

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Autónoma de Cataluña



Índice

Índice	3
Resumen	5
1 Salud Pública	7
1.1 Recuperar la estructura territorial de la Secretaria de Salud Pública y aprobación del proyecto de ley de creación de la Agencia de Salud Pública de Catalunya	7
1.2 Plan Nacional de Educación y Promoción de la Salud	7
1.3 Potenciar el enfoque de salud comunitaria	7
1.4 "Salud en todas las políticas". Plan Interdepartamental e Intersectorial de Salud Pública-PINSAP 2017-2020	8
1.5 Impuesto sobre las bebidas azucaradas envasadas	8
1.6 Central de Resultados-Ámbito de salud pública por territorios	9
1.7 Plan de seguridad alimentaria 2017-2020	9
1.8 Salud laboral	9
1.9 Plan de acción contra el VIH e ITS 2016-2020	10
2 Asistencia sanitaria	11
2.1 Asistencia sanitaria: Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària-PIAISS	11
2.2 Estrategia Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria	11
2.3 Salud mental	12
2.4 Plan Nacional de Urgencias de Cataluña-PLANUC	13
2.5 Programa atención a las enfermedades minoritarias	14
2.6 Política farmacéutica y del medicamento integral e integrada	14
3 Infraestructuras sanitarias	17
3.1 Recursos económicos	17
3.2 Balance de situación	18
4 Recursos humanos	19
4.1 Plan de desarrollo profesional continuo	19
4.2 Plan de garantía de la estabilidad laboral	20
5 Gestión económica financiera	23
6 Investigación e innovación en salud	25

6.1 Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud-PERIS	25
6.2 Programa Público de Analítica de Datos para la Investigación y la Innovación en Salud-PADRS	26
Abreviaturas, acrónimos y siglas	27
Referencias documentales/Bibliográficas	31
Equipo de trabajo	33

Resumen

Garantizar el ejercicio del derecho a la salud, entendido como un derecho fundamental de todas las personas que viven en Cataluña es uno de los objetivos principales de la administración catalana. Es por este motivo que durante el año 2017 se ha trabajado para garantizar un sistema de salud universal, público, equitativo, sostenible de calidad, de excelencia y, por tanto, vinculada a la investigación y a la innovación. Un sistema que es esencial para la cohesión social y que ha de evitar que las condiciones económicas impidan o dificulten el acceso a la atención sanitaria. El Departamento de Salud ha definido como complementarias las estrategias de salud pública y las estrategias de asistencia sanitaria y avanzar así en un modelo de atención integrada en la persona; por esto motivo también se ha trabajado la relación entre los determinantes sociales de la salud para mejorar la salud comunitaria y asistencial.

“La mejor política de salud es la lucha contra las desigualdades y la construcción de un estado de bienestar socialmente avanzado”

1 Salud Pública

1.1 Recuperar la estructura territorial de la Secretaría de Salud Pública y aprobación del proyecto de ley de creación de la Agencia de Salud Pública de Catalunya

El Decreto 6/2017, de 17 de enero, de reestructuración del Departamento de Salud, permitió recuperar la estructura territorial de salud pública que se había perdido cuando se extinguió la personalidad jurídica de la Agencia de Salud Pública de Catalunya (ASPCAT). Con esta reestructuración, la Secretaría de Salud Pública gana una estructura propia y especializada y se aproxima a la población organizándose en cinco subdirecciones regionales. El objetivo de esta medida es facilitar un ejercicio de políticas de salud pública más próximo a la ciudadanía y sensible a la detección de necesidades específicas de las diferentes zonas del país, como elemento fundamental para luchar contra las desigualdades.

El 24 de octubre de 2017 el Gobierno de la Generalitat, aprueba el proyecto de ley de creación de la Agencia de Salud Pública de Catalunya con el objetivo de disponer de una estructura organizativa más ágil y flexible frente a los retos presentes y futuros. Este proyecto de ley separa las funciones políticas y estratégicas de las ejecutivas y de gestión y se refuerza la acción intersectorial con un consejo rector como máximo órgano de gobierno de la Agencia, integrado por representantes de otros departamentos de la Generalitat de Catalunya y del ámbito local.

1.2 Plan Nacional de Educación y Promoción de la Salud

El Plan Nacional de Educación y Promoción de la Salud nace con el objetivo de homogeneizar las actividades de educación y promoción de la salud desde diferentes ámbitos, con atención a la equidad social y territorial. Actualmente se está elaborando un documento de bases que será el Plan Nacional y se está revisando la evidencia internacional de los modelos de educación y promoción de la salud ya existente.

Actualmente disponemos de un convenio para garantizar la atención integral sanitaria y educativa en el ámbito escolar y se ha iniciado el despliegue del modelo de atención a los alumnos con trastorno mental.

1.3 Potenciar el enfoque de salud comunitaria

Se ha diseñado una estrategia de salud comunitaria transversal en todas las políticas de salud, definiendo y desarrollando estructuras estables de acreditación, formación, información y asesoramiento.

Las principales actuaciones en el marco de esta estrategia son:

- La incorporación de la salud comunitaria en la cartera de servicios y en el contrato.
- Reorganización de la gobernanza territorial.
- Se ha empezado el diagnóstico de necesidades de las Áreas Básicas de Salud (ABS).

En el transcurso del proyecto *Comunitat i Salut* (COMSALUT) se han realizado diferentes acciones para llevar a cabo salud comunitaria en la atención primaria y la salud pública territorial:

- Sesiones de acompañamientos mensuales en la ASPCAT de los Equipos de Atención Primaria (EAP) y los Equipos Territoriales de Salud Pública (ETSP) involucrados en el COMSALUT.
- Cursos de formación *on-line* de salud comunitaria para profesionales de atención primaria y de salud pública.

- Implementación por parte de la ASPCAT de una herramienta de mapa de activos en Catalunya “Aquí sí: Activos y Salud” que cuenta con 1460 recursos incorporados y 134 actividades (marzo 2017).
- Mejora del módulo de Estación Clínica de Atención Primaria (ECAP) en la recogida de actividad comunitaria realizada por los EAP.

1.4 “Salud en todas las políticas”. Plan Interdepartamental e Intersectorial de Salud Pública-PINSAP 2017-2020

El 24 de mayo se presentó el Plan Interdepartamental e Intersectorial de Salud Pública (PINSAP) 2017-2020 en el *Palau de la Generalitat de Catalunya*. El PINSAP 2017-2020 refuerza las acciones llevadas a cabo hasta ahora, destacando la gobernanza de los territorios e incorpora de manera efectiva la evaluación del impacto en salud de las intervenciones efectuadas. Por tanto, el PINSAP 2017-2020 se desplegará hasta el ámbito local y se articulará entorno a diversos niveles (país, comarca o municipio) con grupos de trabajos específicos que inciden en las cuestiones de cada entorno. Su gran objetivo será centrarse en reducir las desigualdades que inciden negativamente en la salud y en este sentido cabe destacar que el 80% de los determinantes de salud no dependen directamente del sistema sanitario, sino de otros aspectos como son el entorno físico o los factores socioeconómicos.

En el año 2017 se han constituido los 8 consejos territoriales consultivos y de coordinación de salud pública, para el despliegue del PINSAP, en los cuales se integran representantes de los departamentos de la Generalitat de Catalunya, del ámbito local y municipal, académico, del tercer sector y tejido asociativo, de proveedores de salud y de los colegios profesionales y sociedades científicas. En abril del 2017 se han puesto en marcha 23 comisiones técnicas que trabajan con visión intersectorial en diferentes proyectos sobre aspectos entre otros como el envejecimiento, las adicciones en la población joven, el entorno saludable, la alimentación, etc.

1.5 Impuesto sobre las bebidas azucaradas envasadas

En el marco de las actuaciones de prevención y control de la obesidad y la promoción de la salud, a través de la alimentación saludable se ha colaborado con el Departamento de Vicepresidencia y Economía y Hacienda para la puesta en marcha de un impuesto pionero en el estado.

El impuesto sobre bebidas azucaradas envasadas es un tributo propio de la Generalitat de Catalunya, el objetivo del cual es gravar el consumo de bebidas azucaradas envasadas por razón de los efectos que tienen en la salud de la población y cuya finalidad principal es incentivar un cambio en los hábitos de consumo, tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud.

El impuesto, creado por la Ley 5/2017, de 28 de marzo, de medidas fiscales, administrativas, financieras y del sector público (DOGC núm. 7340, de 30.03.2017), entra en vigor a partir del 1 de mayo de 2017, de acuerdo con lo que establece el Decreto Ley 2/2017, de 4 de abril, por el cual se modifica la entrada en vigor del impuesto sobre bebidas azucaradas envasadas y se establece una regla de determinación de la tarifa aplicable del impuesto sobre les estancias en establecimientos turísticos (DOGC núm. 7345, de 6 de abril).

1.6 Central de Resultados-Ámbito de salud pública por territorios

La edición de los informes de la Central de Resultados responde a una voluntad de transparencia y ajuste de cuentas, poniendo a disposición de todo el mundo la información sobre los resultados de los centros que proveen servicios de salud y del sistema sanitario público en su conjunto.

En el año 2016 se presenta por primera vez el informe de la Central de Resultados 2015 de salud pública, con información desglosada también por territorios.

El 11 de julio de 2017 se presentan los informes de la Central de Resultados, datos 2016: ámbitos hospitalario, de atención primaria, socio sanitario, de salud mental y adicciones, de salud pública y territorial, y como novedad destacada de este año se presentan por primera vez los informes de emergencias y de formación sanitaria especializada.¹

A partir de enero de 2017 el sistema sanitario catalán, se convierte en el primer sistema que incorpora la Inmunodeficiencia Combinada Grave (Severe Combined Immunodeficiency-SCID) en el cribado neonatal, la prueba de sangre de talón que se realiza a los recién nacidos. Esta enfermedad es la forma más severa de las inmunodeficiencias primarias, un conjunto de más de 300 enfermedades de base genética que se caracterizan por una alteración del sistema inmunitario.

El cribado neonatal para detectar la inmunodeficiencia combinada grave se ha realizado a más de 20.000 recién nacidos en Catalunya.

El cribado, en que Catalunya es pionera en Europa, aumenta un 40% la supervivencia de los recién nacidos afectados, porque facilita el acceso precoz a un tratamiento que será vital.

1.7 Plan de seguridad alimentaria 2017-2020

El mes de noviembre de 2016 el Gobierno aprueba el Plan de seguridad alimentaria de Cataluña 2017-2021, cuyo objetivo es mantener el alto nivel de seguridad alimentaria en todas las etapas de la cadena alimentaria, desde la producción hasta el consumo.

El Plan define las diferentes acciones públicas que se llevan a cabo en esta materia y que permiten mantener un sistema de seguridad alimentaria integrado, moderno y eficaz, ofrecer a la ciudadanía las garantías necesarias en materia de seguridad alimentaria, y convertirse también en un instrumento de apoyo para la proyección internacional de los productos agroalimentarios de Cataluña.

La política de seguridad alimentaria es una responsabilidad compartida entre diferentes departamentos de la Administración: salud; agricultura, ganadería, pesca y alimentación; empresa y conocimiento; territorio y sostenibilidad), por la Administración local, por sociedades científicas, por profesionales relacionados con la seguridad alimentaria y también por la sociedad civil. El Plan, por tanto, vincula todas las administraciones competentes para que actúen de manera coordinada, basándose en objetos comunes y compartidos. Se trata de un documento cuya vigencia es de 5 años y del cual ésta es la tercera edición.

1.8 Salud laboral

Proyecto para la detección y gestión de patología laboral

El 15 de diciembre de 2016 el Consejero de Salud presenta en la comisión de salud del Parlament de Catalunya las políticas actuales que se llevan a cabo en el ámbito de salud laboral.

Implantación del nuevo proyecto de detección y gestión de patología laboral que prevé la creación del Sistema de Información y Vigilancia Epidemiológica Laboral (SIVEL). Este sistema deberá permitir reducir la infra notificación de las enfermedades profesionales y relacionadas con el trabajo, mejorar la coordinación de los diferentes actores y organismos que intervienen en salud laboral y racionalizar y

¹ Secretaria Salut Pública. Departament de Salut. Informe d'informes oberts del observatori per temàtica. [En línia] Disponible en http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/informes_cdr/dades_actuats/

optimizar las actuaciones que se lleven a cabo. Durante el 2017 se ha trabajado en la construcción del núcleo del SIVEL, en la definición de circuitos y registros, en la integración en la plataforma de los diferentes actores (unidades de salud laboral, atención primaria, Mútuas Colaboradoras de la Seguridad Social-MCSS, Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries-ICAM, Instituto Nacional de la Seguridad Social-INSS) y en los cambios a realizar en el ECAP.

El objetivo es conseguir que no recaigan sobre el Departamento de Salud, y especialmente sobre la atención primaria, unas actuaciones y unos costes (derivados del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las contingencias profesionales y de las incapacidades por este motivo) que deberían recaer sobre las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social e Instituto Nacional de Seguridad Social.

1.9 Plan de acción contra el VIH e ITS 2016-2020

El 21 de febrero de 2017 el Gobierno aprueba el Plan de acción contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) 2016-2020.

El planteamiento, consensuado en el seno de la Comisión Interdepartamental del Sida en Catalunya (CISC), busca implantar las medidas necesarias para reducir la incidencia de la infección por VIH y otras ITS.

El nuevo Plan potencia cuatro elementos:

- Atención a poblaciones más vulnerables a la infección por VIH y diseño de estrategias específicas.
- Incorpora acciones para afrontar también a otras infecciones de transmisión sexual; el motivo es el aumento de casos y su interrelación con el VIH.
- Da más relevancia a la perspectiva cualitativa de la evaluación, hecho que permite acercarse a la realidad con más profundidad.
- Lucha contra el estigma por el VIH, a través del impulso del Plan social contra la discriminación de las personas que viven con el VIH.

En el marco de este Plan, el 3 de agosto de 2017 el Departamento de Salud crea el Programa de prevención, control y atención al VIH, las ITS y las Hepatitis Virales (HV) como instrumento institucional para la planificación, diseño e implementación de medidas para la prevención y el control de estas enfermedades.

La finalidad de este programa es la de establecer un marco común de cooperación y actuación entre las principales unidades directivas, órganos y entidades del departamento competente en materia de salud con funciones de prevención, control y atención al VIH, las ITS y las HV para planificar, impulsar, coordinar y evaluar las actuaciones llevadas a cabo en Cataluña con el objetivo de disminuir la incidencia de estas infecciones y mejorar la atención a las personas afectadas.

2 Asistencia sanitaria

2.1 Asistencia sanitaria: Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària-PIAISS

El Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS) es un instrumento del Gobierno de Cataluña, creado por Acuerdo GOV/28/2014, de 25 de febrero, que asume como misión "*promover y participar en la transformación del modelo de atención social y sanitaria para garantizar una atención integrada y centrada en las personas, capaz de dar respuesta a sus necesidades*". El PIAISS 2017-2020 establece como prioritarias 3 líneas estratégicas:

- Línea estratégica desarrollo e integración de los sistemas de información social y sanitaria: los profesionales que participan en proyectos de atención integrada sanitaria y social requieren entornos de interoperabilidad que permitan compartir información de interés común sanitario y social. En esta línea se ha avanzado en la creación de entornos de interoperabilidad dentro de la Historia Clínica Compartida de Catalunya (HC3) y los sistemas de información de los servicios sociales más extendidos en Catalunya. Estos entornos de interoperabilidad se basan en convenios entre administraciones y en el consentimiento de la persona usuaria.
- Línea estratégica de atención integrada sanitaria y social a personas en atención a domicilio: el Programa de Atención Integrada en el entorno Domiciliario (PAID), tiene la misión de ofrecer y asegurar un abordaje preventivo y de intervención proactiva integral, integrada a las personas que tengan necesidad de atención sanitaria y social en su domicilio.
- Línea estratégica atención sanitaria integrada a las personas que viven en centros residenciales, define un modelo de atención integrada social y sanitaria para las personas que viven en el ámbito residencial.

2.2 Estrategia Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria

Una de las líneas estratégicas del Plan de salud de Cataluña (2016-2020) insta al Departamento de Salud a desarrollar e implementar de manera progresiva un nuevo *modelo de atención primaria y salud comunitaria capaz de dar respuesta a los cambios demográficos debido al envejecimiento poblacional como al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidades*. En este contexto nace la Estrategia Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria² (ENAPISC) con el objetivo principal de fortalecer la atención primaria y consolidarla como eje principal del sistema de salud.

Durante el 2017 se ha trabajado en el marco conceptual de manera participada, en grupos de trabajo clínicos, jornadas de participación ciudadana, grupos pacientes, directivos sanitarios y sociedades científicas, configurando las bases de la estrategia que plantea tres ámbitos de actuación: las personas como centro de la estrategia fomentando la toma de decisiones compartidas, una nueva organización territorial como herramienta para la integración de servicios de proximidad y la protección y fomento del profesionalismo como garantía de retención de talento y prestigio de los profesionales de la atención primaria.

En estos ámbitos se describen 7 líneas estratégicas:

- Hacer de la atención primaria el eje vertebrador del sistema sanitario.
- Conseguir un sistema de atención integrado y de continuidad.

² Servei Català de la Salut. Departament de Salut. ENAPISC. [En línea] Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/plans_sectorials/pla_primaria_salut_comunitaria_enapisc/

- Desarrollar la atención comunitaria para abordar las necesidades de salud y sociales de las personas.
- Aplicar las tecnologías de la información y comunicación.
- Realizar una atención centrada en la persona.
- Garantizar una atención de calidad y segura.
- Proteger y promover el profesionalismo en la atención primaria.

2.3 Salud mental

De acuerdo con los informes del “Observatorio sobre los efectos de la crisis en la salud de la población”, la crisis socioeconómica ha conllevado un aumento de las desigualdades en salud, que ha impactado especialmente en la salud mental, y ha afectado en mayor medida a los colectivos en situación de vulnerabilidad.

Por ello, el Departamento de Salud ha priorizado la salud mental y ha formulado las estrategias en salud mental y adicciones para el período 2017-2020, en línea con el Plan de Acción Europeo para la Salud Mental (OMS) y de la Joint Action para la salud mental y el bienestar de la Unión Europea. Las propuestas definidas en Cataluña han sido ampliamente consensuadas con el sector de la salud mental (profesionales, entidades proveedoras y entidades representativas de las familias y del movimiento en primera persona).

Con las mencionadas estrategias se pretende priorizar la atención a la salud mental, y tienen como meta conseguir una sociedad más inclusiva, comprometida con la justicia social, los derechos y la dignidad de las personas y priorizar la atención de los colectivos en situación de vulnerabilidad. Se pretende también, consolidar y culminar el desarrollo del modelo de atención comunitaria, orientado a la recuperación de la persona y a la inclusión social y laboral. La implantación de estas Estrategias se ha traducido en una inyección económica adicional de 70 millones de euros en el presupuesto del Departamento de salud.

Principios y bases del modelo de atención comunitaria en salud mental que se ha impulsado en Cataluña son:

- Un abordaje de salud pública, basado en un enfoque poblacional. Esto significa la consideración de las características socioeconómicas y culturales, y una orientación a la promoción de la salud, la prevención de los trastornos, y el tratamiento en todas las etapas de la vida.
- Un enfoque multisectorial del conjunto de gobierno, con una visión integrada e integral de la atención a las personas y desarrollo de políticas transversales.
- El impulso al respeto de los derechos humanos, que previene la estigmatización, la discriminación y la exclusión social.
- Una base centrada en la comunidad, de calidad, atención orientada a la recuperación y a la inclusión social. Las intervenciones asistenciales basadas en las fortalezas y en las capacidades de las personas.
- Que impulsa el empoderamiento y la participación del movimiento en primera persona, las familias y las organizaciones que les representan.
- Con la participación de los profesionales, y reforzando sus iniciativas en la innovación, en la adaptación y el fomento de servicios que promueven el desarrollo profesional, la formación continuada, la investigación y la innovación.
- Garantía de que las políticas y las acciones se fundamentan en una evidencia científica, las buenas prácticas y la ética.

2.4 Plan Nacional de Urgencias de Cataluña-PLANUC

El Plan Nacional de Urgencias de Cataluña³ (PLANUC) es un proyecto estratégico resultado de un proceso de reflexión y trabajo iniciado el año 2016 en el que han participado diversos agentes de la atención continuada y urgente de Cataluña.

La principal misión del PLANUC es asegurar una atención continuada y urgente equitativa y de calidad, adaptada a las necesidades de salud de las personas, mediante una red de atención integrada, accesible y resolutive, liderada por profesionales, que sitúe al ciudadano en el centro del sistema. Siguiendo esta misión, los objetivos del PLANUC son:

- Garantizar la equidad territorial en el acceso a la red de atención continuada y urgente del sistema público de salud.
- Ordenar territorialmente la atención continuada y urgente, impulsando el trabajo en red entre los diferentes agentes que intervienen en ella, con el liderazgo de los profesionales.
- Adecuar los procesos y dispositivos asistenciales a las necesidades de salud de la ciudadanía.
- Mejorar la calidad del proceso de atención continuada y urgente.
- Informar y apoderar al ciudadano en el uso de los recursos adecuados según las necesidades.
- Potenciar entornos laborales que promuevan el liderazgo profesional, las competencias, funciones y responsabilidades.

Para dar respuesta a las necesidades del conjunto del sistema, el PLANUC se estructura en 10 grandes ejes de intervención que prevén el despliegue de 30 acciones.

- Eje 1: Atención en el dispositivo más adecuado; para unos servicios sanitarios resolutivos en el tiempo óptimo (2 acciones).
- Eje 2: La atención primaria a la comunidad como primer nivel de atención (3 acciones).
- Eje 3: Las emergencias y la coordinación de los dispositivos hospitalarios para la atención del paciente crítico (5 acciones).
- Eje 4: La atención urgente hospitalaria: proceso de atención, organización y drenaje (5 acciones).
- Eje 5: Planes específicos para pacientes con necesidades específicas (5 acciones).
- Eje 6: La atención urgente y la atención integrada social y sanitaria (2 acciones).
- Eje 7: Organización territorial y coordinación de dispositivos y recursos (2 acciones).
- Eje 8: Sistemas de información (2 acciones).
- Eje 9: Los profesionales como garantes principales de una atención de excelencia (3 acciones).
- Eje 10: Apoderamiento de la ciudadanía (1 acción).

Los primeros resultados del PLANUC se han materializado, entre otros, en:

- Teléfono único de contacto (061 CatSalut respon) para la población en caso de necesitar atención urgente. Atendido por profesionales sanitarios, se indica al ciudadano el dispositivo más adecuado para su caso. Actúa como eje integrador y puerta de acceso no presencial a la atención continuada y urgente.
- Servicio de consultoría pediátrica no presencial a través del 061.
- Constitución de 23 Comités Operativos de Urgencias y Emergencias (COUiE) territoriales que cubren la totalidad de Cataluña. Son órganos de ordenación, integración, coordinación y gestión de los servicios de urgencias, emergencias y atención continuada en un territorio. Están formados por profesionales de todas las líneas de atención con responsabilidades en la atención continuada y urgente, se reúnen de forma periódica y configuran una red de participación y corresponsabilidad de los clínicos en el proceso de planificación operativa.
- 23 Planes de contingencia del periodo de urgencias de invierno 2017-2018. Estos planes concretan la respuesta de los diferentes dispositivos de un territorio en función de la presión asistencial: incrementos de actividad, adecuación de camas, flujos de pacientes entre dispositivos, flexibilización de agendas para dar más opciones a la visita espontánea urgente, refuerzo del 061, entre otras actuaciones.
- Nuevo cuadro de control de gestión elaborado para todo el territorio utilizando fuentes homogéneas de datos centralizados. Se elabora a partir del CMBD y está pensado para ser la herramienta de trabajo de los COUiE en el seguimiento de la actividad y los indicadores.

³ Servei Català de la Salut. Departament de Salut. [En línea] Disponible en: <http://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/urgencies-mediques/planuc/>

- Incorporación de nuevos objetivos para el ejercicio 2018 focalizándose en el desarrollo y ampliación de la hospitalización domiciliaria, las altas de hospitalización de los hospitales de agudos en fines de semana y la disminución del número de pacientes pendientes de ingreso que permanecen más de 24h en el servicio de urgencias pendientes de dicho ingreso.
- Creación de dispositivos específicos para la atención a pacientes frágiles. En la atención primaria: ESIC (Equipos de Soporte Integral a la Cronicidad); en el ámbito hospitalario: DAFSU (Dispositivos de Atención a la Fragilidad en los Servicios de Urgencias: espacios especialmente pensados para atender a pacientes especialmente frágiles (edad avanzada, elevada comorbilidad, facilidad para la desorientación...) con profesionales específicamente entrenados e instalaciones silenciosas, con poca intensidad lumínica, acomodación para un acompañante, etc., que están obteniendo muy buenos resultados en términos de estancia media y situación del paciente al alta.

2.5 Programa atención a las enfermedades minoritarias

El programa de enfermedades raras se ha centrado en la implementación del modelo de atención a las enfermedades minoritarias, concretamente en la *creación de redes de unidades clínicas expertas (Xarxa d'Unitats d'Expertesa Clínica-XUEC) en enfermedades minoritarias en Cataluña*.⁴ Los elementos claves de implementación durante este año se resumen en:

- Implementación colaborativa. Las convocatorias de grupos temáticos han sido priorizadas por la comisión asesora de enfermedades raras, con el apoyo de un segundo comité constituido por representantes de once hospitales catalanes, guiado por técnicos del Servicio Catalán de la Salud.
- Participación de profesionales: con la finalidad de asegurar criterios que puedan reconocer la experiencia, se han creado grupos de expertos por cada una de las agrupaciones temáticas priorizadas para la creación de XUEC. Durante el 2017 más de 100 profesionales han participado en el proceso de implementación definiendo criterios. Durante el 2017 nace la primera red en enfermedades minoritarias cognitivo conductuales, y se han cerrado criterios para abrir convocatoria en enfermedades metabólicas hereditarias y enfermedades renales. Están en elaboración los criterios para la convocatoria de los grupos temáticos correspondientes a las enfermedades neuromusculares y enfermedades inmunológicas (inmunodeficiencias/auto inflamatorias/autoinmunes sistémicas).
- Mejora continua: el modelo es dinámico y garantiza experiencia, por eso establece un marco de trabajo regulatorio de calidad y evaluaciones periódicas mediante la elaboración de indicadores de seguimiento.
- Obtención de datos poblacionales de calidad. Puesta en marcha en funcionamiento de una nueva metodología de recogida de datos en el Registro de Enfermedades Raras (REMIN) vinculada a las XUEC e inicio de envío de datos de 10 enfermedades raras al Registro Estatal de Enfermedades Raras (ReeR).
- Alineación con las *European Reference Networks (ERN)*. Garantizar coherencia y consistencia entre la red catalana y las ERN europeas.

2.6 Política farmacéutica y del medicamento integral e integrada

En el año 2017, la política farmacéutica ha continuado avanzando en la integración de toda la medicación del paciente en el sistema de receta electrónica, con el fin de disponer de un plan de medicación único. Así, se facilita el seguimiento terapéutico y el control de efectos adversos relacionados con el uso de medicamentos.

Se ha potenciado el “sistema experto” de prescripción en receta electrónica, incorporando nuevas validaciones e incorporación de reglas de Medicación Hospitalaria de Dispensación Ambulatoria

⁴ Servei Català de la Salut. Departament de Salut. [En línea] Disponible en: <http://catsalut.gencat.cat/ca/proveïdors-professionals/unitats-expertesa-clinica-malalties-minoritarias-UEC/>

(MHDA), así como líneas de sostenibilidad sobre algunos tratamientos y se ha avanzado en líneas de movilidad para que tanto médico como paciente dispongan de herramientas de seguimiento y fomento de la adherencia al tratamiento. Se ha avanzado también, en pruebas piloto hospitalarias (fase tecnológica y operativa) para la prescripción y dispensación de MHDA.

También, se han realizado pruebas de dispensación en oficinas de farmacia de Cataluña de recetas prescritas de otras comunidades autónomas, y de dispensación en otras comunidades autónomas de recetas prescritas en Cataluña (proyecto interoperabilidad) además de superarse la fase de certificación.

Con el objetivo de implementar medidas y actuaciones sobre áreas terapéuticas concretas con un alto impacto potencial de mejora, para fomentar el uso racional y eficiente de la prestación farmacéutica se ha diseñado un plan de calidad y sostenibilidad. En concreto, se han priorizado cuatro áreas de acción: tratamientos inhalados para patología respiratoria obstructiva, hipoglucemiantes, medicamentos antipsicóticos, analgésicos opioides y parches de lidocaína. En estas áreas se han definido unos indicadores de dispensación y de prescripción para hacer el seguimiento de la evolución de estos grupos.

En relación con la prestación dieto terapéutica, se continúa haciendo el seguimiento de pacientes tributarios tanto desde el punto de vista de metabopatías y otros productos en receta como de la nutrición enteral domiciliaria (NED) dispensada a pacientes a domicilio, según la cartera de servicios del Servicio Nacional de Salud (SNS).

Sobre la prestación orto protésica, se ha trabajado en la revisión del catálogo vigente, y se ha elaborado una instrucción, publicada finalmente en 2018, para que médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria de centros de atención primaria puedan prescribir determinados artículos orto protésico.

Del mismo modo, se ha dado continuidad a la cartera de servicios en la oficina de farmacia. Durante 2017, 133 farmacias han participado en la detección rápida del VIH (realizando un total de 3.441 pruebas, un decremento del 3,66% respecto a 2016), 1.575 en la detección precoz de cáncer de colon (341.884 test en 2017, un 27,27% más que en 2016), y se ha finalizado el período de reclutamiento en el programa de seguimiento farmacoterapéutico con sistema personalizado de dispensación para pacientes crónicos complejos, con la participación de 25 equipos de atención primaria y 277 oficinas de farmacia, además del programa de mantenimiento con metadona en las farmacias acreditadas de Cataluña (158).

También, se han iniciado acciones para la comunicación y formación entorno al Plan Nacional contra la resistencia a los antibióticos.

El CatSalut (Servei Català de la Salut) ofrece un plan de formación continuada sobre el uso racional de medicamentos, destinado a profesionales sanitarios de equipos de atención primaria, así como a farmacéuticos de oficina de farmacia, fruto de la colaboración con la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. En esta línea, se ha continuado mejorando y dotando de contenido los espacios informativos que se detallan a continuación:

- Programa de formación a profesionales, “La práctica clínica diaria y el uso racional del medicamento”. Se han ofrecido sesiones formativas en formato videoconferencia, que se pueden visualizar en directo (desde los centros de atención primaria) o en diferido (de forma individual), y también en formato de taller a formadores.
- Jornadas de actualización terapéutica: se han realizado 5 sesiones, distribuidas por todo el territorio. Asimismo, se han elaborado nuevos contenidos de información sobre medicamentos dirigidos tanto a profesionales como a ciudadanía, que se han publicado en el portal Medicamentos y farmacia. El proyecto GeCoFarma se ha integrado en el mismo portal. Se ha continuado con la edición del Boletín de Información Terapéutica (BIT), con la publicación de 10 números temáticos.

En el marco del programa de educación sanitaria a la gente mayor sobre buen uso de los medicamentos, se han realizado 314 sesiones que han contado con la participación de casi 5.000 asistentes. En la edición 2017 se ha ampliado el programa con 2 temas nuevos sobre el uso de antibióticos y el tratamiento del dolor.

Otra de las evoluciones más notables de la política de farmacia es el desarrollo de los Acuerdos de Riesgo Compartido (ARC), (adoptan la forma de esquemas de pago basados en resultados) entre el CatSalut o entidades proveedoras y los laboratorios farmacéuticos. Buscando la co-responsabilización de la industria farmacéutica, los ARC desplazan el pago de los medicamentos con precio fijo a favor de un sistema de pago por resultados clínicos y permiten maximizar los resultados en salud, limitar algunas incertidumbres y distribuir los riesgos entre los diferentes agentes (financiador, proveedor e industria farmacéutica). Al finalizar el 2017, están vigentes ARC, del área de oncohematología y neurología: 14

fármacos en 9 indicaciones diferentes, con la participación de 48 centros hospitalarios y 10 laboratorios farmacéuticos.

En el ámbito del Programa de Armonización Farmacoterapéutica⁵ (PAF) del CatSalut, cabe destacar que en el año 2017 se llevó a cabo una reorganización, unificándose en un único programa, con la finalidad de simplificar los procesos de evaluación, consolidar la participación de expertos clínicos incorporando la participación de pacientes, mejorar la transparencia de las interacciones con los agentes de interés (industria farmacéutica, sociedades científicas, y asociaciones de pacientes), y consolidar la evaluación del uso de medicamentos y los resultados en salud en la práctica clínica.

El nuevo PAF se estructura en dos niveles de actuación diferenciados: en un primer nivel, se realiza la fase de evaluación técnica de los medicamentos mediante el Consejo Asesor de la Medicación Hospitalaria y el Consejo Asesor de la Medicación de Atención Primaria y Comunitaria y Atención Especializada y en segundo nivel decisor se emiten los acuerdos de criterios de uso, acceso y provisión de los medicamentos armonizados y propone su aprobación por el CatSalut.

Durante el año 2017, se han evaluado un total de 88 medicamentos de diferentes áreas terapéuticas, siendo un 15% de oncología, un 13,5% de sistema respiratorio, un 12,5% de oncohematología, un 9% de reumatología y de otras áreas terapéuticas.

A nivel estatal se ha participado en la elaboración de 23 Informes de Posicionamiento Terapéutico de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

⁵ Departament de Salut. Pla de salut 2016-2020. [En línea] Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020/

3 Infraestructuras sanitarias

La atención sanitaria se presta a través de una red pública de centros asistenciales. El Plan de Actuación en Infraestructuras de Salud (PAIS 2016-2021) es el inventario permanentemente actualizado de todas las inversiones en infraestructuras y recoge la programación de las actuaciones a desarrollar en cada ejercicio.

Desde el punto de vista de la planificación sanitaria, el PAIS consolida los criterios de planificación adoptados con el Plan de Salud 2011-2015 e incorpora estrategias del Plan de Salud vigente.

El Plan de Salud 2016-2020 pretende dar respuestas a los principales retos de salud que tiene planteados nuestra sociedad, consolidando un sistema de salud público, universal, justo y centrado en las personas. Cuatro son las principales novedades respecto al anterior plan:

- Prioriza el abordaje de los determinantes sociales de la salud a través de dos líneas de trabajo: la consolidación de un enfoque interdepartamental y la actuación preferente sobre las poblaciones más vulnerables (infantil, mayores y enfermos mentales).
- Una apuesta por la investigación y la innovación a través del Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud (PERIS, en sus siglas en catalán).
- Refuerza las políticas de salud pública que han de estructurar la respuesta a los principales retos de salud a partir de un esfuerzo organizado de la sociedad y los poderes públicos.

Finalmente el Plan de Salud 2016-2020 busca mejorar el reconocimiento de los profesionales y dar más calidad a su participación, facilitando los liderazgos profesionales.

El esfuerzo inversor del Departamento de Salud y el CatSalut contribuye al mantenimiento de una red de equipamientos de salud que aproxima los servicios al ciudadano y facilita la accesibilidad y la capacidad de resolución de los problemas de salud (línea 4 de las estrategias del Plan de Salud).

Por otra parte, estas inversiones contribuyen a dotar a los profesionales de un entorno de trabajo adecuado, que al mismo tiempo favorece la excelencia y seguridad de los servicios asistenciales (línea 8 del Plan de Salud), y ayuda a ofrecer unas adecuadas condiciones de confort a las personas que son atendidas en ellos.

Señalar que las soluciones arquitectónicas de los proyectos de nuevos centros potencian la flexibilidad y adaptabilidad de los equipamientos sanitarios para facilitar la atención integral e integrada de las diferentes líneas de servicios asistenciales y sociales (de acuerdo con la línea 6 del Plan de Salud), facilitando una respuesta asistencial aún más eficaz y una orientación hacia un modelo asistencial compartido y colaborativo entre los profesionales de diferentes organizaciones y niveles asistenciales.

En relación a la ejecución de la programación de las actuaciones del año 2017 del Plan de Actuación en Infraestructuras de Salud (PAIS 2016-2021) señalar que, a pesar de que esta ha estado condicionada por el escenario de prórroga presupuestaria del ejercicio, se han finalizado 25 actuaciones de inversión –11 de ellas correspondientes a actuaciones de obra nueva y 14 a actuaciones de reforma, ampliación o mejora–.

En relación al estado de la ejecución global del PAIS, indicar que a 31 de diciembre se habían finalizado 46 actuaciones (18,2% del global), se encontraban en fase de obra 32 actuaciones (13,2%) y otras 58 actuaciones (23,9%) se encontraban en fase de redacción de proyecto, estando pendientes de su inicio 108 actuaciones que representan el 44,6% de las actuaciones previstas.

Para finalizar, señalar que, conjuntamente con las regiones sanitarias, se han analizado las necesidades del territorio y priorizado las actuaciones a desarrollar, que se han incorporado a la programación a desarrollar en próximos ejercicios.

3.1 Recursos económicos

Las dotaciones de los capítulos VI a VIII del presupuesto 2017, destinadas a financiar las actuaciones de inversión, se mantienen respecto al ejercicio anterior. En concreto se destinó un total de 249,2 millones de

⁶Servei Català de la Salut. Departament de Salut. [En línea] Disponible en: <http://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/farmacia-medicaments/programa-harmonitzacio-farmacoterapeutica/>

euros –que incorporan 23 millones en concepto de reposición del Instituto Catalán de la Salud (ICS)–, de los que 138,8 millones de euros (un 55,7% del total) financiaban actuaciones acabadas y 110,4 millones (un 44,3%) nuevas actuaciones o actuaciones en curso de ejecución.

3.2 Balance de situación

La planificación realizada para el año 2017 preveía el desarrollo de 97 actuaciones de inversión, 59 de ellas en el ámbito de atención primaria, 33 en el de atención hospitalaria y 5 en el de la atención a la salud mental. De acuerdo con su tipología, 10 correspondían al equipamiento de actuaciones que finalizaban, 35 a actuaciones que continuaban o iniciaban obras y, finalmente, otras 52 a actuaciones en fase de redacción de proyecto.

Entre las actuaciones que han finalizado a lo largo del año 2017, podemos destacar la construcción de los Centros de Atención Primaria (CAP) siguientes: CAP Roquetes, CAP Vila de Gràcia-Cíbeles en Barcelona, CAP La Mina en Sant Adrià de Besòs, CAP Molí Nou en Sant Boi de Llobregat, CAP Gornal en L'Hospitalet de Llobregat, CAP Montbaig en Viladecans, CAP Segur de Calafell, CAP Platja d'Aro-Castell Platja d'Aro y Consultorio de l'Estartit.

En cuanto a las actuaciones de reforma, ampliación o mejora en el ámbito de la atención primaria podemos destacar: la ampliación y reforma del CAP EL Pont de Suert, la adecuación del CAP Doctor Josep Pujol i Capsada en El Prat de Llobregat, el Servicio de Rehabilitación Rambla Marina en L'Hospitalet de Llobregat, la ampliación del Consultorio de El Palau d'Anglesola, la Unidad de Radiodiagnóstico del CAP Manso de Barcelona, y la Unidad de Soporte Integral a la Complejidad (USIC) del Centre de Salut Isabel Roig-Casernes de Sant Andreu de Barcelona.

Por lo que respecta al ámbito hospitalario podemos señalar: la construcción del nuevo edificio de urgencias y la nueva área ginecológica y obstétrica, y la remodelación de las áreas de atención oncológica, hospital de día (oncología y hematología), neumología y polivalente del Parc de Salut Mar (Hospital del Mar de Barcelona); la reforma de la 3ª planta de las urgencias del Hospital Clínic de Barcelona; el equipamiento y puesta en funcionamiento de siete quirófanos del nuevo bloque quirúrgico para Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del Hospital de Bellvitge de L'Hospitalet; la reforma de las unidades de hospitalización (obstetricia y neonatología), críticos y semicríticos de urgencias y del área de hospitalización de salud mental del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona; la nueva UCI pediátrica, la reforma del servicio de urgencias (fase 2ª) y de los servicios de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), y la adecuación del servicio de rehabilitación del Hospital Joan XXIII de Tarragona; la 1ª fase de la adecuación de la UCI de pediatría y neonatología del Hospital Dr. Josep Trueta de Girona; y, para finalizar, la reforma de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida.

También cabe destacar la licitación de la ejecución de las obras de otros proyectos relevantes que se desarrollarán el 2018: la ampliación del Hospital de Viladecans y la construcción del nuevo Centro de Salud, Urgencias y Cirugía Mayor Ambulatoria de Granollers.

Finalmente, recordar que en 2017 se inició la redacción de proyectos relevantes a desarrollar en los próximos años: las consultas externas del Hospital Maternoinfantil de Vall d'Hebron, el bloque quirúrgico y hospital de día del Hospital Dr. Josep Trueta de Girona; el bloque quirúrgico del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida, y el nuevo aparcamiento y los espacios previstos para el crecimiento del Hospital Verge de la Cinta de Tortosa.

4 Recursos humanos

4.1 Plan de desarrollo profesional continuo

La misión social inherente a los profesionales del ámbito de la salud y la misión de servicio público de nuestro SNS son los principales estímulos que llevan a los profesionales a esforzarse por mantenerse al día en su práctica profesional y a mejorarla a partir del ejercicio cotidiano. El mantenimiento de las competencias de los profesionales es un elemento clave para tener un sistema sanitario de calidad, eficiente y seguro. Las Directivas Europeas sobre cualificaciones profesionales instan a los estados miembros a velar para que los profesionales de la salud puedan actualizar sus competencias, con el objetivo de garantizar un ejercicio seguro y eficaz de la profesión. De manera coherente, el Plan de Gobierno de Cataluña de la XI legislatura, especifica la necesidad de establecer un Plan de Desarrollo Profesional Continuo (PDPC).

El Desarrollo Profesional Continuo (DPC) es el proceso de mantenimiento y mejora de las competencias profesionales, proceso de aprendizaje que se genera a partir del crecimiento personal y profesional y ligado directamente a la experiencia en el trabajo, pero no exclusivamente. El DPC es un proceso individual que se articula inicialmente como voluntario y en sintonía con los valores del profesionalismo. A medio plazo debería transformarse en un proceso obligatorio, previo acuerdo de cada colectivo profesional y una vez se haya puesto en marcha el desarrollo del modelo, con los recursos necesarios.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias explicita que los profesionales sanitarios han de realizar durante su vida profesional formación continuada y han de acreditar regularmente su competencia profesional. Desarrollo profesional y carrera profesional se utilizan habitualmente como sinónimos, pero no lo son. Con independencia de que el ejercicio profesional se desarrolle en el marco de una organización o en el ámbito privado, lo cierto es que el profesional adquiere a lo largo de su vida profesional una experiencia, habilidades, aptitudes, excelencia y conocimientos que le prestigian y que son reconocidos tácitamente por la sociedad y por los mismos profesionales, sin que hasta el momento se hayan desarrollado mecanismos de reconocimiento formal, todo lo cual se configura como DPC. Mientras que el concepto de carrera profesional surge en el marco de relación que se establece entre el profesional y una organización sanitaria ligada al puesto de trabajo y su desarrollo, el DPC es inherente al profesional.

El DPC es un elemento positivo para el profesional en la medida en que le ayuda a mantener su nivel de competencia, promueve una práctica profesional reflexiva y consolida aspectos como la formación continuada, la docencia y la investigación. En la medida en que la competencia profesional es indispensable para una correcta provisión de los servicios asistenciales, supone un beneficio para la ciudadanía y de todo el sistema de salud.

Constituyen objetivos estratégicos del PDPC:

- Definir las estrategias oportunas para promover y facilitar el DPC.
- Determinar cómo se ha de valorar el DPC y qué políticas de reconocimiento e instrumentos se deben generar para hacerlo realidad.
- Identificar los efectos de ha de tener el reconocimiento del DPC.

En la elaboración del PDPC se ha contado con la participación y aportaciones de los órganos de asesoramiento profesional del Departamento de Salud y grupos profesionales/entrevistas escogidos para cada profesión.

El PDPC se dirige a todos los profesionales que pertenecen a alguna profesión sanitaria, que trabajen en Cataluña, por cuenta propia o ajena, en el sistema sanitario y social público o privado.

¿Qué ha de incluir el DPC?: cuando hablamos de DPC se incluyen todas las actividades que comportan aprendizaje, a título enunciativo, pero no limitativo, las actividades de formación continuada (cursos, talleres, seminarios, congresos...), la formación en el puesto de trabajo (sesiones clínicas, bibliográficas, lecturas críticas, estancias formativas...), las actividades de investigación (comunicaciones, publicaciones, tesis...), actividades docentes (grado, postgrado, Formación Sanitaria Especializada (FSE)...), actividades individuales del profesional (estudio de textos, audio grabaciones,

audiovisuales...), prácticas reflexivas (auditoria personal a partir de registros clínicos o cruzada con otros profesionales, registro de incidentes críticos, evaluaciones con feedback, sesiones de supervisión), exámenes o procesos de evaluación (teóricos con preguntas escritas, tipo Avaluació de competències objectiva i estructurada(ACOE) o de casos clínicos), opinión de terceros con feedback (pacientes, colegas profesionales, evaluación 360º) o la participación en actividades grupales (guías clínicas, protocolos, comisiones clínicas, grupos de expertos...).

¿Cómo se ha de evaluar y reconocer el DPC?: sociedades científicas y colegios profesionales deben definir los estándares de buena práctica de la profesión. Los estándares deben ser suficientemente genéricos para que cualquier profesional esté representado, pero al mismo tiempo deben tener un nivel de concreción suficiente para relacionar las actividades del DPC con cada uno de dichos estándares. Todas las actividades han de tener un peso que vendrá determinado, bien por los créditos de las actividades de formación continuada, en su caso, bien por las horas o duración de las actividades –acreditadas o no–, bien por el volumen de las actividades (registros, incidentes, observaciones).

¿Quién ha de valorar el DPC?: la valoración y evaluación para el reconocimiento del DPC la ha de llevar a cabo siempre un colega profesional o “igual”. Cada 3 años el profesional ha de poner a disposición del evaluador la documentación que acredite las actividades efectuadas, una valoración personal del cumplimiento de los estándares en función de las actividades presentadas y los documentos que expliciten la reflexión correspondiente. El evaluador, en base a los estándares acordados para la profesión, evalúa la documentación presentada y mediante una entrevista con el evaluado, trata los puntos fuertes y aspectos de mejora, que quedarán recogidos en un Plan Personal DPC a través de un informe que servirá de guía para los próximos tres años. Cada dos tramos de evaluación se tendrá opción a la recertificación.

Los evaluadores serán profesionales seleccionados y formados al efecto, por el período de 5 años.

Para garantizar la máxima imparcialidad y transparencia del proceso, se creará un organismo independiente y participado en su gobernanza por la administración, las organizaciones profesionales, empresariales, sindicales y usuarios, que se encargarán de la implantación y desarrollo del DPC.

Los posibles efectos del DPC van desde la re colegiación, a la recertificación periódica, la selección o promoción personal o la acreditación personal e institucional.

El Departamento de Salud debe regular el DPC y su reconocimiento, ha de ser el garante del sistema de valoración y reconocimiento del DPC, pondrá a disposición de las entidades y de los profesionales los recursos adecuados y suficientes para garantizar unas prácticas profesionales de calidad, creará un aplicativo suficiente y homologable para todos los profesionales y proveedores y vinculará el DPC al contrato de compra de servicios para promover políticas de calidad y seguridad.

El PDPC contempla también las acciones de las diferentes partes que intervienen en su reconocimiento, de cara a su eficacia y efectividad.

4.2 Plan de garantía de la estabilidad laboral

Las condiciones laborales son uno de los principales determinantes de la calidad de vida de los trabajadores y también de su bienestar. Además, la percepción de la estabilidad laboral es, de acuerdo con el consenso internacional, uno de los vértices que configuran la calidad de la ocupación, junto con la calidad de la retribución y la calidad del entorno de trabajo. Por este motivo, la mejora de las condiciones laborales se asocia a una mayor participación de los trabajadores, más identificación con los objetivos de la entidad, mayor productividad y, en definitiva, a la mejora de los resultados económicos de la entidad.

El sector sanitario no ha sido ajeno al deterioro de la estabilidad que ha caracterizado el mercado laboral en el período 2007-2014. Y en un ámbito como el de la salud en que el conocimiento profesional es el principal activo, la mejora de la calidad de la ocupación entre los profesionales sanitarios es una de las prioridades del actual Departamento de Salud. El Plan de garantía de la estabilidad laboral es el compromiso para mejorar la calidad de la contratación laboral y consta de 3 partes diferenciadas:

- El estudio de la situación actual de la temporalidad en el sector público: el Plan recoge los datos de temporalidad del sector público de salud, tanto del ICS como del resto de centros concertados de titularidad pública, del ámbito del Sistema Sanitario Integral de Catalunya, identificando los puestos de trabajo estructurales (plazas de personal fijo e interinos) y no estructurales (personal

eventual). Se constata que la temporalidad se concentra en la franja de edad entre 25-45 años y que más del 65% son mujeres.

- Los objetivos que se deben conseguir para reducir la temporalidad: el Plan recoge iniciativas en los cuatro ámbitos que modulan la temporalidad y su percepción por parte de los profesionales, persiguiendo por un lado contener el crecimiento de la temporalidad y, por otro, reducirla y mejorar la calidad de la contratación. En esta línea, los objetivos generales del Plan se concretan en:
 - Medidas de estabilización laboral (conversión de nombramientos interinos en nombramientos fijos): Medidas para anular el crecimiento de la temporalidad en plazas estructurales; Medidas para revertir el incremento de la temporalidad en plazas estructurales.
 - Reconversión de la plantilla eventual en plantilla interina.
 - Mejora de la contratación eventual.
 - Conciliación laboral y familiar.
- Las medidas que se deben aplicar para llegar a garantizar una contratación de calidad: Una contratación de calidad requiere disminuir la cobertura de la plantilla estructural mediante contratos temporales, dimensionar correctamente las plantillas estructurales, adoptar buenas prácticas en la contratación eventual y adoptar medidas para la conciliación laboral y familiar.

Las medidas de estabilización laboral previstas en el Plan son:

- Aprobación de la oferta de ocupación pública de la Generalidad de Cataluña para el año 2017 en 7.721 plazas, 2.400 de las cuales corresponden a personal del ICS.
- Oferta pública de empleo del ICS para contener la temporalidad, convocando el 100% de la tasa de reposición de efectivos y una oferta pública de 10.092 plazas en el año 2017: 2.386 plazas de facultativos, 1.343 especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria; 3.301 plazas de enfermería; 1.304 plazas de personal administrativo; 1.588 plazas de auxiliares de enfermería y 1.513 otras plazas.
- La aprobación por los órganos de gobierno de las empresas públicas y consorcios del Servicio Catalán de la Salud de sus respectivas ofertas públicas de ocupación ordinaria y extraordinaria, que en conjunto, suman más de 3.500 puestos de trabajo.
- Medidas para reducir la eventualidad, con la reconversión de 500 nuevos contratos de eventuales a interinos en el ICS y la correspondiente propuesta de reconversión en las entidades de titularidad pública no ICS.

También se establece la creación del Observatorio de la Calidad de la Contratación Laboral en el sistema sanitario público, como órgano participado con las organizaciones colegiales, empresariales, sindicales y el Departamento de Salud para la consecución de los objetivos siguientes:

- Asesorar en materia de calidad de la contratación laboral.
- Recoger el perfil de la contratación temporal de cada entidad (interinos y eventuales).
- Seguimiento de la evolución de la temporalidad en el sector público de la Generalitat.
- Ser un instrumento para la interlocución con los órganos transversales del Gobierno de la Generalitat en materia de dimensionado de las plantillas de las entidades del sector público.
- Elaborar recomendaciones en materia de contratación eventual, especialmente contratación eventual encadenada, para mejorar su calidad y justificación.
- Efectuar propuestas técnicas en gestión de recursos humanos que puedan contribuir a homogeneizar las mejores prácticas para todo el sector.
- Hacer recomendaciones a la mesa sectorial de negociación de sanidad y a la comisión negociadora del convenio colectivo de la sanidad concertada.
- Elaborar una guía de buenas prácticas en el ámbito de la conciliación laboral y familiar.

Por último, siendo conscientes del proceso de cambio de perfil profesional, especialmente importante en el colectivo médico, el Plan considera que se deben emprender medidas de gestión y organización de los recursos humanos que permitan adoptar las medidas de conciliación a los diferentes momentos de la vida profesional, teniendo en cuenta el trabajo prestado por cada profesional y su turno de trabajo, y recomienda que las entidades proveedoras de servicios en la red pública de salud, se doten durante los próximos 2 años de un Plan de conciliación elaborado de forma participada con sus órganos de representación, que recoja las medidas adecuadas para que se cumpla el marco normativo vigente para la protección de las mujeres embarazadas y elaborar una guía de buenas prácticas para la conciliación laboral y familiar.

El Plan de garantía de la estabilidad laboral se ha consensuado entre el Departamento de Salud, las corporaciones profesionales, sindicales y las organizaciones sanitarias.

5 Gestión económica financiera

El Sistema Nacional de Salud tiene un importante problema de sostenibilidad económica. En el período 2010-2014 los servicios de salud ya hicieron importantes esfuerzos para el ajuste del gasto sanitario con el objetivo de dar cumplimiento a los objetivos de déficit público establecidos para las comunidades autónomas. Sin embargo, el gasto real sigue siendo superior al presupuesto de cada ejercicio. Por una parte debido a la tendencia del crecimiento del gasto sanitario motivado por el envejecimiento de la población y por la introducción de nuevas tecnologías que provocan que aunque se hayan introducido medidas en los últimos ejercicios para mejorar la eficiencia de la prestación de los servicios sanitarios, el impacto de éstas es insuficiente para reducir la brecha entre el presupuesto y el gasto. Por otra parte existe un problema grave de modelo de financiación: el sistema de financiación autonómico vigente es el sistema aprobado en el 2009 y debería haber sido revisado en 2014. Por lo tanto, a la vista de la situación de asfixia económica de los servicios de salud por la necesidad de cumplir los objetivos de estabilidad presupuestaria, es necesario que el Gobierno del Estado considere el tema del déficit estructural de la sanidad en la revisión del modelo de financiación autonómico, ya que es responsabilidad del Gobierno el mantenimiento de un Sistema Nacional de Salud de calidad y sostenible, evitando afectar negativamente al nivel de calidad de los servicios sanitarios públicos.

El problema de garantizar la sostenibilidad del SNS debe ser abordado desde diversos ámbitos de actuación:

- Mejorar la financiación autonómica y que el nuevo modelo reconozca que existe un déficit estructural del SNS. Mientras tanto se deberían adecuar los límites de déficit de las comunidades autónomas así como de la regla de gasto.
- Recuperar el modelo de cobertura sanitaria universal y revisar la cartera de servicios del SNS con criterios coste-efectividad. En 2012 el Estado estableció un modelo de cobertura basado en la Seguridad Social perjudicando a los colectivos más vulnerables. También reguló la cartera de servicios estableciendo aportaciones del usuario en algunas prestaciones de la cartera suplementaria pero no las ha llegado a implantar. Por el contrario, Catalunya estableció la tasa del euro por receta como mecanismo para racionalizar el gasto sanitario, y fue impugnada por el gobierno estatal y anulada por el Tribunal Constitucional. Por lo tanto, el Estado es quien fija los objetivos de déficit público y la regla de gasto a las comunidades autónomas pero no colabora en su consecución estableciendo mecanismos que son de competencia estatal necesarios para hacerlos posible.
- Garantizar el principio de lealtad institucional en el ámbito sanitario, atribuyendo financiación específica para las nuevas prestaciones aprobadas por el Estado. El Estado en los últimos años ha aprobado nuevas prestaciones sanitarias, autorizado nuevos medicamentos o tomado decisiones (modificación del calendario de vacunación) que han supuesto un incremento de gasto para las comunidades autónomas pero no han ido acompañadas de financiación adicional.
- Evitar la centrifugación del déficit a las comunidades autónomas, compensando el mayor gasto sanitario que éstas tendrán que soportar. Un ejemplo de ello fue la modificación de los tipos impositivos del Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA) aplicables a los productos sanitarios, ya que el incremento de recaudación por IVA está en manos del Estado. Más recientemente cabe destacar el pacto firmado por la Administración General del Estado con los sindicatos relativo a los incrementos retributivos previstos para el personal del sector público para los ejercicios 2018-2020. Si por parte de las comunidades autónomas se debe asumir el coste de dichos incrementos retributivos, la Administración del Estado debería reconocer una financiación adicional o, como mínimo, debería descontar dicho gasto en el cómputo de la regla de gasto.
- Recuperar los recursos existentes hasta el 2012 del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS) en el presupuesto del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para compensar la atención sanitaria a pacientes desplazados de otras comunidades autónomas (100 millones de euros anuales). Desde 2013, dicho gasto debe ser asumido por las comunidades autónomas de origen de los pacientes pero no se está compensando la asistencia por problemas económicos y se están provocando problemas a los pacientes para ser atendidos en algunas comunidades autónomas.

Tampoco se ha implantado en su totalidad el Fondo de Garantía Asistencial (FOGA), creado en el 2012, que tenía por objetivo cubrir el resto de asistencia sanitaria no cubierta por el FCS, y en la actualidad sólo cubre las visitas de atención primaria y las recetas médicas. Por lo tanto, se debería revisar la actual normativa que regula la compensación por la atención a desplazados de otras comunidades autónomas.

- Abonar la deuda existente del Fondo de Cohesión Sanitaria 2013-2017 por parte de la Administración del Estado. Con el sistema tan complejo de liquidación establecido desde la Ley de Presupuestos Generales del Estado de 2013 y siguientes, existe una parte de la compensación del FCS que no se ha acabado de liquidar. Concretamente en el caso de Catalunya existe en estos momentos una deuda de prácticamente 28 millones de euros correspondientes al período 2013-2017.
- Condonar la deuda histórica con la Seguridad Social de los hospitales que mantienen concierto estable con la sanidad pública. La Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1995 concedió un aplazamiento de diez años con tres de carencia para el pago de la deuda de cuotas de la Seguridad Social a los citados hospitales. Este período de carencia se ha ido ampliando anualmente por las sucesivas leyes de Presupuestos Generales del Estado. Una forma de ayudar a mejorar la situación financiera de los hospitales sería condonar esta deuda histórica.
- Traspasar el patrimonio de la seguridad de los equipamientos de asistencia sanitaria que gestionan las comunidades autónomas. La Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social, establecía la entrega por parte de la Administración de la Seguridad Social a la Administración General del Estado de los edificios y equipamientos afectos a fines de asistencia sanitaria, ya que entendía que la gestión patrimonial más adecuada era la que podían desarrollar los actuales titulares de la gestión de la competencia (es decir, las comunidades autónomas), y disponía el inmediato traspaso a éstos de los inmuebles y equipamientos del Estado a las comunidades autónomas. Este precepto fue derogado por la Ley de Presupuestos Generales del Estado del 2013.
- Ampliar la exención del impuesto sobre bienes inmuebles a los centros sanitarios públicos. Con la normativa actual, la posibilidad de exención es de aplicación voluntaria si se aprueba en las correspondientes ordenanzas fiscales, si bien muchos de los ayuntamientos no la han aplicado en sus municipios. Por lo tanto esta medida permitiría reducir el gasto sanitario de los servicios de salud y permitiría homogeneizar el trato fiscal que reciben otros servicios públicos de naturaleza similar como son los servicios educativos.

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

6 Investigación e innovación en salud

6.1 Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud-PERIS

Durante el periodo transcurrido desde el informe del Sistema Nacional de Salud 2016, el Gobierno de Catalunya y el Departamento de Salud han dado un paso especialmente significativo y estratégico en el proceso de dotarse de un marco organizativo más potente en la investigación e innovación en el ámbito de la salud, para consolidar el rol de la investigación e innovación en el desarrollo y la sostenibilidad del sistema de salud.

En este sentido en el Departamento de Salud a partir del mes de enero de 2016 se crea la estructura organizativa de la Dirección General de Recerca i Innovación en Salut (Dirección General de Investigación e Innovación en Salud) que hasta el momento había constituido un Programa en el seno de la Dirección General de Planificación e Investigación en Salud. Con ello se pretende dar un nuevo impulso y una nueva dimensión a este ámbito de la actividad pública potenciando, a través de un importante programa de ayudas, las actuaciones de fomento de la actividad de investigación e innovación de primer nivel.

El reto inicial de este periodo fue la elaboración del Nuevo Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salut⁷ (PERIS por sus siglas en catalán). Este objetivo culminó con su aprobación mediante Acuerdo del Gobierno de la Generalitat de fecha 7 de junio de 2016.

Se definen como principales objetivos del Plan Estratégico:

- Promover la participación de los pacientes y, en general, de la ciudadanía de Catalunya en las políticas de investigación e innovación del sistema de salud de Catalunya.
- Incrementar la calidad de la investigación en el ámbito de la salud para garantizar la excelencia del sistema de salud.
- Intensificar las capacidades de translación del conocimiento generado por los investigadores y tecnólogos a los procesos asistenciales en las áreas de prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los procesos patológicos y en la promoción de la salud.
- Reforzar las capacidades y el liderazgo internacional de los centros de investigación de Catalunya.
- Potenciar la formación y la empleabilidad de científicos y tecnólogos y reforzar las capacidades científicas de los profesionales de la salud.
- Integrar las políticas de investigación e innovación en salud con otras existentes en Catalunya.

Al amparo y en el marco de los contenidos y directrices del PERIS, el Departamento de Salud ha realizado dos convocatorias de ayuda en los años 2016 y 2017 respectivamente, por un importe conjunto aproximado de 30 millones de euros. Su resolución y adjudicación ha supuesto facilitar recursos que han supuesto:

- La incorporación de investigadores y tecnólogos. Esta línea de actuación ha permitido la incorporación de 111 personas a distintos proyectos evaluados de los cuales 65 acreditan la condición de doctor.
- La contratación de personal asistencial que permite la intensificación de estos profesionales sanitarios que, temporalmente, se dedican en exclusiva a actividades de investigación y formación. De ello se han beneficiado 89 profesionales de enfermería y 31 facultativos especialistas.
- La financiación de 24 proyectos orientados de investigación en Atención Primaria de Salud.
- La financiación de 16 programas orientados por modalidades (Medicina personalizada, Medicina regenerativa, Estudio de cohortes e Investigación clínica cooperativa independiente).
- La financiación de 20 proyectos de investigación en Salud Mental con carácter multicéntrico.

⁷Departament de salut. [En línea]. Disponible: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematics/linies_dactuacio/recerca/peris-2016-2020/

Asimismo en el bienio 2016/2017, se han destinado un total aproximado de 66 millones de euros a transferencias a los Centros de Investigación de Catalunya adscritos al Departamento de Salud, con el propósito de coadyuvar en la financiación basal de los mismos y contribuir a sus estrategias científicas.

6.2 Programa Público de Analítica de Datos para la Investigación y la Innovación en Salud-PADRIS

El 12 de enero de 2016 se pone en marcha el Programa Público de Analítica de Datos para la Investigación y la Innovación en Salud (PADRIS) con la misión de poner a disposición de la comunidad científica los datos sanitarios relacionados para impulsar la investigación, la innovación y la evaluación en salud mediante el acceso a la reutilización y cruce de los datos sanitarios generados por el SISCAT, de acuerdo con el marco legal y normativo, los principios éticos y de transparencia del Programa hacia la ciudadanía.

En 2017 todos los órganos de gobernanza del programa necesarios para su funcionamiento y garantías han sido constituidos, completando así la primera fase de la implementación. Se constituyeron el consejo asesor con la misión de proporcionar asesoramiento sobre la gobernanza, servicios y criterios técnicos y científicos del programa. El comité de vigilancia con la misión de salvaguardar para una correcta gestión de riesgos, evaluación del impacto sobre la privacidad, ejecución de medidas mitigadoras de riesgos y la estrategia de comunicación y transparencia y el comité operativo que implementará el plan operativo del Programa.

Desde la aprobación del programa PADRIS se han recibido un total de 131 solicitudes por parte de los centros de investigación, de las cuales 35 solicitudes han sido canceladas o rechazadas y se han gestionado un total de 96 solicitudes.

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

ABS	Áreas Básicas de Salud
ACOE	Evaluación de competencias objetiva y estructurada (<i>Avaliació de competències objectiva i estructurada</i>)
ARC	Acuerdos de Riesgo Compartido
ASPCAT	Agencia de Salud Pública de Cataluña

C

CAP	Centros de Atención Primaria
CatSalud	Servicio Catalán de la Salud (<i>Servei Català de la Salut</i>)
CISC	Comisión Interdepartamental del Sida a en Catalunya
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
COMSALUT	Comunidad y Salud (<i>Comunitat i Salut</i>)
COUie	Comités Operativos de Urgencias y Emergencias

D

DAFSU	Dispositivos de Atención a la Fragilidad en los Servicios de Urgencias
DPC	Desarrollo Profesional Continuo

E

EAP	Equipos de Atención Primaria
ECAP	Estación Clínica de Atención Primaria
ENAPISC	Estrategia Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria
ETSP	Equipos Territoriales de Salud Pública

F

FCS	Fondo de Cohesión Sanitaria
FOGA	Fondo de Garantía Asistencial
FSE	Formación Sanitaria Especializada

H

HC3	Historia Clínica Compartida de Cataluña
HV	Hepatitis Viral

I

ICAM	Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries
ICS	Instituto Catalán de la Salud
IVA	Impuesto sobre el Valor Añadido
ITS	Infección de Transmisión Sexual

M

MCSS	Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social
MHDA	Medicación Hospitalaria de Dispensación Ambulatoria

N

NED	Nutrición Enteral Domiciliaria
-----	--------------------------------

P

PAF	Programa de Armonización Farmacoterapéutica
PADRIIS	Programa Público de Analítica de Datos para la Investigación y la Innovación en Salud
PAID	Programa de atención integrada en el entorno domiciliario
PAIS	Plan de Actuación en Infraestructuras de Salud
PDPC	Plan de Desarrollo Profesional Continuo
PERIS	Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud (<i>Pla Estratègic de Recerca i Innovació en Salut</i>)
PIAISS	Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria
PINSAP	Plan Interdepartamental e Intersectorial de Salud Pública
PLANUC	Plan Nacional de Urgencias de Cataluña

R

ReeR	Registro estatal de enfermedades Raras
REMIN	Registro de Enfermedades Raras

S

SCID	Inmunodeficiencia Combinada grave (<i>Severe Combined Immunodeficiency</i>)
SISCAT	Sistema Sanitario Integral de utilización pública de Cataluña
SIVEL	Sistema de Información y Vigilancia Epidemiológica Laboral
SNS	Sistema Nacional de Salud

U

USIC	Unidad de Soporte Integral a la Complejidad
------	---

V

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

X

XUECS	Redes de Unidades de Experiencia Clínica (<i>Xarxa d'Units d'Expertesa Clínica</i>)
-------	---

Referencias documentales/ Bibliográficas

Secretaria Salut Pública. Departament de Salut. Informe datos abiertos del observatorio por temàtica.[En línea] Disponible en: http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/informes_cdr/dades_actuals/

Servei Català de la Salut. Departament de Salut. ENAPISC. [En línea] Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/plans_sectorials/pla_primaria_salut_comunitaria_enapisc/

Departament de Salut. Pla de salut 2016-2020. [En línea] Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020/

Servei Català de la Salut. Departament de Salut. [En línea] Disponible en: <http://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/farmacia-medicaments/programa-harmonitzacio-farmacoterapeutica>

Departament de salut. [En línea] Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/recerca/peris-2016-2020/

Equipo de trabajo

Departamento de Salud:

Secretaria Salud Pública

Dirección General de Planificación en Salud

Dirección General Investigación e Innovación en Salud

Dirección General de Ordenación Profesional y Regulación Sanitaria

Servicio Catalana de la Salud

Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQUAS)

Edita:

MINISTERIO DE SANIDAD
Secretaría General Técnica
Pº del Prado, 18-20. 28014 Madrid

NIPO: 133-20-031-6

<https://cpage.mpr.gob.es/>



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

www.mscbs.gob.es