un problema de salut pública a Catalunya. Malgrat la tendència decreixent observada durant el període 2000-2014, presenta una incidència que continua sent superior a la d'altres països de la Unió Europea. L'any 2014 es van detectar 1.135 casos, que representen una taxa de 15,1 casos per 100.000 habitants, un 1,9% inferior a la de l'any 2013. En aquest mateix any, més del 50% dels casos de tuberculosi pulmonar es van diagnosticar als 60 dies o més després de l'inici dels símptomes.

La forma més efectiva d'aconseguir el control d'aquestes infeccions és concentrar els esforços a descobrir i tractar correctament les persones afectades; si el diagnòstic i el tractament es fan precoçment els resultats d'aquests esforços es multiplica.

La comissió territorial de malalties sexualment transmissibles (MST) treballa territorialment els objectius relacionats amb les infeccions de transmissió sexual (ITS).

Objectius per a 2020

- Disminuir el retard en el diagnòstic de la infecció per VIH, sífilis, gonorrea i clamídia.
- Disminuir el retard diagnòstic de la tuberculosi pulmonar.

Activitats

Elaborar el protocol per a l'estudi de contactes de les persones infectades per ITS i elaborar recomanacions per a la realització d'estudis de contactes de malalts amb tuberculosi.

Implantar programes de cribratge d'infecció per VIH, gonorrea, sífilis i clamídia en poblacions vulnerables

Promoure la realització de la prova de detecció del VIH en persones exposades a conductes de risc.

Millorar i reforçar la realització d'estudis de contactes dels casos d'infecció pel VIH, altres infeccions de transmissió sexual i tuberculosi pulmonar.

Sensibilitzar els professionals sanitaris i els grups de població més vulnerable sobre la rellevància i els beneficis individuals i col·lectius d'un diagnòstic a temps d'aquestes infeccions.

Implantar el Pla de prevenció, atenció i control de les ITS en tot el territori, identificant .

Proporcionar suport als projectes de prevenció del VIH i altres ITS desenvolupats des del tercer sector.

PS7. Prevenció secundària de fractures osteoporòtiques: programa APROP

Catalunya és una de les comunitats de l'Estat amb una prevalença més alta de fractura de maluc. El fet d'haver patit una fractura osteoporòtica multiplica entre dos i quatre vegades el risc subsegüent de presentar-ne de noves, en funció de la localització de la fractura. El tractament farmacològic de l'osteoporosi és eficaç per prevenir noves fractures, però l'efectivitat es veu limitada pel baix compliment. Malauradament, la detecció i el tractament de l'osteoporosi en pacients amb fractura incident està molt per sota del que seria desitjable, ja que se n'estudien menys del 50% dels casos i la proporció de persones que reben tractament després d'una fractura és inferior al 35%. En els últims anys, s'han publicat diverses experiències que demostren l'efectivitat i l'eficiència d'implementar programes de detecció i gestió de pacients amb fractura osteoporòtica.

Es proposa la implementació en fase de prova pilot del programa APROP, orientat a identificar les persones que han patit una fractura major osteoporòtica i fer una intervenció educativa i assistencial en l'àmbit de l'atenció primària, per tal de millorar el grau de compliment de les mesures farmacològiques i no farmacològiques proposades.

Objectiu per a 2020

- Implementar en els territoris pilot un programa d'intervenció comunitària per tal de disminuir la incidència de noves fractures osteoporòtiques en pacients que ja n'han presentat alguna (prevenció secundària).

Fita per a 2017

- Implementar en el programa comunitari per a l'abordatge de les fractures osteoporòtiques (APROP) en les ABS seleccionades de la Regió de Lleida i començar amb el reclutament dels pacients amb fractura major osteoporòtica.

Activitats

Dissenyar la intervenció que es vol implementar: disseny de l'estratègia de comunicació entre l'atenció hospitalària i l'atenció primària que permeti la identificació dels pacients, i disseny de la intervenció per realitzar des de l'atenció primària.

Delimitar els territoris que entraran en la fase pilot.

Implementar el programa. La durada prevista és de tres anys (2016-2018): el primer any per a la inclusió dels pacients i els altres dos de seguiment.

Avaluar els resultats preliminars de l'experiència. Els indicadors principals seran la taxa de noves fractures als 12 i 24 mesos i el grau de compliment de les mesures farmacològiques als 12 mesos.

PS8. Medicina respiratòria de precisió

La medicina de precisió és una manera innovadora d'aproximar-se al diagnòstic i al tractament de malalties tenint en compte les diferències individuals que es relacionen amb la genètica, l'ambient i l'estil de vida. Les persones que pateixen una malaltia han de rebre el millor tractament disponible d'acord amb l'evidència científica, de manera que s'asseguri que la seva situació clínica no podria ser beneficiària de cap altra aproximació diagnòstica o terapèutica que la que ja es fa.

En aquest context, el concepte de medicina de precisió en si mateix ja vol dir que cal focalitzar l'esforç en els grups de pacients més greus o complexos que presentin unes característiques determinades i que tinguin tractaments específics. La medicina de precisió canvia el focus des del risc poblacional (risc mitjà per a una població determinada) cap al risc individual, per a una persona o per a un grup de persones que tenen la mateixa circumstància i que poden beneficiar-se d'un tractament.

Les malalties respiratòries són un bon exemple per aplicar els conceptes de la medicina de precisió. El projecte consisteix a definir un model de medicina respiratòria de precisió per als pacients amb malalties respiratòries que pugui ser extrapolable a altres àmbits assistencials.

Objectiu per a 2020

- Implantar a tot Catalunya un model de medicina respiratòria de precisió per a les malalties de les vies aèries (que inclouen la malaltia pulmonar obstructiva crònica i l'asma), la patologia del son i el diagnòstic del càncer de l'aparell respiratori.

Fita per a 2017

- Els grups de treball hauran d'haver fet l'anàlisi de situació i haver definit propostes de millora.

Activitats

Crear un grup pilot o promotor per a la definició del model d'atenció centrada en els pacients.

Identificar grups de pacients amb necessitats comunes que es puguin beneficiar d'intervencions específiques.

Crear grups de treball específics per als tres grans àmbits d'actuació de la medicina respiratòria de precisió: vies aèries, patologia del son i diagnòstic del càncer.

PS9. Redefinició de l'atenció urgent als pacients amb ictus

L'ictus és la segona causa de mortalitat a Catalunya (3.889 defuncions l'any 2013, que suposen un 6,5% de la mortalitat) i la primera de discapacitat permanent.

A Catalunya, l'atenció urgent als pacients amb ictus agut es basa en un sistema de codi ictus universal. Es tracta d'un codi d'emergència amb identificació ràpida dels pacients amb ictus agut i el trasllat a l'hospital més proper amb capacitat per fer una avaluació clínica experta. La xarxa d'hospitals de codi ictus està formada per 14 centres hospitalaris de referència i 12 de comarcals amb sistema teleictus, tots amb capacitat per administrar tractament trombolític intravenós. En aquest model, el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) hi té un paper central.

Estudis recents demostren l'eficàcia i seguretat del tractament endovascular (TEV) de l'ictus isquèmic produït per una oclusió d'un gran vas sanguini. Aquest tractament, però, només és factible en centres amb tecnologia molt avançada i que disposen dels professionals per avaluar la idoneïtat del tractament i realitzar-lo quan sigui necessari. Aquest projecte consisteix en la redefinició de l'actual sistema de Codi ictus per tal d'adaptar la xarxa i els circuits assistencials existents a les noves recomanacions terapèutiques i fer-les més accessibles, de manera que es concentri en pocs centres per aconseguir resultats clínics adequats.

Objectius per a 2020

- Desplegar el nou model d'atenció urgent dels pacients amb ictus a tot el territori català per tal de garantir el tractament endovascular a tots els pacients que el requereixin.
- Aconseguir que el 85% dels pacients que necessitin el tractament endovascular el rebin dins el termini adequat.

Fites per a 2017

- Definició dels requisits que han de complir els hospitals terciaris d'ictus per poder realitzar el TEV i acreditar-los.
- Estudiar els recursos necessaris per establir si es possible aquets tractaments en centres de referència regionals.
- Definició dels circuits territorials de derivació de pacients que requereixin TEV segons les seves característiques.
- Posada en marxa del registre de codis ictus de Catalunya.

Activitats

Definir els requisits per poder realitzar TEV que han de complir els centres hospitalaris terciaris d'ictus.

Acreditar els centres terciaris d'ictus que poden realitzar TEV.

Definir els nous circuits territorials de derivació dels pacients que requereixin TEV.

Establir un registre clínic dels pacients amb ictus agut que generen una activació del Codi ictus que permeti avaluar el funcionament del nou model i les derivacions als centres terciaris d'ictus per avaluar-ne la idoneïtat respecte al TEV.

Establir nous objectius d'atenció especialitzada:

Temps porta-punció, temps punció-final. Aplicable als contractes dels hospitals terciaris d'ictus que administrin TEV.

Temps DIDO (*door-in to door-out time*). Aplicable als contractes dels hospitals de referència quan avaluin casos potencialment candidats a TEV que requereixen un trasllat secundari a un centre terciari d'ictus.

PS10. Programa integral d'actuació en la cardiopatia isquèmica

Des d'un punt de vista epidemiològic, la cardiopatia isquèmica (CI) és un problema de salut prevalent a Catalunya amb una elevada càrrega de morbimortalitat (va ser la primera causa de mortalitat a Catalunya l'any 2013, amb 4.499 defuncions, que suposen un 7,5% de la mortalitat).

El Pla director de malalties de l'aparell circulatori va considerar que era prioritari, en el període de planificació 2008-2015, organitzar l'atenció urgent als casos d'infart agut de miocardi amb elevació del segment ST (IAMEST), atesa l'elevada letalitat. Un cop reorganitzada l'atenció urgent pel que fa a l'IAMEST, tenint en compte els bons resultats aconseguits, tant en relació amb el percentatge dels pacients que han rebut el tractament de reperfusió en el termini adequat com en la reducció de la mortalitat, el Pla vol ampliar l'enfocament a la CI en conjunt. Per això caldrà definir els objectius i activitats per donar una atenció integral a aquest problema de salut, incloent-hi la promoció d'hàbits de vida saludable, la prevenció primària, la secundària, la millora de l'atenció en la fase aguda (tant a l'IAMEST com a la resta d'infarts) i la de la cronicitat. A més, caldrà tenir present l'homogeneïtzació dels processos diagnòstics i terapèutics i l'accessibilitat, i també la inclusió de la rehabilitació cardíaca dins de la cartera de serveis públics de salut.

Objectius per a 2020

- Aconseguir que almenys el 75% dels pacients amb un infart agut de miocardi amb elevació del segment ST (IAMEST) rebin el tractament de reperfusió mitjançant angioplàstia primària amb un temps EGC-baló inferior als 120 minuts.
- Aconseguir que tots els serveis d'atenció especialitzada i atenció primària tinguin accés a un programa de rehabilitació cardíaca per a pacients que han patit un infart, d'acord amb els criteris que elabori el Pla director.

Fites per a 2017

- Continuació del monitoratge de funcionament del Codi infart (Codi IAM) a Catalunya.
- Participació en l'elaboració del model de rehabilitació cardíaca per a pacients que hagin patit un infart.
- Preveure la rehabilitació cardíaca en els serveis ambulatoris de rehabilitació regional ubicats al nou CAP 11 de Setembre de Lleida

Activitats

Elaborar el programa integral d'actuació en la CI i definir les activitats per desenvolupar en el període 2016-2020.

Crear grups de treball específics per a l'abordatge de les activitats prioritzades en el programa.

Definir els criteris comuns per a la rehabilitació cardíaca de pacients que han patit un infart.

Fer la proposta d'inclusió de la rehabilitació cardíaca en la cartera de serveis.

Realitzar un estudi per tal de conèixer la percepció de l'estat de salut cardiovascular de la població.

PS11. Cribatge poblacional del càncer de còlon i recte

El càncer colorectal és el més freqüent en els homes i les dones a Catalunya (aproximadament 5.500 casos anuals en dades de 2007) i és la segona neoplàsia amb més mortalitat (aproximadament 2.100 morts en dades de 2007). La prova de detecció de sang oculta a la femta és una prova de detecció precoç d'eficàcia demostrada i està inclosa en la cartera de serveis.

Aquest cribratge s'ofereix com a programa poblacional i s'organitza per assolir la màxima cobertura i participació, amb més equitat i qualitat. El programa s'adreça a homes i dones de 50 a 69 anys d'edat. Consisteix en la realització d'una prova de detecció de sang oculta a la femta. Si el resultat de la prova és negatiu, es torna a fer la invitació a fer-se la prova al cap de dos anys. Si la prova és positiva, es recomana fer una colonoscòpia per identificar el motiu de l'hemorràgia.

La convocatòria per participar en el programa es fa mitjançant una carta d'invitació que trameten les oficines de cribratge del territori. En la carta s'indica on es pot recollir el col·lector de la mostra de femta i on s'ha de retornar, que acostuma a ser a l'oficina de farmàcia o al CAP en funció del territori.

Les oficines de cribratge del territori són les responsables de la gestió i el seguiment del programa al seu territori la qual, en el cas de Lleida, està ubicada a la seu de la Regió

Sanitària i dirigeix les activitats dels diferents proveïdors, en especial la implicació i participació directa de l'atenció primària de salut i els dos centres hospitalaris públics de la regió i el suport fonamental de la Diputació de Lleida.

A la Regió de Lleida es preveu consolidar el programa que ja està desplegat al 100% i, per exemple, al 2016, s'ha iniciat el segon any de la tercera ronda del PDPCCR i es preveu invitar a 33.000 homes i dones entre 50 a 69 anys que viuen a la regió.

Donat que aquest càncer és asimptomàtic fins que està molt avançat, és molt important la participació en aquest tipus de programes de detecció precoç. La prova de detecció de sang oculta en femta és l'única que ha demostrat la seva eficàcia en assaigs controlats aleatoritzats.

Objectius per a 2020

- Implantar en el 100% del territori de Catalunya el cribratge de càncer colorectal en la població diana (homes i dones d'entre 50 i 69 anys).
- Assolir una participació del 65% en el programa.

Fites per a 2017

- Extensió del programa fins a assolir una cobertura del 65% de la població diana.
- Migració al nou programa informàtic del programa de detecció precoç.

Activitats

Estendre el programa per assolir una cobertura del 65% de la població diana a finals de l'any 2016 i del 100% a finals del 2017.

Fer la migració al nou programa informàtic del programa de detecció precoç.

Publicar l'informe de l'episodi de cribratge de càncer de còlon i recte a la història clínica compartida de Catalunya.

Avaluar els resultats i la qualitat del programa amb periodicitat anual.

Línia 1. Les persones, la seva salut i el sistema sanitari

El foment de la participació en el disseny i desenvolupament de polítiques públiques en salut és un indicador de qualitat democràtica, un mecanisme que millora la transparència del sistema sanitari públic i una manera de copsar i introduir l'opinió de la comunitat en la presa de decisions i en la governança de la salut.

A més, l'adaptació dels serveis a les necessitats de les persones i la implicació en la cura del seu benestar i la seva salut és un repte que des de fa anys tenen els països. Aquest fet ha comportat un gir en l'orientació del model de l'atenció, que posa la persona com a nucli del sistema social i sanitari, mitjançant la promoció del respecte per la dignitat i l'autonomia com a pilars ètics fonamentals.

Els projectes d'aquesta línia estableixen estratègies per fomentar un compromís entre els ciutadans i el sistema per avançar en la millora de la governança i el desplegament d'un sistema de salut centrat en la persona.

Projecte 1.1. Operativització de la nova Carta de drets i deures de Catalunya

La Carta de drets i deures en relació amb la salut i l'atenció sanitària s'ha actualitzat amb un nou paradigma de contracte social, en el qual les persones han de ser cada cop més actives en relació amb la seva salut, de manera que es constitueixen com a agents de canvi, per la seva capacitat d'apoderament i de participació, en el disseny del model d'atenció a la salut. Aquesta actualització s'ha fet durant el 2015 de manera participativa amb tots els agents socials i finalment el document recull prop de cent drets i deures estructurats en deu grans àmbits.⁶⁸

S'ha de promoure que els ciutadans i els professionals coneguin i garanteixin el compliment dels principis que orienten la Carta de drets i deures. Aquest projecte ha de ser transversal per al conjunt del Pla de salut de Catalunya 2016-2020 i les seves actuacions han de tenir en compte aquest nou marc programàtic i ètic.

Objectiu per a 2020

- Facilitar que els principis de la nova Carta de drets i deures de Catalunya siguin referents en les relacions que s'estableixin entre ciutadania i sistema sanitari, i que siguin coneguts pels ciutadans i professionals.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Promoure actuacions informatives i de comunicació per als professionals i la ciutadania que facilitin un entorn de decisions compartides que s'orienti a les necessitats de les persones.
- Fomentar la formació dels professionals i de la ciutadania sobre els aspectes recollits a la Carta.
- Avaluar els resultats de les actuacions per fer-les objectivables.

Fites més destacades per al juny de 2017

Realització d'un conjunt d'actuacions formatives en centres de la xarxa assistencial i valoració dels resultats obtinguts.

Activitats inicials

Dissenyar estratègies comunicatives per donar a conèixer la Carta de drets i deures.

Realitzar actuacions orientades a la promoció dels aspectes ètics relacionats amb l'atenció sanitària, tant des de la perspectiva de l'ètica assistencial envers els pacients com des de l'actuació ètica dels pacients envers el sistema sanitari.

Elaborar i aprovar un calendari d'actuacions per al conjunt de processos assistencials i organitzatius orientats d'acord amb les propostes de la Carta de drets i deures.

Definir els indicadors per avaluar el grau d'implementació de la Carta.

Difondre regionalment la Carta de drets i deures.

Projecte 1.2. La participació de les persones en les polítiques públiques de salut

L'Estatut d'autonomia, en l'article 43, estableix que la participació i la representació de la ciutadania han d'orientar els poders públics en l'exercici de les polítiques públiques. A la Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària es reconeix el dret a les persones a participar com a agents actius en el sistema sanitari, per mitjà de les institucions, els òrgans de representació comunitària i les organitzacions socials.

Per donar-hi resposta és fonamental instaurar i potenciar sistemes per articular la participació ciutadana en la governança de la salut i dotar els ciutadans d'instruments per fer-ne factible la intervenció en el disseny, la implantació i l'avaluació de les polítiques de salut. El compromís, la implicació i la interrelació entre la ciutadania, els pacients, les entitats de pacients, els professionals de la salut, les organitzacions, les institucions i l'Administració sanitària, entre d'altres, són fonamentals per fer-ho realitat.

Objectius per a 2020

- Desenvolupar estratègies per garantir la participació de les persones en els nivells de gestió i d'atenció del sistema sanitari, i fer-ne el retorn d'acord amb els principis de transparència.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Reordenar i reforçar la participació comunitària en el sistema sanitari públic per aportar proximitat a les necessitats reals dels ciutadans mitjançant:

Consells de participació comunitària i sobre una base territorial amb rellevància del món local.

Foment d'aliances amb agents d'interès del sistema de salut. Complicitat institucional amb altres consells de participació existents.

- Consolidar la participació dels pacients en el disseny de les polítiques públiques de salut, a través de les entitats que els representen, en el marc del Consell Consultiu de Pacients de Catalunya.
- Definir i consensuar les línies estratègiques per al període 2017-2020.
- Incrementar la representació a les diferents regions sanitàries.
- Establir noves aliances amb agents clau del sector de la salut i d'altres àmbits per definir nous marcs de relació i noves sinergies.
- Intercanviar experiències d'èxit i bones pràctiques entre les entitats de pacients, en un entorn de debat i *benchmarking*.
- Reforçar la veu dels professionals de l'àmbit en l'elaboració, la implantació i l'avaluació de les polítiques de salut (en coordinació amb la línia estratègica 2, "Implicació dels professionals", del Pla de salut de Catalunya 2016-2020).
- Avaluar amb indicadors la participació efectiva de les persones en les polítiques públiques de salut i fer un retorn dels resultats d'acord amb els principis de transparència.

Fites més destacades per al juny de 2017

- Constitució i desplegament dels òrgans de participació comunitària en el sistema sanitari públic de Catalunya que reforcin la complicitat del món local amb l'Administració sanitària i el ciutadà.
- Definició i consens sobre les línies estratègiques del Consell Consultiu de Pacients de Catalunya per al període 2017-2020.

Activitats inicials

Pel que fa a la participació comunitària en el sistema sanitari públic:

- Constituir, desplegar i elaborar el règim intern dels òrgans de participació comunitària i de base territorial.
- Elaborar un mapatge de les iniciatives de participació ciutadana en relació amb el sistema de salut, la identificació de diferents tipologies de participació i les demandes i la potenciació de mecanismes d'interrelació amb els agents d'interès.

Pel que fa al Consell Consultiu de Pacients de Catalunya:

- Desplegar el pla d'acció anual i elaborar el full de ruta per al període 2017-2020.
- Realitzar una campanya de relacions institucionals i de comunicació per tal d'incrementar-ne la visibilitat a la comunitat i augmentar el nombre d'entitats adherides reforçant, en especial, la representació de les malalties prioritzades en el Pla de salut de Catalunya 2016-2020.
- Analitzar els resultats de l'enquesta Els pacients i les TIC en la cura de la seva salut per conèixer-ne les necessitats, l'ús i les expectatives en aquest àmbit, i establir-ne les prioritats.
- Establir el consens de circuits en el Departament de Salut per donar resposta a les necessitats dels pacients, dels seus familiars i de les entitats de pacients.
- Realització d'accions per donar a conèixer al ciutadà la recerca en ciències de la salut que es fa als centres de recerca biomèdica, als instituts d'investigació sanitària i als centres universitaris de Catalunya.
- Participació activa en la definició i implantació de projectes i iniciatives del Departament de Salut.

Pel que fa als professionals de l'àmbit de la salut:

- Analitzar-ne la participació en el disseny i la implantació de les polítiques públiques de salut (en coordinació amb els projectes de la línia estratègica 2, "Implicació dels professionals", del Pla de salut de Catalunya 2016-2020).

Projecte 1.3. Desenvolupament d'estratègies per implementar el model d'atenció centrada en la persona

D'acord amb la tendència d'una població envellida i amb més malalties cròniques, i segons les recomanacions de l'OMS ⁶⁹ el sistema de salut i de benestar ha de realitzar accions transversals, interdepartamentals i integrades adreçades a la prevenció de la malaltia, la promoció de la salut i l'atenció centrada en la persona i amb una visió comunitària i poblacional.

Segons el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS), l'*atenció centrada en la persona* (ACP) es defineix com una "atenció que posa la persona en el centre del sistema, amb l'objectiu de millorar la seva salut, qualitat de vida i benestar, respectant la seva dignitat i drets, així com les seves necessitats, preferències, valors i experiències i comptant amb la seva participació activa com un igual en la planificació, el desenvolupament i l'avaluació en el procés d'atenció."⁷⁰

Com a punt de partida per avançar cap a aquest canvi de model, l'any 2015 s'ha elaborat, amb una àmplia participació de professionals del sector social i sanitari i de la ciutadania, el document **L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya** (PIAISS, 2016)⁷¹, que defineix les accions que cal abordar des de l'àmbit de la persona com a individu, la comunitat, les organitzacions i la informació i la comunicació, i sobre les quals es disposa d'informació més acurada en el document esmentat. Tant aquesta proposta com altres documents sobre polítiques sanitàries cerquen cada vegada més allunyar-se del model paternalista i afavorir la veu de la ciutadania.

Objectius per a 2020

- Dissenyar estratègies adreçades a implementar el model d'atenció integrada centrada en la persona i avaluar-ne el procés.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Analitzar l'estat de situació de la implantació del model d'atenció centrada en la persona en els centres i proveïdors de Catalunya.
- Treballar conjuntament amb els proveïdors la implementació del model en els seus centres.
- Elaborar recomanacions per fer efectiva l'operativització del model.
- Avaluar la implementació del model d'ACP en els diferents àmbits definits.

Fites més destacades per al juny de 2017

- Implantació en cada àrea de gestió assistencial (AGA) d'un mínim de dos projectes que complexin els criteris del model d'ACP acordats en una llista de criteris (check-list) i avaluació del grau d'implantació d'acord amb les dimensions identificades.
- Avaluació dels projectes del model d'ACP implantats d'acord amb els indicadors proposats en el marc avaluatiu i d'acord amb les diferents dimensions identificades.

Activitats inicials

Elaborar un mapa de l'estat del desenvolupament d'estratègies d'ACP dels diferents proveïdors de Catalunya i identificar lideratges.

Dissenyar conjuntament amb totes les parts implicades del Departament de Salut i del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, la llista de criteris (check list) que cal tenir en compte a l'hora de fer la valoració del què, el com i el quan es pot considerar que els proveïdors estan implementant un model d'ACP tenint compte els àmbits d'actuació identificats en els eixos de treball.

Elaborar una guia per al disseny i la implementació del model d'ACP.

Dissenyar i establir els indicadors per avaluar-ne el grau d'implementació d'acord amb les dimensions identificades en el marc avaluatiu del document L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya i tenint en compte els criteris proposats per a la seva elaboració.

Projecte 1.4. Autoresponsabilització, autocura i foment de l'autonomia de les persones

El desenvolupament tecnològic, la cronicitat i l'actitud més participativa dels ciutadans en el seu entorn social determinen la necessitat que aquests tinguin més protagonisme en relació amb la seva salut mitjançant l'autoresponsabilització i l'autocura. Això permet que aconseguixin més autonomia i un grau més elevat de compliment, alhora que facilita la presa de decisions compartides.

En aquest procés de canvi de paradigma, els professionals de la salut han de contribuir amb una actitud oberta a una relació més compartida amb la persona que atenen, mitjançant les seves habilitats comunicatives i els seus coneixements. La finalitat d'aquest projecte és establir una relació de confiança mútua que faciliti la formació i l'educació de la persona atesa, de manera que tingui un més bon coneixement sobre la responsabilitat que l'afecta en el procés de curació i sobre la necessitat d'adoptar comportaments responsables en relació amb la seva salut.

Objectiu per a 2020

- Continuar desenvolupant les estratègies i els programes de foment de l'autoresponsabilització i l'autocura i d'impuls de la presa de decisions compartides en els aspectes relacionats amb la salut i la qualitat de vida de les persones.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Dissenyar, amb la participació de la ciutadania, estratègies i programes adreçats a l'autoresponsabilització, el foment de l'autocura i la presa de decisions compartides.
- Desenvolupar estratègies adreçades a una millora del grau d'alfabetització en salut de la persona atesa i de la ciutadania en general durant totes les etapes del cicle vital.
- Desenvolupar, mitjançant accions d'informació i formació, el canvi d'un model paternalista a un model en què puguin deliberar totes les parts implicades en el procés.
- Promoure, mitjançant la informació i la formació, l'autoresponsabilització dels ciutadans en l'àmbit de la seguretat dels pacients en relació amb l'atenció sanitària.

Fites més destacades per al juny de 2017

- Assoliment de 7.000 pacients participants en el programa "Pacient Expert Catalunya" i posada en marxa de les proves pilot dels grups de noves malalties.
- Desplegament de les diferents línies previstes del programa "Cuidador Expert Catalunya" (demències, pacients crònics complexos, trastorns mentals greus, dany cerebral i pares d'infants amb malalties cròniques).
- Presentació dels resultats del projecte "Activa't per la salut mental".

Activitats inicials

Implantar els grups de les noves malalties cròniques al programa Pacient Expert Catalunya (obesitat, depressió, supervivents de càncer de mama) i fer-ne el seguiment.

Elaborar les guies i el material educatiu del programa Pacient Expert Catalunya en relació amb les malalties inflamatòries intestinals i la migranya crònica.

Implantar les proves pilot del programa “Cuidador Expert Catalunya” a tot el territori català i fer-ne el seguiment.

Fer el disseny d'estratègies d'alfabetització basat en l'informe de resultats de l'ESCA 2014.

Donar a conèixer el concepte seguretat dels pacients en relació amb l'atenció sanitària als diferents grups d'interès: ciutadania, pacients i familiars, entitats de pacients.

Dur a terme accions de formació adreçades a grups d'interès per mitjà dels professionals, els centres assistencials de referència i l'ús de tecnologies digitals.

Fer el disseny d'estratègies d'informació i formació per a la implantació d'un nou model d'educació sanitària que tinguin relació amb l'ús dels recursos assistencials del sistema i dels actius de la comunitat com, per exemple, el consentiment informat, el document de voluntats anticipades i el pla de decisions anticipades.

Impulsar els projectes del Consell Consultiu de Pacients de Catalunya com el projecte “Decisions compartides”, que relaciona l'evidència científica amb les preferències i els valors dels pacients.

Impulsar el projecte “Activa't per la salut mental” a Catalunya amb la implementació de les dotze experiències pilot que es van posar en marxa l'any 2015 i avaluar-ne els resultats.

Participació de la federació d'entitats de la salut de Lleida FeSalut en les activitats corresponents.

Projecte 1.5. Utilització de les tecnologies en el nou model relacional d'atenció integral i integrada

L'ús que facin les persones de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) ha d'estar supeditat a una utilització més eficient dels serveis, la promoció de l'autocura i la participació i implicació en el procés d'atenció integrada sobre la base de les seves necessitats. Les TIC han de permetre una atenció més individualitzada i centrada en les necessitats de les persones, alhora que han de facilitar-ne la coresponsabilitat i autonomia en la presa de decisions pel que fa a la cura de la seva salut.

Per al desenvolupament estratègic d'aquest canvi de model d'atenció no presencial mitjançant les TIC és necessària i imprescindible la participació activa de les persones que les utilitzen de manera habitual, i de la ciutadania en conjunt, per tal d'assegurar que el que es dissenya tingui en compte els diferents perfils i graus de coneixement i d'utilització dels usuaris.

Les TIC han de facilitar que el ciutadà pugui gestionar les demandes d'interacció i resoldre les seves necessitats. Per aconseguir-ho, aquestes eines han de ser:

- Fiabils i segures en l'entorn de les xarxes.
- Fàcils i accessibles quant a usabilitat.
- Amb capacitat per resoldre les demandes i necessitats concretes del ciutadà.
- Amb la garantia que els continguts estan avalats per l'Administració.

Objectiu per a 2020

- Dissenyar les eines TIC d'ús generalitzat que permetin de manera interactiva fomentar l'autocura, la participació i la coresponsabilitat dels ciutadans en la prevenció de les malalties i la cura de la pròpia salut.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Facilitar la capacitat de les persones mitjançant el disseny d'estratègies i l'aplicació de programes adreçats a la millora de l'ús de les TIC que siguin coherents amb les seves necessitats.
- Implicar les persones, la ciutadania, en el disseny d'estratègies que afavoreixin la utilització de les TIC amb l'objectiu de fomentar hàbits d'autocura i estils de vida saludables durant totes les etapes del cicle vital.
- Utilitzar les TIC per definir un nou marc de relació que tingui en compte els àmbits d'actuació no presencials com a elements afegits a la cartera de serveis de les diferents línies assistencials.
- Desenvolupar estratègies que facilitin el desenvolupament de l'atenció no presencial.
- Desenvolupar estratègies mitjançant les TIC adreçades a una millora del grau d'alfabetització en salut de la persona i de la ciutadania en general durant totes les etapes del cicle vital.
- Promoure un pla de comunicació durant el període del Pla de salut de Catalunya 2016-2020 que situï l'espai personal Cat@Salut La Meva Salut com a eina bàsica d'interacció entre la ciutadania i els serveis de salut.

Fites més destacades per al juny de 2017

- Desplegament de la consulta virtual mitjançant la plataforma Cat@Salut La Meva Salut.
- Lliurament d'informació personalitzada sobre la situació del ciutadà en relació amb els registres de llista d'espera quirúrgica.

Activitats inicials

Desplegar el Cat@Salut La Meva Salut. Continuar-ne el desplegament i ampliar-ne els continguts. Definir els continguts assistencials de participació i gestió. Haver assolit un percentatge determinat de població usuària (el 4% de la població atesa en els equips d'atenció primària durant l'exercici 2016).

Valorar el nivell de satisfacció dels usuaris de Cat@Salut La Meva Salut.

Fer un nou disseny del Canal Salut, adaptar els continguts existents i crear-ne de nous.

Fer nous espais de consulta virtual i telemedicina per donar continuïtat al desplegament i l'ampliació de continguts en el camp de la teleassistència i la telemedicina.

Dissenyar noves estratègies i continguts adreçats al ciutadà mitjançant el 061 CatSalut Respon.

Dissenyar el projecte del programa Pacient Expert Catalunya en format 2.0.

Estendre el model de e-consulta a les ABS de la regió.

Línia 2. Implicació dels professionals

El Pla de salut de Catalunya 2016-2020 defineix les línies d'actuació que han de dur a terme els professionals del sistema sanitari. Per aquest motiu és estratègic comptar amb la seva aliança i participació. Els professionals han d'adquirir, mantenir i millorar les competències necessàries per realitzar les actuacions definides en les línies esmentades. Aquestes competències han de ser coherents amb els estàndards de qualitat que el mateix Pla de salut els exigirà, de manera que cal pensar quines estratègies s'han d'implementar per promoure la millora constant de la qualitat a través del creixement competencial dels professionals.

La Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària (DGOPRS), i més concretament la Subdirecció General d'Ordenació i Desenvolupament Professional (SGODP), despleguen polítiques que promouen el desenvolupament professional i és en aquest sentit que aquestes polítiques han de convergir en aquesta línia del Pla de salut. Això es concreta en els dos primers projectes d'aquesta línia. El primer té a veure amb la creació d'un sistema que permeti als professionals elaborar i implementar un pla individual de desenvolupament que s'ajusti a les línies del Pla de salut i que serveixi per valorar el nivell de creixement assolit en cada cas i per estimular el progrés continuat al llarg de tota la vida professional. El segon projecte té a veure amb el foment de la participació dels professionals en allò que es refereix a la protecció de la seva autonomia d'actuació, una autonomia que està garantida per un cos propi de coneixements i competències que assegurin una atenció correcta al ciutadà.

Finalment, el tercer projecte d'aquesta línia, promogut per la Secretaria d'Atenció Sanitària i Participació, fa referència al lideratge dels professionals al si de les organitzacions sanitàries. Els nous models de salut i de professionalisme, profundament interrelacionats, situen el mateix professional com a motor de canvi dins de les institucions i fan imprescindible l'emergència de figures de lideratge a diferents nivells perquè els processos de progrés es consolidin.

Projecte 2.1. Elaboració i implantació del Pla de desenvolupament professional continuat

Els professionals han de ser capaços d'implementar i dur a terme les accions que els calen per mantenir i millorar la seva competència. És una obligació ètica que tenen i el sistema de salut els ho ha de facilitar. La formació contínua constitueix tradicionalment el pilar sobre el qual es realitzen aquestes accions, però el paradigma del desenvolupament professional no es clou només amb les activitats educatives que se'n desprenen. Tot allò que forma part de la pràctica professional, la docència, la recerca i que serveix per millorar la competència i, per tant, la qualitat de la feina, també ha de formar part del conjunt d'accions que s'anomenen *desenvolupament professional*.

Aquest projecte pretén elaborar un pla (PDPC) que orienti aquest procés conjuntament amb els organismes i les entitats que representen els professionals.

Objectiu per a 2020

- Haver implementat un sistema de reconeixement del desenvolupament professional que permeti demostrar el nivell competencial assolit i que ajudi cada professional a progressar de manera contínua en la millora de la seva qualitat de treball.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Definir els àmbits professionals d'actuació a partir de les professions i dels professionals sanitaris.
- Acordar els continguts i tipus d'accions que cal tenir en compte per a la valoració del desenvolupament professional.
- Proposar els instruments per mesurar o valorar les accions abans consensuades i establir els procediments per fer-ne ús.
- Consensuar mecanismes de reconeixement de les accions valorades i dels possibles nivells assolits.
- Dur a terme una experiència pilot d'implementació del PDPC.
- Esmenar i corregir el PDPC en aquells aspectes que indiqui l'experiència pilot.
- Desplegar la implementació del PDPC a tot el sistema.

Fita més destacada per al juny de 2017

- Redacció d'un document que concreti tots els aspectes del PDPC: professionals a qui s'adreça, continguts competencials que cal valorar, instruments i procediments de mesura, definició dels nivells que cal assolir i estratègia d'implementació.

Activitats inicials

Fer grups de treball que tinguin l'objectiu d'elaborar una enquesta d'opinió sobre els aspectes que cal tractar abans esmentats.

Fer el llançament d'un estudi de tipus del mètode Delphi amb l'enquesta elaborada i amb l'objectiu de prioritzar els punts que cal tractar en el PDPC.

Fer la redacció tècnica del PDPC d'acord amb els resultats de l'enquesta i l'ordre de prioritats establertes.

Ratificar el PDPC pels consells de participació de la SGODP com ara el Consell de les Professions Sanitàries de Catalunya, Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries, el Consell de la Professió Mèdica de Catalunya, el Consell de la Professió Infermera de Catalunya.

Projecte 2.2. Impuls dels òrgans de participació del Departament de Salut en matèria d'ordenació i desenvolupament professional

El sistema de salut necessita que els seus professionals posin en comú les seves aportacions ja que són els professionals els que materialitzen els canvis que fan avançar les organitzacions i la prestació dels serveis assistencials. En aquest sentit, esdevé un aspecte clau per orientar les polítiques sanitàries en matèria d'ordenació professional escoltar els professionals, o els seus representants, sobre la formació especialitzada i continuada, sobre la revisió periòdica de les competències i sobre tots aquells aspectes que incideixen en l'exercici professional i la pràctica clínica.

Per això, es planteja com a repte prioritari dur a terme, de manera participada i a través de l'impuls i l'actualització dels òrgans de participació del Departament de Salut en matèria d'ordenació i desenvolupament professional, el pla per al reconeixement del desenvolupament professional i també regular alguns àmbits d'actuació dels professionals d'infermeria com ara la indicació, l'ús i l'autorització de dispensació de medicaments i productes sanitaris.

Objectius per a 2020

- Mantenir una interlocució permanent i fluida amb els representants dels professionals sanitaris per tal que assessorin el Departament de Salut en totes aquelles matèries que incideixen en les polítiques d'ordenació i desenvolupament professional, amb l'objectiu últim de millorar la pràctica assistencial a través dels nivells de competència, l'acreditació i la reacreditació periòdica dels professionals.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Donar estabilitat als òrgans de participació professional existents al Departament de Salut, a través de reunions periòdiques que garanteixin la interlocució i la participació dels professionals sanitaris en les polítiques relacionades amb l'ordenació i el desenvolupament professional.
- Impulsar altres mecanismes de participació dels professionals que els permeti influir en les polítiques de planificació, ordenació i desenvolupament professional.
- Crear una xarxa sentinella de professionals sanitaris que informin, aconsellin i assessorin el Departament de Salut en aquells aspectes en què són competents.

Fites més destacades per al juny de 2017

- Refundació del Consell de la Professió Mèdica de Catalunya (CPMC) i acord amb el Consell de les Professions Sanitàries de Catalunya (CPSC), el Consell de la Professió Infermera de Catalunya (CPIC) i Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries (CCFCPS) sobre la configuració i la implantació del Pla de desenvolupament professional a Catalunya (PDPC).
- Elaboració de la disposició normativa reguladora de la indicació, l'ús i l'autorització de dispensació de medicaments i productes sanitaris per part dels professionals d'infermeria, amb la participació de les parts implicades.

Activitats inicials

Dissenyar estratègies participatives.

Actualitzar els representants del CPMC i del CPIC i reunir, com a mínim una vegada, tots els òrgans de participació esmentats per escoltar-ne les propostes pel que fa als objectius d'aquesta línia.

Presentar davant del CPSC, el CPMC, el CPIC i el CCFCPS un pla de desenvolupament professional continuat perquè s'examini.

Fer participar el CPIC en el desplegament normatiu per a la indicació, l'ús i l'autorització de dispensació de medicaments i productes sanitaris per part dels professionals d'infermeria.

Projecte 2.3. Desenvolupament organitzatiu i participació dels professionals

La transformació del sistema de salut passa per reforçar la identificació i la potenciació de líders professionals que s'impliquin en aquest canvi. La naturalesa de la tasca d'atenció a la salut comporta valors de solidaritat, altruisme i compromís social que generen un potencial de lideratge professional, tan des del punt de vista assistencial com organitzatiu. L'emergència i el desenvolupament de les iniciatives i la implicació professional està fonamentalment condicionada per l'ecosistema de les organitzacions on les persones desenvolupen la seva tasca assistencial. Crear un entorn favorable en les organitzacions sanitàries és un pas primordial per a l'emergència d'aquests lideratges i per a la millora del benestar dels seus professionals.

Objectiu per a 2020

- Potenciar eines que facilitin la participació i el lideratge dels professionals en el funcionament organitzatiu i del sistema sanitari.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Elaborar un document marc on es defineixi el paper dels professionals en la transformació del sistema de salut i es formulin recomanacions per al desenvolupament de formes d'organització que afavoreixin la progressió de lideratges professionals.
- Crear mecanismes que afavoreixin la confluència entre els valors professionals i els valors de les organitzacions.
- Identificar indicadors per avaluar la participació dels professionals en el sistema de salut.
- Definir i implementar estratègies de formació per potenciar els lideratges emergents.
- Dissenyar un model de benchmarking i seguiment sobre innovació organitzativa i lideratge professional.

Fita més destacada per al juny de 2017

- Elaboració d'un document marc que defineixi les àrees d'actuació i recomanacions operatives per fomentar la participació i el lideratge dels professionals en el marc d'un nou model de desenvolupament organitzatiu.

Activitats inicials

Crear grups de treball, amb la participació dels diferents agents del sistema, per a l'elaboració del document marc.

Línia 3. Salut pública⁶

L'Estratègia 2020 de l'OMS proposa enfortir els serveis i les competències en salut pública perquè esdevinguin un dels pilars per fer front als nous reptes per a la salut de la població, sobretot els que han empitjorat arran de la crisi econòmica. Segons l'OMS, és clau actuar sobre les desigualtats, la globalització, la migració i la urbanització, la degradació ambiental i el canvi climàtic. Tots aquests factors, els canvis demogràfics i l'envelliment progressiu de la població influeixen en la salut de la població europea i impliquen canvis en el patró epidemiològic de les malalties i els factors de risc amb augment de la prevalença de malalties cròniques no transmissibles, i també de les emergents, d'algunes de les transmissibles, i de les emergències sanitàries.

A més, els factors de risc ja coneguts, com el consum de tabac i alcohol, el sedentarisme, una alimentació poc saludable i l'obesitat associada, es troben en la base de la major part dels problemes de salut crònics i presenten una distribució molt desigual en la població en relació amb els determinants socials.

Per actuar sobre aquesta realitat canviant, i atès que la salut pública s'entén com la ciència i l'art de prevenir la malaltia, perllongar la vida i promoure la salut a través de l'esforç organitzat de la societat, es requereix un enfocament simultani en els determinants estructurals i en les accions individuals.

És essencial garantir un conjunt bàsic i nuclear de serveis de salut pública en l'àmbit poblacional, comunitari i individual, accessibles, d'alta qualitat, efectius i eficients, i reforçar les capacitats i competències del sistema de salut pública per proveir-los, integrant les actuacions en promoció, protecció i vigilància, i assegurant el desplegament territorial en tot Catalunya, sinèrgicament amb l'Administració local i el sistema sanitari assistencial.

⁶ Vegis el Projecte Regional 13.1 Prioritats en salut pública. Factors de risc que requereixen intervencions regionals preferents: tabac i sedentarisme.

Projecte 3.1. Protecció de la salut: innovació en la gestió del risc, adaptada als nous reptes i riscos emergents

És ben coneguda la influència del medi ambient sobre la salut. Alguns determinants de l'entorn de les persones són responsables d'un percentatge important de la càrrega de mortalitat i morbiditat de la població. Entre aquests es troben la qualitat de l'aigua i de l'aire i l'exposició als productes químics. Els nous coneixements científics i tecnològics ens mostren riscos emergents, com els disruptors endocrins, les substàncies persistents i les bioacumulatives, que es poden trobar en diferents compartiments del medi o formant part d'articles diversos. És imprescindible avaluar-los i trobar el millor mètode de gestió per protegir la salut de la població.

Amb el Reglament 1907/2006, relatiu al registre, l'avaluació, l'autorització i la restricció de les substàncies i preparats químics, i el Reglament 1272/2008), sobre classificació, etiquetatge i envasament de substàncies i mesclures, la Unió Europea regula les substàncies i barreges químiques dins del seu territori per tal de garantir un alt nivell de protecció de la salut humana i del medi ambient.

La protecció de la salut que duu a terme el Departament de Salut, juntament amb altres administracions, desenvolupa programes o procediments específics adreçats a minimitzar, prevenir i controlar l'impacte de l'exposició als condicionants esmentats.

D'altra banda, els Objectius de desenvolupament sostenible 2015-2030 que les Nacions Unides han fixat a escala global aborden de manera interconnectada una sèrie d'elements clau: el creixement econòmic, la inclusió social i la protecció del medi ambient. En aquest marc s'insereix la lluita contra el malbaratament d'aliments.

Objectiu per a 2020

- Promoure la gestió del risc basada en la prevenció de l'exposició de les persones a qualsevol perill present al medi o a l'entorn de l'activitat humana.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Actualitzar el document Programa de vigilància i control sanitaris de les aigües de consum humà de Catalunya, reenfocant-lo en funció dels plans de seguretat de l'aigua.
- Crear una unitat interdepartamental de foment i seguiment a Catalunya dels reglaments REACH (registre, avaluació, autorització i restricció de les substàncies i els preparats químics) i CLP (classificació, etiquetatge i envasament de substàncies i mesclures).
- Reduir la incidència del canvi climàtic en l'aigua apta per al consum humà.
- Reduir el malbaratament d'aliments, promoure l'aprofitament segur del menjar i regular-ne la donació.

Fites més destacades per al juny de 2017

- Disponibilitat d'una proposta del document Programa de vigilància i control sanitaris de les aigües de consum humà de Catalunya i de l'actualització dels criteris d'autocontrol.
- Definició d'una unitat interdepartamental per al foment i seguiment a Catalunya dels reglaments REACH i CLP.
- Elaboració d'una proposta de reglamentació sobre donació i aprofitament d'aliments sobrants.

Activitats inicials

- Elaborar una proposta del document *Programa de vigilància i control sanitaris de les aigües de consum humà de Catalunya* i crear un grup de treball intern amb personal tècnic de serveis centrals i del territori.
- Realitzar de manera conjunta entre els departaments implicats el projecte europeu "REF-4" de control de restriccions de determinats articles i substàncies perillosos.
- Elaborar una proposta de reglamentació sobre donació i aprofitament d'aliments sobrants.
- Fer formació i sensibilització sobre reducció del malbaratament d'aliments als agents de salut.

Projecte 3.2. Sistematització de les actuacions de promoció de la salut i reducció de les desigualtats

La promoció de la salut és el procés de capacitatció de les persones i les comunitats per augmentar el control sobre la salut i millorar-la. A part de l'enfocament clàssic sobre el comportament individual, inclou un ampli ventall d'intervencions socials i ambientals. D'una banda, es tracta de reconèixer que les persones i les comunitats a les quals pertanyen són les protagonistes de la pròpia salut i que, per tant, cal ajudar-les en la capacitatció per gestionar-la; i, de l'altra, cal treballar en els entorns per fer que les opcions saludables siguin les més fàcils i accessibles per a tota la població segons les seves característiques.

Del total de morts esdevingudes a Catalunya cada any, més de 21.000 estan relacionades amb l'estil de vida i amb el consum de tabac. Una de cada dues persones adultes i un de cada tres infants presenten excés de pes, i una de cada quatre persones adultes fumen.

Les accions de promoció de la salut i de prevenció de la malaltia es realitzen de manera intersectorial i requereixen el treball conjunt de diversos departaments del govern en estreta col·laboració amb l'Administració local. Perquè es puguin desplegar en el territori també cal l'actuació conjunta dels serveis de salut pública, juntament amb els del sistema sanitari assistencial, principalment els d'atenció primària, i els ajuntaments i els altres agents comunitaris.

Catalunya té una llarga tradició d'actuacions efectives i eficients de promoció de la salut. El repte és que es puguin implementar de manera sistemàtica per tal que arribin a tota la població segons les seves necessitats.

Objectiu per a 2020

de promoció de la salut i prevenció de la malaltia en totes les etapes vitals i en els àmbits sanitari, escolar, laboral i comunitari, incrementant les cobertures i disminuint les desigualtats socioeconòmiques en tots aquests factors.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Desenvolupar un pla nacional de promoció i educació per a la salut.
- Promoure la salut en l'etapa maternal i durant la infància i l'adolescència, amb atenció especial en l'àmbit escolar.
- Promoure una vida saludable a través de l'activitat física i l'alimentació, controlant l'excés de pes associat.
- Prevenir i controlar els principals riscos per a la salut, disminuint la prevalença del tabaquisme i el sedentarisme.
- Garantir unes cobertures vacunals adequades en tot el territori i en tots els subgrups de població.
- Impulsar un envelliment actiu i saludable.

- Prevenir l'obesitat infantil, reduint el gradient social amb actuacions específiques.
- Donar prioritat a actuacions que contribueixin a reduir les desigualtats en salut de persones en situació de vulnerabilitat, com les persones immigrades.

Fites més destacades per al juny de 2017

- Disponibilitat de l'actualització del *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*⁷².
- Elaboració del Pla nacional de promoció i educació per a la salut, amb atenció especial a l'entorn escolar.
- Desplegament del nou calendari de vacunacions infantil.
- Elaboració del model de prevenció i atenció a l'obesitat infantil.

Activitats inicials

- Elaborar el Pla nacional de promoció i educació per a la salut.
- Desplegar les actuacions de promoció de la vida saludable a través de l'activitat física i l'alimentació en els entorns educatiu, comunitari, laboral i sanitari: Pla d'activitat física, esport i salut (PAFES), programa d'establiments promotors de l'alimentació mediterrània (Amed), projecte de revisió de programacions de menús escolars (PReME), etc.
- Reforçar les xarxes d'atenció primària, hospitals, infància i salut mental sense fum.
- Fer actuacions de preparació i seguiment de la implantació del nou calendari de vacunacions. Consolidar el model de qualitat de les vacunacions i l'accessibilitat a les dades vacunals territorials.
- Fer actuacions a l'entorn comunitari i residencial per promoure un envelliment actiu i saludable: formació dels equips dels centres residencials en una zona representativa.
- Elaborar el model de prevenció i atenció a l'obesitat infantil.
- Fer actuacions, en el marc del PINSAP, en relació amb les persones immigrades i les persones en situació de vulnerabilitat per reduir les desigualtats.

Projecte 3.3. Alcohol i drogues: reforç de l'atenció primària

Segons l'enquesta de consum EDADES 2013, el 65% de la població catalana d'entre 15 i 65 anys ha consumit alcohol i el 3% ha consumit substàncies il·legals en els darrers 30 dies. Un 5% refereix consum de risc d'alcohol, un 13,6%, consum excessiu d'alcohol i un 10%, embriaguesa en els darrers 30 dies. I un 10,2% dels enquestats afirma que consumeix alcohol cada dia.

La identificació precoç de situacions de risc i la intervenció breu en l'atenció primària és una de les polítiques més rendibles en l'abordatge dels problemes de consum d'alcohol i altres drogues. Amb la implementació del programa "Beveu menys" s'han assolit avenços importants en les taxes de registre de l'alcohol. Tanmateix, encara queda molt per fer en l'àmbit de les drogues i és per això que en aquest sentit en 25 CAP s'està duent a terme un estudi pilot basat en la prova de detecció de consum d'alcohol, tabac i substàncies (ASSIST) de l'OMS.

Pel que fa al consum de drogues per via parenteral, tot i que n'és molt baixa la prevalença, cal tenir en compte la càrrega de morbiditat associada a la via d'ús. S'ha demostrat que els programes d'intercanvi de xeringues (PIX) són una de les estratègies més eficaces per a la reducció dels riscos associats al consum de drogues, fet aquest que ha determinat que organismes internacionals com l'OMS i l'ONUSIDA hagin considerat prioritaris aquests programes^{73, 74}. Per garantir una bona cobertura del PIX cal que els punts d'intercanvi estiguin situats de manera diversificada, no només en serveis específics d'atenció a les drogodependències sinó també en serveis de salut generals com els CAP, per tal de facilitar l'acostament a la xarxa normalitzada de recursos sociosanitaris de la població amb alt risc d'exclusió social. Actualment el PIX es duu a terme en el 12% dels CAP de Catalunya.

Objectius per a 2020

- Assolir un 80% de cobertura mitjançant el programa "Beveu menys" (existència de referent i equip format).
- Assolir un 20% de cobertura mitjançant el programa ASSIST (existència de referent i equip format).
- Assolir un 40% de cobertura mitjançant el PIX en CAP situats en zones identificades com a zones amb alta prevalença de consum de drogues injectables (existència de referent i equip format).

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Adaptar les eines a la consulta (història clínica, guies per a professionals, etc.).
- Harmonitzar i alinear els programes “Beveu menys”, ASSIST i PIX.
- Impulsar el PIX, especialment en aquells CAP situats en zones d'alta prevalença de consum de drogues injectables (zones obertes de consum).
- Fer formació integrada en identificació precoç i intervenció breu (IPIB) en drogues i en el PIX.
- Coordinar-se amb els proveïdors.
 - Promoure l'alineació amb el programa COMSalut .
 - Coordinar-se amb els dispositius especialitzats, centres d'atenció i seguiment de les drogodependències (CASD) i reducció de danys (RD) i el contínuum assistencial.

Fita més destacada per al juny de 2017

- Inclusió d'una eina de registre del consum de drogues (consum i UDPV) en el programa d'activitats preventives de la història clínica de l'atenció primària de Catalunya.

Activitats inicials

Elaborar el Pla de treball 2016-2020.

Elaborar l'estudi pilot amb el programa “ASSIST” .

Identificar els CAP situats en zones d'alta prevalença de consum de drogues injectables (zones obertes de consum).

Desplegar la formació en IPIB en drogues i en el PIX .

Projecte 3.4. Promoció de la salut en el lloc de treball: implantació del projecte “Empreses promotores de la salut”

En relació amb la seguretat i la salut laboral, les Estratègies europees de l'OMS tenen com a eixos fonamentals la millora de les condicions de treball per protegir i promoure la salut, la seguretat i el benestar dels treballadors, així com la sostenibilitat de les empreses. A la Declaració de Luxemburg els membres de la Xarxa Europea de Promoció de la Salut en el Treball (ENWHP) van consensuar la definició de *promoció de la salut en el treball* en els termes següents:

"Unir els esforços dels empresaris, els treballadors i la societat per millorar la salut i el benestar de les persones en el lloc de treball."

Això es pot aconseguir millorant l'organització i les condicions de treball de les persones, promovent-ne la participació activa i fomentant-ne el desenvolupament individual.

És responsabilitat del govern i de les administracions públiques impulsar polítiques que contribueixin a la millora de la salut de la població i a la millora de les condicions de treball i l'ocupació, així com la millora de l'economia del país mitjançant empreses més productives, competitives i sostenibles.

En aquest sentit, el projecte “Empreses promotores de la salut” (EPS) té l'objectiu ferm de contribuir a la millora de la salut de la població treballadora mitjançant l'impuls d'iniciatives que facilitin que les empreses adoptin mesures per crear entorns saludables que garanteixin la protecció de la salut i la promoció d'hàbits saludables.

L'objectiu d'aquest projecte és fomentar la promoció de la salut en l'entorn de treball de les empreses catalanes en general i de les empreses que tenen relació amb l'Administració catalana en particular.

Objectius per a 2020

- Millorar els indicadors de salut de la població catalana treballadora que impactin en una increment dels anys en bona salut i l'envelliment fisiològic amb la màxima qualitat
- Implantar el projecte EPS en 8 empreses i entre 5.000 treballadors.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Sensibilitzar les empreses per tal que es converteixin en EPS de la població activa per tal de generar i difondre la salut entre la comunitat.
- Dissenyar el mapa de necessitats específiques de salut de la població en sectors empresarials concrets de manera que això permeti el disseny de programes d'EPS més detallats. Promoure la coordinació entre el sistema sanitari de l'APS territorial i d'altres actius de salut.
- Impulsar i donar suport des de l'ASPCAT a les EPS perquè en el treball implementin:

La caixa d'eines: el sistema de gestió de l'empresa saludable.

L'acreditació i el reconeixement de les bones pràctiques a les empreses.

Les jornades de *benchmarking*.

- Fer una prova pilot en un grup d'empreses seleccionades. Realitzar la implantació d'un programa d'EPS i fer l'avaluació de l'impacte en salut i l'econòmic.
- Estendre l'experiència a cada territori en els grups d'empreses seleccionades.

Fites més destacades per al juny de 2017

- Posada en marxa d'una prova pilot del programa EPS

Activitats inicials

- Realitzar accions de sensibilització a les empreses i els serveis de prevenció de riscos laborals (SPRL) mitjançant l'oferiment de les eines dissenyades.
- Dissenyar el sistema de gestió de l'empresa saludable, la caixa d'eines i l'estratègia d'implantació a les empreses.
- Iniciar una prova pilot d'un programa en un grup d'empreses seleccionades, amb un projecte concret i avaluable.

Projecte 3.5. Vigilància de la salut pública 2.0

Aquest projecte pretén reforçar i assegurar l'extensió de la notificació per via telemàtica de les malalties de declaració obligatòria (MDO) a tot el sistema sanitari català i la seva adaptació als requeriments del Decret 203/2015. El projecte se sustenta en dos pilars: d'una banda, la consolidació del suport tècnic necessari per a la implantació i el bon funcionament del circuit de declaracions de manera telemàtica; i de l'altra, la difusió del contingut del Decret i de les modalitats de declaració entre els professionals de la xarxa sanitària assistencial per tal d'assegurar la detecció i comunicació precoç de les malalties transmissibles i la posada en marxa de totes les actuacions des de la xarxa de vigilància epidemiològica.

Objectius per a 2020

- Implantar la vigilància epidemiològica de les MDO mitjançant la generalització de la notificació per via telemàtica des dels centres sanitaris de Catalunya.
- Fer efectiu que tots els professionals dels laboratoris de microbiologia facin la declaració al Sistema de notificació microbiològica de Catalunya.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Consolidar el suport tècnic per implantar els circuits de declaració telemàtica de MDO.
- Difondre entre els professionals de la xarxa sanitària assistencial els continguts del Decret 203/2015.

Fita més destacada per al juny de 2017

Disseny d'un pla per a la comunicació telemàtica entre els proveïdors de la xarxa sanitària.

Activitats inicials

Descriure i conèixer la situació de partida dels diferents proveïdors i l'evolució prevista per l'organització, i establir quins seran absorbits per l'estació clínica d'atenció primària (ECAP) o per altres programes.

Identificar i construir un mapa de processos que mostri els diferents nivells del projecte (estratègics, operatius i de suport) i que en doni una visió integral.

Treballar conjuntament amb el CatSalut la priorització del projecte.

Establir contactes amb les direccions dels diferents centres proveïdors per tal de formalitzar la participació en el projecte.

Dur a terme reunions tècniques amb els responsables funcionals i informàtics dels centres sanitaris per tal de fer efectiva l'execució del projecte de manera descentralitzada a través dels serveis de vigilància epidemiològica territorials.

Assegurar els estudis de contactes en els casos de malalties de declaració obligatòria com les infeccions de transmissió sexual, amb la participació de professionals de l'atenció primària de salut.

Línia 4. Atenció sanitària accessible, resolutiva i integral ⁷

Al llarg del Pla de salut de Catalunya 2011-2015, amb dues línies d'actuació específiques, ja s'han desenvolupat nombroses iniciatives relacionades amb els models d'atenció de les patologies més prevalents i de més interacció entre l'atenció primària i l'especialitzada: l'atenció d'alta especialització i l'atenció continuada i urgent. Amb vista als propers anys, per tal de continuar impulsant aquests tres àmbits cabdals per a tot sistema sanitari que vulgui progressar en la integració de serveis, la resolució i l'excel·lència en resultats clínics, cal consolidar el gruix de les iniciatives empreses

Projecte 4.1. Models d'atenció de diferents patologies i reordenació de serveis

Al llarg del Pla de salut de Catalunya 2011-2015 ja s'han desenvolupat iniciatives, especialment en el model d'atenció de determinades patologies, però cal continuar incorporant-ne de noves. També cal desenvolupar actuacions específiques per a segments de població més desfavorits, amb més càrrega de morbiditat o amb una pitjor qualitat de vida. El repte clau esdevé traduir aquestes iniciatives en actuacions que generin canvis en la manera d'atendre les persones, transformacions orientades a millorar l'accés a l'atenció i la resolució, i que garanteixin l'equitat i uns nivells elevats de qualitat.

D'una banda, l'abordatge integrat de les patologies, especialment de les més freqüents, comporta donar una resposta assistencial adequada, coordinada entre nivells, resolutiva i eficient, de manera que s'aconsegueixi maximitzar l'equilibri entre els recursos disponibles i els resultats en salut i qualitat de vida obtinguts. Més enllà d'això, els nous models d'atenció han de permetre transformar el paradigma d'un sistema bàsicament presencial i reactiu en un altre que cerqui que la ciutadania i els usuaris siguin més responsables i proactius en el manteniment de la seva salut.

De l'altra, la incorporació de novetats tecnològiques a la cartera de serveis lligades al diagnòstic i al tractament han modificat la demanda. L'ordenació de serveis suposa, en alguns casos, l'ampliació i la descentralització de serveis per evitar demores innecessàries, mentre que en altres casos és preferible concentrar-los per assegurar l'expertesa i la qualitat. L'increment de persones d'edat avançada, la comorbiditat i la complexitat dels pacients menen a aproximar els serveis especialitzats a l'atenció primària, la continuïtat assistencial només és possible amb una bona coordinació entre nivells i la incorporació de serveis de suport per al conjunt de les àrees bàsiques de salut (atenció domiciliària, fisioteràpia, ASSIR, podologia, psiquiatria, pediatria, odontologia...).

Objectius per a 2020

Reordenar els serveis sanitaris i desplegar models d'atenció de les patologies amb una prevalença més elevada o amb un impacte més negatiu sobre la qualitat de vida del malalt, amb l'objectiu de donar una resposta resolutiva i coordinada entre els diferents nivells assistencials.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Continuar l'elaboració de nous models d'atenció de les patologies més freqüents o aquelles amb un impacte més negatiu en la qualitat de vida, i fer el seguiment i l'avaluació dels models d'atenció ja implementats en el territori.
- Posar al dia elements instrumentals de planificació per poder desenvolupar les activitats amb una objectivitat, rigorositat i eficiència més elevades:
 - Actualitzar els criteris de planificació de serveis sanitaris segons els nivells assistencials.
 - Adequar les projeccions de població a l'horitzó 2026 a la divisió territorial sanitària, tenint en compte els tres escenaris de projecció i els grups de població diana.

- Renovar les dades orientades a la planificació territorial en salut per poder adequar millor la cartera de serveis a les necessitats de salut de la població.

Fites més destacades per al juny de 2017

- Implantació en el territori del model d'atenció de les persones amb síndromes de sensibilització central.
- Reordenació dels serveis de reproducció humana assistida amb la posada en marxa d'un nou model i actualització del protocol per tal d'incloure-hi les dones amb parella femenina i dones sense parella.
- Endegar accions d'apoderament dels professionals d'atenció primària per la gestió de la demanda de pacients i la sol·licitud de visites a l'especialista hospitalari.

Activitats inicials

Desplegar models d'atenció:

- Continuar amb el desplegament dels models d'atenció de la dermatologia (100%) i teledermatologia (25%), oftalmologia (100% i estendre l'eina Arbres de decisió en oftalmologia en dues àrees de gestió assistencial) i salut mental (100%), i iniciar-lo en insuficiència renal crònica (100%).

Elaborar nous models d'atenció:

- Model d'atenció de les persones amb síndromes de sensibilització central (fibromiàlgia, síndrome de fatiga crònica i sensibilitat química múltiple), i desplegar-ne el 100%.
- Model d'atenció d'urologia, i desplegar-ne el 15%.
- Revisar el model de malalties de l'aparell locomotor i dissenyar el protocol d'atenció a l'artrosi de genoll.
- Model d'atenció a les persones transsexuals.

Reordenar serveis:

- Atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR): revisar el model d'atenció general, actualitzar la cartera de serveis, adequar la compra i contractació, i revisar el model d'atenció del part de baixa complexitat.
- Unitats de cirurgia de complexitat baixa i mitjana: cirurgia vascular i cirurgia pediàtrica.
- Reproducció humana assistida: crear un banc de gàmetes, unificar les llistes d'espera, i modificar el protocol per incloure-hi dones lesbianes i dones sense parella masculina.

Endegar accions d'apoderament dels professionals d'atenció primària per les especialitats de nefrologia, hemostàsia, urologia i al·lèrgies.

Projecte 4.2. Reordenació de l'alta especialització

En l'àmbit de l'atenció complexa el repte continua vigent: la recerca de la qualitat excel·lent i més equitat de resultats en prestacions o serveis que es caracteritzen per requerir expertesa i coneixements molt especialitzats i l'ús d'una tecnologia complexa, canviant i costosa. L'objectiu és disposar de prestacions o serveis d'alta especialització amb una qualitat i uns resultats clínics equiparables als estàndards internacionals, cosa que en alguns casos pot implicar la concentració de l'activitat en un nombre reduït de centres o serveis, i garantir al mateix temps una adequada accessibilitat dels pacients d'arreu del país mitjançant l'assignació de poblacions i/o territoris específics a centres de referència prèviament establerts.

El Pla de salut de Catalunya 2011-2015 ja recollia aquests plantejaments en una línia d'actuació pròpia i es van treballar àrees específiques

Fites més destacades per al juny de 2017

- Reordenació dels procediments de cardiologia intervencionista (desfibril·ladors cardíacs automàtics implantables, DAI, i implants valvulars aòrtics transcatèter, IVAT).
- Actualització del tractament endovascular de l'ictus isquèmic.
- Reordenació de la cirurgia d'ovari (cirurgia oncològica complexa).

Activitats inicials

Iniciar l'avaluació dels resultats clínics obtinguts pels centres de referència amb relació als processos terciaris, i comparar-los amb estàndards internacionals tenint en compte l'accessibilitat de poblacions i/o territoris.

Iniciar la reordenació de prestacions o àrees que es consideren prioritàries i la implantació dels canvis organitzatius que se'n deriven:

- Cirurgia d'ovari (cirurgia oncològica complexa)
- Cardiologia intervencionista
- Cirurgia de raquis
- Actualitzar el tractament endovascular de l'ictus isquèmic
- Malalties minoritàries (continuació)
- Malaltia inflamatòria intestinal
- Broncoscòpia complexa
- Diagnòstic molecular del càncer
- Trasplantament renal

Endegar un estudi de les patologies i processos de mitjana i alta complexitat que es poden resoldre en centres regionals i la seva coordinació amb centres terciaris de Barcelona, sota els principis de la consideració al menys dels següents factors: el nombre de casos a atendre (la N) que ha de ser suficient per garantir la qualitat (la Q) a uns cost social acceptable (€).

Revisió dels convenis existents amb els centres de tercer nivell i ampliació progressiva dels mateixos per les patologies que ho precisin de l'estudi anterior.

Projecte 4.3. Revisió de la implantació del model d'atenció continuada i urgent i dels seus resultats

El Departament de Salut va definir un model d'atenció de les demandes d'atenció immediata (atenció continuada, urgent i d'emergències) basat en la classificació adequada de la necessitat i la definició de circuits per atendre-la en el dispositiu més adient, segons la necessitat assistencial de la persona afectada i els recursos disponibles al territori. Encara que en els darrers anys s'ha aconseguit estabilitzar la freqüentació de les urgències hospitalàries, el desplegament territorial d'aquest model ha estat heterogeni.

A més, la implantació de diferents codis d'actuació en cas d'emergències ha permès millorar la qualitat de l'atenció en aquests casos i reduir la mortalitat causada per aquestes patologies.

Malgrat aquests bons resultats, l'atenció continuada i urgent continua sent un àmbit prioritari d'actuació en què hi ha encara un marge de millora important i amb un elevat impacte sobre la salut de la població i les seves necessitats. Per aquest motiu, cal revisar la implantació territorial del model així com els circuits, els fluxos i els resultats.

A la Regió de Lleida, i tal i com s'ha explicat dins l'anàlisi de situació, l'atenció primària de salut té un paper fonamental per l'atenció continuada i urgent.

Objectius per a 2020

Definir i implantar a tot el territori el model d'urgències del futur, que tingui en compte, equitativament i resolutivament, des de l'àmbit extrahospitalari fins a l'hospitalari. Actualitzar els rols dels diferents dispositius d'atenció immediata i la seva interrelació, i homogeneïtzar els processos urgents per tal d'adequar-los a criteris de qualitat assistencial i de satisfacció dels drets dels seus usuaris.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Implantar el model d'atenció de les demandes d'atenció immediata a tot el territori, en consonància amb el Pla director d'urgències de Catalunya.
- Consolidar els dispositius d'atenció continuada i urgent de l'atenció primària, l'atenció domiciliària i la resolució telefònica (demandes d'atenció ateses sense mobilització de recursos).
- Potenciar el desenvolupament d'alternatives a l'hospitalització convencional (hospitalització a domicili, subaguts o hospitals de dia) i de fluxos alternatius en l'atenció urgent de determinats grups de malalts, com ara els pacients oncològics o crònics complexos, amb l'objectiu que les seves descompensacions se solucionin en entorns centrats en els usuaris i les seves necessitats.
- Establir un temps màxim d'estada dels usuaris a les urgències dels nostres hospitals i emprendre les actuacions necessàries perquè es pugui complir.

- Implantar, si escau, nous codis d'emergències i monitorar el funcionament dels ja implantats. Incrementar el percentatge de pacients amb IAM, ictus o altres patologies objecte de codi que reben el millor tractament disponible en el temps adequat.
- Treballar en xarxa per optimitzar els llits de malalts crítics i semicrítics.
- Desenvolupar els sistemes d'informació de l'atenció immediata per generar coneixement, millorar transparència i afavorir l'avaluació dels resultats.

Fites més destacades per al juny de 2017

- Aprovació del Pla director d'urgències de Catalunya.
- Aprovació del Pla d'ordenació de l'atenció continuada i urgent de Catalunya (en el marc del Pla integral d'urgències).

Activitats inicials

Crear el Pla director d'urgències de Catalunya i iniciar-ne l'elaboració.

Revisar la implantació de l'actual model d'atenció continuada i urgent i els circuits i fluxos en tots els territoris de la Regió de Lleida. Ordenar l'atenció continuada i urgent, i revisar els requisits que determinen la planificació territorial dels dispositius d'atenció continuada i urgent de l'atenció primària, d'acord amb l'activitat observada i els criteris socioeconòmics.

Definir i consensuar el temps màxim que un usuari pot estar físicament a les urgències hospitalàries i les diferents estratègies per tal de poder implantar-lo.

Analitzar les alternatives a l'hospitalització convencional i els fluxos alternatius en l'atenció urgent de determinats grups de malalts.

Iniciar la definició dels criteris d'atenció domiciliària i a residències assistides.

Definir el model en xarxa de llits de malalts crítics i semicrítics.

Definir i iniciar la implantació del nou sistema de monitoratge de l'atenció urgent a tots els centres, amb les adequacions necessàries per l'atenció primària de salut.

Projecte 4.4. Nou model d'atenció primària i comunitària

Després de trenta anys des de l'inici de la reforma de l'atenció primària a Catalunya i malgrat que el balanç és globalment molt positiu, tant en termes de qualitat assistencial com de resultats en salut, l'estructura que presenta a dia d'avui aquest nivell assistencial no permet donar una resposta plenament adaptada a les necessitats actuals de la població ni dels professionals. Els canvis demogràfics i l'impacte de les malalties cròniques sobre la salut de la població, juntament amb l'empitjorament de la situació econòmica general i de les condicions de vida de les persones, demanen una nova orientació del primer nivell assistencial del nostre sistema de salut.

És per això que es jutja convenient endegar un procés d'anàlisi i de reflexió que ajudi a identificar els elements que cal transformar del model d'atenció primària. Aquest nou model ha de facilitar el posicionament de les persones i les seves necessitats socials i de salut en el centre del procés d'atenció. Tal procés de reflexió ha de conduir a l'elaboració d'un pla estratègic de transformació de l'atenció primària i comunitària a Catalunya que, abastant àmbits que ara no estan formalment integrats a l'atenció primària, permeti una coordinació millor amb els altres nivells assistencials, faciliti la continuïtat de l'atenció, potenciï la resolució, i millori la satisfacció dels ciutadans i dels professionals.

Objectiu per a 2020

Implantar de forma progressiva les actuacions que proposi el Pla estratègic de l'atenció primària i comunitària a tot el territori.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Incrementar la capacitat de resolució de l'atenció primària.
- Apoderar l'atenció primària mitjançant més autonomia de gestió i capacitat de compra dels equips d'atenció primària (EAP).
- Fomentar la coordinació entre atenció primària i especialitzada, amb objectius i serveis de salut compartits.
- Reforçar la perspectiva comunitària en l'atenció primària.
- Avançar en la integració dels EAP amb els restants dispositius que proporcionen atenció i serveis ambulatoris sense internament.
- Augmentar l'atracció dels professionals cap a l'atenció primària i comunitària.

Fita més destacada per al juny de 2017

- Aprovació del Pla estratègic d'atenció primària i comunitària.

Activitats inicials

Redactar el document de recomanacions de base per a l'elaboració estratègic d'atenció primària i comunitària:

- Definir consensuadament els principals àmbits que ha d'abordar el Pla estratègic.
- Executar el treball de grups focals i preparar el guió de treball per al grup de reflexió que elaborarà les propostes del Pla estratègic.
- Realitzar els treballs del grup de reflexió.
- Elaborar les recomanacions de base per a l'elaboració del Pla estratègic.

Elaborar el Pla estratègic d'atenció primària i comunitària.

Executar les primeres mesures prioritzades pel Pla.

Estendre la implementació del model a més territoris de la Regió de Lleida

Línia 5. Política farmacèutica i del medicament

La política farmacèutica i del medicament s'ha d'abordar de forma integral i integrada a la resta del sistema sanitari i dels sectors productius, de manera que permeti millorar els resultats en salut; fomenti l'ús racional, segur, eficaç i eficient dels medicaments; promogui la gestió eficient de la prestació farmacèutica, descentralitzant actuacions en el territori (regions sanitàries) i garanteixi la sostenibilitat i l'accés a la innovació farmacològica.

Implantar una política integral i integrada com una línia dins del Pla de salut ha de permetre articular una visió transversal del medicament dins del sistema sanitari. Aquesta ha de ser una visió que vagi més allà de la despesa farmacèutica, centrada en el medicament com una inversió en resultats en salut i en un model col·laboratiu amb tot el sector sanitari, professionals, gestors, farmàcies, distribuïdors i indústria farmacèutica en benefici de les persones i de la seva qualitat de vida.

La política farmacèutica i del medicament pretén englobar tota la cadena del medicament des d'una visió assistencial i de salut, en un entorn d'equitat en l'accés i finançament sostenible, tot buscant la mirada del medicament com a inversió en resultats en salut i no només com a despesa. Aquesta política ha d'estar integrada en cinc eixos, que donen lloc als projectes d'aquesta línia del Pla de salut:

1. Accés a la innovació farmacològica
2. Polítiques de prescripció i dispensació
3. Compra i finançament dels medicaments
4. Utilització de medicaments i coresponsabilització
5. Avaluació de resultats de l'ús dels medicaments

Projecte 5.1. Accés a la innovació farmacològica

A través del Programa d'harmonització farmacoterapèutica del CatSalut es garanteix la utilització equitativa i eficient dels nous medicaments, la qualitat i seguretat en la prescripció i l'optimització de recursos.

De manera paral·lela, cal la implementació d'una metodologia i posar els recursos necessaris per tal d'anticipar-se i planificar l'accés de la innovació futura.

Objectiu per a 2020

Garantir l'accés als nous medicaments d'acord amb les necessitats de la població en un entorn sostenible.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Crear l'Agència Catalana del Medicament (ACMED).
- Incorporar criteris de cost-efectivitat i la participació dels pacients en l'harmonització dels medicaments i en els processos de presa de decisions en l'àmbit farmacoterapèutic.
- Definir i executar un pla d'accés i pagament de la innovació.
- Crear el radar de la innovació farmacològica per a l'anticipació i planificació del seu accés.
- Desplegar polítiques d'anàlisi multicriteri per a la presa de decisions (MCDA) per a la valoració de l'accés al medicament.

Fita més destacada per al juny de 2017

Creació del radar de la innovació farmacològica per a l'anticipació i planificació del seu accés.

Activitats inicials

- Posar les bases per a la creació de l'ACMED.
- Fer proves pilot amb la metodologia de l'anàlisi de cost-efectivitat en l'harmonització de medicaments.
- Definir un pla per a l'accés i pagament de la innovació.
- Definir el projecte del radar de la innovació farmacèutica.
- Estudiar la viabilitat d'aplicar el MCDA a l'harmonització de medicaments.

Projecte 5.2. Polítiques de prescripció i dispensació

En l'àmbit de la prestació farmacèutica és prioritari garantir la seguretat del pacient en la utilització de medicaments. Per tal d'assolir aquesta fita és necessària la implantació i la millora dels procediments així com les eines de coordinació entre els professionals que prescriuen i dispensen medicaments. Així mateix, cal incorporar instruments que facilitin el compliment dels tractaments, centrats en el pacient i adequats a les seves necessitats.

La recepta electrònica esdevé un element clau en la prestació farmacèutica, ja que facilita la integració dels diversos col·lectius professionals i l'apoderament del farmacèutic per tal de millorar l'atenció farmacèutica i aportar més capacitat resolutiva al sistema sanitari i per tant, millors resultats en salut de la població.

Objectiu per a 2020

Aconseguir una prescripció i dispensació segura, eficient i de qualitat.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Consolidar la recepta electrònica (RE) com a element integrador del sistema sanitari, i incorporar noves solucions de mobilitat i seguiment domiciliari, així com eines de suport a la dispensació segura i eficient.
- Implantar la interoperabilitat de la recepta electrònica amb la resta de comunitats autònomes.
- Desenvolupar polítiques d'optimització i de selecció eficient del medicament.
- Incorporar la prescripció de medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA) i de nutrició enteral domiciliària (NED) en el sistema integral de RE.
- Potenciar la prescripció i la indicació de medicaments i productes sanitaris per part d'altres col·lectius professionals com ara la infermeria.
- Consolidar la funció del farmacèutic com a educador sanitari i d'informació de medicaments, i potenciar la cartera de serveis inclosa en el concert: activitats de sistema personalitzat de dosificació (SPD) i en matèria de medicaments, especialment en poblacions específiques, com ara gent gran i malalts crònics.
- Potenciar l'atenció farmacèutica en xarxa centrada en la persona, i integrar els serveis farmacèutics d'hospital entre si i amb la resta de serveis farmacèutics de l'atenció primària i comunitària.

Fita més destacades per al juny de 2017

Consolidació de la recepta electrònica (RE) com a element integrador del sistema sanitari, i incorporació de noves solucions de mobilitat i seguiment domiciliari, així com d'eines de suport a la dispensació segura i eficient.

Activitats inicials

- Definir un programa pilot per a la implantació d'una atenció farmacèutica en xarxa (serveis farmacèutics hospitalaris, atenció primària i farmàcia comunitària).
- Desenvolupar el Programa d'atenció farmacèutica al pacient crònic complex (PCAF).
- Incorporar tota la medicació en el pla terapèutic dels pacients.
- Desenvolupar els instruments necessaris perquè els professionals d'infermeria facin la indicació de medicaments.

Projecte 5.3. Compra i finançament dels medicaments per resultats

El CatSalut ha posat en marxa diferents mesures per millorar l'eficiència en la compra de medicaments i reduir les tensions del sistema, com el pagament per resultats en forma d'acords de risc compartit (ARC) entre diferents hospitals i empreses farmacèutiques, l'establiment de tarifes farmacològiques, o el desenvolupament d'instruments per optimitzar la compra mancomunada de medicaments hospitalaris.

Objectiu per a 2020

Optimitzar sinèrgicament la compra de medicaments i el pagament per resultats.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Aplicar models innovadors per al finançament de la medicació hospitalària (tarifes per procés, esquemes de pagament per resultats, etc.).
- Desenvolupar experiències de compra agregada de medicaments hospitalaris mancomunadament amb tots els hospitals.
- Estendre a tot el territori els acords de risc compartit (ARC) basats en esquemes de pagament per resultats (EPR).

Fita més destacada per al juny de 2017

Extensió a tot el territori dels acords de risc compartit (ARC) basats en esquemes de pagament per resultats (EPR) amb la inclusió dels EPR al dictamen.

Activitats inicials

- Estendre els acords de risc compartit actuals a més hospitals de Catalunya.
- Crear l'òrgan coordinador de preus i compra de medicaments del SISCAT.

Projecte 5.4. Utilització de medicaments i coresponsabilització

S'ha observat que la manca de coneixement de la població en relació amb el seu tractament està relacionada amb possibles errors en la utilització així com amb la manca del compliment. En aquesta línia es potencien les actuacions per tal de fer arribar informació clínica als professionals de la salut i a la ciutadania, especialment pel que fa als pacients crònics i/o pacients polimedicats. La implementació d'estratègies de formació en l'àmbit de la salut i en l'àmbit del medicament contribuirà al fet que els pacients participin més en la presa de decisions i que hi hagi una coresponsabilització en l'ús adequat i segur dels medicaments.

Objectiu per a 2020

Millorar l'efectivitat, l'ús racional i la seguretat dels tractaments.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Potenciar el desenvolupament d'eines, línies d'informació i sistemes analítics transversals de la prestació farmacèutica, sobre la base de criteris clínics.
- Establir un model per a la revisió de tractaments per a pacients crònics i polimedicats i implantar eines per a la millora de la conciliació en la prescripció, dispensació i compliment dels tractaments.
- Establir plans d'actuacions per a la detecció de problemes de seguretat clínica en matèria de medicaments, per tal d'implementar línies de seguiment d'ús segur dels medicaments i l'estimació de l'impacte sobre els usuaris potencials, d'acord amb els sistemes d'informació de la prestació farmacèutica.
- Implantar un model de Pla de medicació per pacient individual i integrat, amb la incorporació de tots els tractaments instaurats en l'àmbit sanitari públic, i garantir-ne l'accessibilitat.
- Potenciar eines per tal d'informar, formar i oferir educació sanitària sobre ús dels medicaments i l'ús racional a professionals i ciutadans: Canal Medicaments i Farmàcia, CedimCat i *Butlletí d'Informació Terapèutica* (BIT), La Meva Salut, programes d'actualització terapèutica i jornades monogràfiques.
- Generar i difondre coneixement a través de la plataforma GeCoFarma (Generant Coneixement sobre la Prestació Farmacèutica).

Fites més destacades per al juny de 2017

- Generació i difusió de coneixement a través de la plataforma GeCoFarma.

Activitats inicials

Establir una política estructurada de revisió i conciliació dels tractaments farmacològics per a tot el SISCAT.

Desenvolupar instruments analítics de gestió de la informació per a la millora de la gestió farmacèutica.

Crear canals i eines que apropin el coneixement del fàrmac als pacients.

Projecte 5.5. Avaluació de resultats de l'ús dels medicaments

Es disposa d'informació àmplia i detallada del consum i de la prescripció de medicaments i és possible interrelacionar els diferents registres sanitaris amb les dades de prescripció i consum. Això permet avaluar la indicació dels tractaments, l'acompliment de les guies terapèutiques, l'efectivitat de les diferents alternatives de tractament, associar els diferents graus de morbiditat i gravetat amb les diferents línies de tractament, i comparar la variabilitat de pràctica clínica.

A més, la creació i l'establiment del registre de dades clíniques (registre de pacients i tractaments, RPT) permet mesurar els resultats en salut mitjançant la recollida sistemàtica de dades sobre l'efectivitat i la seguretat en condicions de la pràctica clínica habitual. Així mateix, les dades obtingudes a través del registre s'utilitzen per a retroalimentar el sistema d'informació i millorar els estàndards de qualitat i eficiència de les prestacions farmacèutiques.

Objectiu per a 2020

Millorar l'efectivitat dels tractaments mitjançant l'avaluació de resultats en salut.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Avaluar els resultats en salut enregistrats en el registre de pacients i tractaments (RPT) en el marc del Programa d'harmonització, i donar suport als ARC (acords de risc compartit), a la política de compra i finançament.
- Millorar l'efectivitat dels tractaments a través del *benchmarking*.
- Incorporar indicadors de resultats en els sistemes analítics de farmàcia.

Fites més destacades per al juny de 2017

Avaluació dels resultats en salut enregistrats en el registre de pacients i tractaments (RPT) en el marc del Programa d'harmonització donant suport als ARC (acords de risc compartit).

Activitats inicials

- Implantar un sistema de seguiment sistemàtic dels resultats en salut relacionats amb l'ús dels medicaments.
- Dissenyar un model de *benchmarking* sobre resultats en salut.

Línia 6. Atenció integrada i cronicitat ⁸

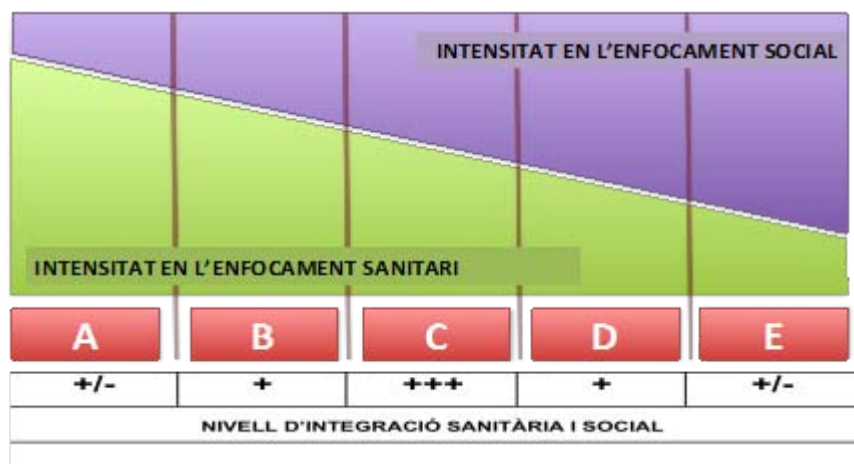
Els propers anys, Catalunya estarà sotmesa a la pressió progressiva de grans reptes en els entorns demogràfic, epidemiològic, sociològic i econòmic. En aquest context nou, que posa en tensió les garanties dels sistemes d'atenció a les persones a mitjà termini, la resposta assistencial ha de ser encara més eficaç, solvent i equitativa.

Els enfocaments basats en una atenció integrada i centrada en les persones, on aquestes assumeixin un nou rol apoderat i on la resposta a les necessitats a les quals no puguin fer front es doni des d'un enfocament assistencial compartit i col·laboratiu, han demostrat ser la millor opció per superar els reptes esmentats.

Aproximadament el 5% de la població presenta necessitats complexes de salut, majoritàriament relacionades amb càrregues rellevants de morbiditat crònica. L'impacte d'aquest grup poblacional en el model convencional d'atenció, en els resultats en salut esperables així com en el perfil i el cost de l'ús de recursos, és molt important. Per aquest motiu, assegurar una resposta assistencial adequada a les necessitats i preferències de les persones, que garanteixi les condicions òptimes d'equitat i justícia social que permetin minimitzar condicions de desigualtat, és un objectiu principal del sistema sanitari, i també del social.

Hi ha un ampli consens internacional en el fet que l'atenció integral, integrada i centrada en la persona és el millor enfocament en aquest context i, per aquest motiu, Catalunya opta per convertir-se en un país referent de bones pràctiques a través del desplegament dels projectes que conformen aquesta línia estratègica.

L'abordatge de les necessitats complexes de salut es fa en un contínuum en què l'enfocament social i sanitari pren diferents graus de protagonisme, tal com s'observa en la figura XX. Per aquest motiu, els projectes d'aquesta línia tenen continuïtat amb els del PIAISS de la línia 12 "Polítiques interdepartamentals i intersectorials" i, idealment, també haurien de ser compartits amb els del Pla estratègic de serveis socials 2016-2020 del Departament de Treball, Afers Socials i Família.



⁸ Vegis també el projecte regional 13.3 Atenció domiciliària integral.

Projecte 6.1. Implementació d'un model d'atenció integral i centrat en les persones amb malalties cròniques i amb necessitats complexes, des d'una òptica poblacional

La progressió conceptual i operativa de l'estratègia catalana d'atenció a la cronicitat posa de manifest que el perfil de necessitats de les persones és molt ampli i que, quan comporta l'aplicació d'un model d'atenció fragmentat, es produeix una pèrdua en l'eficàcia i en l'equitat del procés assistencial. Acceptar això implica un replantejament de les lògiques assistencials dels professionals, en què la visió integral i centrada en la persona és predominant i porta a abandonar la tradició paternalista i la visió clínica compartimentada.

Per aquest motiu, es fa necessari implementar un model d'atenció integral capaç de copsar les necessitats i preferències de les persones i donar-los resposta, especialment quan hi ha complexitat, des d'un enfocament de país que garanteixi l'equitat, l'eficàcia i l'eficiència de l'acció assistencial.

Objectius per a 2020

Implementar i generalitzar un model d'atenció integral centrat en les persones amb malalties cròniques i necessitats complexes.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Implementar models d'atenció centrada en la persona i de presa de decisions compartides (en coordinació amb el projecte 1.3 de la línia 1 "Les persones, la seva salut i el sistema sanitari").
- Conceptualitzar i identificar la complexitat.
- Definir entre professionals de l'àmbit sanitari i el social l'estratègia comuna de valoració integral de la complexitat.
- Establir criteris unificats quant a la planificació avançada de l'atenció i les decisions anticipades.
- Adequar els plans d'atenció i la gestió de casos al model d'atenció integral.

Fites per al juny de 2017

- Consens i implementació del model català d'atenció a la complexitat.

Activitats inicials

- Definir i iniciar la implementació de l'instrument de planificació proactiva de la resposta assistencial a les persones que presenten situacions de complexitat.
- Consensuar una proposta d'abordatge de les pràctiques compartides entre professionals, i entre professionals i persones ateses, incloent-hi la gestió de casos i els referents professionals.
- Establir una epidemiologia de la complexitat clínica.
- Arribar a una identificació del 50% de prevalença poblacional de pacients crònics complexos i amb malaltia crònica avançada, i amb pla d'intervenció individualitzat i compartit (PIIC) de qualitat.
- Dissenyar una versió 3.0 del PIIC, incloent-hi accions col·laboratives, referències addicionals a les de l'atenció primària de dimensió social.
- Formar en línia el 50% de professionals sanitaris en matèria de planificació de decisions anticipades, i el 50% dels referents territorials de manera presencial.
- Iniciar la valoració integral del catàleg de funcionalitats tecnològiques SISS.cat, d'informació assistencial compartida pel territori.

Projecte 6.2. Implementació del model d'atenció integrada en els territoris i els equips assistencials

L'antic paradigma assistencial, basat en l'excel·lència de les pràctiques individuals, no és capaç de fer front a la creixent complexitat de les necessitats de les persones. Els àmbits de millora en l'impacte de l'acció integrada deriven, sobretot, de la reformulació funcional dels equips assistencials i de noves maneres d'organització i interacció en el context territorial.

Aquest procés de reconfiguració ha d'interpel·lar tots els recursos i tots els territoris naturals del sistema, sota l'aixopluc d'unes propostes genèriques comunes que són, alhora, aplicades respectant les singularitats de cada context.

Objectiu per a 2020

Implementar, arreu del sistema sanitari, iniciatives d'atenció integrada amb enfocament territorial que incorporin elements de redisseny dels equips assistencials.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Estendre els processos clínics integrats i les rutes assistencials per a les malalties cròniques més prevalents, iniciats en el Pla de salut de Catalunya 2011-2015.
- Implementar de manera generalitzada les rutes o els pactes territorials d'atenció integrada a les condicions de complexitat.
- Redissenyar els equips i els dispositius assistencials des d'un enfocament territorial i poblacional.

Fites per al juny de 2017

- Avaluació de les rutes assistencials iniciades, actualització de la ruta assistencial d'atenció a la complexitat i desenvolupament d'experiències de redisseny d'equips assistencials amb perspectiva territorial.

Activitats inicials

- Notificar els resultats d'impacte de les sis rutes clàssiques de malaltia crònica ja implementades amb un esquema comú i poblacional d'avaluació proposat pel CatSalut.
- Publicar una versió actualitzada de la ruta assistencial de la complexitat (RAC) en cada àrea de gestió assistencial (AGA) amb criteris de qualitat respecte a l'atenció 7x24, l'atenció a les transicions i el pacte funcional amb serveis socials bàsics.
- Presentar almenys dues experiències de redisseny d'equips assistencials (una d'atenció primària i una d'atenció especialitzada) en cada regió sanitària.

Projecte 6.3. Desenvolupament d'instruments transversals facilitadors del model d'atenció integrada

El model d'atenció a les persones exigeix el disseny i el desplegament de polítiques i instruments facilitadors i promotors de l'atenció integral i integrada, que s'expressa finalment en un conjunt d'objectius i pràctiques compartides.

Aquests elements facilitadors es refereixen tant a la implementació necessària de factors transversals com a la identificació i el progrés d'implementació de contextos assistencials o grups poblacionals específics en els quals el desenvolupament d'enfocaments d'integració assistencial resulta particularment significativa en termes poblacionals.

Objectiu per a 2020

- Desenvolupar els instruments i els contextos que facin possible la implementació del model d'atenció integral i integrada centrada en les persones.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Integrar els sistemes d'informació i comunicació (entre professionals i entre professionals i persones usuàries).
- Modelitzar l'atenció integrada en entorns i condicions singulars.
- Elaborar plans de formació de professionals i líders .
- Potenciar la generació de coneixement i posicionament en contextos externs.

Fita per al juny de 2017

- Definició dels objectius amb altres projectes del Pla de salut que tinguin a veure amb l'atenció a les malalties cròniques.

Activitats inicials

- Definir i desenvolupar un objectiu comú sobre la consulta electrònica entre la persona atesa i el professional i la interconsulta electrònica remota entre professionals dels diferents àmbits assistencials (en coordinació amb la línia 10 "Salut digital").
- Definir i desenvolupar un objectiu comú sobre avenços en la implementació de La Meva Salut (en coordinació amb el projecte 1.5 de la línia 1 "Les persones, la seva salut i els sistema sanitari").
- Desenvolupar el model d'atenció a la complexitat pediàtrica, adaptat del model general , amb coherència amb el projecte 6.4.
- Desenvolupar el model d'atenció a la complexitat pediàtrica, adaptat del model general.
- Desenvolupar el model d'atenció a la fragilitat subclínica i de prevenció de la discapacitat, amb visió operativa i orientació social i comunitària (en coordinació amb el projecte singular 7 "pla de prevenció de la discapacitat en persones grans fràgils").

- Definir i desenvolupar un objectiu comú sobre el compliment, la revisió i la conciliació en polifarmàcia i complexitat (en coordinació amb el projecte 5.3 de la línia 5 “Política farmacèutica i del medicament”).
- Completar l’anàlisi epidemiològica de la desnutrició en complexitat clínica, associada a una proposta de valoració i actuació.
- Definir i desenvolupar un objectiu comú compartit sobre estratègies de formació en habilitats (tècniques i relacionals) per a professionals i líders sobre atenció integrada i competències transversals (en coordinació amb la línia 2 “Implicació dels professionals”).
- Establir acords formals sobre atenció integrada amb l’OMS i la Fundació Internacional per a l’Atenció Integrada.
- Integrar en els plans de recerca departamentals els projectes més rellevants en cronicitat i atenció integrada (en coordinació amb la línia 7 “Recerca i innovació”).

Projecte 6.4. Model organitzatiu d'atenció integral a la població adulta i infantil amb necessitats pal·liatives i en situació de final de vida

En el marc de l'atenció continuada i a la cronicitat, cal potenciar que les persones rebin atenció pal·liativa d'acord amb les seves necessitats, en el moment adequat i adaptada a les diferents situacions i delimitacions territorials.

Per això, és necessària una reconsideració del rol de cadascun dels nivells i recursos assistencials per tal de millorar la qualitat de l'atenció pal·liativa en termes d'accessibilitat, d'equitat, de coordinació i continuïtat assistencials i incorporar-hi els sistemes d'informació. Cal també potenciar-ne la integració amb altres serveis, especialment socials i educatius, fomentar-ne la recerca i la innovació, i respectar-ne l'autonomia i els valors.

Aquest projecte proposa una definició nova del model organitzatiu d'atenció integral a les persones amb necessitats pal·liatives i en situació de final de vida, en la qual s'inclogui l'atenció als infants amb necessitats pal·liatives, tant per causa oncològica com per patologia no oncològica.

Objectius per a 2020

- Definir i implantar la reordenació de l'atenció pal·liativa i al final de la vida per a la població pediàtrica (i els seus familiars).
- Definir i implantar el model organitzatiu integrat de l'atenció pal·liativa i al final de la vida per a població adulta integrant-lo en les propostes de la RAC o dels pactes funcionals d'atenció integrada al territori.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Planificar territorialment l'atenció pal·liativa i al final de la vida per a la població pediàtrica i adulta.
- Dissenyar i implementar les rutes assistencials de cronicitat avançada i atenció pal·liativa en tots els territoris.

Fites per al juny de 2017

- Elaboració i consens de les bases i les recomanacions sobre planificació territorial de l'atenció pal·liativa i al final de la vida per a la població pediàtrica i adulta.

Activitats inicials

- Disposar d'un grup de treball per a la planificació operativa de l'atenció a la cronicitat avançada i l'atenció pal·liativa en població pediàtrica i adulta.
- Analitzar la situació actual de l'atenció a la població pediàtrica i adulta amb malaltia avançada i terminal que requereix cures pal·liatives.
- Elaborar les bases i les recomanacions sobre planificació territorial de l'atenció pal·liativa i al final de la vida per a la població pediàtrica i adulta.

Projecte 6.5. Atenció integrada al pacient crònic complex de salut mental

El canvi de paradigma que comporta el model d'atenció a la cronicitat complexa ha significat un pas més per fer evolucionar el model d'atenció al trastorn mental sever (TMS) i el trastorn mental greu (TMG), definits a principis dels anys noranta pel Pla director de salut mental i addiccions. Les polítiques internacionals (OMS; Pla d'acció europeu en salut mental) recomanen als governs l'abordatge de les malalties mentals per la càrrega que generen en termes de discapacitat i pels costos sanitaris i socials que comporten. L'esperança de vida de les persones afectades és entre quinze i vint anys inferior a la de la població general, a causa de la comorbiditat de problemes de salut mental, consum de tòxics i malaltia somàtica, cosa que fa augmentar la discapacitat, la complexitat i els costos de l'atenció.

Actualment, a Catalunya, s'ha identificat que un 3,82% de la població atesa pel sistema sanitari (prop de 300.000 persones) compleix els criteris de pacient crònic de salut mental, més de la meitat dels quals són pacients crònics complexos, i representen al voltant del 2% de la població catalana.

Objectius per a 2020

- Implementar a tot Catalunya el model d'atenció a les persones amb trastorn mental de complexitat, i integrar-lo en les propostes de la RAC o dels pactes funcionals d'atenció integrada al territori.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Desenvolupar el marc conceptual que faciliti el canvi del concepte de TMS i TMG al de pacient crònic (PC) i pacient crònic complex (PCC).
- Consensuar les rutes assistencials d'atenció als pacients crònics complexos de salut mental (PCC-SM) en el marc de les rutes assistencials a la complexitat o els pactes funcionals d'atenció integrada als territoris.
- Definir el procés de gestió clínica integral en el territori.
- Generar un model de bones pràctiques compartides.

Fites per al juny de 2017

- Identificació dels PCC-SM d'acord amb els criteris definits.
- Disseny del PIIC entre els serveis implicats.

Activitats inicials

- Difondre el document sobre el model d'atenció definit conjuntament entre el Pla director de salut mental i addiccions i el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat.
- Iniciar la identificació dels pacients a través de la història clínica compartida de Catalunya (HC3).
- Desenvolupar proves pilot en territoris definits.

Línia 7. Recerca i innovació en salut

La recerca ha de ser indestruïble de la pràctica assistencial i els abordatges col·laboratius són fonamentals per millorar-la, accelerar-ne la innovació i afavorir-ne la incorporació.

Les estratègies en matèria de recerca i innovació en salut s'estableixen en el Pla estratègic de recerca i innovació en salut 2016-2020 (PERIS 2016-2020), que està pendent d'aprovació, i que té com a finalitat enfortir el lideratge del sistema sanitari de Catalunya i garantir la generació de coneixement nou gràcies a les accions instrumentals que es desenvoluparan a través de finançament competitiu.

Els objectius estratègics del PERIS 2016-2020 són els següents:

1. Promoure la participació dels pacients, i en general dels ciutadans de Catalunya, en les polítiques de recerca i innovació del sistema de salut de Catalunya.
2. Incrementar la qualitat de la recerca que es fa en l'àmbit de la salut per garantir l'excel·lència del nostre sistema.
3. Intensificar les capacitats de translació del coneixement generat pels investigadors i tecnòlegs als processos assistencials en les àrees de la prevenció, el diagnòstic i el tractament dels processos patològics.
4. Enfortir la capacitat i el lideratge internacional dels centres de recerca en salut de Catalunya.
5. Potenciar la formació i l'ocupabilitat de científics i tecnòlegs en el sistema de salut i enfortir les capacitats científiques dels professionals de la salut.
6. Integrar les polítiques de recerca i innovació en salut amb les altres existents a Catalunya.
7. Potenciar el paper del sistema de salut de Catalunya com a agent d'innovació creant mecanismes per accelerar la transferència de coneixement cap al sector productiu.
8. Promoure la divulgació científica i el coneixement crític dels avenços científics en l'àmbit de la salut.

Projecte 7.1. Desplegament del Pla estratègic de recerca i innovació en salut 2016-2020

El moment de l'elaboració del Pla de salut de Catalunya 2016-2020 coincideix també amb el procés d'elaboració del PERIS 2016-2020. Per aquest motiu, durant el període de vigència del Pla de salut, es preveu que la línia estratègica de recerca incorpori les prioritats que el PERIS vagi definint i en faci possible l'operativització.

El PERIS s'ha de convertir en un instrument que maximitzi el potencial de les tecnologies genòmica, proteòmica, de les ciències robòtiques, la nanotecnologia, la biotecnologia i la bioinformàtica i les TIC, així com la millora de la gestió dels processos assistencials. Per fer-ne possible el desplegament, el PERIS s'estructura en programes operatius que persegueixen l'assoliment dels objectius estratègics, i cada programa es desplega en accions instrumentals específiques, que s'executaran mitjançant convocatòries anuals d'ajuts.

Objectiu per a 2020

- Desplegar el PERIS 2016-2020 mitjançant un sistema anual de convocatòries.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

El PERIS s'estructura en els programes operatius i les accions instrumentals següents:

Programes operatius	Accions instrumentals
Programa d'impuls del talent i de l'ocupabilitat.	Formació de científics i tecnòlegs. Incorporació de científics i tecnòlegs. Mobilitat interinstitucional. Intensificació de professionals de la salut.
Programa d'enfortiment institucional.	Xarxes de recerca i innovació. Participació en activitats científiques d'abast internacional. Activitats de foment de la recerca en cooperació amb altres agents i institucions.
Programa de generació de coneixement d'excel·lència.	Projectes de recerca orientats a la transferència a la pràctica clínica. Programes estratègics de recerca orientats per desenvolupament de grans programes .
Programa de suport a les infraestructures científiques i tècniques.	Suport estructural als centres de recerca en salut Dinamització institucional. Suport per a la creació de plataformes científiques i tecnològiques.
Programa de foment i impuls de la innovació en salut	Enfortiment de les estructures de valorització i transferència del coneixement dels centres e instituts. Activitats de creixement i l'acceleració de projectes innovadors

Aquestes accions instrumentals s'han d'implementar, tenint en compte les prioritats temàtiques, mitjançant una convocatòria anual de subvencions, que, en règim de concurrència competitiva pública, ha d'identificar les accions i activitats així com la selecció dels agents als quals va adreçada. L'objectiu d'aquestes convocatòries és garantir el desplegament dels objectius del PERIS amb la màxima eficiència i eficàcia a fi de permetre accelerar la implantació de solucions noves als problemes de salut del conjunt de la societat.

Per mantenir la coherència estratègica al llarg de tot el procés, la Direcció General de Recerca i Innovació en Salut ha d'elaborar un pla anual d'activitats, que ha d'anar acompanyat d'un pla financer per a aquelles activitats que requereixin el finançament amb fons públics.

Fites per al juny de 2017

- Resolució de la primera convocatòria d'ajuts a la recerca i la innovació dels programes operatius i publicació de la segona convocatòria.

Activitats inicials

- Aprovar el PERIS 2016-2020.
- Elaborar el pla anual d'activitats i el pla financer.
- Publicar la primera convocatòria d'ajuts a la recerca i la innovació.

Projecte 7.1.1 La recerca a Lleida

Els objectius de recerca enunciats al Pla de Salut de Catalunya 2016-2020 es concretaran en el Pla estratègic de Recerca i Innovació territorial de Lleida per respondre a les necessitats de salut d'aquesta població i que alinea els seus objectius territorials al Pla Estratègic de Recerca i Innovació en Salut (PERIS) del Departament de Salut.

L'eix vertebrador de la Investigació en salut del territori és el l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida

També ha de compartir de manera específica objectius i línies estratègiques amb les institucions de recerca del nostre entorn i situar-se en la globalitat del món investigador:

- La recerca de la Universitat de Lleida (UdL)
- La recerca en salut de Catalunya 2016 2020 dins del Pla Estratègic de Recerca i Innovació en Salut (PERIS)
- La del Pla estatal d'Investigació científica i innovació (2013-2016)
- La del Programa marc de Recerca i Innovació de la Unió Europea (2014-2020), "Horizon 2020"

Tots ells coincideixen en enfrontar-se als reptes que presenten els canvis demogràfics i el de les malalties cròniques en un escenari de recursos limitats. Per això, els objectius d'aquest pla giren al voltant de dos eixos estratègics:

1. Benefici en salut
2. Sostenibilitat del sistema sanitari

L'eix vertebrador de la Investigació en salut del territori és el l' Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, que acull i gestiona la investigació en salut que realitzen investigadors de la UdL i del la xarxa assistencial (ICS, GSS). Per tant ha d'haver un enfocament comú i compartit entre el Pla estratègic territorial i el de l'IRBLleida, tenint en compte les oportunitats i particularitats que proporciona el territori:

- També hi ha altres Instituts d'investigació a Lleida amb àrees d'excel·lència que possibiliten l'establiment de col·laboracions i sinergies:

Agrotecnio – Agrifood Research Centre

Inspires – Institut Politècnic d'Innovació i Recerca en Sostenibilitat

Parc Científic i Tecnològic Agroalimentari de Lleida

L'IRBLl acull i gestiona la investigació en salut que realitzen investigadors de la UdL i del la xarxa assistencial (ICS, GSS).

- Una xarxa assistencial amb dos hospitals de referència en aliança estratègica, l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i l'Hospital Universitari Santa Maria que comparteixen sistemes d'informació i usuaris amb l'atenció primària de salut.

- Una indústria agroalimentària potent, característica de l'economia lleidatana

- Estudis de Veterinària

- Producció porcina: primera a Espanya i juntament amb Alemanya líders a Europa.

- La nova entitat de Ciència i Recerca experimental biomèdica aplicada (CREBA)

Aquesta realitat confereix a la recerca a Lleida de personalitat pròpia per cercar una singularitat i una excel·lència per ser atractius i competitius en convocatòries europees.

Per tot això, en el marc del pla estratègic de salut dels propers anys, l'IRBLleida, es planteja donar un impuls i un nou enfocament estratègic amb l'objectiu d'accelerar l'aplicació dels resultats d'investigació en salut innovació i creació de riquesa per a construir un model sanitari sostenible.

Els valors en els què es basa són:

- Abordatge col·laboratiu, multidisciplinari i multidimensional, és a dir, entre disciplines biomèdiques (biòlegs, metges i infermeria) i disciplines tecnològiques i d'altres àrees del coneixement (informàtica, matemàtiques ..). Avui no es pot plantejar la investigació aplicada sense posar la mirada en les noves tecnologies o en dispositius complexos d'anàlisi de dades.

- Recerca alineada amb les prioritats de salut: Càncer, Malalties vasculars, Malalties mentals, Malalties respiratòries, Malalties neurodegeneratives, Malalties de l'aparell locomotor, Malalties transmissibles, Malalties de la infància i adolescència, Malalties minoritàries.

Línies estratègiques:

Amb les fortaleeses dels grups de recerca que integren l'IRBLleida i la transversalitat i equilibri entre recerca bàsica, translacional i clínica de l'entorn de recerca de Lleida, es plantegen les següents línies estratègiques:

1. Malalties vasculars i patologies relacionades
2. Malalties transmissibles
3. Neurociències i salut mental

Línies d'acció: es buscarà la competitivitat en abordatges en els quals podem ser competitiu i singulars:

- *Big Data*. Es treballarà per poder disposar d'una estructura funcional per a la construcció de grans bases de dades: una estructura constituïda per bioinformàtics, estadístics, anàlisi computacional i Biobanc. Aquestes bases de dades, amb les degudes precaucions, podran oferir-se per estudis col·laboratius internacionals. Aquesta estratègia permetrà accelerar l'obtenció de resultats en innovació diagnòstica, de processos o de tractaments.
- *CREBA*: proporciona un model únic, proper a l'humà. Disposem d'instal·lacions d'avantguarda amb la particularitat d'oferir observació de llarga supervivència gràcies a les instal·lacions adjacents del Centre d'Estudis Porcins (CEP).
- *Unitat d'assajos clínics dins de l'IRBLleida*, que a curt termini pot oferir unes instal·lacions per realitzar assajos fases I i II. La captació d'assajos ha de constituir un objectiu comú per als dispositius assistencials i de recerca. Per això es pretén arribar a acords amb altres plataformes catalanes i estatals. Com estratègia territorial, es cercaran aliances amb Agrotècnio i oferir les nostres instal·lacions a assajos amb aliments, a més dels que provenguin de la indústria farmacèutica.

Línia 8. Gestió de l'excel·lència i la seguretat

La qualitat en la prestació dels serveis sanitaris és un element fonamental i imprescindible. Tanmateix, no es pot considerar que ve donada per la bondat aparent dels serveis prestats, sinó que cal constatar-la i promoure l'aplicació de les millors pràctiques a l'abast. En aquest sentit, la seguretat, com un dels components clau de la qualitat, requereix un canvi cultural que inclou l'orientació de tots els serveis als resultats en salut com a única manera d'assolir l'excel·lència. La qualitat i la seguretat de l'atenció són elements que cal maximitzar i garantir al ciutadà. El repte per a les organitzacions sanitàries i els professionals serà promoure l'excel·lència i la qualitat de la sanitat a Catalunya com a referent de confiança per al ciutadà.

La promoció i la garantia de la qualitat i la seguretat assistencials es vehiculen mitjançant diferents estratègies, com ara la formació dels professionals sanitaris, la regulació d'aspectes bàsics de la qualitat i la seguretat en l'autorització administrativa preceptiva dels centres, l'acreditació dels nivells òptims de qualitat orientats cap a l'excel·lència, la inspecció preventiva, la promoció de la cultura de la seguretat i les bones pràctiques, el reconeixement dels bons resultats, entre d'altres. En aquesta línia també es tracta del medicament i dels productes sanitaris com a eines terapèutiques essencials de les quals cal garantir la qualitat i la seguretat en el procés assistencial.

Els proveïdors regionals implementen les seves polítiques de qualitat i seguretat que estan emmarcades en aquests principis generals d'aquest Pla de Salut.

Projecte 8.1. Atenció sanitària de qualitat i excel·lent

Per garantir que l'atenció sanitària i farmacèutica que reben els ciutadans de Catalunya és de qualitat i excel·lent, el sistema sanitari ha de poder certificar que s'assoleixen uns nivells òptims de qualitat. Entre les diferents eines de què disposa l'Administració per a la promoció de la qualitat del sistema sanitari i farmacèutic destaquen els models d'acreditació basats en la promoció de les bones pràctiques; les inspeccions preventives proactives prèvies a un esdeveniment advers, i el projecte de la marca "Q", que avalua resultats, els reconeix i els comparteix amb els centres sanitaris.

Objectius per a 2020

- Acreditar la qualitat dels centres d'atenció sanitària de Catalunya de les quatre principals línies assistencials (atenció primària, hospitals d'aguts, sociosanitaris i centres de salut mental i addiccions).
- Controlar l'adequació als criteris de qualitat establerts mitjançant l'execució d'un pla anual d'inspeccions preventives als centres assistencials i no assistencials, com ara la indústria farmacèutica, els distribuïdors de medicaments i els fabricants i distribuïdors de principis actius.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Disposar d'un sistema d'acreditació dels centres i serveis sanitaris de Catalunya.
- Elaborar una nova regulació de l'autorització administrativa.
- Dur a terme inspeccions preventives.
- Reconèixer l'excel·lència (marca "Q" de qualitat en salut).

Fites més destacades per al juny de 2017

- Inici de l'acreditació dels centres de salut mental i addiccions.
- Acreditació de la qualitat de les unitats d'expertesa en síndrome de sensibilització central.
- Publicació del decret d'autorització de centres i serveis sanitaris.
- Elaboració d'una guia d'antídots per tot el territori de Catalunya.

Activitats inicials

- Elaborar el decret d'autorització de centres i serveis sanitaris.
- Elaborar el model d'acreditació de salut mental.
- Elaborar i homogeneïtzar els indicadors del model d'acreditació d'hospitals.
- Elaborar el model d'acreditació per a les unitats d'atenció a la salut sexual i reproductiva.
- Dissenyar i implantar la marca "Q" en l'atenció primària.
- Completar el procés d'acreditació d'atenció primària
- Realitzar les inspeccions del 5% de les clíniques dentals de Catalunya.
- Complir els requisits de funcionament dels serveis i establiments farmacèutics de l'atenció primària (33%).
- Dur a terme el programa d'avaluació de la idoneïtat de l'elaboració de fórmules magistrals en l'àmbit hospitalari, d'acord amb la *Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria* del Ministeri de Sanitat (15% dels serveis de farmàcia).
- Dur a terme el pla d'inspecció preventiva del 10% de les oficines de farmàcia de Catalunya per tal de comprovar si es compleixen els estàndards de qualitat en la custòdia, la conservació i la dispensació de medicaments i productes sanitaris.
- Optimitzar la gestió sanitària en l'ús dels antídots (serveis hospitalaris).
- Dur a terme la inspecció periòdica del 30% de la indústria farmacèutica fabricant de medicaments i la de principis actius farmacèutics, i també la de les entitats de distribució de medicaments i de principis actius.

Projecte 8.2. Atenció sanitària segura

Un element estratègic per garantir que l'atenció sanitària que reben els ciutadans de Catalunya esdevingui segura és la implantació de la cultura de la seguretat als centres sanitaris. Es fa necessari mantenir l'estratègia de seguretat dels pacients iniciada en el Pla de salut de Catalunya 2011-2015 mitjançant el manteniment d'estructures funcionals i el desenvolupament de projectes que garanteixen una pràctica assistencial més segura. Per garantir la seguretat dels medicaments i dels productes sanitaris, cal establir una estratègia per prevenir riscos en l'ús. D'altra banda, cal tenir una cura especial en l'atenció de les persones d'edat avançada i de la població infantil, que, tant per la freqüència com per la gravetat, són les que presenten esdeveniments adversos amb més repercussions.

Objectius per a 2020

- Garantir que els centres assistencials disposen dels mecanismes i dels procediments necessaris per disminuir la incidència dels esdeveniments adversos més freqüents en l'atenció sanitària i farmacèutica: infeccions relacionades amb l'atenció sanitària, caigudes i úlceres per pressió.
- Implementar als hospitals de Catalunya un protocol de seguretat per a medicació d'alt risc.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Impartir formació per a professionals i ciutadans.
- Promoure bones pràctiques en seguretat assistencial.
- Garantir la qualitat i la seguretat dels medicaments i dels productes sanitaris.
- Promoure l'atenció farmacèutica de qualitat i segura.

Fites més destacades per al juny de 2017

- Elaboració dels criteris de referència en radiologia pediàtrica de cap i coll.
- Elaboració del curs del projecte de segones víctimes i consecució que s'imparteixi a un nombre superior a 500 professionals sanitaris.
- Elaboració d'una xarxa de farmàcies sentinella a Catalunya.
- Implantació d'un protocol de seguretat per a medicació d'alt risc en tota la xarxa hospitalària pública.

Activitats inicials

- Celebrar jornades i fer formació per a professionals i pacients per promoure la cultura de la seguretat assistencial.
- Elaborar el model de seguretat dels pacients en l'atenció a la salut mental i les addiccions.
- Definir el quadre de comandament de seguretat per a l'atenció primària.
- Consolidar la notificació i gestió d'esdeveniments adversos en l'atenció hospitalària i en l'atenció primària, i obrir-la a oficines de farmàcia i ciutadans.
- Implementar el projecte de segones víctimes, que delimita l'efecte que tenen els esdeveniments adversos sobre els professionals.
- Implementar el protocol de disminució de les radiacions ionitzants innecessàries en infants.
- Desenvolupar les estratègies per a la seguretat per a medicació d'alt risc (atenció hospitalària i primària).
- Implantar projectes de seguretat dels medicaments en els centres sanitaris (maneig, manipulació, elaboració i custòdia).
- Implementar el projecte de disminució de la resistència a antibiòtics als centres sanitaris.
- Controlar que els titulars de medicaments de Catalunya compleixin les bones pràctiques de farmacovigilància (BPFV).
- Desenvolupar el projecte de xarxa de farmàcies sentinella (xarxa d'oficines de farmàcia encarregades de la vigilància del medicament).
- Desenvolupar estratègies de farmacovigilància dels medicaments subjectes a seguiment addicional (oficines de farmàcia).
- Crear un registre centralitzat i obligatori dels productes sanitaris implantats en centres sanitaris de Catalunya.
- Elaborar un document amb recomanacions per a la prevenció d'esdeveniments adversos en persones d'edat avançada, consensuat amb les societats científiques implicades en la matèria.

Línia 9. Avaluació de resultats i transparència

Els sistemes d'informació són un element important en el sector sanitari perquè faciliten el registre de les activitats assistencials, el seguiment i la continuïtat, i també perquè aporten informació que dóna suport a la presa de decisions. D'altra banda, són clau per avaluar l'acompliment del funcionament del sistema sanitari i per valorar si s'està aconseguint l'objectiu per al qual s'ha creat. Els sistemes d'informació han millorat molt els darrers anys, però cal que continuïn millorant atenent la qualitat de les dades, la capacitat d'anàlisi i la generació de coneixement a partir d'aquesta informació.

Projecte 9.1. Avaluació de resultats de tot el procés assistencial

En l'actualitat, s'avaluen els resultats assolits pels centres assistencials (Central de Resultats). Tanmateix, partint de la premissa que s'ha d'anar cap a un sistema sanitari més integrat i centrat en les persones, cal avaluar els resultats al llarg de tot el procés assistencial. Factors com ara l'estructura i el procés assistencial, i també l'estat dels pacients (morbidity associada i gravetat), s'han de tenir en compte per poder comparar resultats entre institucions o entre professionals. Com més específics siguin els indicadors i els models d'ajustament del risc, més útils seran per als proveïdors a l'hora d'examinar els factors propis que afecten els resultats i més útils també per als sistemes de salut i les persones per detectar variacions injustificades en l'accés als serveis i els resultats.

El desenvolupament actual dels sistemes d'informació en salut (*big data* en salut) fa possible aquesta anàlisi longitudinal a partir de l'encreuament dels sistemes d'informació dels diferents recursos assistencials i de registres específics de malalties. També permeten fer ajustaments del risc per morbiditat i gravetat assistencial i poblacional.

La demanda actual de transparència i rendició de comptes obliga que la informació obtinguda es posi a la disposició dels públics en tots els formats, incloent-hi el de dades obertes. És més, també obliga a mesurar i informar d'aquells temes que la ciutadania cregui més rellevants.

Els resultats d'aquesta anàlisi han de permetre, d'una banda, i mitjançant el *benchmarking*, identificar les millors pràctiques que podrien incloure's a l'Observatori d'Innovació en Gestió de la Sanitat a Catalunya i, de l'altra, alinear objectius amb el projecte "Essencial", i identificar pràctiques de poc valor.

Objectiu per a 2020

- Analitzar, utilitzant el *big data* en salut, els processos d'atenció més prevalents o d'especial interès, per tal de mesurar-ne la variabilitat, l'eficàcia, l'eficiència i la satisfacció respecte a l'atenció rebuda.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Identificar indicadors per als processos assistencials que abastin els aspectes d'eficàcia, eficiència i satisfacció dels pacients.
- Analitzar la variabilitat, l'eficàcia i l'eficiència mitjançant *big data* en salut.
- Fer *benchmarking*.
- Identificar les millors pràctiques.
- Alinear-se amb el projecte "Essencial", entre els processos i les recomanacions.
- Comunicar-se amb la ciutadania.

Fita més destacada per al juny de 2017

- Anàlisi de dos o tres processos assistencials els indicadors dels quals s'integrin en la Central de Resultats i s'examinin amb professionals clínics, en què s'hagi pogut identificar les millors pràctiques i difondre-les.

Activitats inicials

- Elaborar nous atles de variacions de la pràctica clínica i de qualitat en artroplasties, fractures osteroporòtiques, cirurgia oncològica digestiva i atenció integrada.
- Identificar les necessitats d'informació que té la ciutadania amb relació als temes de salut.
- Seleccionar dos o tres processos per analitzar i els indicadors que cal controlar.
- Deliberar els resultats obtinguts amb professionals clínics.
- Identificar les millors pràctiques en aquests processos.
- Compartir els resultats amb la ciutadania en tots els formats possibles (incloent-hi el de dades obertes).
- Difondre les bones pràctiques mitjançant l'Observatori d'Innovació en Gestió de la Sanitat a Catalunya en consonància amb les recomanacions del projecte "Essencial".

Projecte 9.2. Avaluació de la implementació i de la repercussió dels projectes d'atenció centrada en les persones

Un dels factors clau de les polítiques sanitàries per aconseguir un impacte en la salut és implicar i coresponsabilitzar els professionals, els pacients, els cuidadors i la ciutadania. Hi ha dos projectes desenvolupats per l'AQuAS que volen contribuir a la millora de la qualitat, la seguretat i la sostenibilitat del sistema sanitari proporcionant informació basada en l'eficiència, completa, adequada i comprensible per tal d'apoderar i coresponsabilitzar els pacients, els professionals, els cuidadors i els ciutadans. Es persegueix la millora en l'alfabetització per a la salut i els coneixements numèrics bàsics (riscos i probabilitats, especialment) de les persones.

Els dos projectes dels quals s'avaluarà els resultats són els següents:

Projecte "Essencial". El projecte s'adreça principalment a professionals i pretén retirar les tècniques i els procediments sovint considerats rutinaris que no aporten valor ni en l'atenció a la persona (sana o malalta) ni en la millora dels resultats (clínic o econòmic). El projecte disposa del suport de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears i de múltiples societats científiques, i l'objectiu són els professionals de la salut; tanmateix, algunes recomanacions del projecte s'adapten al pacient en format de díptic breu i amb un llenguatge entenedor, en què s'explica al pacient per què es desaconsella una intervenció o pràctica concreta.

Projecte "Decisions compartides". El projecte persegueix aportar informació fidedigna a les persones (sanes o malaltes) sobre les alternatives existents davant d'una intervenció sanitària (de cribatge, diagnòstica, terapèutica) i els avantatges i inconvenients de les diferents opcions. El públic objectiu són els ciutadans; per això, tot el material ha de ser molt entenedor, tant pel que fa a la redacció com a l'exposició de les xifres, i pot ser també un material del qual facin ús els professionals (com a eina facilitadora per informar el pacient i, alhora, per millorar la comunicació). Com diu el nom del projecte, es vol facilitar que les decisions siguin compartides a través d'un procés deliberatiu entre el ciutadà (pacient o no) i els professionals per tal d'escollir l'opció que, amb el suport de l'evidència científica, estigui més d'acord les preferències i valors del ciutadà.

Objectiu per a 2020

- Disposar d'avaluacions sobre les repercussions d'aquests dos projectes centrats en les persones amb dades qualitatives de la valoració de professionals i ciutadans, així com dades quantitatives sobre recursos consumits.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Disposar de resultats de la implementació d'algunes recomanacions seleccionades del projecte "Essencial" en els equips d'atenció primària participants en la prova pilot d'avaluació de facilitadors i barreres per a la implementació.
- Fer una avaluació preliminar de l'impacte del projecte "Decisions compartides" quant al grau de comprensió i valoració del material del web, així com de possibles canvis en les tendències de la utilització dels procediments o intervencions que han estat subjecte de decisió compartida.
- Prosseguir amb la incorporació periòdica de recomanacions noves del projecte "Essencial" i de patologies o intervencions adients al projecte "Decisions compartides". Actualitzar les recomanacions d'acord amb l'evidència científica que vagi apareixent.
- Adaptar el contingut clínic del projecte "Decisions compartides" a un format de lectura fàcil.

Fites més destacades per al juny del 2017

- Anàlisi preliminar de la prova pilot sobre barreres i facilitadors de la implementació de les recomanacions del projecte "Essencial".
- Introducció via web d'un qüestionari de valoració del contingut i de comprensió d'aquest qüestionari en el projecte "Decisions compartides".

Activitats inicials

- Prosseguir i completar l'avaluació de la repercussió del projecte "Essencial".
- Elaborar, després d'avaluar experiències internacionals, una eina simple d'avaluació del web del projecte "Decisions compartides".

Projecte 9.3. Model de compra pública vinculat al recull de les dades d'eficàcia i eficiència

Hi ha múltiples innovacions tecnològiques que, malgrat que puguin estar sustentades en assaigs clínics explicatius, no disposen de dades d'efectivitat en condicions reals (*real world evidence*). És necessari implementar mecanismes que permetin introduir elements d'avaluació d'aquestes innovacions de manera que quedin avalades mitjançant l'evidència, perquè, no només se'n recomani el reemborsament per part de l'asseguradora pública, sinó que també s'ofereixi una millor definició —i més adequada— del perfil de pacient, dels professionals i de les institucions proveïdores (volum, capacitat tecnològica, disciplines, etc.). El Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut i la Xarxa Espanyola d'Agències d'Avaluació de Tecnologies Sanitàries i Prestacions del Sistema Nacional de Salut han definit un conjunt de tecnologies (productes sanitaris) per monitorar-les.

Objectiu per a 2020

- Disposar d'un sistema de selecció, priorització i avaluació propi per a les innovacions tecnològiques en les quals calgui un coneixement dels riscos i beneficis en el context mateix.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Constituir un grup de treball conjuntament amb la Àrea d'Atenció Sanitària del CatSalut per seleccionar i prioritzar les tecnologies i la casuística que es considerin necessàries.
- Disposar de resultats preliminars de les primeres tècniques concebudes per ser introduïdes en el marc d'un estudi de monitoratge.
- Incorporar noves tecnologies com a registres avaluatius.

Fita més destacada per al juny de 2017

- Posada en marxa dels registres corresponents als projectes esmentats.

Activitats inicials

- Seleccionar les tècniques que calgui incloure en l'estudi de monitoratge.
- Participació de dos hospitals universitaris d'alt nivell tecnològic designats pel CatSalut en el projecte de la vàlvula endobronquial.
- Fer participar dos hospitals universitaris d'alt nivell tecnològic designats pel CatSalut, en el projecte de dispositiu implantable endovascular per al tancament de l'apèndix auricular esquerra.
- Fer participar dos hospitals universitaris d'alt nivell tecnològic designats pel CatSalut en el projecte de correcció de la insuficiència mitral mitjançant clip.
- Elaborar protocols d'estudi i variables de registre i iniciar el recull prospectiu de dades en els centres seleccionats i mitjançant la plataforma informàtica disponible.

Línia 10. Salut digital

La confluència de tecnologies noves (informàtica en núvol, mobilitat, sensors, analítica web, xarxes socials, genòmica, etc.) està generant l'oportunitat de transformar digitalment indústries senceres. El sector de la salut genera molt coneixement i és susceptible d'aprofitar aquesta situació per a la millora estructural del disseny i la prestació de serveis. En la intersecció d'aquest ventall d'innovacions tecnològiques i el sistema sanitari es troba el que s'anomena *salut digital*, que es podria definir com la millora i la transformació del sistema de salut i l'organització sanitària mitjançant la introducció intensiva de noves tecnologies indicades en cada moment. Totes les línies d'actuació del Pla de salut han de preveure l'aplicació de la salut digital i el desenvolupament tecnològic com a instruments per aconseguir els objectius proposats.

Projecte 10.1. Aplicació de la salut digital en estructures assistencials

Les estructures assistencials actuals han estat concebudes i desenvolupades en moments en què les noves tecnologies digitals no existien o bé es trobaven en un estat incipient de creació. El nostre sistema és un bon exemple internacional de la incorporació de tecnologies noves en diferents àmbits (imatge digital, prescripció electrònica, història clínica compartida de Catalunya, entre d'altres). La incorporació de la tecnologia ha seguit normalment la lògica de millorar la situació actual i, en aquests moments, es considera necessari estudiar la lògica transformacional. Alhora, la incorporació de la tecnologia genera moltes dades que, si es gestionen bé, poden donar informació rellevant com a suport a la presa de decisions tant operatives com estratègiques.

Objectius per a 2020

- Identificar les oportunitats de millora assistencial amb l'aplicació de les TIC i desenvolupar solucions de salut digital i reenginyeria de processos en l'àmbit de l'atenció primària i de l'atenció especialitzada, així com de la continuïtat assistencial.
- Implantar un model de dades assistencials en temps real per a la presa de decisions assistencials.

Activitats inicials

- Elaborar una eina col·laborativa que permeti analitzar i desenvolupar solucions per millorar l'atenció domiciliària des d'un punt de vista global, ja sigui en atenció primària (les visites domiciliàries i les urgències) com en l'àmbit de l'atenció hospitalària (hospitalització domiciliària) o altres accions que es puguin desenvolupar a domicili.

Projecte 10.2. Aplicació de la salut digital en processos assistencials

De la mateixa manera que succeeix amb les estructures assistencials, la cobertura tecnològica dels plans directors i dels processos assistencials és un objectiu de la línia 10 “Salut digital”.

Objectius per a 2020

- Identificar, conjuntament amb els plans directors i les línies del Pla de salut, els processos assistencials que puguin ser objecte de reenginyeria de processos i introduir-hi les tecnologies com a part habitual de la prestació de serveis.

Activitats inicials

- Plantejar una aplicació pràctica en el procés d'atenció oncològica de la mà del Pla director d'oncologia que cobreixi tot l'espectre assistencial: des de la prevenció fins al seguiment. Aquest exercici ha d'actuar com a projecte demostratiu per a altres processos d'atenció.
- Encreuar, conjuntament amb l'equip del Pla director d'oncologia, de les necessitats del Pla de salut amb les possibilitats tecnològiques identificades per plantejar un procés de millora i transformació.

Projecte 10.3. Aplicació de la salut digital en l'experiència del pacient

L'experiència del pacient és definida per l'Institut Beryl com la suma de totes les interaccions, modulades per la cultura d'una organització, que influeixen les percepcions del pacient al llarg del contínuum de l'atenció. L'experiència del pacient requereix el suport de les tecnologies de la informació, que permeten la recollida sistemàtica d'informació i ajuden a la personalització dels serveis. Aquesta acció consisteix en l'anàlisi de la situació actual en termes de capacitat de recollida d'informació i el plantejament de la millora de l'experiència del pacient en un procés assistencial determinat mitjançant el codisseny amb la participació dels professionals i els pacients implicats.

Objectiu per a 2020

- Desenvolupar el model tecnològic per recollir l'experiència del pacient (percepció de qualitat de l'atenció) dins del sistema sanitari.

Activitats inicials

Analitzar experiències internacionals i del nostre entorn.

Establir una xarxa de centres i organitzacions que volen desenvolupar projectes al voltant de l'experiència digital del pacient.

Identificar el primer àmbit d'aplicació de cobertura tecnològica a l'experiència del pacient; per exemple: procés oncològic, malaltia crònica lleu, intervenció quirúrgica en intervencions garantides (llista d'espera), atenció a l'embaràs, etc.

Projecte 10.4. Pla de sistemes

Els sistemes d'informació actuals donen cobertura a la prestació de serveis del present. Si els propers anys les prestacions sanitàries han de variar en quantitat i qualitat, és necessari desenvolupar nous sistemes d'informació i comunicació que satisfacin aquestes necessitats i que s'avancin per donar resposta a aquestes demandes noves i, a la vegada, s'adaptin a les noves tecnologies d'aparició recent. En un entorn de canvis constants pel que fa a les tecnologies i a la generació i el tractament de la informació, en l'àmbit assistencial cal definir un pla de sistemes integral del sector conjuntament amb els proveïdors del SISCAT.

Objectius per a 2020

- Analitzar el nivell de cobertura tecnològica actual dels sistemes d'informació del SISCAT, fer prospeccions de les necessitats assistencials dels propers cinc anys i definir el pla de sistemes del SISCAT.
- Definir els fluxos d'informació i un model de gestió de la demanda d'avenços tecnològics i de gestió de la informació coordinats.

Activitats inicials

Analitzar el nivell de cobertura tecnològica del conjunt de sistemes d'informació del SISCAT.

Identificar l'evolució de les necessitats assistencials per als propers cinc anys per tal de poder definir l'evolució dels sistemes d'informació en forma de pla de sistemes.

Identificarel·ls primers fluxos comuns d'informació i les àrees clau de gestió de la demanda d'avenços tecnològics.

Col·laborar amb l'extensió dels models proposats pel programa de Tecnologies de la Informació i la Comunicació del Departament de Salut.

Facilitar als proveïdors regionals la extensió dels processos compartits mitjançant la Història Clínica Compartida i els programes base que la faciliten, com el SAP Argos Assistencial pel centres hospitalaris i els de les estacions clíniques de treball per l'atenció primària de salut (ECAP) que interactuen de manera progressiva mitjançant plataformes interoperables via IS3.

Projecte 10.5. Aplicació de la salut digital en informació per a la presa de decisions operatives

El valor de les TIC en l'entorn assistencial ha esdevingut inherent al sistema, tant per la millora d'eficiència del sector com pel caràcter consubstancial que té a la pràctica assistencial. Disposar d'informació en temps i forma per a la presa de decisions en tots els nivells i per a tots els actors del sistema, serà la palanca de canvi perquè la pràctica assistencial sigui: més segura, de més qualitat i més eficient.

Objectius per a 2020

- Donar als nostres professionals accés a tota la informació dins el termini establert i en la forma escaient com a suport a la presa de decisions operatives.
- Aplicar la transparència en la qualitat de la salut, mitjançant la publicació d'informació comparativa per al *benchmarking*. Dades obertes, per a tots els proveïdors del SISCAT.

Activitats inicials

- Desenvolupar i iniciar la implantació d'un pla de sistemes de gestió de la informació assistencial, tant per a les necessitats actuals com per a la projecció exponencial en l'ús de les dades per a l'anàlisi de valors predictius i algoritmes de decisió.
- Iniciar la transformació de l'arquitectura d'explotació de dades per poder respondre a les necessitats creixents d'informació.
- Establir una comissió d'experts en gestió i modelatge de la informació, flux de dades i homogeneïtzació de catàlegs, ontologies i arquetips.

Línia 11. Integració territorial ⁹

Per continuar millorant els resultats en salut, cal avançar en la tendència actual de superar la tasca bàsicament assistencial per línies, centres i proveïdors sanitaris, tendència que cal consolidar, i s'ha d'evolucionar cap a un abordatge transversal dels problemes de salut que ho requereixin que sigui compartit entre professionals dels diferents centres i nivells sanitaris i amb la resta d'entitats no sanitàries.

Projecte 11.1. Treball col·laboratiu i gestió compartida entre proveïdors i professionals en l'àmbit territorial

Des dels anys noranta, les millores en l'atenció sanitària han permès grans avenços dins de cada centre o servei, però l'atenció continua sent molt fragmentada i compartimentada, tant entre les línies (primària i especialitzada) com entre els proveïdors, i fins i tot entre els diferents establiments. Els últims anys, i especialment arran de l'envelliment i l'augment de la cronicitat, hi ha cada vegada més problemes de salut que no es poden abordar prou bé sense el treball conjunt, compartit o col·laboratiu de diferents professionals. El Pla de salut de Catalunya 2011-2015 ja va començar a plantejar el procés d'implantació del treball col·laboratiu entre els proveïdors i professionals al territori i, en aquests anys, el procés ja s'ha iniciat. Això es duu a terme amb instruments com ara el pacte territorial. Cal esmentar, però, que aquest és un canvi cultural i organitzatiu tan profund que es requereix, com a mínim, un altre període d'avenç en aquest sentit per començar a consolidar-lo i a veure'n els resultats.

Objectius per a 2020

- Disposar, en la majoria d'EAP i sectors/AGA, d'un sistema de treball col·laboratiu entre els proveïdors i els professionals del seu àmbit que permeti establir els projectes i acords necessaris per poder abordar de forma compartida els principals problemes de salut de la població de referència.
- Disposar d'estudis que avaluïn l'impacte d'aquesta nova manera de treballar sobre els resultats en la qualitat de l'atenció, la millora en salut i la millora de la satisfacció de les persones.
- Potenciar la reassignació dels recursos entre línies assistencials per tal d'assolir els millors resultats per a cada problema de salut.

Fites més destacades per a 2017

Augment de la proporció d'objectius transversals i de resultats en tots els instruments de gestió del sistema de salut (contracte i pacte territorial).

Definició dels principals problemes de salut i les actuacions que requereixen aquest abordatge transversal tenint en compte les prioritats territorials.

⁹ Vegis el projecte regional 13.4 Acords i aliances territorials.

Projecte 11.2. Adaptació del sistema de compra-pagament combinant la contractació per proveïdors o unitats productives i l'assignació i avaluació de base territorial i poblacional

Des dels anys noranta, el sistema de compra i de pagament als proveïdors ha anat evolucionant i ha anat aportant millores significatives en l'eficiència dels serveis de salut. La compra, la contractació i el pagament han estat sempre entre el CatSalut i cada entitat proveïdora i/o desagregats per unitats o serveis dins de l'entitat. Això ha provocat que el sistema de compra i pagament estigui majoritàriament vinculat a l'activitat assistencial.

La compra o la contractació per proveïdors segons l'activitat i per línies no és compatible amb el treball compartit entre línies o centres ni amb els estímuls necessaris per aconseguir resultats. La compra de base poblacional, tot i que també té algunes limitacions, pot fer una contribució important a aquest treball compartit i a la millora de resultats amb l'establiment d'estímuls específics. No obstant això, l'estructura jurídica dels proveïdors fa molt difícil una contractació col·lectiva. Així doncs, cal trobar una fórmula que permeti la claredat i la seguretat jurídica de la contractació bilateral amb els avantatges de l'assignació de base territorial i poblacional.

Objectiu per a 2020

- Implantar un sistema de planificació operativa i contractació que permeti l'assignació de base poblacional corregida per necessitats, i que faci possible l'anàlisi d'eficiència en l'àmbit dels EAP, i sobretot de sectors/AGA, i relacioni l'assignació amb els resultats en salut.

Fita més destacada per a 2017

- Desplegament d'una experiència de compra de base poblacional d'acord amb el nou sistema de pagament.

Activitats inicials

Analitzar i proposar la combinació del sistema de compra i pagament per proveïdors amb l'assignació territorial i poblacional.

Línia 12. Polítiques interdepartamentals i intersectorials

L'any 2013 l'OMS va promulgar la Declaració d'Hèlsinki sobre la incorporació de la salut a totes les polítiques,⁷⁵ en la qual assenyalava la importància i la necessitat de desenvolupar línies de treball intersectorial per tal millorar la salut de la població i abordar-ne les desigualtats. Ja fa anys que l'OMS, però, està impulsant accions i estratègies intersectorials com un instrument per reduir les desigualtats en salut.

L'estat de salut és el resultat de la combinació de molts factors. A més a més de la constitució individual, determinada per factors biològics, hi intervenen molts altres aspectes com els estils de vida, les xarxes socials i comunitàries, factors intermedis com ara l'educació, les condicions de vida i de treball, l'habitatge, els serveis sanitaris, i el context general socioeconòmic, cultural i d'entorn, com recull el model de Dahlgren i Whitehead.⁷⁶ Tal com va posar de manifest la Comissió de Determinants Socials de la Salut (2009), independentment del nivell d'ingressos dels països, la salut i la malaltia tenen una dimensió social que vincula situació socioeconòmica i estat de salut.

Així doncs, l'aproximació de l'estratègia "Salut a totes les polítiques", com a forma de treball intersectorial, és un instrument clau per garantir l'equitat en salut. Aquest treball suposa adoptar i analitzar sistemàticament l'impacte en salut de les polítiques públiques, i facilitar sinergies i evitar efectes perjudicials per a la salut. El desplegament d'aquest tipus de treball passa pel reforçament i l'impuls de la col·laboració amb els departaments responsables de les polítiques socials, d'educació, de treball, de mobilitat, d'habitatge i de justícia, entre d'altres.

Conscients de la importància i les potencialitats del treball intersectorial, el Pla de salut de Catalunya 2016-2020 crea un eix centrat exclusivament en l'estratègia "Salut a totes les polítiques". Aquest eix té com a objectius impulsar i reforçar el disseny i el desplegament de polítiques de salut intersectorials configurades a partir de la col·laboració amb els altres departaments de la Generalitat, amb l'Administració local i amb altres institucions i entitats. Així doncs, a partir d'aquest eix, volem afavorir actuacions transversals implicant diversos departaments, creant sinergies i superant les relacions exclusivament bilaterals. Anant més enllà en aquesta col·laboració del Departament de Salut amb els departaments, amb els quals comparteix objectius i actuacions, es podran crear dinàmiques multisectorials abordant de manera integral les necessitats de la societat i de les persones que en formen part.

El treball intersectorial no és nou a la Generalitat de Catalunya; fa anys que s'estan desplegant estratègies interdepartamentals. El Departament de Salut ha estat un dels pioners en la implementació de plans com ara:

El Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP) pretén que tots els sectors del Govern, de les administracions públiques catalanes i de la societat capitalitzin directament les seves influències respectives sobre la salut i el benestar associat a la salut de la població de Catalunya, per tal de contribuir conjuntament a elaborar polítiques públiques saludables i a desenvolupar iniciatives determinades de promoció i de protecció de la salut, especialment adreçades als grups més vulnerables de la societat.

El projecte “COMSalut” (comunitat i salut) és el projecte mitjançant el qual s'articula territorialment el PINSAP, que reorienta el sistema sanitari (principalment, l'atenció primària) en col·laboració amb el sistema de salut pública (autonòmic i local) cap a la detecció i l'atenció de les necessitats de salut de la comunitat a partir de l'apoderament i el reforç dels recursos i actius comunitaris.

El Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions és la concreció de l'estratègia política que entén la salut mental com un repte transversal, que pretén donar resposta a objectius, com ara millorar la salut mental; disminuir les desigualtats socials, i contribuir a la integració, incorporar estratègies transversals de promoció de la salut, la prevenció de la malaltia, l'atenció i la reinserció social i laboral, i possibilitar l'acció integrada i complementària dels serveis sanitaris, socials, d'educació, laborals i de justícia, entre altres objectius.

El Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS) té com a objectius promoure i participar en la transformació del model d'atenció social i sanitària per tal de garantir una atenció integral, integrada i centrada en la persona, capaç de donar resposta a les seves necessitats i que tingui en compte les seves preferències, des d'un enfocament d'implementació de base territorial i des d'una visió poblacional, que posa un èmfasi especial en les persones amb necessitats complexes i les de més vulnerabilitat, sanitària o social.

L'estratègia d'abordatge de la violència masclista, contra els infants i contra la gent gran, amb l'elaboració de protocols d'actuació per part de diferents nivells i àmbits de l'Administració.

El Pla de seguretat alimentària de Catalunya que preveu la Llei de salut pública 18/2009, del Parlament de Catalunya, i que és el marc de referència per a les accions públiques de l'Administració de la Generalitat i dels ens locals en seguretat alimentària.

L'Acord marc entre el Departament d'Ensenyament i el Departament de Salut té com a objectiu garantir el desenvolupament d'intervencions vinculades a la salut d'infants i joves en l'àmbit escolar.

Reforçar aquestes eines al servei de la incorporació de l'estratègia “Salut a totes les polítiques” és la línia principal de desplegament d'aquest eix que, en darrer terme, contribueix a construir un sistema sanitari públic, universal, equitatiu i just.

Projecte 12.1. Desplegament del Pla Interdepartamental de Salut Pública

Per l'OMS, "Salut en totes les polítiques" (STP) és l'estratègia que busca millorar la salut de la població i promoure'n l'equitat a través de la valoració sistemàtica de les implicacions per a la salut i el sistema sanitari de totes les polítiques, la cerca de sinergies i la voluntat d'evitar els efectes negatius sobre la salut. Es relaciona amb els drets i deures relacionats amb la salut i té un gran potencial per millorar la salut de la població i l'equitat. És un procés progressiu que necessita una adaptació i canvis culturals i que pot ser difícil d'aplicar, com reconeix la mateixa OMS.

S'estima que més del 80% dels determinants de la salut es troben fora del sistema sanitari. La Llei de salut pública de Catalunya (Llei 18/2009, del 22 d'octubre) estableix que el Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP), coordinat amb el Pla de salut, és l'eina bàsica per desenvolupar les accions de salut pública a Catalunya i determina que les seves propostes són vinculants per al Govern. El PINSAP va ser elaborat per la Comissió Interdepartamental de Salut, formada per membres de tots els departaments del Govern, i aprovat pel Govern el febrer de 2014. Implica actuacions de tot el Govern i de tota la societat. Inclou l'avaluació de l'impacte en salut de les principals estratègies i polítiques del Govern.

Objectiu per a 2020

- Incorporar la valoració del possible impacte sobre la salut en la formulació de les polítiques principals del Govern de Catalunya.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Desplegar territorialment les activitats a partir d'una experiència en una o diverses zones demostratives i ampliar-la progressiva en tot el territori.
- Aplicar la prova de cribratge de l'impacte sobre la salut (test salut).
- Elaborar, junt amb l'AQuAS, els informes de l'Observatori de Salut i Crisi.
- Elaborar el PINSAP 2016-2020 en el marc de la Comissió Interdepartamental de Salut, amb la participació de l'Administració local i dels representants de la societat civil i professional
- Difondre els resultats del PINSAP amb l'organització de la Jornada anual i elaborar-ne l'informe anual.
- Col·laborar internacionalment.

Fites més destacades per al juny de 2017

- Elaboració del PINSAP 2016-2020 en el marc de la Comissió Interdepartamental de Salut, amb la participació de l'Administració local i dels representants de la societat civil i professional
- Aplicació de la prova de cribratge de l'impacte sobre la salut (test salut) per a tots els departaments de la Generalitat.

Activitats inicials

- Renovar la Comissió Interdepartamental de Salut i els grups de treball del PINSAP (ens locals, tercer sector, corporacions professionals).
- Elaborar el segon informe del PINSAP (balanç de 2015).
- Elaborar el PINSAP 2016-2020.
- Formar els representants de tots els departaments en la prova de cribratge de l'impacte sobre la salut (Test salut) i posar-la en marxa de forma sistemàtica.
- Desplegar territorialment les accions del PINSAP.

Activitats inicials Regió Sanitària Lleida

Desplegar al màxim les 30 accions prioritzades del PINSAP, entre les destaquem les relacionades amb :

La mobilitat, com són les de fomentar la utilització dels parcs saludables en col·lectius de gent gran, embarassades i altres col·lectius

Alimentació saludable:

Acreditar AMED i potenciar el consum de fruita en un major nombre d'establiments de restauració col·lectiva

Impulsar la implantació de programes de prevenció i tractament de l'obesitat infantil

Polítiques socials: incorporació en els plans de desenvolupament comunitari (PDC)

Impulsar la cobertura territorial del programa Salut i Escola i el Pla de salut Escola i comunitat. Implementar les sinèrgies amb el CSMIJ (Salut mental en la etapa infant-juvenil)

Crear i desplegar la xarxa de deshabitució tabàquica amb implicació de l'atenció primària, l'atenció especialitzada, les oficines de farmàcia i salut pública.

Suport i coordinació en l'implementació del Programa Nits de Qualitat per la organització de taules locals participatives, incorporar els locals d'oci nocturn en propostes preventives i organitzar grups de voluntariat formats com agents de salut.

12.2. L'impuls de la Salut Comunitària: el projecte “COMSalut” i altres

La salut comunitària es produeix en la interfase entre l'atenció primària i la salut pública, inclosa la municipal, en un territori concret. Es treballa des de la comunitat per abordar les necessitats de salut del territori. Es basa en els recursos i actius en salut i en la potencialitat de la comunitat mateixa de generar salut. Construeix projectes a partir del desenvolupament comunitari, i es basa en la cooperació i el treball en xarxa dels diferents agents. Té un enfocament d'equitat en salut, tenint en compte sobretot els eixos de desigualtat com ara el sexe, l'edat, la classe social, l'ètnia i el territori de procedència. Els projectes de salut comunitària són la via natural per portar a terme el PINSAP a l'àmbit d'una comunitat concreta, i en recullen el caràcter intersectorial.

El projecte “ComSalut” (comunitat i salut) cerca reorientar l'atenció primària cap a la comunitat treballant conjuntament amb salut pública, els ens locals i els altres agents comunitaris. S'ha començat a portar a terme el 2014 per implantar estratègies de salut comunitària local en setze zones de Catalunya.

D'altra banda, l'informe *Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya: anàlisi territorial* i l'informe *La salut a Barcelona 2014* detecten zones en què els indicadors socioeconòmics i de salut determinen la necessitat d'una actuació prioritària.

Objectiu per a 2020

- Implantar la salut comunitària a Catalunya a través del treball col·laboratiu i el conjunt de l'atenció primària i la salut pública amb els ens locals i els altres agents comunitaris.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Desplegar el projecte i “COMSalut”.
- Impulsar altres projectes de salut comunitària en zones prioritàries.

Fita més destacada per al juny del 2017

- Desplegament de l'estratègia de salut comunitària en els territoris en què estigui implantat el projecte “COMSalut” i aquells amb condicions de salut més desfavorables.

Activitats inicials

Dissenyar i desenvolupar l'estratègia a través de la creació de grups motor per impulsar el treball en xarxa.

Desplegar el projecte “COMSalut” en setze ABS de Catalunya.

Desplegar el projecte COMSalut a l'àrea bàsica de salut de Cervera Guissona i estudiar altres ABS candidates al projecte.

Avaluar el projecte “COMSalut” i altres projectes de salut comunitària en marxa.

Formació en Salut Comunitària atenció primària com en salut pública

Constitució de la Comissió de Promoció a nivell de regió sanitària.

Impartir formació en salut comunitària.

Incorporar en la compra de serveis la salut comunitària.

12.3 Desplegament del Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària

Cada cop hi ha més evidència que la distinció entre necessitats de salut i necessitats socials que poden presentar les persones no només és prou arbitrària, sinó que impedeix el desplegament de models d'atenció realment centrats en els seus interessos. Com a conseqüència, els sistemes d'atenció no assolixen nivells òptims d'eficàcia, eficiència, equitat i justícia.

Així, hi ha un creixent consens internacional en el fet que la lluita contra les desigualtats en salut i les garanties de sostenibilitat futura d'aquests sistemes passen per la capacitat dels països d'implementar polítiques d'integració entre els serveis sanitaris i socials, des d'un enfocament poblacional i una òptica d'implantació territorial.

Seguint aquest corrent, l'any 2014 el Departament de la Presidència crea el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS), amb la participació dels departaments de Salut i de Benestar Social i Família, amb la voluntat del Govern de canalitzar totes les actuacions necessàries per fer realitat un sistema que garanteixi l'atenció integrada social i sanitària al nostre país.

Objectiu per a 2020

- Transformar el model d'atenció social i sanitària per tal de garantir una atenció integrada i centrada en les persones, capaç de donar resposta a les seves necessitats des del sistema sanitari i el sistema de serveis socials.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Definir i aprovar el model d'atenció integrada centrada en les persones amb necessitats complexes.
- Definir i aprovar el model d'atenció integrada a domicili.
- Definir i aprovar el model d'atenció integrada en l'àmbit institucionalitzat.
- Potenciar la planificació de les decisions anticipades en el marc de l'atenció integral a la població en situació de final de vida.
- Implementar el model d'atenció integrada en les persones: planificació estratègica i estratègia territorial d'implementació.
- Desenvolupar instruments transversals facilitadors del model d'atenció integrada: estratègia comuna de definició d'objectius, marcs valoratius i estratègies de provisió de serveis; sistemes d'informació integrats; estratègia formativa compartida; coneixement i innovació.

Fites més destacades per a 2017

- Aprovació del model català d'atenció integrada, definició de les seves condicions d'implementació en clau territorial a partir de l'avaluació dels projectes territorials vigents i avanç en els elements instrumentals del model.
- Estendre el model col·laboratiu de dues ABS de Lleida ciutat a altres àrees bàsiques de salut.

Activitats inicials

Aprovar formalment el model català d'atenció integrada.

Validar la guia de suport a la implementació territorial dels models d'atenció integrada i la guia de suport a la pràctica assistencial integrada.

Disposar del consens terminològic de l'atenció integrada social i sanitària

Definir el model de governança territorial i identificar els equips funcionals territorials en atenció integrada.

Crear comissions de treball per definir el model d'atenció a domicili i model d'atenció sanitària a les persones institucionalitzades en residències.

Definir un instrument comú de valoració integral de persones en situació de complexitat.

Definir i validar l'escala de suport a la identificació de les necessitats d'atenció social complexes.

Establir criteris unificats quant a la planificació avançada de l'atenció i les decisions anticipades.

Establir una estratègia en matèria de formació i capacitació de professionals en atenció integrada.

Realitzar una estratègia d'accions en la promoció de la interoperabilitat dels sistemes d'informació social i sanitària.

12.4. El Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions

El Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions (PISMA) és la concreció d'una estratègia política que entén la salut mental com un repte transversal, sota la premissa que el treball conjunt permet afrontar millor les respostes en situacions complexes, i especialment, centrar els esforços en les actuacions adreçades als col·lectius més vulnerables. Expressa la voluntat del Govern de donar visibilitat a una política de país que ha de permetre avançar cap a una societat més inclusiva i que garanteix els drets de totes les persones, amb el convenciment que millorar les condicions de vida de les persones amb trastorn mental i les de les seves famílies beneficia també el conjunt de la societat, de la qual tots formem part.

El Pla integral ha de ser l'instrument de lideratge que impulsi les accions necessàries per dur a terme un canvi conceptual entre tots els agents que hi intervenen, que sigui l'eina de planificació estratègica i operativa, d'organització i d'avaluació de la qualitat de les seves línies d'actuació.

Fruit del treball conjunt de l'Administració de la Generalitat de Catalunya i les entitats socials del sector de salut mental, en el marc del PISMA, es van marcar les actuacions prioritàries per impulsar en el període 2014-2016. Aquestes accions han de permetre desenvolupar el model de salut mental propi de Catalunya, en la línia del mandat de l'OMS i amb l'objectiu final d'avançar en la millor qualitat de vida de les persones amb trastorn mental i les seves famílies. Cal ara definir i consensuar novament les línies estratègiques per al període 2017-2020.

Objectiu per a 2020

- En la línia del Pla d'acció sobre salut mental 2013-2020 de l'OMS, contribuir a la millora de la salut mental de la població i a la disminució de les desigualtats socials de les persones amb trastorn mental, incrementant les seves oportunitats d'integració i possibilitant l'acció planificada dels serveis sanitaris, socials, educatius, d'inserció laboral i de justícia.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Promoure la salut mental i impulsar les accions necessàries per desplegar el Programa de lluita contra l'estigmatització.
- Impulsar la integració de les intervencions dels serveis de salut, socials i educatius de la petita infància, de la població en edat escolar i de l'adolescència amb especial risc o vulnerabilitat.
- Potenciar la participació ciutadana i social de les persones amb problemes de salut mental i promoure els seus drets en els entorns assistencials.
- Realitzar les accions necessàries per a la consecució activa de la inclusió comunitària de les persones adultes amb trastorn mental greu i addiccions.
- Impulsar les accions necessàries per a la inserció laboral de les persones adultes amb trastorn mental greu.
- Millorar l'atenció psiquiàtrica i de salut mental en l'àmbit judicial de les persones en situació de privació penal de llibertat i mesures de seguretat.

- Millorar i potenciar l'atenció integral de les persones grans en el seu entorn habitual i residencial substitutori de l'habitatge.

Fita més destacada per a 2017

- Tenint en compte que el Departament de Salut participa activament en el desenvolupament de les diferents línies estratègiques del PISMA, les fites que es plantegen per a l'any 2017 fan referència a les prioritats consensuades amb les entitats de l'àmbit de la salut mental, especialment en tot allò que té relació amb l'abordatge integral de la infància i l'adolescència i amb la integració de l'atenció comunitària de la salut mental i les addiccions en les àrees social, sanitària, residencial i laboral.

Activitats inicials

- Revisar el document del Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn de l'espectre autista, i incorporar-hi el consens professional i la participació activa de les associacions de familiars.
- Garantir la definició de la cartera de serveis del sistema sanitari públic
- Avaluar la necessitat d'unitats d'expertesa suprasectorial per a diagnòstic diferencial, atenció a casos complexos, docència i investigació.

12.4.1. El Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn de l'espectre autista

El trastorn de l'espectre autista (TEA) té un impacte sobre les persones afectades i les seves famílies, tant en l'àmbit de la salut com socialment i econòmicament, i per aquest motiu requereix un abordatge multidimensional. Els departaments de Salut, d'Ensenyament i de Benestar Social i Família van elaborar el Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn de l'espectre autista, que ha tingut un ampli consens de professionals experts de les diferents xarxes, amb la col·laboració de l'AQuAS i de les societats científiques.

Objectiu per a 2020

- Implantar el Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn de l'espectre autista en tot el territori català.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Desplegar unitats funcionals integrades de caràcter territorial formades per professionals dels centres de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP), els centres de salut mental infantojuvenil (CSMIJ) i els equips d'atenció pedagògica d'Ensenyament a tot el territori de Catalunya.
- Garantir a tot Catalunya la implantació d'una cartera de serveis que garanteixi l'atenció equitativa, i definir indicadors de qualitat.

Fita més destacada per a 2017

- Ampliació del desplegament de les unitats funcionals en setze territoris més.

Activitats inicials

- Revisar el document del Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn de l'espectre autista, i incorporar-hi el consens professional i la participació activa de les associacions de familiars.

- Definir la cartera de serveis d'atenció des del sistema sanitari públic.
- Avaluar la necessitat d'unitats d'expertesa suprasectorial per al diagnòstic diferencial, l'atenció de casos complexos, la docència i la investigació.

12.4.2. La integració de l'atenció comunitària de salut mental i addiccions en les àrees social, sanitària, residencial i laboral

Actualment, des del sistema sanitari es fa evident la necessitat d'una orientació cap a l'atenció centrada en les persones, especialment en els pacients crònics que presenten multimorbiditat de patologies, com és el cas dels pacients crònics complexos de salut mental. És important fer un pas més per consolidar un model d'atenció comunitària en salut mental que faci front als determinants de la salut que són fora del sistema sanitari i que integri els aspectes socials, laborals i residencials amb una visió coordinada dels recursos disponibles territorialment i en la línia de les accions prioritzades en el marc del Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions.

Objectiu per a 2020

Implementar el model d'atenció comunitària de salut mental i addiccions en tot el territori.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Elaborar una estratègia per implementar un model d'atenció comunitària que impliqui els serveis sanitaris, socials i d'inserció laboral i que estigui consensuada amb el sector, en el marc del Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions.
- Formular una governança dels diferents serveis de salut mental sobre una base territorial on estiguin representats l'atenció primària, l'atenció hospitalària i els serveis comunitaris, i coordinada amb els serveis socials, els serveis residencials i laborals.

Fites més destacades per al juny de 2017

- Modelitzar un model d'atenció comunitària basat en evidències disponibles i elaborar una guia de bona pràctica.
- Valorar l'aplicabilitat del model tenint en compte les característiques dels diferents territoris de Catalunya.

12.4.3. La participació de les persones amb problemes de salut mental i de les seves famílies en el seu procés de recuperació: el projecte "Activa't per la salut mental"

Aquest projecte també es preveu en el projecte "1.4 d'Autoresponsabilització, autocura i foment de l'autonomia de les persones" i té com a objectius específics:

- Proporcionar eines útils per a la gestió quotidiana de la malaltia mental.
- Aconseguir que la família i la persona afectada esdevinguin agents de salut actius i dins del procés de recuperació.
- Desenvolupar espais que millorin la cohesió social.
- Afavorir l'articulació de les xarxes sanitària, social, associativa i de suport a les famílies per assegurar la continuïtat de l'atenció.
- Avaluar resultats i impactes en la qualitat de vida de les persones i en la utilització de serveis.

12.5 Abordatge de la violència masclista, infantil i a la gent gran.

La violència és una greu vulneració dels drets humans i provoca un greu impacte en la salut de les persones que la pateixen. El sistema sanitari, a través del conjunt de professionals que en formen part, ocupa un espai privilegiat per actuar en la prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació de les persones que han patit violència o en pateixen.

12.5.1 Violències masclistes

En el marc del Programa d'intervenció integral contra la violència masclista liderat per l'Institut Català de les Dones (Departament de la Presidència), els compromisos del Departament de Salut passen pel desenvolupament d'un pla de formació i capacitació adreçat als professionals per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut i per a la difusió i la implementació del

i dels documents operatius que se'n deriven, en els centres i serveis del Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya.

Objectiu per a 2020

Promoure la prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació de les dones que han patit o pateixen violència masclista i les que es troben en risc de patir-la, i els seus fills i filles, en l'àmbit de la salut i en el marc de la xarxa d'atenció i recuperació integral contra la violència masclista de Catalunya.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Facilitar la formació i la capacitació dels professionals des de la perspectiva de salut en relació amb la prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació de les dones que han patit o pateixen violència masclista i les que es troben en risc de patir-les, i els seus fills i filles.
- Obtindre les dades necessàries de l'activitat assistencial realitzada per tal d'atendre les necessitats de planificació i les de la intervenció a partir dels sistemes d'informació ja existents.
- Continuar la difusió i la implementació del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en la parella en l'àmbit de la salut a Catalunya en els EAP, els serveis d'ASSIR, els serveis d'urgències hospitalaris, els centres de salut mental, els centres d'atenció i seguiment de les drogodependències i el SEM.

Fita més destacada a juny de 2017

Aplicació efectiva del Pla de formació i capacitació dels professionals des de la perspectiva de la salut.

Activitats inicials

- Elaborar el Pla de formació.
- Fer la formació en el 75% del territori.
- Dissenyar el circuit d'obtenció de dades i definir el contingut de la informació.

12.5.2. L'abús sexual i el maltractament infantojuvenil.

En el marc del Comitè Interdepartamental de Seguiment i Coordinació dels protocols existents en matèria d'abús sexual a menors o qualsevol altra forma de maltractament liderat pel Departament de la Presidència, el Departament de Salut té responsabilitats en el primer nivell de la detecció i disposa de serveis especialitzats determinants en el diagnòstic de les diferents situacions.

En el context del Protocol marc d'actuacions en casos d'abusos sexuals i altres maltractaments greus a menors, de 2006, que engloba tots els departaments, el Departament de Salut va elaborar amb la Direcció General d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència un protocol d'actuació clínicoassistencial de maltractaments aguts en la infància, la darrera edició del qual és de 2008.

Caldria incloure la perspectiva de gènere en les intervencions de l'atenció sanitària en situacions d'abús sexual i maltractament infantojuvenil en la interpretació de l'article 4 de la Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista tracta de la violència sexual i dels abusos sexuals.

Objectiu per a 2020

Promoure la prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació dels infants i adolescents que han patit o pateixen violència i els que tenen risc de patir-ne, en l'àmbit de la salut i en el marc d'una atenció integral de tots els departaments i agents implicats.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Actualitzar el protocol d'actuació clínicoassistencial de maltractaments a la infància, incloent-hi els maltractaments crònics i incorporant-hi l'atenció primària.
- Difondre el protocol i sensibilitzar els professionals.
- Facilitar la formació i la capacitat dels professionals des de la perspectiva de la salut en relació amb la prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació dels infants que han patit o pateixen violència i els que tenen risc de patir-ne.
- Millorar els sistemes d'informació existents: el Registre unificat de maltractaments infantils (RUMI) i sinergia amb els dels altres departaments.
- Desplegar les unitats funcionals necessàries dins del marc d'unitats integrals d'atenció a les víctimes d'abusos i maltractament infantil.

Fites més destacades per al juny de 2017

- Elaboració i presentació del nou Protocol d'actuació clínicoassistencial de maltractaments en la infància, incloent-hi els maltractaments crònics i incorporar-los en l'atenció primària.

Activitats inicials

- Participar en l'actualització del protocol marc d'actuacions en casos d'abusos sexuals i altres maltractaments greus.
- Actualitzar i consensuar el protocol clínicoassistencial.
- Fer el Pla de formació i sensibilització als professionals i començar a desplegar-lo.
- Millorar el RUMI i fer el seguiment dels hospitals implicats.
- Consensuar un sistema de registre dels maltractaments crònics en la història clínica d'atenció primària.

12.5.3. Els maltractaments a les persones grans

El *Protocol marc i orientacions d'actuació contra els maltractaments a les persones grans*, elaborat conjuntament amb el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, destaca la importància dels dispositius de l'àmbit de la salut i la intervenció dels professionals de la salut en la prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació de les persones grans que han patit maltractaments o en pateixen.

Objectiu per a 2020

Promoure la prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació de les persones grans que han patit maltractaments o en pateixen i les que tenen risc de patir-ne, en l'àmbit de la salut i en el marc d'una atenció integral.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Facilitar la formació i la capacitació dels professionals des de la perspectiva de la salut en relació amb la prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació de les persones grans que han patit maltractaments o en pateixen.
- Obtenir les dades necessàries de l'activitat assistencial realitzada per tal d'atendre les necessitats de planificació i les de la intervenció a partir dels sistemes d'informació ja existents.
- Col·laborar amb la Direcció General de Famílies per elaborar i/o actualitzar els protocols de prevenció i atenció als maltractaments a la gent gran en l'àmbit assistencial i comunitari.

Fites més destacades per al juny de 2017

- Elaborar i presentar el Protocol de prevenció i atenció.

Activitats inicials

- Elaborar el Protocol de prevenció i atenció, junt amb la Direcció General de Famílies.
- Dissenyar el circuit d'obtenció de dades i definir el contingut de la informació.

12.6. El Pla de seguretat alimentària de Catalunya

Tal com preveu la Llei 18/2009, del 22 d'octubre, de salut pública, aprovada pel Parlament de Catalunya, el Pla de seguretat alimentària és el marc de referència per a les accions públiques de l'Administració de la Generalitat i dels ens locals en seguretat alimentària. És un pla estratègic d'intervenció en tota la cadena alimentària des de la producció primària fins al consum passant per les fases de transformació i distribució, així com per la fase del comerç al detall i la restauració. La implementació ha de permetre mantenir un sistema de seguretat alimentària integrat, modern i eficaç, que ofereixi a la ciutadania les garanties necessàries, i al mateix temps suposi un instrument de suport a la projecció internacional dels productes agroalimentaris del nostre país.

El Pla de seguretat alimentària de Catalunya, tot i que té una entitat pròpia i independent, constitueix l'instrument que defineix la política de seguretat alimentària dins del marc del Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP) i del Pla de salut de Catalunya.

Objectiu per a 2020

- Mantenir un sistema integrat d'intervenció pública en seguretat alimentària amb accions d'avaluació, gestió i comunicació del risc coordinades dels departaments competents en salut, agricultura, ramaderia, pesca, alimentació, consum i medi ambient, les administracions locals, així com amb els sectors que operen en la cadena alimentària i les associacions de consumidors.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Mantenir un sistema eficaç de resposta a les demandes i necessitats d'avaluació de riscos i informació científica en seguretat alimentària.
- Disposar d'un pla estratègic d'intervenció integrada de la seguretat alimentària a Catalunya i de sistemes eficaços de seguiment.
- Mantenir un sistema adient de resposta a les demandes i les necessitats d'assessorament i suport tècnic als organismes oficials competents en matèria de seguretat alimentària.
- Mantenir sistemes eficaços de comunicació i coordinació amb els diferents departaments i administracions amb competència en seguretat alimentària mitjançant comissions o grups de treball.
- Mantenir sistemes de comunicació i col·laboració amb els sectors de la cadena alimentària i les associacions de consumidors.
- Mantenir sistemes d'impuls i suport a l'autocontrol de les empreses de la cadena alimentària especialment a través de guies de pràctiques correctes d'higiene (GPCH).
- Mantenir sistemes d'informació, comunicació i divulgació en matèria de seguretat alimentària adreçats als sectors agroalimentaris i a la ciutadania en conjunt.

Fita més destacada per a 2017

- Elaboració d'un nou Pla de seguretat alimentària de Catalunya consensuat per totes les parts implicades en la cadena alimentària i aprovat pel Govern de la Generalitat.

Activitats inicials

- Mantenir l'activitat del Comitè Científic Assessor de Seguretat Alimentària una vegada renovat.
- Elaborar la memòria anual sobre la situació de la seguretat alimentària a Catalunya i un informe anual de seguiment del Pla.
- Mantenir les activitats del Grup de Treball de Coordinació Interdepartamental i Interadministrativa.
- Mantenir les activitats de les comissions de coordinació i seguiment amb els sectors de la cadena alimentària i amb les associacions de consumidors de Catalunya.
- Mantenir l'atenció de consultes específiques dels professionals, operadors econòmics i ciutadania.
- Mantenir el suport i la formació en seguretat alimentària per a la cessió d'aliments segurs en les activitats de les diferents associacions i organismes que treballen contra el malbaratament d'aliments.
- Desenvolupar accions de comunicació i formació en seguretat alimentària adreçades als sectors alimentaris i a la ciutadania en conjunt.

12.7. Atenció integral sanitària i educativa dels infants i adolescents en l'àmbit escolar

La proposta d'acord marc entre els departaments d'Ensenyament i de Salut té com a objectiu garantir el desenvolupament d'intervencions vinculades a la salut d'infants i joves en l'àmbit escolar. Aquestes intervencions han de preveure mesures universals de promoció de la salut física i mental; mesures de suport per part dels serveis de salut als centres educatius i als equips especialitzats dels departaments d'Ensenyament i de Salut, i suport dels serveis educatius en el context sanitari.

Objectiu per a 2020

Implementar les accions previstes en el Conveni de col·laboració entre tots dos departaments en tot el territori de Catalunya i disposar d'una avaluació de l'impacte d'aquestes mesures.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

Impulsar el programa "Salut i escola" per a la promoció de la salut i la prevenció de les situacions de risc i d'atenció precoç per als problemes relacionats amb la salut mental, la salut afectiva i sexual, el consum de drogues, alcohol i tabac.

Garantir la continuïtat del procés educatiu dels infants i joves que estan ingressats en hospitals d'utilització pública.

Establir mecanismes de suport als centres educatius pel que fa a l'alumnat amb trastorn mental.

Garantir l'abordatge integral sanitari i educatiu dels alumnes amb trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH).

Elaborar el Pla funcional interdepartamental per a l'atenció a l'alumnat amb necessitats especials de salut.

Fita més destacada per al juny de 2017

Signatura d'un conveni de col·laboració entre els departaments de Salut i Ensenyament per garantir el desenvolupament d'intervencions vinculades a la salut dels infants i els adolescents en l'àmbit escolar.

Activitats inicials

- Aplicar mesures universals de promoció de la salut mental i prevenció del trastorn mental.
- Donar suport als centres educatius i als equips especialitzats del Departament d'Ensenyament.
- Donar suport intens en centres ordinaris.
- Donar suport intens en el context escolar adaptat.
- Donar suport educatiu en el context sanitari.

Línia 13. Projectes regionals: prioritats de salut pública, resolució regional, Atenció domiciliària Integral (ADI) i aliances territorials.

13.1 Prioritats de salut pública. Factors de risc que requereixen intervencions regionals preferents: tabac i sedentarisme

Lluita contra el tabaquisme

El tabaquisme és el primer problema de salut pública que es pot prevenir en els països desenvolupats.

El tabac és una droga que provoca tolerància i dependència i és el responsable d'un 16% de les morts al nostre país, principalment a causa de malalties del cor, del pulmó i de molts tipus de càncer. Disminueix la capacitat pulmonar i, a la llarga, provoca malalties respiratòries importants. El consum de tabac augmenta dotze vegades el risc de patir un càncer de pulmó i duplica el risc cardiovascular entre altres efectes nocius per a la salut.

El tabaquisme actiu i el tabaquisme passiu són respectivament la primera i la tercera causa de morbiditat evitable en el nostre medi.

En l'àmbit dels hàbits i estils de vida com a factors determinants de la salut, el tabaquisme és un assumpte de gran rellevància que ha de ser tractat. Els professionals de la salut estan constantment en contacte amb persones en situacions especials. Aquestes situacions són una oportunitat excel·lent per abordar i canviar aspectes importants de les vides d'aquestes persones.

Tal com s'indica a l'anàlisi de situació d'aquest Pla de Salut Territorial i, segons les darreres dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya, el tabaquisme és encara molt important a la Regió Sanitària Lleida i, fins i tot, pot haver experimentat un repunt a l'alça. Això podria ser conseqüència, d'una banda, per una possible relaxació de l'efecte de la Llei 42/2010 de mesures sanitàries contra el tabaquisme i, per l'altra, per la carència d'una xarxa consolidada i operativa que ajudi a deixar de fumar, on l'atenció primària hi juga un paper primordial.

Els indicadors de consum de tabac a la Regió Sanitària Lleida mostren uns valors superiors als valors de Catalunya sobre els quals cal actuar fermament mitjançant el desenvolupament de programes específics.

Objectiu 2020

- Concretar per la Regió Sanitària Lleida els objectius en front del tabaquisme que determina el Pla de Salut de Catalunya 2016-2020
- Les activitats a iniciar en el 2016, inclouen els programes de prevenció del consum de tabac i ajuda a deixar de fumar que es detallen a continuació:
 - Programa classe sense fum.: Incrementar en un 50% el nombre de centres adscrits al programa.
 - Xarxa d'embaràs sense fum a tots els ASSIR.
 - Constitució de la xarxa a la Regió Sanitària Lleida.
 - Elaboració d'un protocol per abordar el tabaquisme a l'embaràs.
 - Xarxa d'atenció primària sense fum.
 - Constitució d'una xarxa amb designació de referents de consulta de deshabituació tabàquica al 2016 per cada grups de gestió unificada d'ABS i a totes les ABS durant el període del 2016-2020.
 - Consolidació, homogeneïtzació i extensió dels programes iniciats.
 - Promoció d'activitats en l'àmbit de l'Atenció Primària relacionades amb factors de risc de les patologies de càncer i cardiovasculars.
 - Hospitals i centres sense fum: extensió i manteniment a tots els hospitals i altres centres del SISCAT.
 - Constitució i posada en marxa d'una xarxa regional de prevenció i control del tabaquisme conjuntament amb les oficines de farmàcia, ABS, ASSIR, centres hospitalaris i Agència de Salut Pública.
 - Col·laboració amb entitats municipals i sense ànim de lucre i altres entitats per realitzar actuacions adreçades a disminuir el consum de tabac i altres drogues.
 - Realització de tallers tabac - embaràs organitzat per l'Agència de Salut Pública que aglutinin tots els professionals dels ASSIR i centres hospitalaris.
 - Jornada anual de tabaquisme.

Mesures per combatre el sedentarisme, el sobrepès i l'obesitat

Amb la finalitat de combatre el sedentarisme, sobrepès i obesitat en la població, cal promocionar de manera conjunta l'activitat física i l'alimentació saludable en les diferents etapes de la vida.

Sobre l'activitat física, sols destacar la necessitat i la importància de fomentar la pràctica d'esports i de mobilitat com a hàbits regulars, especialment en la infància i adolescència, així com la reducció del temps d'inactivitat en el lleure (consum d'hores de televisió o pantalla).

També, cal tenir en compte la realització d'activitat física en persones adultes i gent gran com a mesura per combatre el sobrepès i l'obesitat, conjuntament amb una alimentació saludable.

Objectiu 2020

Concretar per la Regió Sanitària Lleida els objectius en front del sedentarisme, el sobrepès i l'obesitat que determina el Pla de Salut de Catalunya 2016 2020.

Com a proposta d'activitats a desenvolupar durant 2016 en aquest àmbit destaquem:

- Impulsar la implantació de programes de prevenció i tractament de l'obesitat infantil, potenciant aquells que ja estiguin consolidats al territori (programa NEREU) així com el desplegament de nous projectes liderats per diverses entitats o organitzacions.
- Fomentar la mobilitat activa a tots els nivells de la comunitat: aprofitament i dinamització dels parcs saludables instal·lats al llarg del territori; identificació i difusió de rutes PAFES en col·laboració amb l'atenció primària.
- Donar a conèixer el programa d'acreditació AMED en establiments de restauració comercial per tal de que l'assoleixin i a l'hora potenciar el consum de fruita en aquests establiments.
- Donar suport a tots aquells programes que incideixen en la potenciació dels estils de vida saludables (programa Salut i Escola, Plans de Desenvolupament Comunitari, Pla Salut i Escola i Comunitat, entre altres).

13.2 Resolució regional de processos de mitjana i alta complexitat

La població de la Regió de Lleida, amb les característiques especials d'envelliment i dispersió dels seus nuclis de població –tret de Lleida ciutat– obliga a mantenir, per una banda, alguns serveis de proximitat molt distribuïts i assumits, sobretot, per l'atenció primària de salut.

Estudiarem quines patologies o processos de mitjana i alta complexitat compleixen els requisits (nombre casos, qualitat i cost) per a ser atesos en els serveis regionals.

D'altra banda, i pel que fa als serveis més especialitzats, el volum de la població regional necessita una oferta determinada de serveis, una oferta que ha de considerar una població superior a la que viu dins dels límits regionals, en la que s'han d'incloure els ciutadans d'una part important del Pirineu i de les poblacions més properes de la Franja d'Aragó. Aquesta població fa ús dels centres i serveis sanitaris de la ciutat de Lleida, majoritàriament.

En conjunt, parlem d'una àrea assistencial que ultrapassa els quatre-cents cinquanta mil habitants.

Aquesta oferta ha de considerar, també, el factor de llunyania (temps i quilòmetres) dels centres terciaris de Barcelona i ha d'estar justificada per un nombre mínim de casos suficients a atendre garantint així, per una banda, la qualitat d'aquesta atenció i, per l'altra, uns costos raonables.

Això obliga a disposar d'una bona coordinació i el treball en xarxa dels processos atesos facilitant i assegurant, quan calgui, la fluïdesa en les transicions a centres terciaris de Barcelona, així com la circulació d'informació en ambdues direccions. Les innovacions i els canvis tecnològics constants així ho requereixen: hem d'estar al dia de les possibilitats que es poden assumir en els centres de Lleida o, en cas contrari, de les que es poden assumir en els altres centres i serveis de referència catalans o del país com són els centres CSUR del Ministerio de Sanidad que estan ubicats a Catalunya.

Per això cal estudiar i acordar molt bé les patologies o processos de mitjana i alta complexitat que compleixen els requisits exposats de nombre de casos que garanteixi qualitat i cost, i que és factible que organitzativament s'atenguin en serveis regionals, sota els principis i premisses dels projectes del Pla de Salut 2016 2020.

Els codis

Entre aquets processos atesos regionalment, es troben els tractaments derivats dels CODIS establerts que precisen respostes especials en situacions d'emergència, en els que el factor temps és fonamental i per això estan organitzades sota aquesta denominació com són: el codi infart, el codi ictus, el codi politrauma i el codi sèpsia greu.

El codi risc de suïcidi té unes connotacions especials i està orientat a impulsar i assegurar una atenció proactiva i adequada a les persones que presenten aquest risc. Es pretén implantar un procés d'actuació específica urgent de tots els agents sanitaris implicats però sobretot un procediment homogeni per garantir la continuïtat assistencial post-alta dels pacients atesos per conducta suïcida. Cal facilitar el seguiment sistemàtic i la vinculació als centres de salut mental durant el període crític de major risc de reintent

posterior a l'atenció de la temptativa a l'hospital, així com el seguiment longitudinal per part de l'atenció primària de salut (APS) per prevenir repeticions.

Pel que fa al tractaments de l'ictus isquèmic, s'han publicat en els darrers dos anys cinc estudis independents i un metanàlisi⁷⁷ que demostren l'eficàcia i seguretat de la teràpia mecànica, amb "stent extraïbles", combinada amb tractament fibrinolític endovenós en els pacients amb ictus isquèmic agut i demostració d'oclusió proximal de l'artèria cerebral mitja. A dia d'avui, els pacients amb els criteris esmentats i els pacients amb oclusions de l'artèria basilar són tractats inicialment amb fibrinòlisi endovenosa i posteriorment es deriven, via aèria segons els casos, a hospitals terciaris de Barcelona. Això condiciona que els resultats siguin pitjors que els dels assajos publicats, ja que el resultat de la teràpia combinada depenen fortament de la variable temps i s'ha d'evitar que els nostres ciutadans arribin massa tard per a poder aplicar la teràpia mecànica o bé massa tard per a que sigui efectiva.

L'Hospital Universitari Arnau de Vilanova disposa, en part, de la infraestructura diagnòstica i de maneig per a aquests pacients i la seva organització es pot preparar per consolidar, si cal, aquesta tecnologia quan sigui descentralitzable a Lleida. Concretament es disposa d'angioTc i de dúplex Transcranial per al diagnòstic de les oclusions intracranials i d'unitat d'ictus per a atendre'ls amb neuròlegs amb expertesa en el camp neurovascular. A més a més, caldrà consolidar la disponibilitat de teràpia mecànica-neurointervencionisme al centre. Això podria permetre tractar pacients amb contraindicacions formals per a la fibrinòlisi endovenosa com ara pacients tractats amb anticoagulants o pacients amb cirurgia major recent. Actualment es tracten amb teràpia endovenosa entre 40 i 50 pacients la majoria dels quals es poden beneficiar també de teràpia mecànica. A aquest nombre de pacients se'ls hi hauria d'afegir els pacients amb temps d'evolució de l'ictus major a 4,5 hores (finestra terapèutica del tractament endovenós) i menys de 8 hores juntament als pacients amb contraindicacions a la teràpia endovenosa. En total es preveu que uns 60 pacients de la Regió de Lleida amb ictus agut podrien ser tractats amb neurointervencionisme.

Cal, doncs, estudiar les possibilitats de la seva implantació.

La Cirurgia Pediàtrica i les cures intensives de pediatria

Una de les darreres instruccions del CatSalut (7/2015) fa referència a la cirurgia pediàtrica i concreta què s'ha de fer a Lleida, dins de la reordenació d'aquesta atenció amb les actuacions a realitzar i serveis a desplegar. S'ordena aquest procés, tot incloent-hi l'alta especialització i les unitats de cirurgia pediàtrica de centres hospitalaris de referència i les unitats de cirurgia pediàtrica d'alta especialització. Es determina que, en el cas de Lleida, la Unitat de Cirurgia Pediàtrica és un servei compartit: UCP de l'HU Arnau de Vilanova / HU Vall d'Hebron i això comporta la necessitat d'adaptar i configurar l'Arnau com a centre de referència en cirurgia pediàtrica, una orientació explícita que ha d'implicar el compliment dels requeriments que estan establerts.

Requeriments de les unitats de cirurgia pediàtrica de centres hospitalaris de referència

- Establir una xarxa assistencial amb els centres de proximitat que obligui a compartir el procés del pacient i el seu seguiment, segons les necessitats clíniques del pacient.
- Disposar d'un acord formal de col·laboració amb els centres de proximitat que reculli, com a mínim, els aspectes assenyalats en aquesta Instrucció i, específicament, disposar de protocols assistencials de practica clínica i de protocols de relació amb els centres de proximitat que els són vinculats, que han d'incloure necessàriament l'atenció urgent i emergent.
- Cirurgians pediàtrics i equips professionals amb expertesa contrastada.
- Configurar el treball dels professionals en equips d'atenció multidisciplinària.
- Disposar dels recursos diagnosticoterapèutics i de suport adequats per al procés assistencial i, específicament:

- Unitat de neonatologia i unitat de cures intensives (UCI) neonatal si atenen patologies neonatals.
- Infraestructura pediàtrica suficient per atendre complicacions *(no cal UCI pediàtrica)
- Anestesiòlegs amb perfil pediàtric (formació i expertesa adequada en anestèsia i reanimació pediàtrica). ** ⁷⁸

Pel que fa als malalts crítics pediàtrics, aquests han estat atesos clàssicament a la Regió Lleida dins dels serveis de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova amb la tutela assistencials de professionals formats en pediatria i que en molts casos formen part d'aquest servei, ja que en el servei de pediatria s'atén la majoria de la patologia pediàtrica, des de l'època neonatal fins als 15 anys d'edat, i es disposa de facultatius de les subespecialitats pediàtriques mes prevalents.

L'atenció continuada als nens es realitza en el Servei d'urgències amb 2 pediatres de presència física destinats un a l'àrea de neonatologia i l'altre a l'àrea de pediatria.

Els pacients atesos a urgències amb patologia que precisi de cures intensives no es poden atendre a l'Arnau, pel que han de ser traslladats a centres de referència de Barcelona. Fins el moment del trasllat, els pacients són atesos per l'equip de pediatria de guàrdia amb la col·laboració dels facultatius del Servei de Medicina Intensiva.

En cas de necessitar trasllat a un altre centre, s'utilitza el Sistema d'Emergències Mèdiques pediàtriques, que té la seva base a Barcelona. Aquest sistema té l'inconvenient del temps necessari per venir a Lleida i realitzar posteriorment el trasllat del pacient, amb una espera entre 2 i 3 hores fins l'arribada de l'equip de transport a l'HUAV i unes 3 hores més fins l'arribada al centre receptor. Així doncs, aquests nens tarden un mínim de 6 hores en estar a la UCI pediàtrica, comptant amb un trasllat d'un 2 hores en les que l'atenció no és la mateixa que es pot oferir en una UCI. Actualment l'atenció a aquests pacients mentre arriba el Sistema d'Emergències Mèdiques es realitza a la UCI general, amb cooperació entre els facultatius del Servei de Medicina Intensiva i el Servei de Pediatria.

Quan això no ha estat possible o les condicions especials del nen o la patologia pediàtrica ho aconsella, han estat traslladats a centres de tercer nivell de Barcelona, ja sigui a l'Hospital Infantil Vall d'Hebron de Barcelona o l'Hospital Sant Joan de Déu o bé, en poques ocasions a l'Hospital Parc Taulí.

Es planteja estudiar la possibilitat de disposar d'una Unitat de Cures Intensives Pediàtriques (entre 2 i 4 boxes, segons necessitats) per a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, que es proposa ubicar en la nova Unitat de Cures intensives, en els boxes més propers a l'entrada, estant els boxes pediàtrics tots junts i que, en cas de no tenir necessitats puntuals dels llits per pacients pediàtrics, aquests s'utilitzaran per l'atenció de pacients adults, però sempre amb reserva d'algun llit per ingressos pediàtrics. El posar la UCIP integrada en la UCI general presenta els avantatges de la optimització dels recursos tant d'espai físic com de material i del personal mèdic i d'infermeria.

Per aquest tema, es planteja una aliança estratègica que asseguri les necessitats formatives del personal mèdic i d'infermeria i el suport que la UCIP necessitarà pel tractament dels casos de més complexitat que necessitin el trasllat a l'Hospital Infantil Vall d'Hebron de Barcelona. Aquesta aliança es concreta en

- a. Facilitació de la formació inicial del personal facultatiu i d'infermeria
- b. Suport per a la formació continuada del personal mèdic i d'infermeria.
- c. Coordinació per la protocol·lització de l'assistència als nens de la UCIP.
- d. Contacte per seguiment i suport diagnòstic i/o terapèutic dels pacients ingressats.

Medicaments d'alta complexitat, tractaments oncològics i medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA)

Els medicaments d'alta complexitat mereixerien un tractament específic i la seva autorització, compra -a vegades-, prescripció, dispensació, seguiment i control implica la combinació d'algunes decisions del tot centralitzades com per exemple, l'harmonització d'indicacions o els criteris pels acords de preus o de risc compartit (com s'ha començat a fer en 17 medicaments fins final 2015) amb altres decisions descentralitzades com l'aplicació dels acords anteriors o sobretot la utilització -administració- propera al centre de referència del malalt. En alguns casos es pot arribar als hospitals de dia dels hospitals comarcals i fins i tot als domicilis, on es poden aplicar algunes quimioteràpies oncològiques, com va començar a fer l'Institut Català d'Oncologia a Barcelona fa uns anys per malalts seleccionats i en alguns casos també a Lleida. L'anàlisi de resultats ha de tenir també una doble vessant: descentralitzada per conèixer dades micro, però alhora integrada en una xarxa de dades globals per tal d'abordar activitats de benchmarking.

Els tractaments oncològics necessiten un destacat, al ser en aquest moments els tumors la primera causa de mortalitat proporcional global a Catalunya (ha superat a les malalties vasculars en homes) i es preveu que s'accentui en els propers anys. La seva ordenació inclou l'Oncologia complexa, l'Oncohematologia i l'Oncopediatria amb els tractaments relacionats, ja siguin mèdics, quirúrgics o de Radioteràpia complexa.

Els centres del SISCAT català s'agrupen en xarxes per aquest tema i l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova també ho ha de fer. En aquest sentit, l'acord per la constitució de la nova Xarxa Oncològica de Catalunya, un projecte llargament esperat

pels professionals del sector que vol situar Catalunya com un dels referents mundials en l'assistència del càncer i que contempla, entre altres un acord estratègic de col·laboració entre dues empreses públiques: l'Institut Català de la Salut (ICS) i l'Institut Català d'Oncologia (ICO), basat en models d'èxit implementats en altres països. L'acord engloba dos hospitals de l'ICS (l'Hospital Universitari Vall d'Hebron i l'Arnau de Vilanova de Lleida) i l'Institut Català d'Oncologia (ICO), que representen prop del 60% de l'assistència del càncer a Catalunya.

Es planteja doncs concretar en els propers anys els serveis que es poden i podran prestar a Lleida, això sí, amb els mateixos criteris de tota la xarxa oncològica catalana, tot especificant quina part del tractament es pot realitzar en cada lloc, com és el cas del tractament del melanoma metastàtic.

Les Malalties minoritàries (MM)

L'exemple de les malalties minoritàries és paradigmàtic per una banda de la necessitat de concentració i expertesa i per altra d'estar a prop del nucli familiar i d'atenció immediata pel dia a dia de la seva atenció integral i multidisciplinària. Tenim a les nostres comarques casos que requereixen de l'atenció de centres de tercer nivell com per exemple ha estat el cas de les dues nenes bessones amb malaltia de Maroteaux-Lamy, en el que molts professionals de centres de Lleida intervenen en la seva atenció: pediatres i infermeres d'atenció primària de salut, professionals d'Ensenyament, del Consell Comarcal, de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, a més dels de l'Hospital de la Vall d'Hebron. Tots són necessaris per donar la qualitat de vida possible a les dues nenes afectades per una de les múltiples afeccions minoritàries existents, on el concepte d'eficiència es barreja amb el de justícia i equitat i els altres principis ètics aplicables.

Cal esmentar que encara que es considera que una malaltia és minoritària quan la seva prevalença és inferior a 5 casos per cada 10.000 habitants, presenta altes taxes de mortalitat i/o és crònicament debilitant, en conjunt el nombre total d'MM conegudes ultrapassa les 7.000, en constant augment a conseqüència sobretot dels nous coneixements en genètica, ja que el 80% tenen un origen genètic i el 50% dels nous casos es donen en la població pediàtrica.

Caldrà concretar el paper de cadascun dels centres i serveis regionals respecte les malalties minoritàries que es diagnostiquin i tractin a ciutadans de la regió.

La genètica, el consell genètic i les Unitats de genètica clínica

Un dels temes de salut amb més potencial de desenvolupament són les malalties genètiques, amb una extensió exponencial del seu coneixement i possibilitats d'abordatge en els països desenvolupats. S'estima que entre un 2 i un 3% dels nascuts presenten una alteració d'origen genètic i l'atenció al malalt i l'estudi de les famílies comporta procediments diagnòstics i terapèutics d'elevada complexitat, que obliguen també a concentrar el diagnòstic i el consell genètics en un nombre limitat de centres. Cal esmentar que es poden identificar més de 6.000 malalties tipus trastorns o malalties genètiques constitutives.

Per això la instrucció recent del CatSalut 06/2015 estableix el model assistencial i la reordenació del procés d'atenció als pacients, per als trastorns o malalties genètiques constitutives i somàtiques i estableix les unitats d'alta especialització en anàlisis genètiques (proves genètiques) i consell genètic (unitats de genètica clínica) i els laboratoris de diagnòstic especialitzats de referència.

Així mateix, la identificació de mutacions somàtiques (no germinals) en càncer està permetent la subclassificació de tumors en categories o perfils genètics que, en alguns casos, té una gran rellevància terapèutica, com és en el cas dels càncers de còlon metastàtic, de pulmó i de mama, així com en altres malalties oncohematològiques, en el que s'ha denominat medicina de precisió.

Aquestes teràpies dirigides s'ampliaran a altres tipus de tumors i conseqüentment cada vegada se'n beneficiaran molts més malalts i per tant, hem d'estudiar el desenvolupament d'aquesta especialitat multi professional en el nostre entorn regional. Una obligació de desplaçament a centres de Barcelona per malalts i familiars per rebre totes les atencions o per consell genètic es pot contraposar a una altra visió amb aquests malalts i familiars són atesos en centres de referència, això sí, amb els mateixos criteris-protocols-tècniques-medicaments i fins i tot amb professionals compartits però molt més a prop del seu domicili. De fet la instrucció diu que, es considera necessari configurar un model d'atenció integrat per una xarxa coordinada de centres i serveis de primer nivell, organitzats en una xarxa –altament integrada, col·laborativa i competent, i que garanteix els fluxos, la informació, la comunicació, el coneixement i el valor en els dos sentits (de dalt a baix i de baix a dalt)– i d'acord amb els nivells de resolució i especialització necessaris per garantir els millors resultats, la màxima qualitat, l'avaluació integrada, el màxim recorregut i la capacitat i potencialitat.

Caldrà disposar als centres de Lleida dels experts necessaris per a la sol·licitud de proves diagnòstiques, la interpretació dels resultats diagnòstics i l'assessorament genètic organitzats sota la denominació de Unitats de Genètica Clínica, que han de comptar com a mínim, amb un facultatiu clínic especialista, un assessor genètic, un psicòleg i un gestor de casos i que hagin estat reconegudes com a tals pel CatSalut. Ja s'ha iniciat la formació de professionals i consultes compartides en col·laboració amb l'Hospital Universitari de la Vall d'Hebron.

A Lleida (junt amb Barcelona, Girona, Tarragona i Catalunya Central) ens correspon una de les Unitats de Genètica Clínica Tutelades, que en un període de 4 anys s'han de capacitar, tant pel que fa als coneixements com pel que fa a la infraestructura, per tal de poder ser reconegudes, si és el cas, com a unitats de genètica clínica per part del CatSalut i han d'establir un conveni específic amb el corresponent centre hospitalari de referència.

Així mateix, cal considerar la farmacogenòmica, molt lligada a la farmacocinètica clínica, que contempla actuacions dels laboratoris però també dels serveis de farmàcia especialitzats que tenen el coneixement per poder orientar la individualització dels tractaments en base a la idiosincràsia dels pacients. L'objectiu és poder diferenciar els pacients ja que metabolitzen de forma diferent els fàrmacs que reben en funció del seu perfil genètic. (exemples del Fluoracil i el Trastuzumab en càncer de mama i alguns

digestius) Actualment, la farmacocinètica clínica es troba en fase d'aplicació experimental a l'HUAV tot i que alguns dels programes que es desenvolupen ja estan consolidats de manera molt propera a l'assistència.

Fins aquí s'han exposat alguns exemples de planificació i ordenació de serveis que s'estudiaran per la regió de Lleida en els propers anys, sota els principis del Pla de Salut 2011 2020.

Objectiu 2020

Concretar per la Regió Sanitària Lleida els serveis necessaris per la resolució de patologies de mitjana i alta complexitat segons els principis que determina el Pla de Salut de Catalunya 2016 2020

Activitats inicials

Endegar l'estudi de les possibilitats regionals d'atenció als codis, la cirurgia pediàtrica, uns llits de cures intensives pediàtriques, els medicaments d'alta complexitat i per malalties oncològiques, la genètica així com el paper de cadascun dels centres i serveis regionals per les malalties minoritàries.

13.3 Integració dels serveis a domicili: Atenció Domiciliària Integral (ADI)

“El domicili és el centre” va ser la frase utilitzada per una asseguradora americana molt reconeguda i que competia en resultats amb el National Health Service anglès⁷⁹. Aquesta realitat anirà essent la protagonista ja que les noves tecnologies faciliten l'assistència fora dels centres sanitaris amb molta més facilitat que abans. Si el sistema de salut s'ha d'orientar a les persones, aquestes poden beneficiar-se de molts serveis en qualsevol lloc on estiguin, sense necessitat d'acudir al centre de salut. Van en aquesta línia iniciatives com l'e-consulta, La Meva Salut⁸⁰ i d'altres similars.

El domicili també ha sigut el lloc d'atenció de projectes molt consolidats com el de ATDOM (atenció domiciliària a malalts que no poden desplaçar-se al CAP atesa per l'atenció primària de salut) els serveis prestats pels PADES (programa d'atenció domiciliària equips de suport molt lligats a temes sociosanitaris i de final de vida) els serveis que donen els equips de HODO (Hospitalització domiciliària, que va ser utilitzada com alternativa a la hospitalització convencional a finals dels anys noranta) i serveis d'atenció domiciliària polivalents per malalts complexos prestats per atenció primària ESAD (equips de suport a domicili) que de fet és qui ha de coordinar tots aquests processos d'atenció.

A banda, també hi ha serveis facilitats per l'atenció social que en ocasions presten serveis de seguiment i suport en el límit entre serveis sanitaris i socials.

Una síntesi d'aquests serveis es planteja organitzar-los sota la forma i denominació d'atenció domiciliària integral (ADI) com una unitat polivalent que atén a tot tipus de pacients amb patologia mèdica des del pacient crònic al pacient pal·liatiu, que treballa en l'àmbit de la comunitat com a recurs intermedi i de manera cooperativa actua A.Primària-ADI-Hospital. L'objectiu es establir un model organitzatiu que contribueixi a la millora de la qualitat assistencial, ofereixi atenció continuada en el si de la comunitat, sigui una eina de suport pels professionals d'atenció primària/hospitalària i de les unitats bàsiques d'assistència social que serveix de connexió entre els diferents nivells assistencials oferint l'accés del pacient a la millor alternativa assistencial per poder resoldre el seu problema de salut, sense duplicitats ni buits, fent un pla terapèutic individualitzat per assegurar els diferents nivells d'atenció que permetin una resposta ràpida als canvis en l'estat del pacient, així com un sistema de comunicació permanent entre pacient-equip i equip-equip.

Entenem que l'atenció domiciliària ha de ser integral (ADI) per atendre a tot tipus de pacients amb patologia mèdica des del pacient crònic al pacient pal·liatiu.

La tipologia de malalts tributaris de rebre derivacions per part de l'ADI és:

Casos compartits: són aquells casos complexos nos sols des del punt de vista clínic sinó des de el social i psicològic que degut a la intensitat de les intervencions es precís la rotació del lideratge dels professionals responsables (At. Primària-ADI), amb l'objectiu del control compartit del pla terapèutic comú.

Casos gestionats per la unitat de Gestores de casos i Seguiment d'At. Primària: Pacients en situació de crisi que necessiten teràpies intensives (oxigenoteràpia,

nebulitzacions, teràpia iv...) que bé per la isòcrona del cas o per saturació de la unitat o per petició de l'equip que deriva, seran casos compartits tant en el seguiment clínic com per l'aplicació de la teràpia durant tot l'episodi amb contacte telefònic diari o a través del programa informàtic E-CAP.

Casos d'atenció intensiva amb resposta en <24h i de durada de <15dies: Pacients derivats des de l'Atenció Primària o d'Urgències per situació de crisi que necessiten una actuació intensa (2 visites al dia). També s'inclouran aquells pacients PCC (amb perfil reingressador) que precisin una transició entre hospital i domicili.

Casos de resposta en >24h d'atenció no diària però amb durada >15dies: Pacients derivats des de l'Atenció Primària i d'Urgències que necessitin seguiment a causa d'una situació de crisi. També s'inclouran les altes hospitalàries y sociosanitàries que requereixin de seguiment pel possible impacte funcional, cognitiu, psicosocial així com l'aparició de síndromes geriàtrics.

Persones que necessitin suport telefònic pel seguiment de casos tant des del punt de vista clínic com social, psicològic com rehabilitador per al pacient, la família i l'Equip d'Atenció Primària.

Intervenció polivalent orientada a l'atenció integral de la persona malalta i els seus cuidadors (cobertura de necessitats físiques, psicoemocionals, sociofamiliars i espirituals), tenint en compte els seus valors i creences.

Valoració del Recurs: Valorar de forma interdisciplinari amb l'objectiu de decidir l'ingrés del pacient en Recurs Sociosanitari: LLEE, Unitat Convalescència o UCP, així com el recurs de fisioteràpia més adient.

Objectiu 2020

Reorganitzar i desenvolupar un model d'atenció domiciliària que doni resposta a les necessitats del territori de manera proactiva i a demanda tant de forma presencial com telemàtica, puguin establir un model de cures intermèdies en la comunitat que siguin nexes d'unió entre l'àmbit de l'Atenció Primària i l'Atenció Hospitalària.

El desenvolupament de programes específics per l'Atenció Domiciliària de les patologies més freqüents establint un pla terapèutic individualitzat.

Caldrà incloure també l'atenció farmacèutica a domicili i l'administració d'alguns tractaments.

Activitats inicials

Establir un circuit d'actuació de la Unitat domiciliària d'atenció <24h per als pacients derivats des de l' Atenció Primària dins d'isòcrons.

Establir un circuit d'actuació de la unitat domiciliària d' atenció <24h per als pacients derivats des de Atenció Primària fora d'isòcrons amb la creació de consulta virtual de seguiment.

Desenvolupament de programes específics d'actuació sobre les patologies més prevalents RESPI-DOM, per l'atenció dels pacients amb patologia respiratòria crònica, des de una visió multidisciplinària, que se desenvoluparà en la comunitat amb la inclusió de tots els actors i que tindrà com a objectiu disminuir els reingressos i la freqüentació al servei d'urgències.

13.4 Acords i aliances territorials

En el decurs de la seva vida, els ciutadans poden ser atesos per diferents professionals del sistema de salut i, per tant, són demandants de diferents serveis en diferents centres de diferents línies que, sovint, poden ser de diferent titularitat, característica aquesta última que s'ha considerat pròpia del sistema sanitari català.

Fins i tot, per a un mateix problema de salut és possible que el malalt flueixi entre diferents centres i serveis, la qual cosa ha comportat la necessitat fonamental de construir un sistema organitzatiu que faciliti aquestes transicions.

Es compren fàcilment que aquets serveis, centres o proveïdors que conformen l'oferta sanitària no poden treballar aïlladament i estan obligats a entendre's i tenir relacions.

Coneixement mutu i coordinació són les dues bases obligatòries sobre les que els diferents proveïdors han de facilitar el viatge sanitari del pacient sense que aquest últim el noti massa o el percebi negativament.

Aquest principi de treball en xarxa ja estava present en la filosofia de la clàssica xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP)⁸¹ i dels Mapes Sanitaris.⁸² El decret que crea el sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya propugna també aquests valors, tot ratificant que el Servei Català de la Salut ha de proveir, amb caràcter general, els serveis sanitaris a la població de Catalunya a través dels centres i Serveis del SISCAT.⁸³

El coneixement mutu és un dels primers requisits i la base per a la cooperació entre les diferents línies d'atenció sanitària, una cooperació que pot derivar-se en la concreció d'objectius comuns a assolir, aliances estratègiques i, fins i tot, a una fusió quan la coincidència és total.

Tot plegat no deixa de ser res més que diferents gradacions que es donen en el món sanitari, un món on la planificació i la col·laboració potser tenen més importància que la competència entesa en el sentit mercantil del terme¹⁰

Tanmateix, una certa competència pot resultar positiva per millorar l'eficiència, però la màxima expressió d'aquesta és l'eficiència social: assolir al menor cost social, els bens i serveis que més valora la societat, en aquest cas la salut dels seus ciutadans i la millor distribució dels mateixos.

Per assolir l'eficiència social en el sistema públic de salut, el marc està en part regulat pel Govern de la Generalitat de Catalunya, el Departament de Salut i organismes que en depenen.

En el Sistema Sanitari és més habitual que l'àmplia oferta sanitària sigui ordenada en unes poques organitzacions d'ampli abast (sobretot a la Regió de Lleida), que no pas en petites i independents entitats que competeixen per capturar la demanda potencial (dels

¹⁰ La competència referida en el text és entesa com competició i no com el coneixement positiu necessari que sí que ha de fluir lliurement en els professionals del sistema de salut.

Són necessàries cooperacions, col·laboracions, acords, i aliances entre les organitzacions sanitàries regionals per consolidar i preservar els principis del Sistema Sanitari Català

ciutadans amb problemes de salut). Això suposa que predominin les relacions dins de la mateixa organització i amb molta estabilitat en el temps.

A la Regió de Lleida, l'atenció primària i hospitalària han estat, possiblement, els dos àmbits on clàssicament més s'han treballat més les relacions intraorganitzatives, atesa la seva gestió majoritària per un gran proveïdor.

Aquestes relacions són continues i habituals per atendre diferents problemes de salut i grups de patologies i són constants les iniciatives per tal de mantenir-les i millorar-les. Les noves formes de relació basades en la innovació tecnològica han afavorit aquesta cooperació i en són un exemple: les comunitats de professionals (els blogs, en els que Lleida va ser pionera amb l'endoblog, pneumobloc i psicobloc), les consultes sense presència del pacient o, més recentment, les e-consultes entre professional i malalt.

Però altres casos, sobretot en algunes línies de serveis com la Sociosanitària i la de Salut Mental es produeixen de manera més freqüent les relacions extraorganitzatives, ja que en aquests sectors és més habitual la diversitat de proveïdors.

També hi ha relacions freqüents entre serveis més especialitzats de mitjana i alta complexitat, que poden ser dins de la mateixa macroorganització com l' Institut Català de la Salut o amb altres afins com l' Institut d'Oncologia de Catalunya, l' Institut de Diagnòstic per la Imatge o amb altres de la xarxa pública de salut.

Les plataformes tipus IS3 han facilitat totes aquestes relacions funcionals i operatives entre organitzacions, permetent la relació, no solament amb altres serveis i centres regionals, sinó també amb centres d'alta especialització ubicats a Barcelona.

Per tant és i serà habitual que s'estableixin cooperacions, col·laboracions, acords, i aliances (i fins i tot alguna fusió) entre les grans organitzacions i també entre aquestes i les petites que presten atenció sobretot en algunes línies com la sociosanitària i la salut mental, en les que hi ha més diversitat de proveïdors (i de formes de provisió) com ja hem exposat anteriorment.

Objectiu 2020

Concretar per la Regió Sanitària Lleida els acords entre els proveïdors de serveis de salut i les aliances estratègiques regionals i supraregionals necessàries per consolidar i preservar els principis del Sistema Sanitari Català que són els de:

- Garantir un sistema de salut universal, públic i equitatiu.
- Potenciar un sistema transparent, participatiu i sostenible.
- Reforçar un sistema de qualitat assistencial basat en l'R+D+I.
- Impulsar les polítiques de prevenció i promoció de la salut.

que es concreten en els objectius que determina el Pla de Salut de Catalunya 2016 2020. Aquestes aliances han d'estar tutelades pel Servei Català de la Salut, que vetllarà per una bona governança territorial de les mateixes així com per què la seva funcionalitat respongui a les necessitats regionals.

Activitats inicials

Incloure dins del Pacte Territorial 2016 els acords i aliances necessàries per impulsar els projectes d'aquest Pla de Salut 2016 2020 :

Alguns dels acords entre diferents tipus de serveis especialitzats regionals, ja tenen anys de recorregut a Lleida.

- Acords entre serveis especialitzats regionals i els d'alta tecnologia de Barcelona, com s'ha exposat dins del projecte de Resolució Regional i s'han endegat amb l'acord estratègic entre ICS i ICO.
- Acords entre centres hospitalaris del SISCAT de la Regió, com l'endegat entre l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i l'Hospital Universitari de Santa Maria
- Acords entre proveïdors regionals pels productes intermedis com són els de diagnòstic per la imatge entre l'ICS GSS i l'IDI
- Acords entre serveis hospitalaris i serveis d'atenció primària, com els continguts en les rutes assistencials i els derivats de l'apoderament de l'atenció primària per accedir a especialistes hospitalaris.
- Acords entre l'atenció primària i centres i serveis sociosanitari i de salut mental, com els de les rutes i altres recollits en els Pactes Territorials de Salut.
- Acords entre proveïdors de salut mental, tant en adults com en infantojuvenil, com l'endegat entre els proveïdors de la salut mental de la Regió sanitària Gestió de Serveis Sanitaris i Sant Joan de Déu Terres de Lleida
- Acords entre proveïdors per donar tractaments farmacològics en una *anella farmacèutica*¹¹ que faciliti la logística dels medicaments i els apropi amb qualitat.

Així mateix, cal incrementar les aliances per atendre moltes patologies i organitzar-se de manera conjunta amb altres regions sanitàries de Catalunya, sobretot amb la l'Alt Pirineu i Aran, o amb la de Catalunya Central per l'atenció a l'Alta Segarra o fins i tot amb els serveis de salut aragonesos per tal de garantir una correcta assistència als ciutadans de la Franja de Ponent.

¹¹ El funcionament en anella, comporta una interconnexió dels sistemes d'informació dels magatzems dels diferents centres que la integren amb aplicació del concepte d'estoc global: medicaments utilitzables en qualsevol punt de l'anella. Aquesta visió és clau per una reducció important dels inventaris i de les pèrdues de cost-oportunitat. Les sinèrgies i economies d'escala en la gestió dels subministres de medicaments haurien de culminar en una unificació dels processos. Per exemple aplicat a la preparació dels medicaments per a la seva administració. La funció tradicional de fabricar medicaments per a la seva aplicació intrahospitalària (preparats oficials i fórmules magistrals) s'ha ampliat de forma molt notable cap a la preparació individualitzada de medicaments "ready to use" per a pacients ingressats o atesos a hospital de dia. Bon exemple d'aquesta pràctica són les barreges per quimioteràpia o la nutrició parenteral. Aquesta és una activitat cridada a potenciar-se en els propers anys amb la introducció de més tractaments a base d'anticossos monoclonals i l'inici de la teràpia gènica, les exigències normatives basades en les bones pràctiques de preparació de medicaments i la preocupació pels efectes que la manipulació de medicaments bioperillosos pot tenir sobre la salut dels mateixos treballadors.



7. ANNEX

Annex 1. Descripció de la metodologia RECIC per a la definició de responsabilitats

Responsable	Acceptarà l'encàrrec i assumirà la responsabilitat final del projecte Confirmarà la resta de membres RECI i proposarà la seva ampliació o reducció Farà difusió del projecte als membres del grup i als implicats externs (altres directius i professionals) Convocarà juntament amb l'executor i participarà en la primera reunió del grup del projecte; Demanderà els talls de partida i situació (abril, juny i novembre), Supervisarà les propostes i conclusions del grup. Recolzarà les activitats derivades del grup per aplicar-les regionalment
Executor (recomanable 2 persones)	Assumirà el lideratge i la direcció operativa del projecte Convocarà la resta de RECI i proposarà incorporacions o subcomissions Convocarà les reunions per difondre i acordar les activitats 2012 Concretarà les activitats relacionades amb els objectius 2012 del Pla de Salut Regional Realitzarà els talls de partida i situació (abril, juny i novembre), Recopilarà les propostes i conclusions del grup. Impulsarà les activitats derivades del grup per aplicar-les regionalment
Consultats Grup de treball (*) màxim 10 persones	Aportarà els coneixements i experiència per concretar el projecte a la regió Participarà en les reunions i activitats convocades per l'executor Participarà en la redacció de les Rutes assistencials i/o Plans de Reordenació Territorials Participarà en la operativa del projecte per assolir els objectius regionals Aportarà la informació que disposi per realitzarà els talls de partida i situació (maig, juny i novembre), Col·laborarà en les activitats derivades del grup per aplicar-les regionalment
Informats	Aplicarà en la seva àrea de responsabilitat o centre les activitats dels objectius derivats del projecte Aportarà la informació que disposi per realitzarà els talls de partida i situació (abril, juny i novembre), Aportarà els coneixements i experiència per millorar la operativa del projecte i farà suggeriments al grup pels propers exercicis
CatSalut	Facilitarà les directrius generals del Pla de Salut de Catalunya i la concreció regional marcada pel CatSalut Facilitarà el suport al responsable i a l'executor per impulsar el grup Recolzarà a l'executor del projecte per les activitats operatives: convocatòries, talls d'informació de partida i situació (abril, juny i novembre), Recolzarà e l'executor per recopilar les propostes i conclusions del grup i les supervisarà conjuntament amb el responsable. Recolzarà les activitats derivades del grup per aplicar-les regionalment i elevarà al CatSalut per aprovació les propostes de planificació i compra per concretar-les amb els proveïdors regionals.

Annex 2. Graella dels projectes territorials del quinquenni 2011-2015

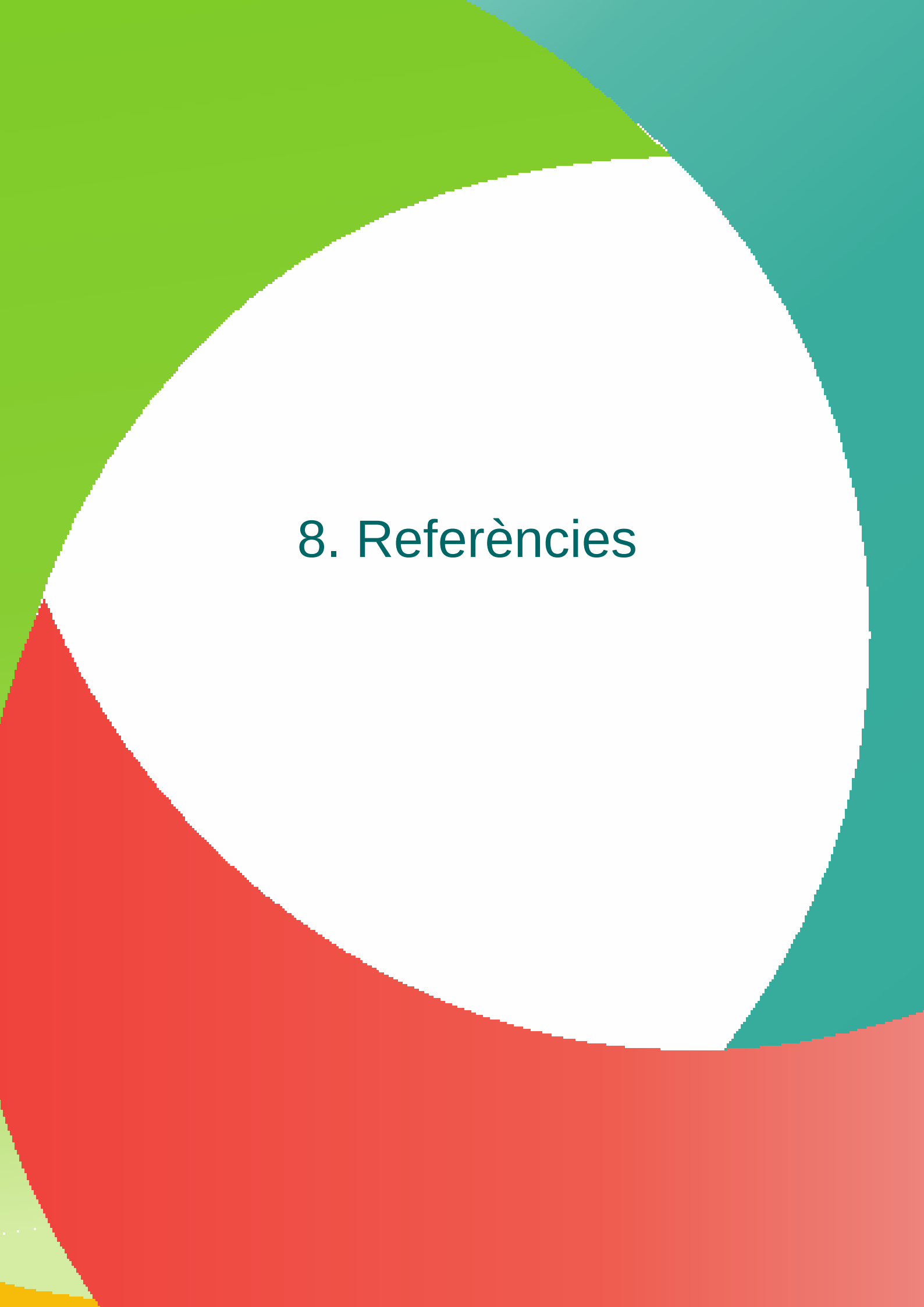
2. Orientació cap als malalts crònics	2.1 Implantar processos clínics integrats	2.1.01 Insuficiència cardíaca congestiva (ICC). Creació de la Ruta Assistencial (2012)
		2.1.02 Diabetis i altres malalties endocrinològiques. Creació de la Ruta Assistencial (2012)
		2.1.03 Malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC). Creació de la Ruta Assistencial (2012)
		2.1.04 Depressió. Creació de la Ruta Assistencial (2012)
		<u>2.1.05 Càncer CDR i Cribatge (Programa Oncologia Atenció Càncer) variables ECAP SAP:</u> · Circuit diagnòstic ràpid de càncer de mama · Circuit diagnòstic de càncer de pulmó · Circuit diagnòstic de càncer de colon · Circuit diagnòstic ràpid de càncer de Bufeta i Pròstata · Cribatge de mama · Cribatge de colòn i recte
		2.1.06 Demències
		2.1.07 Nefropatia
		2.1.08 Osteoporosi, dolor crònic i altres malalties de l'aparell locomotor
	2.2 Potenciar els programes de promoció i prevenció	2.2.01 Pla d'Activitat Física, Esport i Salut (PAFES). Veure 3.4.01
		2.2.02 Pla integral per a la promoció de l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS). Veure 3.4.01
		2.2.03 Projecte demostratiu Estat immunitari dels professionals sanitaris
		2.2.04 Programa Beveu menys
		2.2.05 Activitats relacionades amb factors de risc de les patologies de càncer i patologia osteomuscular (tabac, alcohol, alimentació, activitat física, vacunes i exposició solar)
		2.2.06 Programes d'envelliment saludable (ASP)
		2.2.07 Activitats relacionades amb factors de risc en relació amb les patologies de ICC, MPOC, tabac, càlcul de risc cardiovascular, etc.
		2.2.08 Hospitals i centres sense fum
		2.2.09 Programes de prevenció en etapa infantil. Cribatge prenatales, metabolopaties i hipocausia
	2.3 Autoresponsabilització dels pacients de l'autocura	2.3.01 Programa del pacient expert
		2.3.02 Grup d'ajuda mútua en fibromiàlgia i fatiga crònica
		2.3.03 Pacients experts en diferents entitats ubicades a l'Espai de Salut
		2.3.04 Continuar les activitats grupals a pacients crònics s i/o cuidadors
	2.4 Desenvolupar alternatives assistencials en el marc d'un sistema integrat	2.4.01 Nou model de la prestació farmacèutica en residències geriàtriques
		2.4.02 Hospital de dia geriàtric
		2.4.03 Reorientació de l'atenció a crònics al domicili i a les residències assistides. Model 7x24
		2.4.04 Control de la infecció a l'àmbit residencial
		2.4.05 Unitats Diagnòstic Ràpid ubicades als hospitals i lligades a les necessitats de l'AP
		2.4.06 Incentius a la no hospitalització amb la implementació de les alternatives esmentades i altres lligades al programa de cronicitat. UCA, ESAD; Hospital de dia (APCICA)
		2.4.07 Estudi per ordenar llits de subaguts
	2.5 Desenvolupar programes territorials	2.5.01 Model de previsió de pacients complexos que requereixen una atenció basada en la gestió de casos

Pla de salut de Catalunya 2016-2020
Un sistema centrat en la persona públic, universal i just

	d'atenció als pacients crònics complexos	2.5.02 Pla estratègic d'actuació en pacients crònics complexos polifreqüentadors del Servei d'Urgències Hospitalari GSS/ICS/RS i col·laboració en el projecte de detecció i abordatge dels pacients crònics de la Regió
		2.5.03 Projecte d'atenció i seguiment a la malaltia crònica avançada (MACA) ús del NECPAL
		2.5.04 Ruta assistencial del pacient crònic complex (PCC)
	2.6 Implantar programes d'ús racional del medicament	2.6.01 Polimedicació. Millorar les complicacions per polimedicació
		2.6.02 Rec@p i prescripció electrònica informatitzada. Extensió a especialistes seleccionats
		2.6.03 Millorar indicadors de seguiment: salut mental (crònics), demències (tractaments de l'Alzheimer) i osteoporosi (relacionat amb 3.1.04)
		2.6.04 Criteris comuns al Pla de Medicació a pacients crònics. Revisió plans terapèutics (relacionat amb els projectes 2.5)
		2.6.05 Difusió periòdica dels indicadors de despesa farmacèutica
		2.6.06 Processos de conciliació de la medicació i millora dels circuits i comunicació entre els nivells assistencials i professionals. Comissió de discrepàncies
		2.6.07 Programes d'atenció a la cronicitat amb les oficines de farmàcia (relacionat amb 3.4.05)
		2.6.08 Història Clínica Compartida i Carpeta Personal de Salut
	3. Resolució dels primers nivells	3.1.01 Model regional per Oftalmologia. Millorar la resolució Oftalmològica. Pla de resolució
		3.1.02 Salut mental. Millorar la resolució en salut mental. Assignació psiquiatra referent. Transformació actual consulta per correu electrònic en psicobloc. VII Congrés de Salut Mental i AP. Pla de resolució territorial (PRT)
		3.1.02 Bis Salut Mental Infantojuvenil. Millorar la resolució en salut Mental. Consultes virtuals, psicobloc. Pla de resolució territorial (PRT)
		3.1.03 Reumatologia. Millorar la resolució reumatològica
		3.0.04 Aparell locomotor AP-AE. Pla de resolució territorial (PRT)
		3.1.05 Teledermatologia
		3.1.06 Càncer CDR i Cribratge (relacionat amb 2.1.05): ·Per cada Neo: mama, pulmó, colon, pròstata i bufeta ·Cribratge de mama ·Cribratge de còlon i recte
		3.1.07 Ecografies d'utilització directa per AP
		3.1.08 Model regional per urologia i altres patologies d'acta prevalença
		3.1.09 Equips de diagnòstic per AP i urgències. ECOs (complement de 3.1.07)
		3.1.10 Ordenació territorial de l'atenció pediàtrica, salut mental, al·letament, guardies i altres (relacionats amb 2.2.09 i 3.1.02)
		3.1.11 Millora del procés d'atenció a l'embaràs, part i puerperi i ASSIR
	3.2 transformar el model d'atenció d'urgències	3.2.01 temps de resposta en urgències greus, Coordinació, triatges i mobilització de recursos per les urgències
		3.2.02 Codis d'activació: CODI Politrauma, CODI PPT (politraumatismes greus), CODI IAM, CODI ICTUS (relacionat amb 3.3)
		3.2.03 Circuits d'atenció telefònica mèdica mitjançant el 061 CatSalut Respon i mobilització de recursos
		3.2.04 Col·laboració entre equips de suport vital avançat (SVA)
		3.2.05 Procediment de SEM i salut mental: emergències mentals severes (EMSE)

Pla de salut de Catalunya 2016-2020
Un sistema centrat en la persona públic, universal i just

		3.2.06 Xarxa de referència d'Heli-Stops
		3.2.07 Procediments d'actuació als accidents amb múltiples víctimes
		3.2.08 Formació de personal en actuacions d'emergència relacionades amb trasllats amb tractaments cardiològics
		3.2.09 Elaboració d'un Pla d'Urgències Regional que incorpori els elements anteriors i els de PIUC, POCS i altres programes d'urgències (Recursos, Cartera de Serveis, CMBD Ucies, etc.)
	3.3 Ordenar territorialment la cartera de serveis segons els nivells de complexitat	3.3.01 Codi d'activació politrauma
		3.3.02 Cirurgia pediàtrica
		3.3.03 Cirurgia bariàtrica
		3.3.04 Cirurgia toràcica
		3.3.05 Codi Ictus
		3.3.06 Especialistes pediàtriques recolzades per serveis hospitalaris: oftalmologia, urologia, locomotor i ORL.
		3.3.07 Codi infart
		3.3.08 Tractaments de cardiologia intervencionista. Intervencionisme Coronari Percutani
		3.3.09 Assegurar un menor temps en les operacions oncològiques
	3.4 Integrar la salut pública i comunitària en el model assistencial	<u>3.4.01 Donar continuïtat i avançar amb els programes comunitaris:</u> · Salut, escola i comunitat (Salut i Escola) · PAFES, PAAS (veure 2.2.01 i 2.2.02) · Protecció de la salut Prevenció de l'inici del tabaquisme i promoció de l'abandonament del consum de tabac · Beveu menys (veure 2.2.04) · Salut als barris · Glopeigs de fluor
		3.4.02 Presentació consolidació del Protocol per a brots epidèmics en l'àmbit laboral en coordinació amb la UVE de Lleida i la USL
		3.4.03 Definició i difusió de la cartera de serveis en salut laboral d'acord amb la USL central i la Xarxa de USL
		3.4.04 ITS. Donar continuïtat i avançar amb els programes de vigilància epidemiològica. Millorar la implicació del conjunt del sistema sanitari en l'estudi dels contactes d'ITS i promoció de la prevenció primària en el Programa de Salut i Escola
		3.4.05 Implantar la cartera de serveis a les oficines de farmàcia d'activitats preventives i control de crònics (relacionat amb 2.6.07)



8. Referències

-
- ¹ Idescat. Evolució de la població. Xifres oficials. Barcelona: Idescat, Generalitat de Catalunya. Disponible a: www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=d001
- ² Idescat. Projeccions de població (base 2013). Població projectada a 1 de gener de 2020 escenari mitjà. Barcelona: Idescat, Generalitat de Catalunya. Disponible a: <http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=5&id=8702>
- ³ Idescat. Població. Evolució de la població. Densitat de població per comarques, àmbits i províncies. Àmbit territorial de Ponent (2015). Disponible a: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=249> [consultat el 31/03/2016]
- ⁴ Idescat. Població. Moviment natural de la població. Àmbit territorial de Ponent (2015). Disponible a: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=249> [consultat el 31/03/2016]
- ⁵ Departament de Salut (2015), *Informe de Salut 2014*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/pla_de_salut/documents/arxius/informe_de_salut_2014.pdf [consultat el 03/04/2016]
- ⁶ Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, Ontario (Canada): Government of Canada, Ministry of Supply and Services; 1974.
- ⁷ Dever GEA. An epidemiological model for health policy analysis. *Soc Ind Res*. 1976;2:453-66.
- ⁸ Thornton J. Estimating a health production function for the US: some new evidence. *Appl Econ*. 2002;34:59-62.
- ⁹ Dahlgren, G. & Withehead, M. (2007), "A Framework for Assessing Health Systems from the Public's Perspective: the ALPS Approach", en *International Journal of Health Services*, 37 (2), pp. 363-378.
- ¹⁰ Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (2014), *Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya*, Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- ¹¹ Idescat. Anuari estadístic de Catalunya. Taxa d'atur 2001-2015. Barcelona: Idescat, Generalitat de Catalunya. Disponible a: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=318>
- ¹² Idescat. Indicadors de la Unió Europea. Taxa d'atur de llarga durada. Barcelona: Idescat, Generalitat de Catalunya. Disponible a: www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=8501
- ¹³ Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Anàlisi territorial. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya;

2015. Disponible a:

http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccrisi_salut/Fitxers_crisi/Salut_crisi_informe_2015.pdf

¹⁴ Idescat. Enquesta de població activa del INE. Taxa d'atur per Província. Disponible a: <http://www.idescat.cat/treball/epa?tc=4&id=ic4044&dt=2015> [consultat el 31/03/2016]

¹⁵ Idescat. Distribució de la renda, risc de pobresa i exclusió social. Base 2013. Barcelona: Idescat, Generalitat de Catalunya. Disponible a: <http://www.idescat.cat/pub/?id=ecv&n=7830>

¹⁶ Idescat. Macromagnituds. Renda familiar disponible bruta. Àmbit Territorial de Ponent. Disponible a: <http://www.idescat.cat/pub/?id=rfdbc&n=5502&geo=at:AT05> [consultat el 31/03/2016]

¹⁷ Idescat. Macromagnituds. Condicions de vida i hàbitats de la població. Pobresa i exclusió social. Taxes de pobresa després de les transferències socials. Àmbit Territorial de Ponent. Disponible a: <http://www.idescat.cat/pub/?id=ecvhp&n=5799&t=201100&geo=at:AT05#Plegable=geo> [consultat el 31/03/2016]

¹⁸ Idescat. Macromagnituds. Condicions de vida i hàbitats de la població. Pobresa i exclusió social. Taxes de pobresa per grups d'edat. Àmbit Territorial de Ponent. Disponible a: <http://www.idescat.cat/pub/?id=ecvhp&n=5799&t=201100&geo=at:AT05#Plegable=geo> [consultat el 31/03/2016]

¹⁹ Idescat. Enquesta de condicions de vida. Distribució de la renda, risc de pobresa i exclusió social. Base 2013. Distribució personal de la renda. Barcelona: Idescat, Generalitat de Catalunya. Disponible a: <http://www.idescat.cat/pub/?id=ecv&n=7596>

²⁰ Eurostat. Gini coefficient of equivalised disposable income; 2004-2015. Disponible a: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=tessi190>

²¹ Allepuz, R., Enciso, J. P., Lapresta, C. & Pelegrí, X. (2015), *Nova i vella pobresa a les comarques de Lleida*. Lleida: Edicions Universitat de Lleida.

²² Allepuz, R. et al. (2015), *Nova i vella pobresa...* pp. 32-35.

²³ Idescat. Indicadors de la Unió Europea. Abandonament prematur dels estudis. Barcelona: Idescat, Generalitat de Catalunya. Disponible a: <http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=5&id=8508&dt=201500>

²⁴ Commission on social determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva, World Health Organization; 2008. Disponible a: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf

-
- ²⁵ Banc d'Aliments de Lleida. Memòries anuals. Disponibles a:
<http://www.bancalimentslleida.cat/pageh-memories-anuals-del-banc-dels-aliments-de-lleida.aspx> [consultat el: 05/04/2016]
- ²⁶ Departament de Salut. Anàlisi de la mortalitat 2013. Disponible a:
http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/dades_de_salut_i_serveis_sanitaris/mortalitat/
- ²⁷ Servei d'Informació i Estudis (maig 2015), *Anàlisi de la mortalitat a Catalunya (2013)*, Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Disponible a:
http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/dades_de_salut_i_serveis_sanitaris/mortalitat/
- ²⁸ Departament de Salut (2015), *Informe de Salut 2014*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Disponible a:
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/pla_de_salut/documents/arxius/informe_de_salut_2014.pdf [consultat el 03/04/2016]
- ²⁹ Departament de salut. Enquesta de salut de Catalunya. Disponible a:
<http://salutweb.gencat.cat/esca>
- ³⁰ Mackenbach JP, Bakker MJ. European network on interventions and policies to reduce inequalities in health. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet* 2003;362:1409-14. Disponible a:
<http://www.belspo.be/platformisd/Library/Mackenbach%20Bakker.pdf>
- ³¹ Departament de Salut. Estadístiques de mortalitat a Catalunya i l'Estat espanyol. Impacte del canvi de documents i circuits per comunicar les defuncions. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 2013;34(1):1-6. Disponible a:
http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/recursos/butlletins_de_salut/promocio_i_proteccio_de_la_salut/bec_butlleti_epidemiologic_de_catalunya/2013/bec_gener_2013.pdf
- ³² Gili M, Roca M. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 2013 Feb;23(1):103-8. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cks035>
- ³³ Fernandez A, Garcia-Alonso J, Royo-Pastor C, et al. (2015), "Effects of the economic crisis and social support on health-related quality of life: first wave of a longitudinal study in Spain." en *Br J Gen Pract.*, núm. 632, pp. 198-203.
- ³⁴ World Health Organization. World report on ageing and health. Luxembourg: World Health Organization; 2015. Disponible a:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1

³⁵ Memòries anuals de la Regió Sanitària Lleida; disponibles a:

<http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/informes-memories-activitat/anual-regions/memories-2005/lleida/>

³⁶ Departament de Salut (2006), *Enquesta de salut de Catalunya*, Barcelona: Generalitat de Catalunya, disponible en:

http://salutweb.gencat.cat/ca/detalls/Articles/enquesta_exament2006_article

³⁷ Departament de Salut (2015), *Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya any 2014 Registre del conjunt bàsic de dades (CMBD)* Barcelona: Generalitat de Catalunya, disponible a:

http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/registres_catalegs/documents/cmdb_2014.pdf [consultat el 03/04/2016]

³⁸ Departament de Salut. Primer informe anual del PINSAP. Pla interdepartamental de salut pública. Salut a totes les polítiques. Informe núm. 1. Setembre de 2015. Disponible a: <http://salutpublica.gencat.cat/ca/detalls/Article/Primer-informe-anual-del-PINSAP.-Pla-interdepartamental-de-salut-publica.-Salut-a-totes-les-politiques.-Informe-num.-1.-Setembre-de-2015.-00001>

³⁹ Departament de la Presidència. Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS). Disponible a

http://presidencia.gencat.cat/ca/el_departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/

⁴⁰ Avaluació del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya 2011-2014. Departament de Salut, 2015. Disponible a:

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/destacats_a_la_dreta/avaluacio_cronicitat_2011_2014.pdf

⁴¹ González A. (2014), "La autonomía del paciente con enfermedades crónica: de paciente pasivo a paciente activo", en *Enferm Clín.*, núm. 24, pp. 67-73.

⁴² Avaluació del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya 2011-2014. Departament de Salut, 2015. Disponible a:

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/destacats_a_la_dreta/avaluacio_cronicitat_2011_2014.pdf

⁴³ Codi infart. Canal Salut. Departament de Salut. Disponible a:

http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_professionals/temes_de_salut/codi_iam/

⁴⁴ Codi ictus. Canal Salut. Departament de Salut. Disponible a:

http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_professionals/temes_de_salut/codi_ictus/

⁴⁵ Servei Català de la Salut. Ordenació i configuració del model organitzatiu i dispositius per a l'atenció inicial a la persona pacient amb trauma greu adulta i pediàtrica. Instrucció 04/2011. Disponible a:

http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/documents/arxius/instruccio_04-2011.pdf

⁴⁶ Informes de la Central de Resultats. Dades actuals. Àmbit hospitalari. Canal Salut. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2015. Disponible a:

http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/informes_cdr/dades_actu als/

⁴⁷ Departament de Salut. Pla interdepartamental de salut pública. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2014.. Disponible a:

http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/pinsap/

⁴⁸ González A, Amil P. Programa Cuidador Expert Catalunya®: una estratègia per potenciar l'autoresponsabilitat del cuidador i el foment de l'autocura. Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015. Disponible a:

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/mo del_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxius/programa_cuidador_e xpert.pdf

⁴⁹ Per a més informació, vegis: <http://catsalut.gencat.cat/ca/ciutadania/serveis-atencio-salut/valoracio-serveis-atencio-salut/enquestes-satisfaccio/index.html> [consultat el 22/04/2016]

⁵⁰ Participació dels professionals: avaluació de les experiències presentades a les Jornades del Pla de salut. Quaderns del Pla de Salut. 2015 Abr;(2). Disponible a:

http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/pla_de_salut_2011_2015/Quaderns/

⁵¹ Informes de la Central de Resultats. Dades actuals. Àmbit hospitalari. Canal Salut. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2015. Disponible a:

http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/informes_cdr/dades_actu als/

⁵² Essencial. Canal Salut. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Disponible a:

<http://essencialsalut.gencat.cat/ca/>

⁵³ Departament de Salut. Informe de salut de Catalunya. Anys 2012-2014. Disponible a:

http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/dades_de_salut_i_serveis_sanitaris/Informe-de-salut-de-Catalunya/

⁵⁴ Departament de Salut. Jornades anuals del Pla de salut. Anys 2012-2015. Disponible a:
http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/pla_de_salut_2011_2015/activitats/

⁵⁵ Departament de Salut. Pla de salut 2011-2015. Disponible a:
http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2011-2015/

⁵⁶ Departament de Salut. Avaluació operativa del Pla de salut 2011-2015. Quaderns del Pla de Salut. 2015 Oct; 3. Disponible a:
http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/pla_de_salut_2011_2015/Quaderns/#bl oc3

⁵⁷ Rendiment de comptes 2015 del Pla de Salut de Catalunya disponible a:
<http://salutweb.gencat.cat/ca/detalls/Articles/5a-Jornada-del-Pla-de-Salut-2011-2015>

⁵⁸ Jornades del Pla de Salut de Catalunya accessible (abril 2016) a
http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/pla_de_salut_2011_2015/activitats/

⁵⁹ Jornada Pla de Salut territorial Lleida disponible a:
http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/pla_de_salut_2011_2015/activitats/jornades_entre_regions/

⁶⁰ Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC):
http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic

⁶¹ Enquesta de Salut de Catalunya Contínua (ESCAC) disponible a:
http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/enquesta_salut_catalunya

⁶² Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS):
<http://aquas.gencat.cat/ca/>

⁶³ Acreditació dels centres sanitaris de Catalunya:
http://salutweb.gencat.cat/ca/serveis_i_tramits/acreditacio_de_centres_sanitaris/

⁶⁴ FeSalut Lleida (Federació d'Entitats per la Salut) <http://www.fesalut.com/home>

⁶⁵ IS3 Projecte d'interoperabilitat per facilitar la integració entre els diferents sistemes d'informació dels proveïdors de salut i serveis socials
<http://www.ticsalut.cat/projectes/is3/>

⁶⁶ Serra-Sutton, V., Montané, C., Pons, JM. & Espallargues, M. (2015), *Avaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Departament de Salut i Generalitat de Catalunya, disponible a:

http://aguas.gencat.cat/web/.content/minisite/aguas/publicacions/2015/documents/a_valuacio_9models_atencio_social_sanit_aguas2015.pdf

⁶⁷ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS), 2013. Disponible a

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/estrategiaPromocionyPrevencion.htm>

⁶⁸ Departament de Salut. Carta de Drets i Deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària. Canal Salut. Disponible

http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_ciutadania/drets_i_deures/

⁶⁹ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008 [citad Nov 2015] Disponible a: <http://www.who.int/whr/2008/overview/es/index4.html>

⁷⁰ PIAISS. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada soci la i sanitària de Catalunya" –gener 2016

⁷¹ PIAISS. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada soci la i sanitària de Catalunya"

http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/PIAISS_atencio_centrada_en_la_persona_201601.pdf

⁷² Departament de Salut. Protocol de seguiment i control de l'embaràs a Catalunya. 2a edició, 2005. Disponible a

http://salutweb.gencat.cat/web/sites/salutweb/.content/home/ambits_tematices/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/pla_estrategic_ordenacio_maternoinfantil_i_atencio_salut_sexual_i_reproductiva/material_de_suport/documents/protseguir2006.pdf

⁷³ WHO. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users (Evidence for action technical papers). World Health Organization 2004 [citad 9 desembre 2015]

http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf

⁷⁴ WHO/UNAIDS/UNODC. Policy brief: provisions of Sterile injecting equipment to reduce HIV Transmission. WHO 2004 [citad 9 desembre 2015]

<http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/provisionofsterileen.pdf>

⁷⁵ World Health Organization. Helsinki statement on health in all policies The 8th Global Conference on Health Promotion. 2013 Jun 10-14; Helsinki, Finland. WHO 2013. [Citad maig 2016]

http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf

⁷⁶ Dahlgren G, Whitehead M. Rainbow model of health; 1991. A: Dahlgren G. European Health Policy Conference: opportunities for the future. Vol II – Intersectoral Action for Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1995.

⁷⁷ Goyal M, Menon BK, van Zwam WH, *et al.* (2016), "Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials", en *The Lancet*, pp. 1723-1731.

⁷⁸ Les explicacions dels requisits de la cirurgia pediàtrica estan detallades a la circular 7/2015 del Catsalut disponible a:

<http://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/instruccio-07-2015>

⁷⁹ Light D. Dixon M. Making the NHS more like Kaiser Permanente. BMJ 2004; 328 accessible maig 2016 a <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.328.7442.763>

⁸⁰ Accés al Cat@Salut La Meva Salut (maig 2016)

<https://hccc.salut.gencat.cat/ca/web/guest/pre-login-cps>

⁸¹ Decret 202/1985, de 15 de juliol, de creació de la xarxa hospitalària d'utilització pública (DOGC núm. 5161 - 27/06/2008)

⁸² Departament de Salut (2008), *Els Serveis per a la salut, mirant cap al futur: mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública*, vol. I, II i III, Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, disponible a:

http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/mapa_sanitari_i_de_salut_publica/

⁸³ SISCAT DECRET 196/2010, de 14 de desembre, del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) i actualitzacions posteriors: ORDRE SLT/118/2015, de 21 d'abril, per la qual s'actualitza l'annex del Decret 196/2010, de 14 de desembre, del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT).(DOGC núm. 6867 publicat el 08/05/2015).