



La transformación del modelo asistencial en Cataluña para mejorar la calidad de la atención

Josep Maria Padrosa^{a,*}, Àlex Guarga^b, Francesc Brosa^c, Josep Jiménez^d y Roger Robert^b

^aDirecció, Servei Català de la Salut (CatSalut), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

^bDirecció, Àrea Sanitària, Servei Català de la Salut (CatSalut), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

^cSubdirecció, Servei Català de la Salut (CatSalut), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

^dGerència de Serveis Assistencials, Àrea Sanitària, Servei Català de la Salut (CatSalut), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

RESUMEN

Palabras clave:

Sistema sanitario catalán
Plan de Salud de Cataluña
Modelo asistencial integral
Reorganización de procesos
Reordenación de servicios

Los cambios que se están produciendo en los países occidentales obligan a los sistemas sanitarios a adaptarse a las nuevas necesidades y expectativas de la población. En Cataluña se está produciendo una profunda transformación del modelo asistencial, con el fin de poder dar una respuesta adecuada a esta nueva situación y a la vez garantizar la sostenibilidad del sistema en un contexto de crisis económica. Esta transformación se basa en convertir el actual modelo asistencial centrado en la enfermedad y fraccionado por niveles en otro centrado en la persona, integrado y de base territorial, que promueva el trabajo compartido en red de los diferentes profesionales, dispositivos y niveles asistenciales, estableciendo objetivos comunes explicitados en acuerdos y pactos territoriales. Los cambios que ha llevado a cabo el Servei Català de la Salut (CatSalut) pasan principalmente por incrementar la capacidad de resolución de la atención primaria, reducir la variabilidad de la práctica clínica, evolucionar hacia hospitales más quirúrgicos, potenciar las alternativas a la hospitalización convencional, desarrollar modalidades de atención no presencial, concentrar y sectorizar territorialmente la atención de alta complejidad y diseñar códigos sanitarios específicos, como respuesta a situaciones de emergencia. La finalidad de estas actuaciones es mejorar la efectividad, la calidad, la seguridad y la eficiencia del sistema asegurando la equidad de acceso de la población y el equilibrio territorial. Entre los instrumentos que deben facilitar y promover estos cambios cabe destacar la historia clínica compartida, el nuevo modelo de contratación y pago por resultados, los pactos territoriales, las alianzas entre centros, el aprovechamiento de las potencialidades de las tecnologías de la información y la comunicación, y la evaluación de resultados.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Keywords:

Catalan health system
Health plan for Catalonia
Integrated healthcare model
Process reorganization
Services reordering

The transformation of the healthcare model in Catalonia to improve the quality of care

ABSTRACT

The changes taking place in western countries require health systems to adapt to the public's evolving needs and expectations. The healthcare model in Catalonia is undergoing significant transformation in order to provide an adequate response to this new situation while ensuring the system's sustainability in the current climate of economic crisis. This transformation is based on converting the current disease-centred model which is fragmented into different levels, to a more patient-centred integrated and territorial care model that promotes the use of a shared network of the different specialities, the professionals, resources and levels of care, entering into territorial agreements and pacts which stipulate joint goals or objectives. The changes the Catalan Health Service (CatSalut) has undergone are principally focused on increasing resolution capacity of the primary level of care, eliminating differences in clinical practice, evolving towards more surgery-centred hospitals, promoting alternatives to conventional hospitalization, developing remote care models, concentrating and organizing highly complex care into different sectors at a territorial level and designing specific health codes in response to health emergencies. The purpose of these initiatives is to improve the effectiveness, quality, safety and efficiency of the system,

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: direccio@catsalut.cat (J.M. Padrosa).

ensuring equal access for the public to these services and ensuring a territorial balance. These changes should be facilitated and promoted using several different approaches, including implementing shared access to clinical history case files, the new model of results-based contracting and payment, territorial agreements, alliances between centres, harnessing the potential of information and communications technology and evaluation of results.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El sistema sanitario público catalán, a través del Servei Català de la Salut (CatSalut), se enfrenta al gran reto de dar una respuesta adecuada a las nuevas necesidades y expectativas relacionadas con la salud, como consecuencia del envejecimiento de la población, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, el incremento de las demandas y expectativas de atención social y sanitaria, las constantes innovaciones diagnósticas y terapéuticas, y las tecnologías de la comunicación y la información, que están generando nuevas formas de relación entre la población y el sistema sanitario y entre los propios profesionales. Todos estos elementos suponen un incremento del coste de la atención sanitaria, hecho que, en la situación actual de crisis económica, hace imprescindible transformar el modelo asistencial, con el fin de poder dar respuesta a esta nueva situación y a la vez garantizar la sostenibilidad del sistema optimizando la eficiencia y modernizando las formas de prestar y organizar los servicios asistenciales. El actual Plan de Salud de Cataluña 2011-2015, desarrollado por el Departament de Salut, reconoce esta transformación como uno de sus ejes vertebradores¹.

Esta transformación se basa en la integración de los diferentes dispositivos y niveles asistenciales, adaptándose a las nuevas necesidades y oportunidades y a las características propias de cada territorio, asegurando que todos los recursos (salud pública, atención primaria [AP], especializada, sociosanitaria y salud mental) actúan de forma coordinada y con unos objetivos comunes, buscando aumentar la capacidad de resolución y la efectividad, calidad y seguridad de la atención, y asegurar la accesibilidad de la población, la superación de las barreras geográficas, el equilibrio territorial y la disminución de la variabilidad de la práctica clínica.

Hacia un modelo asistencial integrado de base territorial

El reto principal es convertir el modelo actual de atención centrado en la enfermedad y fraccionado por niveles en un modelo integrado social y sanitario de base territorial, que promueva el trabajo compartido en red de los diferentes profesionales, dispositivos y niveles asistenciales estableciendo objetivos comunes y evaluables en términos de resultados explicitados en acuerdos y pactos territoriales.

Esta integración debe permitir buscar el máximo nivel de calidad y eficiencia y mejorar la resolución y la accesibilidad, asegurando un servicio asistencial coordinado que dé una respuesta integral a la po-

blación, basada en las intervenciones más coste-efectivas realizadas en el nivel de atención más adecuado en términos de calidad y de optimización de las competencias profesionales. El cambio pasa principalmente por la reorganización de procesos con las finalidades de: a) incrementar la capacidad resolutoria de la AP en relación con la enfermedad prevalente y de baja complejidad y el seguimiento continuado a lo largo de la vida de los sujetos, así como el abordaje comunitario de la salud de las poblaciones; b) mejorar la accesibilidad y la eficiencia de la atención especializada de las enfermedades más complejas y agilizar el diagnóstico y el tratamiento con una intervención ordenada de los diferentes profesionales, y c) asegurar la continuidad asistencial mediante la integración y el trabajo en red. La reducción de las hospitalizaciones potencialmente evitables es una muestra de los resultados que se pretende alcanzar con este enfoque (fig. 1).

La identificación de las unidades territoriales no es fácil, vista la heterogeneidad del territorio catalán. Se trata de identificar aquellas en las que tiene sentido realizar una gestión asistencial integrada, ya que comparten los mismos centros de referencia para la atención de los problemas de salud más frecuentes, de manera que puedan definirse circuitos y criterios comunes, y compartir recursos con el fin de proveer la atención con la mejor calidad y eficiencia posibles.

La estrategia de cambio empieza por definir, con la participación de instituciones y profesionales, los criterios y orientaciones que configuran los acuerdos de base territorial, estableciendo objetivos compartidos entre equipos asistenciales y acuerdos de organización del proceso asistencial, así como las vías de relación entre ellos y los elementos de gestión territorial compartidos, sobre la base del liderazgo clínico. Son buenos ejemplos las rutas asistenciales² para la insuficiencia cardíaca, la diabetes mellitus, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o la depresión, que se han definido e implantado en todas las unidades territoriales de Cataluña.

La resolución se refiere a la capacidad de resolver los problemas en el lugar más apropiado y de la manera más adecuada posible en tiempo y forma. Aumentar esta capacidad en los niveles más accesibles es mejor para el ciudadano y más eficiente para el conjunto del sistema. Entre las iniciativas desarrolladas en este ámbito cabe destacar la definición de nuevos modelos de atención a la oftalmología, a la dermatología o al aparato locomotor (fig. 2), sin olvidar proyectos de gran interés e impacto como la teledermatología o el nuevo modelo de urgencias³. El Servei d'Emergències Mèdiques (SEM) juega un papel fundamental en la resolución de las demandas de atención inmediata y en la coordinación de los diferentes dispositivos de

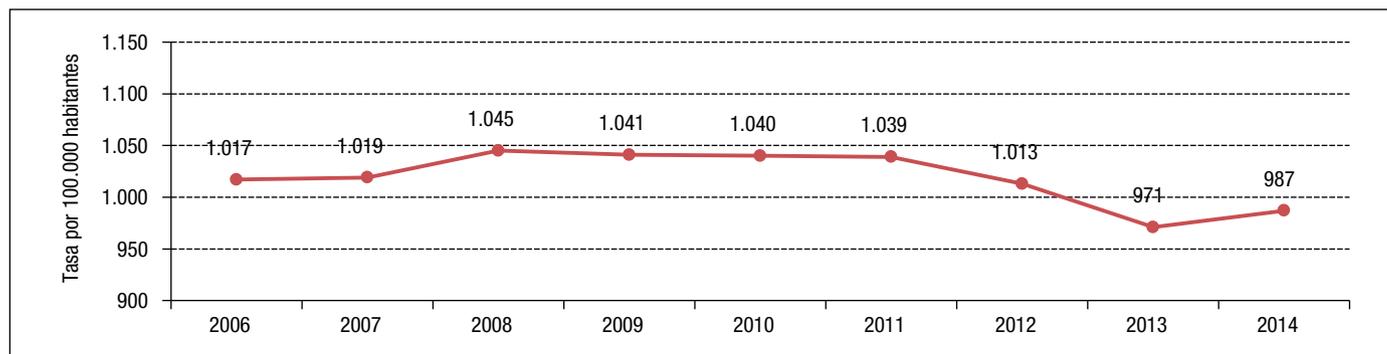


Figura 1. Evolución de las hospitalizaciones potencialmente evitables en los hospitales del SISCAT (2006-2014). Fuente: CatSalut (Área de Atención Sanitaria; CMBD-HA).

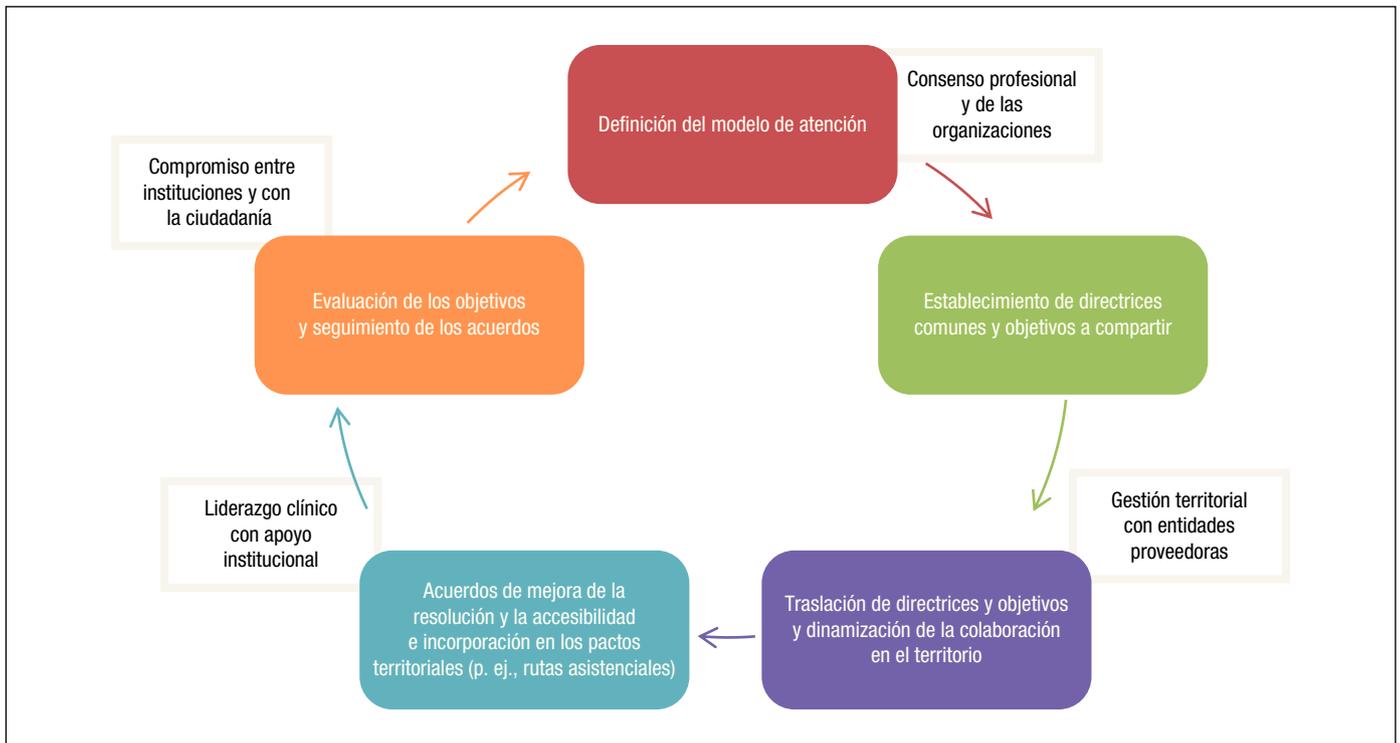


Figura 2. Procesos de mejora de la resolución en los ámbitos de relación más frecuente entre la atención primaria y la atención especializada. Fuente: Extracto de “El sistema de salud de Cataluña en proceso de cambio. Balance del Plan de salud 2011-2015 a mitad de período”.

atención a las urgencias. En el año 2012 se puso en funcionamiento la nueva plataforma 061 CatSalut Respon, que permite centralizar todas las llamadas relacionadas con la salud y trabaja con el resto del sistema para garantizar la continuidad asistencial respetando las rutas asistenciales definidas en cada territorio. Más de un 40% de los incidentes atendidos en esta plataforma se han resuelto con consejos de salud y no han requerido movilización de recursos⁴.

Otra estrategia es la reducción de la variabilidad de la práctica clínica. La Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) vela por la incorporación del conocimiento a la toma de decisiones del sistema, y elabora informes de evaluación de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas, recomendaciones y guías de práctica clínica que deben permitir la máxima efectividad posible en su aplicación y reducir la variabilidad entre territorios. Otra iniciativa muy relevante en el campo de los tratamientos farmacológicos es el Programa de Armonización de Medicamentos del CatSalut, que define, con el consenso de profesionales de diferentes ámbitos, las condiciones de uso de los nuevos fármacos para garantizar la equidad en el acceso y su utilización, de acuerdo con criterios de evidencia científica en términos de eficacia, seguridad y coste-efectividad⁵.

Hospitales más quirúrgicos y menos médicos

Los hospitales catalanes utilizan y utilizarán cada vez más una estructura de recursos sensiblemente diferente de la utilizada hasta hace bien poco.

Por una parte, la progresiva transferencia a la AP de la atención de patologías poco complejas, que actualmente todavía se desarrolla en buena parte en los hospitales, combinada con la emergencia de las modalidades de atención no presencial (tanto con respecto a la interacción entre los pacientes y los profesionales como entre los profesionales de diferentes niveles asistenciales) está modificando el perfil de los pacientes que llegan a los centros hospitalarios. Por otra, el crecimiento de las alternativas a la hospitalización convencional reduce las necesidades de internamiento, de manera que los hospitales son cada vez más valorados, no tanto por el número de camas, sino

por su capacidad de resolver los problemas de salud coordinadamente con el resto de dispositivos.

Estos cambios se han acelerado últimamente, de manera que los hospitales están evolucionando hacia una mayor resolución y un predominio de la actividad quirúrgica con y sin ingreso, y los centros de referencia y alta complejidad hacia una más elevada especialización. Como consecuencia de esta transformación, también está cambiando el tipo de recursos que necesitan los centros para su funcionamiento ordinario; por ejemplo, menos espacios destinados a internamiento, más acceso a tecnología diagnóstica y terapéutica, mayor peso de las especialidades quirúrgicas sobre las médicas, etc. De hecho, en Cataluña, en los últimos 5 años el número de altas quirúrgicas se ha incrementado un 4,4% y ya suponen más del 52% de todas las altas, mientras que las médicas se han reducido en un 6,1%⁶. Aunque es obvio que la adaptación de las organizaciones a estos cambios requiere años, y más en el marco de las fuertes restricciones económicas actuales, el Departament de Salut y el CatSalut han ajustado los instrumentos a su alcance, principalmente por medio de la política de compra de actividad.

Desarrollar alternativas a la hospitalización convencional

Estos últimos años se han desarrollado modalidades asistenciales para la atención de pacientes que tradicionalmente ingresaban en el hospital, dibujando un escenario de cambio importante, con un avance progresivo de la atención intermedia sustitutiva del ingreso de agudos, con el apoyo del hospital de día y la estrecha colaboración con la AP y la atención social. Se trata de adaptar los modelos asistenciales a la cronicidad y el envejecimiento crecientes de la población.

Así, en estos últimos años se ha iniciado el despliegue de recursos de subagudos en los territorios. Estas unidades se dirigen a pacientes frágiles o crónicos con agudización o empeoramiento del estado de salud que precisan una intensidad de recursos intermedios, orientados a su estabilización clínica y rehabilitación sin requerir un ingreso hospitalario convencional.

Igualmente, en el marco de la atención domiciliaria integrada, y con el objetivo de mantener a los pacientes en su entorno con la máxima autonomía y las mínimas complicaciones, se ha iniciado el desarrollo de proyectos de hospitalización a domicilio, que de manera complementaria a la convencional brindan en casa tratamientos a pacientes en situaciones que suelen comportar su hospitalización. En los próximos años es de esperar un crecimiento progresivo de este tipo de atención.

El hospital de día, centrado en la rehabilitación y en la administración de tratamientos oncológicos o inmunológicos, es otro dispositivo alternativo de primer orden que crece año tras año y que cada vez es más utilizado en otras patologías como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Finalmente, la cirugía mayor ambulatoria ha continuado creciendo a un ritmo constante, reduciendo la estancia media en los hospitales y proporcionando un retorno más rápido de los pacientes a la actividad habitual y, al mismo tiempo, limitando la incidencia de las infecciones nosocomiales y otros problemas asociados a la hospitalización (fig. 3).

Reordenación de los servicios de alta especialización

La alta especialización o terciarismo engloba un conjunto de servicios con un elevado requerimiento tecnológico o de pericia profesional y que, vista su baja prevalencia, riesgo, interrelación con otros procesos o elevado coste, se benefician de su concentración en un número reducido de proveedores dentro del sistema público de salud⁷.

Criterios y mecanismos para ordenar el terciarismo

Todos los sistemas de salud de los países de nuestro entorno asumen el reto de dar una atención altamente especializada de calidad y con equidad partiendo de unos recursos limitados. Múltiples experiencias por todas partes documentan y reflejan este reto, entre las cuales destaca el desarrollo de redes europeas de referencia de acuerdo a la Directiva 011/24/UE sobre la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza^{8,9}: los cen-

tros CSUR en España, la atención a las enfermedades minoritarias en el National Health Service o la organización de la atención al cáncer del adulto en Bélgica¹⁰, entre otras.

Para ordenar los servicios terciarios, el CatSalut trabaja desde hace tiempo con diferentes grupos de expertos *ad hoc* formados por representantes de sociedades científicas, de los planes directores de la Dirección General de Planificación e Investigación en Salud, de la AQuAS, por profesionales expertos de instituciones y entidades proveedoras y por miembros del equipo técnico y directivo del CatSalut. Cada uno de estos grupos ha analizado y propuesto actuaciones relativas a la ordenación de las prestaciones y los servicios de alta especialización, de acuerdo con los criterios de política sanitaria que ha fijado el Departament de Salut.

La concentración como garantía de competencia y buenos resultados

La relación positiva entre los resultados obtenidos y el volumen de casos está suficientemente bien establecida por la literatura científica¹¹⁻¹³. Aunque todavía estamos lejos de conocer dónde se sitúa el óptimo para cada situación y patología, con la evidencia hoy disponible parece claro que la práctica de procedimientos altamente complejos solo es aconsejable a partir de una concentración suficiente de casos. Esta necesidad es especialmente manifiesta cuando se trata de procesos infrecuentes o de recursos muy costosos. Se trata de garantizar la calidad y los resultados por la vía de la acumulación de casos, minimizando los riesgos asociados a estas prácticas y asegurando las competencias y las habilidades necesarias gracias a la experiencia acumulada. Un alto volumen de casos también permite asegurar la correcta rentabilización de las inversiones y los elevados costes relacionados con algunos equipamientos. En este sentido, se debe tener presente que la eficiencia en el uso de tecnologías cada vez más costosas es esencial para la sostenibilidad de un sistema sanitario que quiere preservar la accesibilidad y la equidad.

Diversos estudios realizados en Cataluña mostraban hace unos años una tendencia general a realizar procedimientos terciarios en un número muy elevado de centros, a menudo por debajo de la masa crítica recomendable. En estos últimos años, el esfuerzo que se ha hecho para concentrar los servicios terciarios en un número reducido

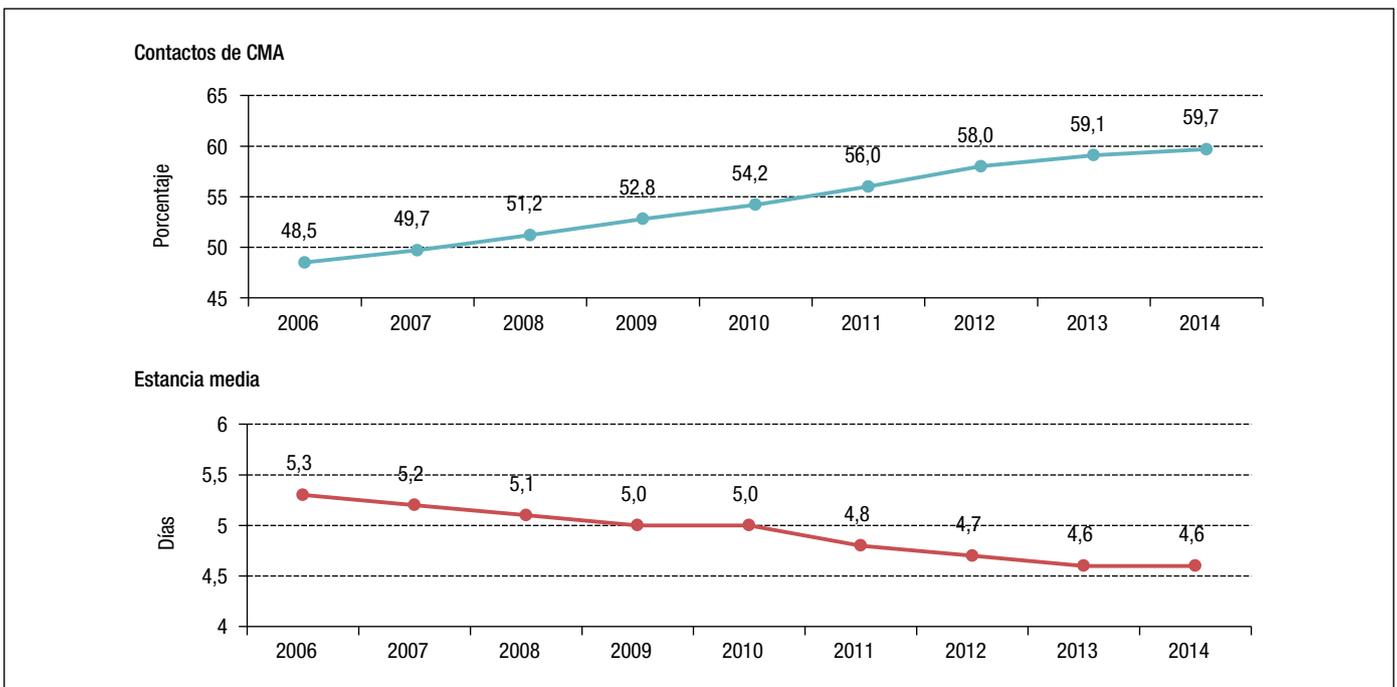


Figura 3. Evolución del porcentaje anual de contactos de cirugía mayor ambulatoria (CMA) y de la estancia media en los hospitales del SISCAT (2006-2014). Fuente: CatSalut (Área de Atención Sanitaria; CMBD-HA).

y limitado de proveedores ha permitido alcanzar mejores resultados en salud y entornos organizativos apropiados para el desarrollo de los servicios¹⁴: se garantiza un abordaje multidisciplinar gracias a la interrelación con otros procesos o profesionales y, al mismo tiempo, se ponen las bases con el fin de que la innovación dentro de este ámbito se produzca en un terreno apropiado a la fase evolutiva de la técnica o procedimiento. En este mismo sentido, y más allá de la innovación, conviene tener en cuenta las sinergias existentes entre los servicios terciarios y otros ámbitos de actuación de carácter clave de los centros, como la docencia y la investigación.

Atención a las emergencias: los códigos

Con el fin de dar la mejor respuesta posible a determinadas situaciones de emergencia, como el paciente con politraumatismo, el que tiene un ictus o el que sufre un infarto agudo de miocardio (IAM), se han diseñado e implementado códigos específicos, que consisten en mecanismos de activación de una serie de dispositivos asistenciales coordinados en red, con una importante participación del SEM, que, de forma organizada y por territorio y siguiendo un protocolo estricto, prestan servicios en la fase más aguda de los procesos mencionados, con el fin de ofrecer las mejores opciones terapéuticas y conseguir los mejores resultados posibles en términos de supervivencia y calidad de vida.

Un buen ejemplo son los resultados del código infarto, que se inició el año 2009 y que se activa en situaciones de sospecha de un IAM con elevación del segmento ST en el electrocardiograma, en el que el tiempo de respuesta hasta su tratamiento adecuado es fundamental para la supervivencia y el pronóstico del paciente. Anualmente se activan en torno a 3.200 códigos, más del 90% de los cuales son tratados con angioplastia primaria (antes de la creación del código este porcentaje era de un 33%) y un 65% lo hace en menos de 120 min. La supervivencia a 30 días es del 93,5%, equiparable a la de países punteros como Suecia y Dinamarca⁴.

De forma similar, el código ictus, que cubre todo el territorio catalán desde el año 2006, asegura que el paciente con ictus agudo se traslade al hospital más próximo con capacidad para administrar tratamiento trombolítico intravenoso (TIV). En el año 2014, el SEM realizó más de 4.300 activaciones de este código, registrando cerca de 1.300 tratamientos de reperfusión en pacientes con ictus isquémico, con un incremento tanto del número de TIV como del de tratamientos trombolíticos endovasculares¹⁴.

Los servicios de alta especialización

En los últimos años, el CatSalut ha ido estableciendo sectorizaciones específicas para los ámbitos o las especialidades trabajadas por los grupos de expertos *ad hoc*: el código infarto y angioplastia primaria, la cirugía cardíaca, las cardiopatías congénitas de niño y adulto, la neurorradiología intervencionista en ictus (código ictus), la hemorragia subaracnoidea, los tratamientos farmacológicos de alta complejidad, el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial pulmonar, la cirugía vascular (grandes vasos arteriales), la cirugía de Parkinson, la epilepsia y el trastorno obsesivo-compulsivo, la cirugía oncológica poco frecuente, la oncología pediátrica, los recambios de prótesis de cadera y rodilla o las enfermedades raras. En todos estos casos, las reordenaciones aplicadas han comportado identificar centros de referencia y asignarles ámbitos territoriales, resultando una reducción importante del número de centros que realizan actividad y concentrando los casos¹⁴.

En cuanto a las previsiones de futuro, actualmente se están trabajando o está previsto iniciar en breve el abordaje de ámbitos como el del consejo genético, la cirugía pediátrica, la oncología compleja de ovario y cuello, el código riesgo suicidio o el trasplante renal.

El principal desafío de los próximos años pasa por conseguir un desarrollo racional y sostenible del sistema público de salud, en un

contexto caracterizado por los beneficios y las tensiones derivadas de la incorporación y rápida difusión de nuevas tecnologías, junto con la tendencia hacia la provisión de servicios cada vez más costosos y complejos. La estrategia en este campo, prosiguiendo la línea emprendida los últimos años, será intensificar los esfuerzos de concentración preservando siempre la equidad de resultados.

Instrumentos

Información clínica compartida: HC3

La compartición de la información clínica es imprescindible para una adecuada integración de servicios. La historia clínica compartida en Cataluña (HC3), que permite el acceso a la información relevante de las historias clínicas de los centros de la red pública asistencial bajo los parámetros idóneos de seguridad y confidencialidad, se ha convertido en una herramienta básica del sistema de salud durante estos últimos años¹⁵.

Desarrollada en la casi totalidad de centros asistenciales (un 100% de los de AP y hospitalaria, un 99% de los sociosanitarios y un 93% de los de salud mental), cada mes cerca de 20.000 profesionales acceden a la HC3, con más de 1 millón y medio de accesos desde las estaciones de trabajo clínicas, 100.000 historias consultadas y un volumen de documentos publicados que ronda los 2 millones y medio⁴.

Modelo de contratación y pago por resultados

La aprobación del Decreto 118/2014 sobre contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al CatSalut¹⁶, en vigor desde el 1 de enero de 2015, ha asentado las bases para avanzar hacia un sistema centrado en la compra de resultados y que asigna los recursos en función de las necesidades de la población.

Este nuevo sistema tiene por objetivos asignar los recursos al territorio de acuerdo a un modelo más equitativo (basado fundamentalmente en las necesidades de salud de la población de referencia), reforzar el papel de la AP, mejorar el tratamiento de las personas con enfermedades crónicas y garantizar la continuidad asistencial y la complementariedad de los recursos del territorio.

El Decreto fija por primera vez las bases normativas para atribuir a la AP una asignación específica que le permita una mejor gestión de sus derivaciones a la atención especializada. Se está trabajando el diseño para poder asignar este presupuesto para la gestión de la consulta externa de atención especializada vinculada a la AP, con una primera implantación territorial durante 2015 en 39 equipos de AP.

Uno de los aspectos más definitorios y al mismo tiempo transformadores del nuevo modelo es el fuerte incremento que experimenta el pago ligado a resultados. Así, un porcentaje importante de la contraprestación económica total en todas las líneas asistenciales (con una variación al alza especialmente notable en el caso de la atención hospitalaria y especializada) está condicionado a la consecución de unos objetivos establecidos, tanto por línea asistencial como transversalmente entre ellas, relacionados con los ejes estratégicos del Plan de Salud y dirigidos a incentivar la mejora de la calidad y la eficiencia de la prestación de servicios.

Pacto territorial

Con el fin de garantizar la consecución de los objetivos y los resultados finales desde una perspectiva integral, los instrumentos convencionales de contratación y compra de servicios de que dispone el Departamento y el CatSalut pueden resultar insuficientes. Por esta razón, estos últimos años ha entrado en escena el pacto territorial, una nueva herramienta que ha facilitado la implicación de los proveedores y de los profesionales, promoviendo los objetivos y el trabajo conjunto y provocando los cambios necesarios en el ámbito territorial para mejorar resultados en clave transversal.

Los pactos, cuya firma se ha fijado como objetivo en los contratos de todos los proveedores de la red, son un conjunto de acuerdos formales en los territorios entre proveedores o centros sanitarios y entre profesionales, con el fin de mejorar la atención y la eficiencia y cumplir con los objetivos fijados, coherentes con las prioridades de la política sanitaria definidas por el Plan de Salud, los objetivos de los contratos con el CatSalut y de otros programas departamentales.

Liderados y dinamizados por los órganos de dirección del CatSalut del territorio, los pactos marcan anualmente qué ámbitos se priorizan y se abordan, qué objetivos se quieren alcanzar y para cada uno de estos qué actuaciones concretas harán y con qué calendario, identificando los compromisos compartidos y los de cada uno de los firmantes.

Desde el año 2013, los pactos territoriales se han firmado por toda Cataluña y son objeto de seguimiento y evaluación por parte de la propia comisión gestora de cada pacto, recogiendo las directrices que en términos de evaluación prevé el Plan de Salud y en consonancia con la evaluación de los contratos con las entidades proveedoras.

Alianzas y acuerdos entre centros

Producto del trabajo continuado de años, en buena parte reforzado por medio de los instrumentos anteriormente expuestos, algunos territorios han ido todavía más allá y han definido acuerdos de colaboración para compartir servicios y avanzar más en la continuidad asistencial y la integración.

Así, aunque en grados de desarrollo muy diversos, desde 2011 se han sellado o están en fase muy avanzada toda una serie de alianzas entre centros, que en ocasiones también han incorporado líneas asistenciales más allá de las atenciones hospitalaria y especializada. Los resultados de estos esfuerzos colaborativos son bien tangibles en algunos territorios, como es el caso de los hospitales de Vic, Olot y Campdevànol, en las comarcas de Osona, Garrotxa y Ripollès; los hospitales Arnau de Vilanova y Santa Maria de Lleida, en toda la Región Sanitaria de Lleida; los hospitales Dr. Josep Trueta y Santa Caterina de Girona, en la Región Sanitaria de Girona (en particular en los ámbitos territoriales del Gironès, Pla de l'Estany y Selva Interior); los hospitales Joan XXIII y Sant Pau i Santa Tecla, en las comarcas del Tarragonès y Baix Penedès; el Centro Hospitalario Althaia y el Hospital Sant Bernabé de Berga, en las comarcas del Bages y del Berguedà, o los 2 centros hospitalarios del Consorcio Sanitario del Garraf y los hospitales Arnau de Igualada, Vilafranca del Penedès, en las comarcas del Garraf, Anoia y el Alt Penedès, entre muchos otros. Entre estos acuerdos entre centros también se pueden contar algunos focalizados en determinadas especialidades, como es el caso de los hospitales Mútua de Terrassa, Parc Taulí de Sabadell y Hospital de Terrassa en oncología, cirugía vascular y cirugía torácica, de los hospitales del Mar y Sant Pau en cirugía maxilofacial y neurocirugía y de los hospitales de Bellvitge y Sant Joan Despí en cirugía vascular.

En todos los casos se trata de un trabajo que ha abarcado tanto especialidades básicas como de media complejidad (también en servicios clínicos de apoyo y de carácter no asistencial): se han aprobado planes funcionales y conformado unidades funcionales compartidas con carteras de servicios consensuadas, se han definido circuitos asistenciales compartidos y pactado circuitos de derivación de pacientes entre dispositivos, se han integrado sistemas de información y elaborado planes de formación conjuntos y, por medio de comisiones de seguimiento, se han marcado las directrices a seguir y evaluado los resultados alcanzados. Algunas de estas alianzas han derivado también en la instauración de direcciones funcionales unificadas (UDIVOR Vallès Oriental), la transferencia de profesionales entre centros y, en última instancia, la creación de servicios únicos mancomunados (hospitales de Mataró y Germans Trias i Pujol en cirugía plástica; hospitales Germans Trias i Pujol, Esperit Sant y Guttmann en urología, y hospitales de Granollers, Mollet, Sant Celoni, Vic y Clínic en oncología).

Tecnologías de la información y la comunicación

Para el desarrollo adecuado de la mayor parte de los cambios implicados en la transformación del modelo asistencial, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) tienen un papel fundamental no solo porque facilitan el acceso a la información clínica relevante de los pacientes, sino también porque permiten nuevas formas de interacción y coordinación entre los diferentes profesionales implicados en la atención (las interconsultas virtuales, tanto asíncronas como síncronas, ya sean puras o diferidas, las consultas virtuales compartidas, el envío de imágenes para su interpretación, etc.), así como de comunicación entre los usuarios y los profesionales (e-consultas, telemonitorización domiciliaria o nuevas formas de relación entre las personas y el sistema sanitario, como las que por ejemplo aporta la carpeta "Cats@lut La meva salut", etc.), englobadas en el término genérico de atención no presencial.

Un buen ejemplo de la utilidad de las TIC es el proyecto de receta electrónica del CatSalut, un sistema consolidado que permite integrar en un único plan de medicación por paciente todas las prescripciones realizadas por los diferentes profesionales de la salud, independientemente del nivel asistencial o entidad proveedora. Instrumento fundamental en la asistencia del paciente, la receta electrónica es clave para la mejora de la calidad asistencial, la seguridad clínica y la sostenibilidad del sistema de salud. Actualmente, el 96% de las recetas facturadas prescritas y dispensadas en Cataluña son electrónicas¹⁷.

Pero la utilidad de las TIC y otras innovaciones tecnológicas va más allá y permite intervenciones, tanto diagnósticas como terapéuticas, cada vez menos invasivas y más seguras en un abanico más amplio de situaciones clínicas, hecho que contribuye tanto a mejorar la calidad de la atención como la eficiencia global del sistema.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Plan de Salud de Cataluña 2011-2015. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012 [consultado 20-6-2015]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/content/home/el_departament/pla_de_salut/documents/arxius/pla_de_salud_catalunya_es.pdf
2. Programa de prevención y atención a la cronicidad. Procesos clínicos integrados. Marco genérico para el diseño de rutas asistenciales (RA). Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012.
3. Ordenació de l'atenció sanitària i la cartera de serveis. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [consultado 20-6-2015]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_atencio_sanitaria_cartera_serveis/
4. Memòria del CatSalut 2014. Barcelona: Servei Català de la Salut (CatSalut). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015 [consultado 20-6-2015]. Disponible en: http://catsalut.gencat.cat/web/content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/memories_activitat/memories_catsalut/2014/memoria_catsalut_2014.pdf
5. Avaluació i harmonització farmacoterapèutica. Barcelona: Servei Català de la Salut (CatSalut). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. [consultado 20-6-2015]. Disponible en: <http://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/farmacia-medicaments/avaluacio-harmonitzacio-farmacoterapeutica/>
6. Atenció mèdica i sanitària del sistema sanitari públic de Catalunya. Informe anual 2014. Barcelona: Generalitat de Catalunya; abril 2015. [consultado 20-6-2015]. Disponible en: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2015/04/09/18/02/c1cd9217-0d04-4c32-9878-4d0117f71704.pdf
7. Guarga A, Pla R, Benet J, Pozuelo A. Planificación de los servicios de alta especialización en Cataluña. Med Clin (Barc). 2008;131 Supl 4:55-9.
8. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Official Journal of the European Union, 4 April 2011, L88/45-65 [consultado 20-6-2015]. Disponible en: https://ec.europa.eu/jrc/sites/default/files/2_March%202011%20patients%20rights.pdf
9. Palm W, Glinos IA, Bernd R. Developing reference networks for Europe: moving patients or knowledge? Eurohealth. 2012;18:29-32.
10. Organisation of care for adults with a rare or complex cancer - Concrete proposals for 14 cancer types. HealthServices Research (HSR) Brussels (Belgium): Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014. KCE Reports 219 [consultado 20-6-2015]. Disponible en: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_219_rare_cancers.pdf

11. Post PN, Kuijpers M, Ebals T, Zijlstra F. The relation between volume and outcome of coronary interventions: a systematic review and meta-analysis. *Eur Heart J*. 2010;31:1985-92.
12. Halm EA, Lee C, Chassin MR. Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature. *Ann Intern Med*. 2002;137:511-20.
13. Lüchtenborg M, Riaz SP, Coupland VH, Lim E, Jakobsen E, Krasnik M, et al. High procedure volume is strongly associated with improved survival after lung cancer surgery. *J Clin Oncol*. 2013;31:3141-6.
14. El sistema de salut de Catalunya en procés de canvi. Balanç del Pla de salut 2011-2015 a meitat de període. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2013 [consultado 20-6-2015]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/content/home/el_departament/pla_de_salut/3a_jornada_pla_de_salut/documents/balanc_pladesalut_2013.pdf
15. Historia clínica compartida a Catalunya (HC3). Barcelona: Canal TicSalut. Canal Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [consultado 20-6-2015]. Disponible en: http://ticsalut.gencat.cat/ca/projectes_estrategics/historia_clinica_compartida_a_catalunya/
16. Decret 118/2014, de 5 d'agost, sobre la contractació i prestació de serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC), núm. 6681, de 7.8.2014 [consultado 20-6-2015]. Disponible en: <http://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/6681/1368383.pdf>
17. Recepta electrònica. Barcelona: Canal TicSalut. Canal Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [consultado 20-6-2015]. Disponible en: http://ticsalut.gencat.cat/ca/projectes_estrategics/recepta_electronica/