



RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN SALUD

Consejo Asesor de Salud

Diciembre de 2020



Coordinación:

Secretaria tècnica del Consell Assessor de Salut. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

Redactores:

Carme Planas-Campmany. Secretaria Tècnica, Consell Assessor de Salut (CAS), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Iria Caamiña-Cabo. Secretaria Tècnica, Consell Assessor de Salut (CAS), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Elena Calvo-Valencia. Secretaria Tècnica, Consell Assessor de Salut (CAS), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Algunos derechos reservados

© 2020, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



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

La llicència es pot consultar a la pàgina web de Creative Commons.

Primera edición:

Barcelona, desembre 2020.

Asesoramiento lingüístico:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

URL: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/5614>



El encargo al Consejo Asesor de Salud

El órgano permitirá repensar y reorientar cuál es el modelo que queremos en el futuro de acuerdo con las necesidades y los cambios sociales, demográficos y tecnológicos de los próximos 20 años.

El Consejo permitirá una reflexión serena, alejada del día a día de la Consejería, y, por lo tanto, es una herramienta que nos puede ayudar como país para tener el futuro sanitario bien pensado y planificado.

Alba Vergés

Consejera de Salud

La visión del Consejo Asesor de Salud

El Consejo se centrará en la elaboración de recomendaciones que orienten el modelo asistencial de atención sanitaria especializada contemplado siempre como parte esencial de un modelo centrado en la persona, que deberá ofrecer una respuesta integral e integrada a sus necesidades, con posibilidades ilimitadas pero recursos limitados.

Manel Balcells

Presidente del Consejo Asesor de Salud



Índice

1. Introducción	4
2. Situación de la atención especializada en salud	5
3. Justificación	19
4. Objetivo del documento	20
5. Metodología	20
6. El proceso deliberativo	21
7. Definición de atención especializada del Consejo	22
8. La visión del Consejo	23
9. Recomendaciones estratégicas	25
10. Bibliografía	44
11. Anexos	48
12. Expertos invitados a las sesiones del Consejo Asesor de Salud	53
13. Miembros del Consejo Asesor de Salud	54

1. Introducción

La presión para transformar los sistemas de salud y bienestar y consolidar modelos asistenciales más centrados en las personas y las comunidades y más equitativos y viables ya era evidente mucho antes de la pandemia de la COVID-19 (1,2). Esta transformación implica definir estrategias y reconfiguraciones, cada vez más necesarias, en un entorno marcado por la incertidumbre en que las necesidades, preferencias y expectativas de salud y bienestar de todos los actores implicados cambian. Al mismo tiempo, se modifica también el patrón de la demanda en los aspectos relacionados con la economía, las políticas y la cultura (3).

En este contexto, se buscan modelos asistenciales con una visión más holística y basados en la comunidad, que se extiendan más allá de las paredes de los hospitales e integren las contribuciones de las organizaciones de atención primaria y comunitaria, las de especializada y las sociales (4). Se precisan modelos asistenciales que garanticen una distribución más eficiente de los servicios y que las personas reciban la atención adecuada, en el lugar adecuado y en el momento adecuado (5).

El Consejo Asesor de Salud (Consejo) comparte esta necesidad de transformación del modelo y dedica el presente documento a realizar propuestas relacionadas con los elementos estratégicos a tener en cuenta en la atención especializada (AE).

Los países con ingresos altos y sistemas de salud desarrollados afrontan una demanda cada vez más elevada de atención sanitaria especializada, intensiva, predictiva, preventiva y personalizada (6,7) para dar una respuesta equitativa y de alta calidad a las personas con necesidades sanitarias complejas y con voluntad de tomar decisiones relativas a su salud.

El Consejo considera imprescindible encontrar el equilibrio entre la atención de proximidad y el especialismo de manera sostenible, partiendo de la premisa que la AE vehicula buena parte de la innovación para mantener una práctica clínica de vanguardia y que en Cataluña ello implica un reto financiero mayúsculo.

La Comisión de Servicios Especializados (CSE) del National Health Service England (8), en un informe publicado en el año 2016 que aporta una visión global sobre el futuro de la AE, identificaba retos de la AE que han inspirado los ámbitos de discusión del Consejo: la gobernanza, la financiación, el rol de los proveedores, la concentración de la experiencia y la tecnología con mayor capilaridad de los servicios, los sistemas de pago, los sistemas de información, la transparencia y la rendición de cuentas. Las reflexiones en torno a estos ámbitos



han contado con la participación de expertos invitados a compartir sus puntos de vista con el Consejo.

El Consejo, respondiendo a las funciones para las que fue creado, elabora el presente documento y aporta una definición propia de la AE, inspirada en las definiciones de nuestro entorno más próximo, y 12 recomendaciones estratégicas para avanzar en la orientación del modelo de AE en salud.

2. Situación de la atención especializada en salud

La atención especializada (AE) a menudo está condicionada por definiciones originadas en sus servicios (8–11).

Una de las definiciones más referenciadas es la del National Health Service England, que describe los servicios especializados como aquellos que proporcionan una atención vanguardista, catalizadora para la innovación, que se suele prestar en momentos en los que las personas tienen más necesidades (10,11). También se han realizado esfuerzos para diferenciar entre niveles, describiendo desde servicios superespecializados, dirigidos a grupos reducidos de personas, hasta servicios especializados relativamente comunes, todos ellos de elevado coste (8).

En Cataluña, la definición terminológica consensuada de la AE aporta una visión intersectorial. Se describe como la *atención social o sanitaria que se presta a personas con necesidades complejas en servicios especializados en este tipo de atención* (12).

2.1. Atenció sanitària especialitzada en el model assistencial d'atenció integral i integrada

Los modelos actuales y de futuro se orientan hacia una atención integrada en que la experiencia de la atención especializada (AE) debe formar parte de la red y extenderse por su totalidad con el fin de llegar a todos los territorios (13).

En este sentido, los dominios y atributos esenciales para el desarrollo de redes de atención integrada indican que el máximo nivel de integración es aquel en el que la prestación de los servicios especializados se lleva a cabo preferentemente fuera de los hospitales (13). Concretamente, los expertos de la King's Fund recomiendan concentrar la AE para abordar situaciones o problemas de salud para los que se disponga de una evidencia sólida, avanzando en la concentración de los servicios y al mismo tiempo desarrollando redes de AE de más amplia cobertura para garantizar la prestación de una atención de calidad de manera uniforme en todo el territorio (5,14).

En lo referente a la categorización de los servicios en un determinado nivel de especialización, hay autores que determinan que esta se tiene que basar en una evaluación global de ciertos criterios dinámicos (complejidad, incidencia, prevalencia y consumo de recursos) y consideran que un servicio es más especializado cuanto más complejo, raro e intensivo en recursos sea (14). También describen que la planificación de servicios hospitalarios especializados se basa en gran medida en el conocimiento y experiencia de los profesionales de la salud (14).

La evidencia internacional muestra un impacto controvertido en la asociación entre la concentración y la calidad de la atención sanitaria, el coste unitario (por persona) y la integración de la atención (15). Algunas evaluaciones económicas de la concentración o centralización de los servicios de AE describen que la información confusa y sesgada procedente de estudios sin métodos estandarizados puede confundir a los decisores (16). Es importante mejorar la metodología y las conclusiones de las evaluaciones económicas y otorgar mayor relevancia a aspectos relacionados con la concentración de la atención diferentes al coste como, por ejemplo, los resultados de salud.

Uno de los trabajos identificados que se aproxima más a un planteamiento de futuro global y transversal de la AE es el que lideró la Comisión de Servicios Especializados (CSE) en el año 2016 en el Reino Unido. Para elaborar el documento se hizo un llamamiento abierto a los actores del sistema, que contribuyeron a realizar una propuesta de futuro de la atención especializada del National Health Service (NHS) (8). La CSE se constituyó como un grupo de trabajo independiente puntual, creado para formular recomendaciones dirigidas al Gobierno, el NHS England y otras organizaciones sanitarias sobre la futura asignación presupuestaria de más de 15 millones de libras a los servicios especializados británicos. La CSE inició su trabajo definiendo unos principios centrados en la persona (tabla 1) sobre los que basó su informe y la formulación de sus recomendaciones (tabla 2).

Tabla 1. Principios de la atención centrada en las personas sobre los que deliberó la Comisión de Servicios Especializados (8).

Principios de la atención centrada en las personas sobre los que deliberó la Comisión de Servicios Especializados (8)
<ul style="list-style-type: none">• La atención especializada deberá ser equitativa y no dejar a nadie atrás.• Los pacientes tendrán garantizada la implicación de los especialistas en su cuidado.• Los sistemas y procesos se centrarán en maximizar los resultados del paciente.• Se proporcionará atención especializada lo más cerca posible del hogar de los pacientes.• Los pacientes participarán tanto en las decisiones sobre su cuidado como en el desarrollo de futuros servicios.• Los pacientes y la ciudadanía deberían poder responsabilizar al NHS de la calidad de la atención especializada.

Fuente: Informe de la Comisión de Servicios Especializados; presidente: Lord Warner. 2016 (8).

Tabla 2. Recomendaciones para la atención especializada. Comisión de Servicios Especializados, NHS England, 2016 (8).

Recomendaciones para la atención especializada. Comisión de Servicios Especializados, NHS England, 2016 (8)
<p>1. Los servicios especializados deberían definirse teniendo en cuenta las particularidades de la población para la que tenga sentido compartir el riesgo financiero y ser coherentes con los intereses de los pacientes; además, se deberá garantizar que los servicios obtienen la financiación adecuada para proporcionar la mejor atención (recomendación dirigida al Gobierno y al NHS England).</p> <p>2. La gestión de muchos de los servicios especializados debería delegarse a escalas regional y local, y mantenerse la gestión nacional principalmente para servicios especializados complejos y servicios altamente especializados (recomendación dirigida al Gobierno y al NHS England).</p> <p>3. Los estándares nacionales obligatorios se mantendrán y desarrollarán como base de un enfoque más innovador para la gestión y prestación de la atención especializada (recomendación dirigida al NHS England).</p> <p>4. La relación entre los comisionados y los proveedores debería cambiar hacia redes de proveedores que tengan la responsabilidad de prestar un servicio integral a los pacientes (recomendación dirigida al NHS England, al NHS Improvement y a los proveedores).</p> <p>5. Los contratos de atención especializada en red reflejarán el coste total de la atención a los pacientes e incentivarán así la prestación del servicio eficiente y próxima al domicilio del paciente con el apoyo de coordinadores de atención referentes que deberán utilizar planes de atención pactados con los pacientes (recomendación dirigida al NHS England y al NHS Improvement).</p> <p>6. Los modelos de pago deberían modificarse para reflejar y fomentar el desarrollo de redes de atención especializada y avanzar hacia una financiación anual orientada a resultados para condiciones específicas de larga duración vinculadas más estrechamente a los resultados (recomendación dirigida al NHS England y al NHS Improvement).</p> <p>7. Los datos exhaustivos de la rendición de cuentas sobre los costes y resultados clave formarán parte integral de estos cambios; por ejemplo, con el reconocimiento de la importancia de las bases de datos para el control y rendición de cuentas (recomendación dirigida al NHS England y al NHS Improvement).</p> <p>8. El NHS England se asegurará que los datos sobre los resultados y costes de los servicios a los pacientes se registren, se publiquen y se utilicen para garantizar la equidad de acceso al servicio y la calidad en todo el país cuando la responsabilidad de la gestión de los servicios se delegue a escala más local (recomendación dirigida al NHS England).</p> <p>9. En el futuro se garantizará que la rendición de cuentas anual ante el Parlamento y los ciudadanos incluya las actuaciones realizadas y futuras prioridades, vista la gran cantidad de dinero público gastado en servicios especializados (recomendación dirigida al Departamento de Salud del Reino Unido y al NHS England)).</p>

Fuente: Informe de la Comisión de Servicios Especializados; presidente: Lord Warner. 2016 (8).

En este contexto, con el fin de hacer realidad el compromiso de atender a las personas desde la proximidad, favorecer la gestión y la atención más próximas en función de los recursos disponibles, fomentar un modelo de atención de servicios especializados en red orientados a las personas e impulsados por los proveedores, con el apoyo de una gobernanza financiera y clínica robusta, la CSE recomendaba lo siguiente:

- Contar con ordenadores de cuidados que trabajen superando las fronteras organizativas.
- Disponer de unos estándares nacionales que se formalicen en contratos y la rendición de cuentas nacional de todos los servicios especializados mediante una mejor difusión de la información sobre los servicios especializados y mayor transparencia en la prestación.
- Disponer de una gestión nacional que se mantenga principalmente para servicios especializados complejos y servicios altamente especializados.
- Plantear nuevos enfoques del sistema de pago y equilibrar la financiación limitada con el rápido aumento de la demanda.
- Maximizar la eficiencia y mejorar la calidad asistencial y la experiencia del paciente.
- Incorporar nuevas tecnologías, situar a las personas en el centro neurálgico de la atención y minimizar el énfasis en la infraestructura (8).

2.2.Elementos clave de la reconfiguración de los servicios de atención especializada

Los trabajos realizados por la King's Fund entre los años 2011 y 2014 identificaban unos factores interrelacionados que se consideraban determinantes en la reconfiguración de los servicios de atención especializada: los profesionales, la calidad, el coste y el acceso (5,17). El reto radica en cómo llegar a una configuración que optimice estos elementos en función de los diferentes niveles de riesgo y complejidad clínicos (5). Se concluyó que el coste y los profesionales superaban con creces los otros factores como determinantes de la reconfiguración. Y también que, aunque raramente se mencionaba la tecnología como impulsora de la reconfiguración de los servicios, esta era un elemento significativo en las experiencias evaluadas y se añadía como quinto factor clave a tener en cuenta cuando se está considerando un cambio en un servicio clínico. Aun así, el peso de cada uno de los factores puede variar en función de la evolución del



sistema y también de la perspectiva de cada actor implicado. En el mismo trabajo, Imision *et al.* sintetizan la evidencia disponible:

- Cuestionando las suposiciones que indican que la reconfiguración supondrá un ahorro significativo.
- Mostrando que se pueden conseguir ganancias más significativas en calidad con estrategias de mejora que con reconfiguraciones.
- Sugiriendo que debe realizarse una planificación conjunta de los profesionales y los servicios que fomente el desarrollo de las plantillas para los nuevos modelos asistenciales.
- Señalando las oportunidades que proporciona la tecnología para mantener la atención de proximidad (5).

La evolución del modelo asistencial de atención especializada y la reconfiguración de sus servicios debe basarse en la evidencia. La toma de decisiones es compleja y ha de poder aportar un mayor beneficio tanto a las personas atendidas como a los contribuyentes. En este sentido, es necesario garantizar que la atención sea asequible y ofrezca una buena relación calidad-precio y que las decisiones al respecto sean justas y transparentes (11).

2.2.1. Las personas, en el centro de la atención especializada

En la reconfiguración de los servicios de atención especializada las personas están en el centro, dado que son su razón de ser. El equilibrio entre los motores de la reconfiguración (profesionales, acceso, calidad, coste y tecnología) se consigue de manera diferente en función de los niveles de riesgo y de complejidad clínicos de las personas (5).

En este sentido, las personas cada vez presentan más problemas de salud crónicos y la población está más envejecida, es más dependiente y tiene unas necesidades crecientes de acompañamiento y cuidados. Al mismo tiempo, personas y comunidades están expuestas a las enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes, y a los problemas de salud agudos con necesidad de atención inmediata, intensiva y personalizada. Todo ello conlleva multiplicidad de recursos (comunitarios, hospitalarios, sociosanitarios) a menudo muy especializados (18). Además, se ha descrito que el envejecimiento de la población, junto con los avances tecnológicos, posee un gran impacto sobre la AE y hace aumentar la demanda (11).

Al mismo tiempo, la población también es más diversa, con personas más informadas que ejercerán de propietarias de su información sanitaria y decidirán sobre la utilización de los servicios, con mayor capacidad de decisión, exigencia, autonomía y autorresponsabilidad (9,18–20). Las personas actuarán como socias en el cuidado de su salud (21).

A pesar de la diversidad, se han identificado prioridades comunes, en forma de principios y valores, para garantizar una atención centrada en las personas (tabla 3) (22). Además, se señala que la relación de las personas con la prestación de servicios tendrá lugar en un contexto con multitud de datos e interlocución con plataformas tecnológicas (18) en las que la interoperabilidad empoderará y permitirá que buena parte de las personas participe de una manera más activa (20) a pesar de la brecha digital. Una información que quizá las personas solo querrán compartir con organizaciones que aporten valor, en las que confíen (20) y que les ofrezcan resultados sobre la calidad y el precio de la atención que cada vez podrán interpretar mejor (23,24).

Tabla 3. Principios y valores de la atención sanitaria centrada en la persona de la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes (IAPO), 2016 (22)

Declaración sobre la atención sanitaria centrada en la persona de la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes (IAPO), 2016 (22)
1. Respeto a sus necesidades, preferencias y valores, así como a su autonomía e independencia.
2. Capacidad de elección y empoderamiento para participar, en función de su nivel de capacidad y preferencia, como socio en la toma de decisiones sanitarias que afectan su vida.
3. Participación de la persona en la política sanitaria para garantizar que se diseñe con la persona situada en el centro.
4. Acceso y apoyo, incluido el acceso a servicios, tratamientos, atención preventiva y actividades de promoción de la salud adecuados, seguros y de calidad.
5. Información para la toma de decisiones informadas sobre el tratamiento y la convivencia con su enfermedad.

Fuente: International Alliance of Patients' Organizations (IAPO), 2016 (22).

2.2.2. Los profesionales y las especialidades

El reto del desarrollo, ordenación y planificación de los profesionales de la salud en Europa se enmarca en un contexto global que prevé retos relacionados con los cambios demográficos y sociales (25). En este sentido, se prevé que el número de trabajadores del mercado laboral disminuya y que, por lo tanto, aumente la ratio de personas mayores por



trabajador activo. También se deberá observar el impacto de las dinámicas de género y los estilos de vida, preferencias y actitudes de las generaciones más jóvenes (25). En este contexto, el aumento de la demanda de atención, los problemas de las listas de espera, la presión económica, la perspectiva de escasez de personal y los continuos cambios tecnológicos desafían la organización y la gestión actuales de los servicios especializados y de sus profesionales y trabajadores.

Los profesionales del ámbito de la AE se nutrirán de los avances en el conocimiento, las novedades terapéuticas, las modalidades asistenciales y la manera de prestar los servicios (18). En el desarrollo de las capacidades de los trabajadores de la salud, la AE proporciona una valiosa preparación en que la misma especialización beneficia el aprendizaje y la investigación, y viceversa (8).

Existe consenso sobre el hecho que la especialización en todas las profesiones sanitarias es una tendencia inevitable. La especialización es clave para mejorar la competitividad y capacidad para innovar, extender la esperanza de vida y explorar la ciencia y el conocimiento. Al mismo tiempo, autores y expertos recomiendan recordar que se necesita la colaboración de perfiles más generalistas con otros más especialistas, organizados en torno a las necesidades de salud de las personas y para ellas (23).

En general, los profesionales trabajarán más en equipos intermultidisciplinarios, multidisciplinarios y transdisciplinarios en red, conectados mediante las tecnologías de la información y la comunicación, sin la necesidad de estructuras físicas estancas para atender a las personas. También se espera que los profesionales de la atención a la salud hagan el mejor uso posible de los datos y la tecnología, y adquieran conocimientos y capacidades para aprovechar las oportunidades que la información ofrece (26). Para ello se ha descrito el desarrollo de los roles profesionales y la reasignación de tareas como la gran estrategia para hacer frente a la escasez de personal prevista y a la creciente demanda de servicios sanitarios. No obstante, se sabe poco sobre la implementabilidad de la reasignación de tareas en la atención sanitaria especializada (7).

2.2.3. Las organizaciones y los servicios de AE: calidad, coste y acceso

Las organizaciones en general, incluidas las de atención especializada, están sometidas a un entorno de cambio constante y hacen lo posible por convertirse en organizaciones



flexibles que agrupen recursos y funcionen como bien público (27). Concretamente, según un informe de la Unión Catalana de Hospitales de 2018, las organizaciones de atención a la salud se enmarcan en un contexto de tensiones y corrientes provocadas por el sistema de financiación; la evolución de los sistemas de contratación, pago y evaluación; la politización del modelo de atención; la polarización de la sociedad; la creación de alianzas; la orientación a resultados; la reorientación de la cultura de empresa y de gestión de los equipos, y el desarrollo de los sistemas de información y las tecnologías(18).

Las organizaciones y servicios especializados no están disponibles en todos los puntos de atención local porque deben ser provistos de equipos multiprofesionales especializados que dispongan de las competencias y la experiencia necesarias (8). En entornos como el catalán, donde se identifican tendencias crecientes de creación de unidades multidisciplinarias especializadas que integran conocimientos y experiencia, se enfrentan a la difícil conciliación de esta concentración de servicios con la atención de proximidad (18).

La evidencia disponible sobre la reconfiguración de los servicios de AE identifica buenos argumentos de mejora de la calidad a favor de la concentración de los servicios especializados, pero también identifica en pro de proveerlos en forma de red (5). Hace años que se insiste en la necesidad en prestar servicios especializados en el lugar más adecuado para las personas, preferiblemente en entornos no hospitalarios, apostando por el desarrollo de una red extensa de servicios que llegue allí donde está la ciudadanía (28). Warner *et al.* determinan que un enfoque en red para la prestación de cuidados ofrece una solución potencial para dar respuesta a la dicotomía entre la calidad y la accesibilidad, en la que el principal reto sigue siendo la implementación de este trabajo en red (8).

Las nuevas tecnologías abren la posibilidad de facilitar localmente la mejor atención, de la manera más cómoda y accesible para la persona (8). Los hospitales del futuro se visonan operando como parte de un entorno de prestación de servicios descentralizados, con profesionales de la salud con competencia digital que ofrecerán una experiencia más integradora a la persona, innovando continuamente en la prestación de cuidados y mejorando los resultados s (19) con el apoyo de la tecnología (20).

La evidencia sugiere que la participación activa en redes clínicas ayuda a garantizar la atención de más calidad disponible a la vez que disminuye la presión sobre los profesionales (5). También señala que cuanto más volumen de atención haya, mejores serán los resultados (5).

En este contexto, con el fin de garantizar la equidad en la prestación de la atención especializada, por ejemplo, desde el NHS England se recomienda fomentar la

transformación de los servicios, establecer estándares nacionales de calidad y de acceso y garantizar la relación calidad-precio (10).

2.2.4. Los avances tecnológicos y la transformación digital

La tecnología ha sido considerada un motor indiscutible de cambio de los sistemas de salud (5,17,20). Se espera que sirva para disminuir las desigualdades y mejorar el acceso a los servicios para las personas vulnerables (26).

La transformación digital, basada en la tecnología emergente, será clave en la evolución de un modelo en que la atención esté organizada en torno a la persona en lugar de estarlo en torno a las instituciones (20). Además, se han identificado oportunidades en el avance en la adopción de las tecnologías y el desarrollo de soluciones innovadoras por cuidar de las personas en un contexto de emergencia sanitaria como la de la COVID-19.

La AE, por su misma naturaleza, se sitúa a la vanguardia de la ciencia y es pionera en el uso de la tecnología y soluciones innovadoras que se introducirán aplicando criterios de priorización y se gestionaran cuidadosamente. En función de su evaluación, pueden implementarse más tarde en el resto del sistema (8).

La evidencia muestra que la tecnología empodera a las personas, proveedores, gobiernos y otros agentes implicados, poniendo a disposición información y herramientas para la mejora de los resultados de salud (29). No obstante, se dan resultados contradictorios con respecto al impacto de las tecnologías en la ecuación coste-calidad de la atención (5).

La inteligencia artificial (IA) es cada vez más sofisticada, rápida y eficiente. Su potencial y el de la robótica en el ámbito de la salud son amplios y muestran beneficios para el mantenimiento de la salud, la detección precoz, el diagnóstico, la toma de decisiones, el tratamiento y la atención al final de la vida (30). Los datos de salud, combinados con otros datos y protocolos, facilitarán el dibujo del perfil de cada una de las personas y permitirán avanzar en microintervenciones dirigidas al mantenimiento de la salud de manera eficaz, proactiva y con una disminución importante del gasto sanitario, con intervenciones y tratamientos más precisos, menos complejos, menos invasivos y más baratos (20).

También se ha descrito que el sistema evolucionará con el desarrollo de profesiones, roles y nuevas figuras, en las que concretamente la atención especializada vivirá la sustitución de



especialidades diagnósticas por inteligencia artificial (18). Además, disponer de pruebas y herramientas sofisticadas podría facilitar que la mayor parte de los diagnósticos y los cuidados se lleven a cabo allí donde viven las personas y las comunidades (18,20).

No obstante, se han descrito problemas relacionados con la fragmentación, la falta de interoperabilidad y la seguridad de los sistemas tecnológicos en el ámbito de la salud, con la consiguiente atención subóptima y la frustración de los profesionales, que perciben que parte del gran gasto tecnológico se habría podido invertir en otros recursos asistenciales (31).

En un análisis del futuro sobre la visión digital del gobierno británico se describieron los cuatro principios que deberían guiar la transformación digital en la salud. Se basaron en el diseño de tecnología segura, ética y eficaz, en función de los valores e intereses de la sociedad y con sistemas que permitan la competencia entre proveedores que serían recompensados por su calidad: las necesidades del usuario; la privacidad y la seguridad; la interoperabilidad y el acceso abierto, y la inclusión. También se identificaron cuatro áreas prioritarias en las que se debía actuar: infraestructura, servicios digitales, innovación y capacidades, y cultura de trabajo (31).

2.3. La atención sanitaria especializada en Cataluña

En Cataluña en los últimos treinta años el modelo se ha ido perfilando para adaptarse a la realidad demográfica, epidemiológica y socioeconómica y se han desarrollado estrategias centradas en el modelo de financiación y el aprovechamiento de la diversificación de la prestación. También se han ido reorientando elementos del modelo con el fin de lograr una mirada más integral e inclusiva de la salud, incluidos sus determinantes sociales.

En este contexto, la atención especializada (AE) en salud se enfrenta a los retos derivados de la diversidad a los que ha de dar respuesta, de acuerdo con las necesidades, preferencias y expectativas de las personas. Ello, además, lo debe realizar en un marco de contención económica que obliga, cada vez más, a repensar el modelo con una mirada global para que mantenga su espíritu equitativo, de calidad y de eficiencia.

Adicionalmente, las crecientes necesidades en salud en AE, condicionadas en buena parte por el envejecimiento sostenido de la población, la incorporación continuada de avances tecnológicos y el impacto de la COVID-19, seguirán tensionando el sistema y ejerciendo presiones presupuestarias.

El actual modelo sanitario catalán tiene su origen en la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña (LOSC), aprobada en el año 1990 (32). En este contexto, Cataluña dispone de una red de servicios de atención especializada (AE) que se extiende por todos los niveles de atención del sector sanitario.

La AE hace referencia a la prestación de servicios centrados en dar respuesta a necesidades muy específicas y comprende los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y mayor coste del sistema. Este es uno de los principales motivos por los que el gasto se encuentra siempre por encima del 50%. Además, en Cataluña, la prestación de AE pública convive desde sus inicios con la AE privada, a la que un 25% de la población accede mediante mutuas.

La AE se presta por medio de la red sanitaria de utilización pública que está desplegada por todo el territorio catalán: hospitales, centros de atención especializada (de diálisis, de rehabilitación, oncológicos, de salud mental y de atención sociosanitaria) (9). Estos servicios forman parte de la cartera común básica, que son los servicios asistenciales cubiertos de forma completa por financiación pública (9).

Con respecto a la LOSC, normativa de aplicación para la AE de cobertura pública en Cataluña (32), la AE se presenta como parte de un modelo de atención integral e integrada, distribuida por el territorio de manera equitativa y presente en cada una de las regiones sanitarias. Más adelante, en el año 1993, se inició la reforma de la atención especializada (RAE) en Cataluña, centrada en la reordenación de la AE como uno de los objetivos fijados por el CatSalut con el fin de mejorar el acceso y la calidad de la atención en la población. Tenía su base en la integración orgánica y funcional de la AE en los hospitales de la red hospitalaria de utilización pública, una red que se consolidó formalmente en el año 2010 como parte de la gran red del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT) (33), con vocación de cobertura sanitaria universal (34).

Las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud español están reguladas por la cartera de servicios prevista en la Ley 16/2003 (35) y el Real decreto 1030/2006 (36), de acuerdo con los principios básicos establecidos en la Ley 14/1986, general de sanidad (37). La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud (36,38) determina que la cartera de servicios comunes de atención especializada incluye la asistencia especializada en consultas y hospitales de día (médicos y quirúrgicos), la hospitalización en régimen de internamiento; apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio; indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos; atención paliativa; atención

a la salud mental, y rehabilitación de personas con déficit funcional recuperable. En relación con la accesibilidad a la atención especializada, se determina que la atención se presta, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y hospitales de día.

En Cataluña, la atención especializada y hospitalaria se presta mediante recursos de internamiento y comunitarios mediante el SISCAT), que está desplegado por todo el territorio catalán: hospitales y centros de atención especializada (de diálisis, de rehabilitación, oncológicos, de salud mental y de atención sociosanitaria) (9). Los servicios incluyen los que ofrecen los hospitales de agudos (tabla 4), como atención especializada ambulatoria (consultas externas), internamiento, urgencias, hospital de día, tratamientos, intervenciones quirúrgicas con o sin ingreso y pruebas diagnósticas (9).

Cabe tener en cuenta que recientemente el Servicio Catalán de la Salud (SCS) ha presentado el Modelo organizativo de hospitalización a domicilio de Cataluña (39).

Tabla 4. Tipo de hospitales de utilización pública (9)

Tipos de hospitales de utilización pública. CatSalut, 2019	
1.	Hospitales generales básicos. Dan respuesta completa a los requerimientos habituales de la población. Estos hospitales tienen la tecnología asistencial necesaria para atender las patologías que no requieren un importante grado de especialización. Cuando el nivel de complejidad no puede ser atendido por el hospital de primer nivel, la persona es derivada a un hospital de referencia o de alta tecnología.
2.	Hospitales de referencia. Destinados a resolver prácticamente todos los problemas de salud susceptibles de curación y mejora, excepto aquellos que requieren recursos tecnológicos de alto nivel o una práctica altamente especializada.
3.	Hospitales de alta tecnología. Disponen de las denominadas <i>superespecialidades</i> y de nuevas tecnologías diagnóstico-terapéuticas. Atienden a los pacientes que no pueden tratarse en los hospitales de referencia.
4.	Hospitales ligeros. Centros de salud que acercan la atención especializada y urgente a la población, facilitando una resolución más rápida de los procesos y potenciando la integración con la atención primaria de salud. Los hospitales ligeros, sin internamiento, pueden ofrecer consultas de atención especializada, hospital de día, cirugía ambulatoria, urgencias, diagnóstico por la imagen y pruebas complementarias..

Fuente: Tipos de hospitales de utilización pública, CatSalut 2020. Disponible en:

<https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/atencio-especialitzada-hospitalaria-aguts/>

2.4. Los profesionales de la atención especializada

Según el análisis de situación realizado en el año 2018 por el Departamento de Salud (40), los profesionales de la salud colegiados en Cataluña, mayoritariamente de enfermería y medicina, se distribuyen de manera que casi el 60% de los profesionales sanitarios se concentra en la atención hospitalaria de agudos, el 3,6%, en la atención a la salud mental y el 6,2%, en la atención sociosanitaria (el 27% restante, en la atención primaria de salud).

En cuanto a las especialidades médicas, más de la mitad de los especialistas se concentra en ocho especialidades: medicina familiar y comunitaria (21%), medicina interna (5%), anestesiología y reanimación (4%), cirugía ortopédica y traumatología (4%), obstetricia y ginecología (4%), psiquiatría (4%), cirugía general y del aparato digestivo (3%) y pediatría y áreas específicas (3%). Con relación a las especialidades enfermeras, en torno al 90% del colectivo no tiene reconocida una especialidad. La demora en el despliegue e implementación de las especialidades enfermeras posee un impacto negativo en su captación y retención, así como en el desarrollo de los nuevos roles que podrían asumir.

Los principales mensajes del Departamento de Salud según el diagnóstico de las necesidades de los profesionales de la salud fueron los siguientes (40):

1. El Registro de profesiones sanitarias de Cataluña (RPSC) debe ser la principal fuente de información.
2. No podemos decir que el relevo generacional en las profesiones sanitarias esté garantizado.
3. Debe revisarse la suficiencia y adecuación de la dotación de profesionales a las diferentes líneas asistenciales para garantizar el modelo de atención a la salud de las personas por todo el territorio.
4. El actual número de enfermeros y enfermeras no es suficiente para dar respuesta a las necesidades de los nuevos modelos de atención.
5. Aumentar la centralidad de la atención primaria en nuestro sistema público de salud requiere incrementar el número de especialistas en el ámbito de la atención primaria, pero también emprender otras medidas complementarias.

Posteriormente, en las conclusiones del Foro de Diálogo Profesional, centrado en la perspectiva asistencial y enmarcado en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) (41), se identificaron los retos de presente y de futuro (42), tales como:

- Retener el talento de profesionales y la dedicación a la investigación y la innovación.



- Definir los puestos de trabajo relacionados con las especialidades enfermeras.
- Establecer unidades docentes transversales más allá del entorno hospitalario.
- Incorporar la visión de los profesionales expertos en el ámbito de la bioética.
- Incorporar una prueba de aptitud en la selección de los estudiantes de grado de profesiones sanitarias.
- Desarrollar y empoderar a la profesión enfermera.
- Realizar políticas profesionales centradas en la planificación y ordenación en función de las necesidades reales de salud de las personas.
- Avanzar en los requerimientos de acreditación de los docentes.



3. Justificació

En general, cuando se exploran el presente y el futuro de los sistemas de salud y bienestar, los modelos se centran en la persona y las comunidades, dando protagonismo a la atención de proximidad enmarcada en un sistema de atención integral e integrada. Con ello se pretende construir y preservar sistemas de salud y bienestar más resilientes, que alcancen una cobertura universal y se centren en las necesidades, preferencias y expectativas de las personas y comunidades en lugar de organizarse en torno a los servicios.

Desde el punto de vista teórico, el consenso de que los protagonistas de las reformas deben ser las personas y los profesionales y no los servicios, los hospitales o la tecnología es indiscutible. Además, se debe considerar que la atención sanitaria avanzada es especialmente exigente en términos de experiencia, en cuanto a profesionales bien formados y experimentados, y en términos de recursos, especialmente con respecto a la disponibilidad de tecnología avanzada e innovación.

En este contexto, la orientación del modelo asistencial de atención especializada (AE) para el futuro, desde una perspectiva estratégica y transversal, es de una complejidad considerable.

En la literatura se describe la necesidad de que los nuevos modelos asistenciales de AE vayan más allá del edificio del hospital; integren la contribución de la atención primaria, la atención especializada no hospitalaria y la atención social; superen la definición tradicional, y vayan hacia organizaciones flexibles y ágiles que aglutinen conocimientos y experiencia agrupando los recursos imprescindibles. En este sentido, se identifican experiencias que ordenan la AE de manera parcelada y basándose en la evidencia para después concentrar servicios y desarrollar extensas redes de prestación de servicios y atención. En la literatura también se identifican cinco elementos clave como motores de las transformaciones de la AE: el acceso al sistema, los profesionales, la calidad, la tecnología y los costes que conlleva todo ello. A pesar de la disponibilidad de evidencia, en el mundo falta una visión de futuro global y transversal consensuada en el ámbito de la AE.

En Cataluña tampoco se identifican claras propuestas globales para la transformación transversal de la AE a pesar del esfuerzo que han realizado algunas organizaciones para analizar las necesidades y tendencias del sistema a tener en cuenta para el ámbito de la AE. Para seguir avanzando, el trabajo de reflexión y posicionamiento del Consejo Asesor de Salud (Consejo) sobre la orientación de futuro de la AE en salud se ha enfocado considerando la AE como parte del modelo de atención integral e integrada y teniendo en cuenta el alcance y complejidad de este ámbito de competencias del Departamento de Salud de Cataluña. Concretamente, el Consejo considera que la AE necesita estrategias que permitan evolucionar en:

- La regulación, con un marco normativo adecuado.

- Los profesionales, facilitando su desarrollo y reconocimiento.
- La financiación, que hace falta que sea suficiente y ajustada a la planificación en salud.
- Los sistemas de pago, que tienen que ser equitativos y actuar como una herramienta de contraprestación de la respuesta de los proveedores a los objetivos de salud.
- La provisión de los servicios accesibles, de calidad, seguros y eficientes.
- La tecnología e innovación, que tienen que ser evaluadas e incorporadas de manera sistémica siguiendo la planificación de país de la autoridad competente.

La elaboración del presente documento se tuvo que interrumpir por la pandemia. El Consejo centró sus esfuerzos en la reflexión sobre la crisis generada e hizo propuestas en forma de recomendaciones estratégicas sobre el sistema de salud después de la crisis de la COVID-19 (1). Centrado de nuevo en el modelo de AE y con las lecciones aprendidas de la primera ola de la pandemia, el Consejo mantiene su posicionamiento y encuentra todavía más justificada y urgente la transformación de la AE.

4. Objetivo del documento

Formular recomendaciones estratégicas que orienten el modelo de atención especializada dentro de un modelo de atención integral e integrada de salud que cuide a las personas, proporcione un entorno adecuado a los profesionales, priorice la atención de proximidad y sea equitativo, de calidad y sostenible.

5. Metodología

Reuniones de trabajo y deliberación entre los miembros del Consejo Asesor de Salud, de carácter presencial y virtual, con el uso de herramientas de trabajo colaborativo, la revisión de informes y la bibliografía relevante y contribución de invitados expertos, que han compartido su visión aplicada al ámbito de la atención especializada.

6. El proceso deliberativo

El Consejo Asesor de Salud (Consejo), en esta legislatura, se ha centrado en el análisis y elaboración de recomendaciones estratégicas sobre el conjunto del sistema catalán de salud, abordando de manera específica cada uno de los grandes ámbitos en los que se organiza, y lo ha hecho con una visión global e integradora.

En 2019 el debate se enfocó en la orientación de la atención primaria y comunitaria de la salud (APyC) (43) y la atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias (44), y dio como resultado dos documentos que acentúan la importancia de pasar a la acción desde una perspectiva global de sistema de salud. En 2020 el Consejo se centró, en primer lugar, en la elaboración y ampliación de recomendaciones estratégicas centradas en el sistema de salud después de la crisis de la COVID-19 (1) y, a continuación, en este trabajo para la orientación y el posicionamiento sobre el modelo de atención especializada (AE) en salud.

En este último trabajo, la deliberación se basó en la revisión del estado de la AE, la definición de la atención especializada en salud y la identificación de grandes ámbitos relevantes y aspectos prioritarios: las personas, los profesionales, la normativa, la prestación de los servicios, la financiación y el sistema de pago, el conocimiento y los avances tecnológicos y la innovación.

Debe subrayarse que el alcance y complejidad del modelo de atención especializada y la insuficiente disponibilidad de trabajos centrados en una visión transversal y global del modelo de AE para dar respuesta a las necesidades de salud de las personas hacen que el encargo de la Honorable Consejera fuera un reto considerable. Es por este motivo que se contó con nueve expertos externos que generosamente compartieron su visión sobre la atención especializada.

El Consejo se posicionó considerando que no se puede reformar, reordenar ni transformar el sistema de atención a la salud y bienestar de las personas sin transformar la AE, la atención primaria y comunitaria y la atención social, como mínimo.

Los protagonistas de la reforma, enmarcada en un modelo de atención centrada en la persona, son las personas, sus cuidadores y los familiares. Es precisa su implicación, reconocer su experiencia y conocer su opinión sobre cómo lo realizarían ellos.

Los profesionales, también protagonistas, deberán dotarse de capacidad resolutive y sus roles se adaptarán a la realidad cambiante, poniendo énfasis en el conocimiento, formación e investigación.

Los nuevos modelos irán más allá del edificio del hospital, integrarán la contribución de la atención primaria, atención especializada y atención social, superarán la definición tradicional y evolucionarán

hacia organizaciones flexibles que agrupen y acumulen los recursos suficientes para proporcionar la AE.

Se precisan respuestas estratégicas sobre la regulación, prestación de los servicios, financiación, asignación de recursos, profesionales e incorporación de los avances tecnológicos e innovación, entre otros. Se describió que la clave radica en cómo llegar a una configuración que optimice factores clave interrelacionados, como la contribución de los profesionales, la calidad y el acceso a la atención, el coste y la incorporación de la tecnología, teniendo en cuenta los diferentes niveles de riesgo y complejidad clínicos.

A partir de todo lo que se fue tratando a lo largo de las reuniones, desde el Consejo se convino que el trabajo se debía centrar en la elaboración de una serie de recomendaciones que orienten al modelo asistencial de atención sanitaria especializada, contemplado siempre como parte esencial de un modelo centrado en la persona que deberá dar una respuesta integral e integrada a sus necesidades con posibilidades ilimitadas pero recursos limitados.

7. Definición de atención especializada del Consejo

Definición de atención especializada en salud del Consejo Asesor de Salud, 2020

La atención especializada ha de ser el conjunto de recursos materiales y humanos del sistema de salud caracterizados por un cuerpo de conocimientos especializados en constante desarrollo, organizados en red de trabajo colaborativo y con capacidad de adaptación, flexibilidad organizativa y agilidad para atender las cuestiones y los problemas de salud más complejos* lo más cerca del hábitat de la persona siempre que sea posible.

*La complejidad puede estar determinada por la gravedad y el sufrimiento de las personas, las dificultades organizativas o las necesidades tecnológicas y las exigencias del conocimiento científico específico.

8. La visión del Consejo

El Consejo ha valorado varias cuestiones para concretar su visión, de las que destacan conceptos clave como flexibilidad, concentración, proximidad y red de redes.

El Consejo considera que el sistema de atención a la salud es ciertamente plástico y se ha reformado y reordenado repetidamente, tensionándolo y sobrepasando a menudo el límite de su elasticidad. Ello se ha traducido en algunas alteraciones casi irreversibles.

En este contexto, durante la primera ola de la pandemia, la atención especializada (AE) hospitalaria, que es el ámbito con mayor gasto, laboratorio de pruebas de alta tecnología y motor de la innovación, ha demostrado una inimaginable capacidad de transformación y adaptación, liderada en buena parte por los profesionales.

No obstante, la tensión ejercida sobre todo en forma de restricción financiera y la escasez de algunos perfiles profesionales hacen necesario identificar, probar, implementar y evaluar fórmulas que permitan aprovechar la elasticidad y mantenerla. Además, debe tenerse en cuenta que la poderosa AE y su centro de operaciones más potente, el hospital de elevada especialización, absorben unos recursos que son limitados.

El reto de la AE es dar una respuesta a las personas con necesidades complejas de salud que sea especializada, predictiva, preventiva, personalizada (6) y participada (21,45), que al mismo tiempo sea equitativa, de calidad, segura y eficiente para dar respuesta a las personas con necesidades complejas de salud. Para lograrlo, se ha configurado y reconfigurado especialmente la oferta de profesionales, servicios y tecnología y se ha orientado a resultados, con el cuádruple objetivo de mejorar la salud de la población, la experiencia asistencial de las personas atendidas, la eficiencia del sistema y el entorno laboral de los profesionales (46).

En una era de desarrollo continuo de conocimiento, de múltiples opciones de tratamiento y de limitación de recursos, el Consejo pone el foco en la recuperación de los valores humanistas en la AE. También destaca la necesidad de incorporar definitivamente en la práctica habitual el abordaje de las voluntades anticipadas y evitar el sobrediagnóstico y el sobretratamiento en todos los momentos de la vida.

Uno de los debates permanentes en la atención especializada (AE) es el que hace referencia a la búsqueda del equilibrio entre los elementos centralizados, más o menos jerarquizados, y los matriciales.

En este contexto, el Consejo apuesta por una AE que compatibilice la concentración y la proximidad mediante el desarrollo de redes interconectadas y la corresponsabilización de todos los agentes del

sistema. Para ello, se debe contar con la ayuda de herramientas como la digitalización y la movilidad, teniendo en cuenta la nueva dimensión que están adquiriendo los traslados sanitarios tanto de personas como de equipamientos. La proximidad y la centralización no son contradictorias, sino complementarias; la combinación de ambas debe garantizar la equidad de acceso y de resultados y promover el trabajo en una red interconectada.

Las redes se deben articular de manera corresponsable entre proveedores y de acuerdo con los principios de capilaridad y subsidiariedad, acercando la AE en torno a la persona o acercando a la persona a los servicios de AE, en función de la complejidad e intensidad de la atención. Se precisa flexibilidad organizativa con el fin de proporcionar, en función de la complejidad, incidencia y consumo de recursos, la atención más idónea allí donde sea más adecuada, evaluando si da respuesta a las necesidades, preferencias y expectativas de las personas. El trabajo en redes interconectadas permite complementar y evitar duplicidades asistenciales y administrativas, y mejora la distribución de los recursos.

El papel de los profesionales es primordial en el continuo entre la concentración y la proximidad de la AE. Se deben garantizar equipos de atención especializada referentes para la APyC y su población asignada cuando las personas necesiten intervenciones más complejas o intensivas. Ello obliga al trabajo conjunto y coordinado de la AE con los equipos de APyC y facilita el conocimiento compartido de la historia de vida de las personas, lo que mejora la atención y experiencia de las personas y la satisfacción de los profesionales.

El Consejo visualiza un modelo de atención especializada (AE) que recupere los valores del humanismo, se centre en las personas y sea elástico, flexible y adaptable. Este modelo requiere una organización en redes interconectadas y debe buscar el equilibrio entre la concentración de los servicios y la proximidad de la atención, condicionadas ambas por la limitación lógica de los recursos.

9. Recomendaciones estratégicas

El Consejo Asesor de Salud (Consejo) ha centrado la discusión en los protagonistas, que son las personas, comunidades y ciudadanía, y se ha basado en cinco elementos clave identificados en la literatura como motores de la transformación de la atención especializada: calidad, profesionales, acceso al sistema, tecnología y costes que conlleva todo ello.

Se ha profundizado en algunos aspectos relevantes más concretos, como son los valores en general y la empatía y escucha activa en particular. También en el papel clave de los profesionales, la dificultad para la atracción y fidelización de algunos perfiles concretos, el liderazgo, las redes y las redes de redes, los entornos colaborativos, la toma de decisiones, la atención menos presencial, la intensificación de la atención a domicilio y la incorporación de la inteligencia artificial a la toma de decisiones, entre otros.

En el presente documento, las recomendaciones estratégicas del Consejo para la orientación del modelo asistencial de la atención especializada se han desarrollado y ordenado en función de estos grandes ámbitos, puntos clave y aspectos relevantes tratados durante el proceso de reflexión (tabla 5).

Tabla 5. Definición de los temas en los que se centran las recomendaciones. Consejo Asesor de Salud, 2020.

Grandes ámbitos identificados	Elementos clave, motores de la transformación	Recomendaciones estratégicas AE
<ul style="list-style-type: none"> • Las personas y su entorno • Profesionales • Regulación • Provisión de los servicios • Financiación y sistema de pago • Conocimiento • Avances tecnológicos / innovación 	<p>Teniendo en cuenta los diferentes niveles de riesgo y complejidad clínicos, se debe establecer una configuración para optimizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profesionales • Accesibilidad • Calidad • Coste • Tecnología 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personas 2. Valores profesionales 3. Práctica profesional 4. Conocimiento, docencia e investigación 5. Gobernanza 6. Regulación 7. Equidad y accesibilidad 8. Calidad y seguridad 9. Organizaciones y provisión 10. Financiación y sistema de pago 11. Innovación y tecnología 12. Transparencia y rendición de cuentas

Fuente: Elaboración propia.

El modelo de AE del que partimos tiene un importante margen de mejora con respecto a la visión holística y humanística de la atención. Debe avanzarse reduciendo las desigualdades territoriales, aprovechando mejor las estructuras existentes y potenciando la aplicación de las prácticas de mayor valor.

Cualquier propuesta de avance del modelo de salud debe contar con estrategias que interpelen y faciliten la implicación y compromiso de las personas en su propio cuidado y también los de los profesionales, docentes, investigadores, gestores, planificadores y decisores para que la implementación de medidas sea exitosa.

Con el fin de contextualizar las recomendaciones del ámbito de la AE, se deben tener presentes los documentos previos del Consejo en que se establecen elementos para configurar las bases del futuro modelo asistencial (1,43,44). En ellos se ha identificado una serie de valores y principios que deben impregnar el modelo de atención a la salud y el bienestar de las personas (anexo 1) y se ha propuesto un conjunto de recomendaciones estratégicas en las que se puede fundamentar el sistema de atención a la salud y el bienestar de las personas (annex 2).

El Consejo, en sus reflexiones, se ha referido desde el inicio de la legislatura a un modelo asistencial de atención integral e integrada, que pone a las personas en el centro de las actuaciones y facilita que dispongan de profesionales de referencia que se organicen entre ellos, para evitar que las personas atendidas tengan que hacer un peregrinaje por el sistema. Este modelo obliga a los proveedores y, por lo tanto, también a los profesionales a actuar en permanente interrelación con un trabajo conjunto entre los diferentes niveles asistenciales, sumando las diversas capacidades resolutorias de los equipos.

En este paradigma queda claro que cada recomendación propuesta, tanto en los anteriores documentos ya publicados como en este documento, afectan a todos los ámbitos de atención en que se organiza el sistema y, por lo tanto, al conjunto del sistema. En el documento de la AE se proponen recomendaciones dirigidas directamente a la especialización. El documento cierra la tetralogía elaborada por el Consejo con una visión global del sistema (véanse Documentos del Consejo).

Visto el conjunto de recomendaciones realizadas por el Consejo en los diferentes documentos, se podría concluir que el modelo catalán de la salud del futuro debe mantener la cobertura universal y ha de estar bien gobernado, con un liderazgo fuerte y una clara separación de funciones. El modelo debe garantizar la equidad en la accesibilidad, la calidad, la seguridad, la eficiencia, la transparencia, la rendición de cuentas y la participación democrática ciudadana, y para ello ha de disponer de estructuras territoriales para la gobernanza.

La atención especializada debe realizar el esfuerzo de poner definitivamente en el centro a las personas, dado que, por las características de este tipo de atención y la manera en que actualmente se atiende, es fácil perder de vista que la atención de un problema de salud muy concreto también requiere una mirada holística y empática hacia la persona y, también, que la persona atendida participe conociendo las diversas alternativas que se pueden dar como solución a sus problemas y tome parte en las decisiones.



Es imprescindible establecer un trabajo cooperativo o como mínimo una atención bien coordinada por parte de los profesionales. En esta línea, los proveedores deben disponer de instrumentos que faciliten e impulsen la organización del trabajo transdisciplinario de los equipos territoriales, que se han de coordinar con los equipos supraterritoriales y retroalimentar la atención primaria como eje central.

Este modelo necesita el establecimiento de una financiación de base capítativa que garantice la equidad en la distribución de los recursos e integre la atención a la salud de las personas en la vertiente sanitaria y en la vertiente social. Se debe extender dicha financiación capítativa, ya establecida en la atención primaria y comunitaria, a la atención especializada y a la atención sociosanitaria. Se deben desarrollar soluciones innovadoras para garantizar la longitudinalidad y ofrecer una atención de proximidad siempre que sea posible.

Se requiere a la vez el establecimiento de una nueva normativa que facilite la elasticidad, agilidad y flexibilidad al conjunto del sistema y a cada una de las partes que lo forman, dando seguridad jurídica a sus actores, puesto que la actual legislación muestra graves carencias en este sentido.

9.1. Les recomendaciones estratégiques de la atención especializada

A continuación, se definen recomendaciones más concretas para el ámbito de la AE que complementan las de la atención primaria y comunitaria (APyC), las de la atención a las personas con necesidades sociales y de salud, y las generales sobre la situación después de la COVID-19 elaboradas por el Consejo.

9.1.1. Recomendación AE 1. Las personas

Garantizar la participación de las personas en la toma de decisiones que afectan a su salud desde el respeto, la empatía y la escucha activa de sus necesidades, preferencias y expectativas. Y hacerlo proporcionándoles información clínica de su situación que sea entendedora, especialmente con respecto a las posibilidades de atención de alta especialización.

Las personas y su entorno son los protagonistas de los sistemas de atención a la salud; por lo tanto, también lo son de la atención especializada en salud. Poseen unos conocimientos, puntos de vista y experiencias únicos que contribuyen a proporcionar una perspectiva esencial en la toma de decisiones sobre su proceso de salud y también sobre el sistema de salud.

El presente y el futuro se plantean con personas distintas, algunas de más formadas, exigentes y autónomas y otras con mayor necesidad de cuidados, apoyo, información y acompañamiento, que requieren diferentes intensidades de atención especializada y diferentes niveles de capacitación personal. A pesar de la diversidad, todas ellas perciben la salud y la enfermedad desde sus valores y su experiencia, y han expresado deficiencias en el trato desde el punto de vista del humanismo y la confortabilidad esperada en la atención, especialmente en entornos superespecializados y tecnificados.

Por una parte, se debe realizar un esfuerzo para estimular la empatía y escucha activa en los entornos digitalizados que se están potenciando, teniendo en cuenta los diversos perfiles de personas atendidas y facilitando la participación, corresponsabilización y autocuidado. Y debe realizarse de modo que quede integrado y sistematizado en la práctica profesional, dando voz a las personas desde una mejor comprensión de su proceso y con mayor control sobre su cuidado, desde el respeto a su autonomía y en cumplimiento de la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica. Se debe intensificar el esfuerzo al que hacemos referencia cuando se trata de personas con pluripatologías o enfermedades crónicas que pivotan sobre la atención primaria y comunitaria (APyC), pero con la imprescindible coordinación de la atención especializada. En la historia clínica compartida de Cataluña (HCCC) es necesario promover el uso del plan de decisiones anticipadas (PDA), dado que ello ya ofrece mucha información al profesional, ha sido elaborado por la persona con el equipo de APyC y es especialmente útil en caso de agudización porque aporta criterios de atención en situaciones críticas. Por otra parte, también es precisa la incorporación permanente de las personas al diseño y prestación de todo tipo de servicios.

Para facilitar su implicación, es imprescindible que los profesionales dispongan de herramientas para proporcionar información clínica y sobre el adecuado uso de recursos, circuitos y dispositivos, teniendo en cuenta el uso responsable de los recursos públicos. También es recomendable facilitar información relativa al coste, especialmente en algunos tratamientos e intervenciones en los que este puede ser un elemento relevante a contemplar por part de la persona atendida y su entorno. Esta información tiene que ser entendedora, especialmente con respecto a las posibilidades de atención especializada, y aportar elementos para poder decidir de manera autónoma, valorando riesgos y beneficios en el

contexto del sistema. Por ello se ha de garantizar que haya un equipo de atención especializada referente que los acompañe durante todo el proceso y proporcione la información adecuada, realice la educación pertinente, resuelva las dudas y abogue por sus intereses y preferencias de manera coordinada con el resto de profesionales, niveles y sectores implicados en la atención integral e integrada de su salud y su bienestar.

Las personas han de poder ejercer el derecho de tomar decisiones informadas relativas a su salud en un contexto de opciones casi ilimitadas, pero de recursos limitados.

9.1.2. Recomendación AE 2. Los valores profesionales

Establecer un modelo asistencial de atención especializada fundamentado en el conocimiento técnico experto y actualizado y, también, en la ética y el humanismo. El modelo ha de promover la autonomía profesional, orientada a la práctica clínica de valor, y fomentar el reconocimiento profesional y social, y la satisfacción de los profesionales.

Los profesionales, el elemento más valioso de la atención especializada (AE), son personas expertas en su campo de conocimientos. Les es exigible la constante actualización y el dominio de la técnica que les permite afinar un diagnóstico o recomendar y aplicar un tratamiento complejo. Estos son valores esenciales de compromiso con el conocimiento que son inherentes a la AE de alta calidad legitimada por la población atendida

No obstante, en línea con lo que se ha señalado en otras recomendaciones, en ocasiones las personas atendidas han percibido carencias en el trato y confortabilidad debido a la sensación de distancia y la falta de información, y una buena comunicación en la atención recibida. Si tienen lugar estas circunstancias, se incrementa la asimetría entre el profesional y la persona atendida, vulnerable por su situación de salud. Esta es una realidad que algunas personas perciben especialmente en entornos superespecializados y tecnificados.

En este sentido, toma relevancia la necesidad de potenciar un modelo que valore no solo la experiencia y el conocimiento riguroso y actualizado, sino también i de manera inseparable, la empatía y la escucha activa y se centre en la ciudadanía (enferma y sana), a la que se deben los profesionales del sistema de salud y que hay que atender. Además, el modelo debe



promover la autonomia profesional, orientada a la pràctica clínica de valor, y fomentar el reconocimiento profesional y social y la satisfacción de los profesionales.

Por otra parte, la falta de especialistas, el recambio generacional, los nuevos roles, el trabajo en equipo y el liderazgo clínico, junto con las dificultades para la coordinación y la necesidad de promover la accesibilidad, hacen exigible que los profesionales incorporen valores esenciales como la adaptabilidad, la flexibilidad i la movilidad. Asimismo, hay que medir y compensar este esfuerzo cuando sea necesario.

Se debe intentar ofrecer la solución lo más cercana posible al lugar donde se produce la necesidad. Es por ello que los profesionales, rompiendo con esquemas más tradicionales de derechos adquiridos e inmovilismo, han de tener siempre presente la posibilidad de desplazarse allí donde se constate que el desplazamiento tiene un coste-efectividad asumible y añade valor. Ello, que debe formar parte de su proyecto profesional, debe ayudar a retener el talento.

9.1.3. Recomendación AE 3. La práctica profesional

Implementar políticas basadas en criterios que reconozcan la competencia, compromiso y resultados de los profesionales de la atención especializada. Se debe ajustar las retribuciones e incentivos de acuerdo con la productividad y resultados obtenidos, teniendo en cuenta el entorno y condiciones en que trabajan a los profesionales.

La planificación, la ordenación y las condiciones del entorno de la práctica de los profesionales junto con las condiciones laborales y de contratación en la AE son clave, se deben basar en la evidencia y procurar el bienestar de los profesionales. Los profesionales son los que aportan el conocimiento y experiencia imprescindibles para la mejora de los resultados en salud de las personas y comunidades.

A menudo el desarrollo personal y profesional es excelente, pero este no siempre se traduce en un buen desarrollo de la carrera profesional para un importante número de profesionales de la salud. Por ejemplo, cada vez se hace más explícito el consenso sobre la conveniencia de realizar un cambio y otorgar autoridad y nuevas responsabilidades gestoras a las enfermeras y enfermeros. Y ello se hace aprovechando el interés manifestado para

desarrollar estos roles, dados su conocimiento, su visión transversal del sistema y, sobre todo, su visión holística, rasgo históricamente característico de este colectivo.

Davant del debat sobre si cal destinar els recursos a l'increment de plantilla o a un augment dels salaris, és clau abordar les qüestions relatives al règim laboral, incorporar l'exigència de la productivitat i determinar-ne les conseqüències, tant del compliment com de l'incompliment en termes de resultats esperats. Para ello es preciso establecer criterios y tomar decisiones para avanzar en los temas relativos a los roles, la dotación de personal, la productividad y las retribuciones, tanto en salarios como en incentivos, encontrando el equilibrio, entre reforzar las dotaciones de personal y ajustar los salarios e incentivos. Asimismo, es necesario reducir la elevada temporalidad y abordar el régimen de las incompatibilidades y compensaciones del personal del sistema público de salud.

Se debería replantear la normativa aplicada a los organismos públicos a fin de que facilite el diseño e implementación de una política de recursos humanos transformadora y de acuerdo con las estrategias de desarrollo de la AE. Estas han de incentivar la formación continua, la capacitación en digitalización, la evaluación, la investigación y la innovación, junto con el desarrollo de medidas específicas para medir su implementación. También es preciso que las intervenciones de los profesionales se basen en la mejor evidencia científica disponible, con criterios explícitos de calidad que incorporen también los aspectos éticos, entre ellos una buena información y comunicación con la persona atendida.

9.1.4. Recomendación AE 4. El conocimiento, la docencia y la investigación

Promover e implementar entornos colaborativos orientados a resultados, basados en redes de conocimiento interconectadas. Es preciso impulsar el desarrollo personal y profesional y fomentar oportunidades de aprendizaje que garanticen una atención especializada de calidad en todo el territorio.

En la misma definición de AE, determinada por el Consejo en el presente documento, se destaca la idea de que esta se caracteriza por estar fundamentada en un cuerpo de conocimientos cada vez más superespecializados y en constante desarrollo.

La especialización es una tendencia irrefrenable en todas las profesiones del ámbito de la salud, dadas la creciente magnitud y complejidad de este ámbito. De hecho, la especialización es clave para mejorar la competitividad, capacidad para innovar y conocimiento. En este

sentido, la AE posee una larga tradición de creación de conocimiento a partir de la evidencia, y Cataluña ha desempeñado un papel puntero en el desarrollo de las especialidades en salud que debe potenciarse en el futuro a fin de que siga liderando su evolución.

Se debe garantizar que la inversión realizada en estos centros y redes retorne en forma de mejora de resultados de salud de las personas, y desarrollo y satisfacción de los profesionales. De este modo se promueve la rendición de cuentas y análisis de los impactos de los recursos dedicados, evitando que las cláusulas de investigación en la financiación de los centros queden diluidas. En este sentido, la financiación de la investigación que proviene de los programas financiados por el Servicio Catalán de la Salud (SCS) en el ámbito de la AE debería vincularse a mecanismos de captación de fondos competitivos en el marco del Plan estratégico de investigación e innovación en salud (PERIS). Es preciso que los programas de investigación contratados por el SCS dejen de ser tratados como una cláusula adicional, bastante flexible en su interpretación, dentro de los contratos que mantiene el SCS con los centros de AE. Al mismo tiempo, es necesario potenciar la comparación de resultados a tiempo real y reforzar el papel de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias (AQuAS) como central de inteligencia y evaluación en el ámbito de la salud.

En paralelo, se debe impulsar la excelencia y competencia de los centros, aumentando la capacidad de captación de fondos competitivos internacionales y dotándolos de instrumentos para su gestión.

Es preciso establecer entornos colaborativos y facilitar el trabajo en redes de conocimiento interconectadas (asistenciales, de investigación e innovación y de docencia), de responsabilidad compartida y orientadas a resultados. Para ello, es necesario invertir tiempo y recursos en el desarrollo de las profesiones para superar las fronteras de la actual práctica y crear nuevas oportunidades de aprendizaje para el trabajo transdisciplinario. En estas redes de conocimiento se debe contar con la colaboración e intercambio permanentes con las universidades y centros de investigación propios, nacionales e internacionales. Es preciso que evolucionen las normativas y sistemas organizativos para agilizar estos procesos.

Los profesionales y organizaciones deben ser competentes y, para ello, las áreas de docencia han de disponer de la asignación económica necesaria para impulsar estrategias que capaciten a los profesionales para asumir los roles requeridos, dando respuesta a una realidad en permanente cambio. Para facilitar el desarrollo de estas competencias se debe contar con un sistema docente y una red de investigación que se retroalimenten.

En los contratos entre el SCS y los proveedores de AE se deben especificar claramente cuáles son los resultados esperados con respecto a sus tres grandes misiones: asistencia, docencia e investigación. Las entidades proveedoras han de convenir claramente con sus equipos



profesionales los productos o resultados a lograr en el ejercicio de las citadas tres grandes funciones. Así, el conjunto del equipo debe disponer de herramientas y de suficiente tiempo de dedicación para conseguir que los profesionales se distribuyan las tareas en función de sus capacidades y preferencias. De este modo, el resultado final debe sumar los resultados individuales en asistencia, docencia e investigación, alcanzando los compromisos pactados. Cada uno de los profesionales del equipo será reconocido o penalizado en función de los resultados individuales obtenidos.

El actual modelo formativo académico no da respuesta a todas las necesidades formativas de los profesionales. Es necesario invertir y concretar las necesidades docentes del sistema, especialmente en relación con los niveles de especialización de los distintos colectivos profesionales y particularmente el de enfermería. Se identifica la necesidad de avanzar en la adecuación de los sistemas de selección y formación, especialmente con respecto a algunos aspectos como el acompañamiento al final de la vida, la comunicación, la digitalización o la cultura del cambio o el trabajo transdisciplinario, entre otros.

9.1.5. Recomendación AE 5. La gobernanza

Fortalecer la buena gobernanza de las instituciones para liderar la transformación del modelo de atención especializada. Debe llevarse a cabo realzando los valores y principios de un modelo de atención integral a la salud y el bienestar de las personas, con un papel más relevante de la ciudadanía y de los profesionales en la toma de decisiones.

La separación de funciones establecida por el modelo se ha ido desdibujando progresivamente a lo largo del tiempo y ha debilitado especialmente la AE.

El Departamento de Salud (DS) debe efectuar la planificación global de unos objetivos de salud de la AE que den respuesta a las necesidades, preferencias y expectativas de las personas atendidas por los servicios especializados. Para lograr los objetivos, se debe establecer los imperativos estratégicos, planificar la prestación de servicios y determinar la cartera de servicios, promoviendo la organización en red entre niveles asistenciales sobre la base de una planificación territorializada.



El Servicio Catalán de la Salud (SCS) ha de operativizar los servicios de AE en coherencia con las estrategias y los objetivos de salud establecidos por el DS. El SCS tiene que fijar, en el contrato con los proveedores, los planes y programas que se tienen que desarrollar con el fin de alcanzar los objetivos determinados por el DS. En los contratos se deben dejar claros la cartera de servicios de cada proveedor, los resultados de salud que se esperan obtener y la contraprestación económica que recibirán por ellos en función del grado de cumplimiento. Es preciso que estos contratos, aparte de públicos y transparentes, sean comprensibles y fácilmente accesibles en un formato digital que incorpore y permita consultar las evaluaciones de las cláusulas.

Las entidades proveedoras de AE contratadas por el SCS deben hacer un profundo cambio de su gobernanza. Es necesario que la tarea principal de estos órganos se centre en el seguimiento y cumplimiento del contrato de compra de servicios que realiza con el SCS, garantizando así que se da respuesta a las líneas estratégicas y los objetivos de salud predeterminados por el DS. Los órganos de gobierno han de incorporar personas con capacidad de actuar desde el conocimiento profundo de la materia a gobernar. Además, las personas que formen parte de los órganos de gobierno deben rendir cuentas del resultado del ejercicio de las responsabilidades y compromisos que adquieren, básicamente mediante el contrato de compra de los servicios, tanto de modo individual como colegiado.

Se deben evitar confusiones en las funciones de los órganos de gobierno de los proveedores de AE. Es por ello que las personas con cargos en el DS o en el SCS no pueden formar parte de los órganos de gobierno de los proveedores. Se debe garantizar la representatividad de la ciudadanía, sobre todo de los colectivos en situación de vulnerabilidad, y de los profesionales en los órganos de gobierno de los proveedores de la AE. En este marco, se han de establecer mecanismos a fin de que las personas que ejerzan la representación protejan los intereses comunes por encima de los personales.

Se deben promover alianzas estratégicas territoriales entre los proveedores de atención especializada, del mismo modo que ha de realizarse en el resto de ámbitos. Dado que siempre nos referimos a un modelo de atención especializada coordinado con la APyC, sobre la que bascula el sistema, se ha de tener claro que debe haber una lógica territorial que esté diseñada con estrategias de redes interconectadas con el fin de garantizar que la organización y la distribución territoriales siguen los mismos esquemas.

9.1.6. Recomendación AE 6. La regulación

Determinar las funciones y competencias de los agentes de la atención especializada, estableciendo claramente los límites y responsabilidades para garantizar una atención especializada equitativa, de calidad, segura y eficiente.

El actual modelo sanitario catalán tiene su origen en la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña (LOSC) aprobada en el año 1990 (32). Las constantes reformas sanitarias se han ido produciendo mediante varias regulaciones dentro del marco jurídico de la LOSC. Los nuevos retos que plantean las nuevas necesidades emergidas de esta realidad son muy dispares de los que se visionaban en el momento en el que se elaboró la LOSC. Esta realidad hace que sea necesario plantear un nuevo marco legislativo que facilite la seguridad jurídica para proteger a todos los agentes que intervienen en la AE.

El nuevo marco legislativo debe facilitar el trabajo integrado y las responsabilidades compartidas de los equipos interdisciplinarios, pero a la vez ha de aclarar qué cuestiones corresponden al ámbito de la AE, asignándolas en función de las diferentes capacidades resolutivas, explicitadas en la cartera de servicios determinada por el DS.

En este sentido, también se recomienda avanzar en el despliegue de la Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud a fin de que la AE pueda trabajar con la atención primaria y comunitaria (APyC) no solo coordinadamente, sino también de forma integrada y organizada en equipos transdisciplinarios.

9.1.7. Recomendación AE 7. La equidad y la accesibilidad

Garantizar la equidad de acceso y de provisión de servicios para todas las personas partiendo de estándares específicos de atención especializada. Es preciso que estos estén fundamentados en la evidencia clínica y científica y, al mismo tiempo, en otros criterios como los sociales, con relevancia en la priorización del acceso.

El modelo catalán ha de mantener el principio de cobertura sanitaria universal preservando como valores principales la equidad y accesibilidad. En el caso de la AE, estos valores



adquieren una considerable relevancia por las características y requerimientos de algunos de los tipos de especialización, particularmente de la alta especialización.

Se deben establecer unos estándares sólidos para la AE con el fin de garantizar la equidad y accesibilidad y para asegurar, a su vez, una asignación de recursos eficiente en la que la persona siga siendo el elemento nuclear. Estos estándares estimularán el desarrollo del conocimiento especializado y de sus profesionales. En este sentido, la planificación sanitaria debe establecer unos criterios comunes para el conjunto de la AE basados en las mejores prácticas y recomendaciones, propuestas y revisadas periódicamente por especialistas y superespecialistas de cada ámbito.

Se debe hacer hincapié en las desigualdades y en los resultados de salud, elementos determinantes para realizar consideraciones sobre la equidad en el acceso desde la perspectiva territorial. Las estrategias de planificación y provisión de servicios han de minimizar la variabilidad territorial y las desigualdades en el acceso, acercando en todo lo posible los servicios especializados al lugar donde están las personas sin poner en riesgo la viabilidad del sistema.

Es preciso asegurar la agilidad en la práctica de la atención sanitaria pública y reducir las listas de espera para contrarrestar las desigualdades que puedan producirse en el acceso a la AE no hospitalaria, dadas las posibilidades de diagnósticos más rápidos mediante el acceso de una parte importante de la población a los servicios privados. El desplazamiento de la demanda de esta parte de la población hacia el sector privado aceleraría el proceso de deterioro de los servicios públicos.

Des de un punto de vista más operativo, se debe garantizar a la AE la capacidad suficiente para que, junto con la APyC y el resto de equipos del sistema, haga frente a cualquier situación o emergencia. En este sentido, se garantizará la disponibilidad de la AE para dar respuestas allí donde sean necesarias, superando las discrepancias que podrían producirse entre la atención de proximidad y el especialismo.

9.1.8. Recomendación AE 8. La calidad y la seguridad

Establecer medidas que aseguren prácticas clínicas de calidad, seguras y costosoefectivas basadas en la evidencia. Es preciso que estas aporten valor a la atención especializada en términos de resultados de salud y de satisfacción, que se



salvuarde el respeto a las preferencias de las personas debidamente informadas y se ponderen con ellas los pros y los contras de cada actuación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el Banco Mundial determinan que la atención de calidad es segura, efectiva, centrada en las personas, oportuna, equitativa, integrada y eficiente, que mejora los resultados de salud y reduce los residuos (4).

Particularmente en el ámbito de la especialización y la superespecialización se debe garantizar que cualquier intervención sea, en primer lugar, de calidad, y por lo tanto segura y efectiva, haciendo que siempre que sea necesario se prioricen la efectividad y equidad por encima de la eficiencia en los tratamientos de algunas personas, como por ejemplo en el cuidado de aquellas que sufren enfermedades raras.

En todo caso, es necesario garantizar prácticas clínicas que aporten valor y sean seguras, poniendo de relieve principios de la bioética como la beneficencia y la no maleficencia en el cuidado de las personas, y al mismo tiempo promover una cultura de la mejora de la calidad. El DS establecerá y revisará, sistemáticamente y periódicamente y con el consenso de los especialistas de cada ámbito, guías y protocolos para la aplicación de las mejores prácticas que garanticen el nivel óptimo de calidad y seguridad, asegurando su aplicabilidad y evaluación del impacto en términos de resultados.

Se debe garantizar que la medida de la calidad y seguridad implique la mejora no solo de los resultados de salud sino también de la satisfacción en el acceso y la experiencia de las personas, desde el respeto a su autonomía y a sus preferencias. Para ello es preciso que las personas estén debidamente informadas y se ponderen con ellas los pros y los contras de cada actuación para que se impliquen en su propia seguridad y en la calidad de la atención recibida.

Y en términos más generales, se debe subrayar la importancia de conocer, evaluar y compartir la información sobre calidad y seguridad, pero sobre todo es preciso hacerla más transparente y comprensible para la ciudadanía a fin de que esta pueda implicarse y exigir los niveles óptimos de calidad y seguridad.

9.1.9. Recomendación AE 9. Las organizaciones y la provisión de servicios

Flexibilizar la verticalidad y jerarquización de la atención especializada, dotándola con servicios transversales con equipos interdisciplinarios. Los equipos deben estar formados por varios perfiles de profesionales, trabajando conjuntamente con profesionales especialistas de la medicina y enfermería, e incorporar la colaboración de superespecialistas cuando se requieran intervenciones superespecializadas

Antes de la crisis de la COVID-19, ya se preveía la necesidad de repensar y flexibilizar las estructuras del sistema de salud mediante la movilidad y digitalización y priorizar la atención de proximidad siempre que fuera posible. En el contexto de una emergencia sanitaria como la pandemia, las organizaciones han roto estereotipos. Se han flexibilizado de golpe i han dado buenos resultados, implementado nuevas fórmulas de organización matricial y de atención menos presencial, y han intensificado la atención a domicilio.

Para avanzar en esta flexibilización, se debe dar a las organizaciones que proveen AE una mayor autonomía de gestión, asignando y exigiendo corresponsabilidad entre los proveedores en la aplicación de los programas, planes y protocolos establecidos por el DS, que serán evaluados en función del cumplimiento de los objetivos fijados en los contratos. Se deben concretar los mecanismos e instrumentos adecuados para aplicar un modelo de gestión con capacidad de adaptación, para dar respuestas ágiles en un contexto en permanente evolución.

La AE se debe organizar en redes de atención integral interconectadas que presten servicios allí donde sea más adecuado. Son precisos nuevos modelos asistenciales que vayan más allá del edificio del hospital e integren la contribución de la atención primaria y comunitaria (APyC), l'AE y la atención social. Se debe superar la definición tradicional e ir hacia organizaciones flexibles que aglutinen conocimiento y experiencia concentrando suficientes recursos para abarcar a todo el territorio.

La APyC ha de ser capaz de asumir buena parte de los procesos menos intensivos pero más prevalentes. Para ello es preciso identificar y ordenar los procesos de la AE que, por su prevalencia y su intensidad de recursos, pueden situarse en la APyC y capacitarla para llevarlos a cabo.

Desde el punto de vista del territorio, deben vincularse equipos de alta especialización a otros equipos de AE de perfil más generalista, asegurando su continuidad y longitudinalidad, complementándolos y evitando duplicidades asistenciales y administrativas, y mejorando la

distribución costosoefectiva de los recursos. Eso requiere acuerdos de gestión entre proveedores y contratos con el SCS que aseguren la aplicación de los estándares basados en las mejores prácticas determinadas por el DS y obliguen a la rendición de cuentas con una traducción clara del coste-beneficio de los servicios especializados

Dado que las organizaciones de AE poseen la triple misión de proporcionar asistencia, impartir docencia y realizar investigación, incorporando innovación permanentemente, se deben impulsar redes no solo asistenciales sino también de docencia y de investigación e innovación. Con el fin de facilitar que los proveedores de AE actúen adecuadamente, es preciso que el SCS concrete claramente en los contratos la cartera de servicios, planes y programas a aplicar, tanto en la asistencia como en la docencia y la investigación, y los objetivos a lograr, por los que serán evaluados y compensados económicamente.

Para las organizaciones es imprescindible contar con profesionales comprometidos, debidamente reconocidos y compensados, que ejerzan el liderazgo clínico y participen en la toma de decisiones. Su implicación es un elemento clave e imprescindible para impulsar el cambio hacia una cultura de trabajo en una red de redes, basada en el equilibrio entre la proximidad y la concentración de la AE.

9.1.10. Recomendación AE 10. La financiación y el sistema de pago

Articular un modelo de financiación y un sistema de pago de la atención especializada transparentes. Se precisa una adecuada asignación capítativa que estimule la mejora de los resultados de salud, incentive la eficiencia y compense adecuadamente los gastos generados por la especialización.

En Cataluña la atención especializada (AE) y superespecializada, con un gasto que ha sido siempre por encima del 50% del total, a menudo posee una creciente tendencia a costa de incorporar la innovación necesaria para mantener una práctica clínica de vanguardia (8).

Es preciso transformar el modelo de pago, superar el modelo compartimentado y pagar de manera conjunta para dirigir el modelo asistencial hacia la superación de la fragmentación y hacia una atención integral e integrada. En este sentido, la financiación capítativa de base territorial se definirá para el conjunto de la atención especializada, incluida la atención a las necesidades sociales y de salud de las personas.

La apuesta por un modelo de financiación capitativa, con incentivos ligados a la capacidad resolutive, conecta con las necesarias alianzas estratégicas territoriales y de coordinación y cooperación entre niveles. Ello requiere unos ajustes en la cápita, que determinan el terciarismo y la alta especialización, que necesitan una financiación diferenciada. No obstante, para su aplicación se deberían superar las dificultades de diseño efectivo y de implementación mediante la creación de áreas asistenciales que engloben todos los servicios, una vez estudiadas y determinadas previamente cuáles son las dimensiones óptimas en términos de alcance territorial y población asignada.

Las inversiones también requieren una financiación diferenciada. Si se analiza el actual mapa de la financiación de las grandes inversiones en infraestructuras hospitalarias, se observa que es extremadamente inequitativo y distorsiona el sistema de pago. En algunos casos, el SCS paga las inversiones y en otros no, pero no contempla este parámetro al establecer la asignación presupuestaria a los proveedores.

En este sentido, se propone un sistema de armonización de la innovación y las grandes inversiones tecnológicas. Se está realizando en el ámbito del producto farmacológico y no se lleva a cabo en otros ámbitos cuyo impacto presupuestario también es muy elevado. Este hecho tiene consecuencias en la equidad y el acceso a la innovación y a la tecnología, diferenciados por territorios. Una armonización de la inversión en tecnologías está aún más justificada si se establece una cápita para el resto de los servicios especializados, en los que a menudo la inversión está condicionada por las capacidades y condiciones de pago del comprador. Por lo tanto, a la atención superespecializada y al terciarismo se les dedicará una financiación específica con respecto a inversiones, incluidas la tecnología y la gran tecnología de innovación. Esta financiación irá asociada a algunos incentivos, especialmente con respecto a la capacidad resolutive y a la capacidad de prestar servicios de manera integrada ofreciendo una atención integral a las personas.

El sistema de pago ha de tener unas características claras para ser ágil, adecuarse a la estructura de costes y no acabar siendo un sistema desincentivador. El SCS definirá y exigirá una contabilidad analítica para establecer los contratos con los proveedores e implementar un sistema de pago simple y transparente. Este sistema debe compensar los gastos adecuadamente, aportar información sobre los gastos de funcionamiento y generar los estímulos adecuados para mejorar los resultados asistenciales y la eficiencia. También debe realizar una asignación adecuada del riesgo financiero, es decir, trasladar el riesgo a quién es capaz de gestionarlo desde la consideración que, por un lado, demasiado riesgo es desincentivador y se corre el peligro de provocar un comportamiento perverso y, por otro, un bajo riesgo tiene el peligro de la gestión ineficiente. Cuando proveedores y profesionales no asumen el riesgo financiero y por lo tanto no asumen las consecuencias de una mala gestión

de los recursos, las acaban asumiendo las personas y comunidades a las que atienden, con la consiguiente pérdida de calidad y equidad territorial. Que finalmente la autoridad sanitaria acabe compensando con un “rescate económico” puede inducir a efectos indeseables en el ejercicio de una buena gestión financiera.

El sistema de pago debe ceder protagonismo y constar claramente detallado en el contrato. Se trata de un elemento relevante, pero no único, para garantizar que los proveedores actúen en virtud de las necesidades de salud de la población la que tienen que atender.

Asimismo, es preciso que la ciudadanía sea partícipe y comprenda la toma de decisiones con respecto a la financiación e impulsar que pueda ejercer su participación poniendo a su alcance, de forma atractiva y comprensible, la información económica y de eficiencia del sistema de salud.

9.1.11. Recomendación AE 11. La innovación y la tecnología

Incentivar, probar y evaluar la tecnología y los elementos de innovación, garantizando su incorporación con criterios éticos, de equidad y coste-efectividad que permitan mantener un sistema perdurable y mejoren la calidad de la atención.

La innovación y la tecnología están revolucionando la asistencia, la gestión, la investigación y la docencia con posibilidades de avances prácticamente infinitas pero con recursos limitados. El conocimiento, que desde el punto de vista cuantitativo hoy es ingente y evoluciona y se incrementa de manera exponencial, sumado a los avances científicos y tecnológicos, con especial impacto en el ámbito de la AE, orienta una tendencia imparable a un incremento de la especialización de los profesionales y a la mejora de los tratamientos y procedimientos.

Además, se debe destacar que la tecnología y la innovación han sido primordiales durante la crisis sanitaria de la COVID-19, actuando como catalizadoras de avances y colaboraciones ágiles y aumentando de una manera nunca vista la atención menos presencial, que permite el control y la consulta de forma remota, sin embargo, en contrapartida, pone aún en más riesgo la humanización de la atención

Es preciso que la tecnología y la innovación ayuden a garantizar la equidad en el acceso y en los resultados de salud de la población disminuyendo las desigualdades y aportando

progresos en el diseño, planificación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas, acciones e intervenciones de la autoridad sanitaria; en la accesibilidad, calidad, seguridad y eficiencia de las organizaciones, y especialmente en el desarrollo, capacitación, entorno de trabajo y experiencia de los profesionales.

Se ha de tener en cuenta, sin embargo, que la medicina personalizada, los nuevos tratamientos, la digitalización, la inteligencia artificial, los datos masivos, la telemedicina, etc. poseen un elevado coste. En este sentido, se hace imprescindible facilitar que la innovación sea incentivada, detectada y evaluada, y que su inversión devuelva al sistema y se traduzca en resultados de salud. También se deben promover mecanismos de colaboración transparentes con la industria que garanticen la transferencia de la tecnología y la innovación, explicitando los conflictos de intereses, en el marco del ecosistema de Cataluña dinamizado por Biocat.

Por todo lo recomendado, se hace necesario insistir en la necesidad de evaluar de manera rigurosa las tecnologías aplicadas en el ámbito de la salud de las personas. Se debe volver a poner el foco en recuperar el papel de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS) como agencia independiente con dos grandes ámbitos: uno dedicado a las guías, protocolos, buenas prácticas y evaluación de los resultados de salud y de los nuevos planteamientos organizativos y otro que incluya la evaluación de las tecnologías y la innovación y oriente la mejora de la atención, recomendando la adopción de las mejores tecnologías e innovaciones. Es preciso que se incorporen todas ellas de manera evaluada, sistémica y teniendo en cuenta los aspectos éticos, especialmente en la gestión de la información de la ciudadanía.

Compartir información es imprescindible para lograr la atención integrada y para trabajar en redes (asistenciales, de investigación e innovación y de docencia) de manera coordinada. Por ello es imprescindible asegurar un buen desarrollo y mantenimiento de un sistema de información integral e integrado, instrumento esencial de la AE para asegurar un funcionamiento cohesionado de todos los actores del sistema

Tal como se indica en la recomendación relativa a la financiación de la AE, el impacto presupuestario de la tecnología y la innovación, en lo referente a su desarrollo como a su implementación, es elevado, lo que impacta en la equidad y la accesibilidad de los avances y provoca variabilidad territorial. Es preciso garantizar su incorporación no solo con criterios éticos sino también de equidad y coste-efectividad, permitir que lleguen a toda la ciudadanía y, al mismo tiempo, asegurar la perdurabilidad del sistema y la mejora de la calidad de la atención.

9.1.12. Recomendación AE 12. La transparencia i la rendición de cuentas

Garantizar la transparencia y la rendición de cuentas de la atención especializada mediante contratos públicos claros y transparentes. En los contratos se deben concretar detalladamente los servicios y su contraprestación económica, los objetivos y la evaluación de su prestación, centrada en las necesidades de las personas atendidas.

La transparencia y la rendición de cuentas deben aportar información que pueda ser útil y comprensible para la ciudadanía. Su confianza en los servicios especializados depende, en buena parte, de una comprensión clara de los beneficios que proporcionan y también de su coste, así como de las condiciones de calidad y seguridad en las que trabajan los profesionales. Ello es especialmente pertinente en la AE, ámbito asistencial con mayor gasto, para asegurar que la atención prestada da una respuesta adecuada y equitativa a las necesidades, preferencias y expectativas de la población.

En este sentido, en línea con lo que se ha apuntado en otras recomendaciones tanto del presente documento del Consejo como de los anteriores, se debe facilitar información comprensible, actualizada y transparente sobre varios aspectos relevantes de la AE para adecuar el diseño, planificación, implementación, seguimiento y evaluación. Se debe realizar a partir de los objetivos y estándares predeterminados en las estrategias, programas, planes y servicios de AE y facilitar la participación ciudadana en todas las fases del proceso. De este modo se garantiza la rendición de cuentas y el análisis de los impactos de los recursos dedicados al conjunto de la AE (asistenciales, de investigación, etc.). También se impulsa la implicación de la ciudadanía para que pueda exigir los niveles óptimos de accesibilidad, calidad, seguridad y eficiencia.

De la misma manera, todos los instrumentos y mecanismos de relación y colaboración entre la autoridad sanitaria y los actores del sistema también deben ser públicos y, si es necesario, explicitar los conflictos de intereses. Por ejemplo, se proponen acuerdos de gestión presupuestaria en los que la autonomía de gestión y, por lo tanto, la capacidad de decisión sean posibles solo si se acompañan de la responsabilidad. Es decir, hay que rendir cuentas de qué y cómo se realiza y asumir sus consecuencias.

10. Bibliografia

1. Consell Assessor de Salut. El sistema de salut. Postcrisi de la COVID-19 [Internet]. Barcelona; 2020 [cited 2020 Sep 13]. Available from: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Professionals/Consells_comissions/consells_assessor_de_sanitat/cas-sistema-postcrisi-covid.pdf
2. World Economic Forum. Global Future Council on Health and Healthcare 2018-2019 A Vision for the Future: Transforming Health Systems [Internet]. Geneva; 2019 [cited 2020 Mar 31]. Available from: <https://www.weforum.org/whitepapers/global-future-council-on-health-and-healthcare-2018-2019-a-vision-for-the-future-transforming-health-systems>
3. Harari YN. Yuval Noah Harari: the world after coronavirus | Financial Times. Financial Times [Internet]. 2020;1–16. Available from: <https://www.ft.com/content/19d90308-6858-11ea-a3c9-1fe6fedcca75>
4. World Health Organization, World Bank, Organization for Economic Co-operation and Development. Delivering Quality Health Services: A Global Imperative [Internet]. Geneva: IGOWHO; 2018. 100 p. Available from: <https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage/publication/delivering-quality-health-services-a-global-imperative-for-universal-health-coverage>
5. Imison C, Sonola L, Honeyman M, Ross S. The reconfiguration of clinical services: what is the evidence? Kings Fund [Internet]. 2014;(November):134. Available from: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/reconfiguration-clinical-services>
6. Weston AD, Hood L. Systems Biology, Proteomics, and the Future of Health Care: Toward Predictive, Preventative, and Personalized Medicine. *J Proteome Res.* 2004;3(2):179–96.
7. Feiring E, Lie AE. Factors perceived to influence implementation of task shifting in highly specialised healthcare: A theory-based qualitative approach. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):1–10.
8. Warner, Lord. Report of the Specialised Services Commission. 2016;
9. CatSalut. Atenció especialitzada i hospitalària. CatSalut. Servei Català de la Salut [Internet]. 2020 [cited 2019 Oct 21]. Available from: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/acces-sistema-salut/guiadus/canals/atencio-especialitzada/>
10. NHS England. Spotlight on specialised services [Internet]. NHS England. 2017. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/09/spotlight-on-specialised-services.pdf>
11. NHS England. NHS commissioning-specialised services [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 22]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/commissioning/spec-services/>
12. TERMCAT. Atenció especialitzada. TERMCAT [Internet]. 2020 [cited 2019 Nov 26]. Available from: <https://www.termcat.cat/ca/diccionaris-en-linia/230/search/atencio-especialitzada?type=basic&language=&condition=match>
13. World Health Organization Regional Office for Europe. Integrated care models: an overview [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 2]. Available from: <http://www.euro.who.int/pubrequest>
14. Sundhedsstyrelsen. Specialised hospital services. Principles of national planing in Denmark [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar 30]. Available from: https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/~/_media/3499BD6FE4894BF1B75A27CAD2



A3AB29.ashx

15. Sheiman I, Shevsky V. Concentration of health care providers: Does it contribute to integration of service delivery? *Risk Manag Healthc Policy*. 2019;12:153–66.
16. Bhattarai N, McMeekin P, Price C, Vale L. Economic evaluations on centralisation of specialised healthcare services: A systematic review of methods. Vol. 6, *BMJ Open*. BMJ Publishing Group; 2016. p. e011214.
17. Imison C. Imison C. Briefing: reconfiguring hospital services [Internet]. London; 2011. Available from: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Briefing-on-Reconfiguring-hospital-services-Candace-Imison-Kings-Fund-September-20111.pdf>
18. Unió Catalana d'Hospitals. Projecte +Futur: Escenari de tendències i àrees d'acció prioritàries. Barcelona; 2018.
19. Chen B, Baur A, Stepniak M, Wang J. Finding the future of care provision: The role of smart hospitals | McKinsey [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 25]. Available from: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/finding-the-future-of-care-provision-the-role-of-smart-hospitals>
20. The Deloitte Center for Health Solutions. Forces of change: the future of health [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 25]. Available from: <https://www2.deloitte.com/us/en/insights/industry/health-care/forces-of-change-health-care.html>
21. Hood L, Friend SH. Predictive, personalized, preventive, participatory (P4) cancer medicine. *Nat Rev Clin Oncol*. 2011;8(3):184–7.
22. International Alliance of Patients' Organizations. Declaration on: Patient-Centred Healthcare [Internet]. 2016. Available from: https://www.iapo.org.uk/sites/default/files/files/IAPO_declaration_ENG_2016.pdf
23. Britnell M. The role of the “specialist” in healthcare. *Clin Med J R Coll Physicians London*. 2011;11(4):329–31.
24. Porter ME, Thomas LH. The Strategy That Will Fix Health Care. *Harv Bus Rev* [Internet]. 2013;1277(October):1–18. Available from: [file:///T:/Consell Assessor del Departament de Salut/Doc3_CAS_2019/Bib/Porter-Lee-Strategy-that-will-fix-healthcare-2013.pdf](file:///T:/Consell%20Assessor%20del%20Departament%20de%20Salut/Doc3_CAS_2019/Bib/Porter-Lee-Strategy-that-will-fix-healthcare-2013.pdf)
25. European Commission. The Knowledge Future : Intelligent policy choices for Europe 2050 [Internet]. 2015. 64 p. Available from: https://ec.europa.eu/research/pdf/publications/knowledge_future_2050.pdf
26. National Information Board. Personalised Health and Care 2020 Using Data and Technology to Transform Outcomes for Patients and Citizens A Framework for Action. 2014.
27. World Health Organization. The transformative role of hospitals in the future of primary health care. 2018; Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326296/WHO-HIS-SDS-2018.45-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Pan American Health Organization. Integrated Health Service Delivery Networks Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas Area of Health Systems Based on Primary Health Care (HSS) Integrated Health Services Project [Internet]. Washington, D.C.: HSS/IS; 2011 [cited 2019 Jul 25]. Available from: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC_IHSD-2011Serie4.pdf
29. Thimbleby H. Technology and the future of healthcare. *J Public health Res*. 2013;2(3):160–7.
30. PricewaterhouseCoopers. What doctor? [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 25]. Available from:



- <https://www.pwc.com/gx/en/industries/healthcare/publications/ai-robotics-new-health/ai-robotics-new-health.pdf>
31. UK Government. The future of healthcare: our vision for digital, data and technology in health and care. Public policy [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 26]. Available from:
<https://www.gov.uk/government/publications/the-future-of-healthcare-our-vision-for-digital-data-and-technology-in-health-and-care/the-future-of-healthcare-our-vision-for-digital-data-and-technology-in-health-and-care>
 32. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. LLEI 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya [Internet]. 1990 [cited 2019 Mar 27]. Available from:
<https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/1324/1603354.pdf>
 33. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. DECRET 196/2010, de 14 de desembre, del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT). Barcelona: Parlament de Catalunya; 2010.
 34. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. LLEI 13/2014, del 30 d'octubre, d'accessibilitat. Barcelona; 2014 p. 1–49.
 35. Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Saniconal de Salud. Boletín Oficial del Estado, número 128, de 29-05-2003. 2003 p. 1–46.
 36. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1030 / 2006 , de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. 2006 p. 1–74.
 37. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, número 102, de 29-04-1986. [Internet]. Boletín Oficial del Estado 1986 p. 1–24. Available from:
<https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
 38. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Bol Of Del Estado 98 [Internet]. 2012;31278–312. Available from:
<http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
 39. Servei Català de la Salut. Model organitzatiu d'hospitalització a domicili de Catalunya Alternativa a l'hospitalització convencional Servei Català de la Salut. 2020.
 40. Departament de Salut. Situació actual i diagnòstic de necessitats dels professionals de la salut. Proposta de marc comú per a l'anàlisi de la demografia professional i dels criteris de planificació. Generalitat de Catalunya. 2018.
 41. Boletín Oficial del Estado. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [Internet]. Madrid: Boletín Oficial del Estado; Nov 23, 2003. Available from:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340&p=20130725&tn=2>
 42. Direcció General de Professionals de la Salut. Fòrum de diàleg de professionals. Conclusions. [Internet]. Barcelona; 2019. Available from:
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/lineas-estrategiques/1r_forum_dialeg_professional/documents/conclusions-forum-dialeg-professional.pdf
 43. Consell Assessor de Salut. Recomanacions estratègiques sobre el model assistencial d'atenció primària i comunitària [Internet]. Barcelona; 2019 [cited 2020 Jun 18]. Available from:



https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Professionals/Consells_comissions/consells_assessor_de_sanitat/cas-apic.pdf

44. Consell Assessor de Salut. Orientacions sobre el model d'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries [Internet]. Barcelona; 2019 [cited 2020 May 28]. Available from:
https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Professionals/Consells_comissions/consells_assessor_de_sanitat/cas-necessitats-socials-i-sanitaries.pdf
45. Auffray C, Charron D, Hood L. Predictive, preventive, personalized and participatory medicine: back to the future. *Genome Med.* 2010;2(8):57.
46. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jul 22];12(6):573–6. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25384822>

11. Anexos

11.1. Anexo 1. Principios y valores del ámbito de la atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias. Consejo Asesor de Salud, 2019

La ordenación y ejecución de las actuaciones en materia de atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias deberán incorporar los principios y valores propios del ámbito. La visión será realmente compartida si se fundamenta en unos principios y valores comunes basados en el respeto a la autonomía personal y la dignidad de la persona. A continuación, se describen estos principios y valores en orden alfabético.

Principios y valores del ámbito de la atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias. Consejo Asesor de Salud, 2019 (44)

1. Agilidad, flexibilidad y transparencia. Una organización ejecutiva, ágil y flexible, con capacidad para movilizar al mismo tiempo los recursos sociales y sanitarios locales, supralocales y gubernamentales.
2. Conocimiento, investigación e innovación. Aglutinar, generar y difundir los conocimientos y la capacidad de innovación con relación a la atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias.
3. Empatía y respeto a la diversidad. Una organización inclusiva que garantice una atención personalizada y próxima y tenga en cuenta las voluntades, preferencias y experiencias de cada persona.
4. Equidad. La equidad y la superación de las desigualdades sociales, de género y territoriales.
5. Gobernanza compartida. Gobernanza fundamentada en una concepción integral, integrada e intersectorial para lograr una mejor atención basada en las preferencias de las personas y con impacto sobre su salud y su grado de autonomía.
6. Participación. Participación efectiva, tanto individual como colectiva, para dar voz a las personas y poner en valor sus necesidades desde una visión global.
7. Proactividad. Actitud proactiva en el abordaje de la atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias desde la promoción de la salud y la autonomía, la prevención de la enfermedad y la dependencia y la atención a las personas.
8. Proximidad y descentralización. Necesidad de dar respuesta a las necesidades de la población lo más cerca posible de su entorno desde una organización con capacidad para actuar de manera descentralizada.
9. Calidad y sostenibilidad. Racionalización, eficacia, efectividad, eficiencia y sostenibilidad en la organización, fomentando y mejorando la calidad y la seguridad evaluando las actuaciones e incorporando la mejor evidencia disponible.
10. Universalización. Universalización y garantía de las prestaciones para la atención de las personas con necesidades sociales y sanitarias como un derecho individual y social.

Fuente: Orientaciones sobre el modelo de atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias. Consejo Asesor de Salud, 2019. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/ca/professionals/consells_i_comissions/consells_assessor_de_sanitat/

11.2. Anexo 2. Recomendaciones estratégicas para la orientación del APyC, la atención a las personas con necesidades de salud y sociales y el modelo después de la COVID-19. Consejo Asesor de Salud, 2019 y 2020

Recomendaciones en relación con el modelo de atención primaria y comunitaria. Consejo Asesor de Salud, 2019 (43)

- R1. Reformar la atención primaria y comunitaria a fin de que se convierta en el verdadero eje vertebrador del modelo asistencial y comunitario del sistema de salud de Cataluña a la vez que garantiza la viabilidad.
- R2. Identificar la Estrategia nacional de atención primaria y comunitaria como el instrumento necesario, pertinente y ambicioso para alcanzar los objetivos propios de la atención primaria y comunitaria.
- R3. Reforzar la salud comunitaria, concretando y presupuestando las intervenciones que hay que desarrollar en este ámbito.
- R4. Fomentar las relaciones de confianza entre la ciudadanía, los profesionales y las instituciones.
- R5. Establecer espacios de diálogo permanente entre todos los actores implicados.
- R6. Recoger e incorporar los valores y las expectativas que exprese la ciudadanía sobre la atención primaria y comunitaria y corresponsabilizarla de su salud.
- R7. Recoger e incorporar los valores y las expectativas que expresen los profesionales de la salud sobre la atención primaria y comunitaria.
- R8. Definir de nuevo los roles profesionales y capacitarlos para dar respuesta a las necesidades de las personas en organizaciones flexibles.
- R9. Evolucionar hacia organizaciones más flexibles con capacidad y autonomía organizativas para adaptarse a las necesidades y a las realidades cambiantes.
- R10. Considerar los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud y atención, especialmente para las personas en situación de vulnerabilidad.
- R11. Integrar los elementos y las herramientas necesarios para dar respuesta en las necesidades de las personas, garantizando la accesibilidad, la transversalidad y la longitudinalidad del modelo asistencial de atención primaria y comunitaria.
- R12. Incorporar las necesarias reformas a la atención especializada en el marco de la transformación de la atención primaria y comunitaria.
- R13. Mejorar la integración de la salud pública con la atención primaria y comunitaria.
- R14. Integrar las necesidades sociales desde el modelo de atención primaria y comunitaria centrada en la persona.
- R15. Concretar la cartera de servicios de atención primaria y comunitaria para mejorar la capacidad resolutive.
- R16. Garantizar que la financiación de la atención primaria y comunitaria sea congruente con las responsabilidades que se le asignan, siendo especialmente sensible a la equidad territorial y a las desigualdades económicas.
- R17. Evaluar la atención primaria y comunitaria, dar visibilidad al proceso y divulgar los resultados de forma adaptada en las diferentes audiencias (población general, pacientes, profesionales y organizaciones).
- R18. Reconocer y reforzar la relevancia de la atención primaria y comunitaria en la docencia.
- R19. Garantizar que la investigación sea uno de los ejes transformadores de la atención primaria y comunitaria.
- R20. Impulsar más la innovación en atención primaria y comunitaria como estrategia y herramienta de mejora.
- R21. Promover de manera coherente y con criterios de eficiencia las tecnologías de la información y la comunicación como un instrumento indispensable en la reforma, la implementación y la evaluación del modelo.

Fuente: Recomendaciones estratégicas sobre el modelo asistencial de atención primaria y comunitaria. Consejo Asesor de Salud, 2019. Disponible en:
https://canalsalut.gencat.cat/web/conten/Professionals/Consells_comissions/consells_assessor_de_sanitat/cas-apic.pdf

Elaboración de las bases del ente público, ámbitos de actuación y acciones. Consejo Asesor de Salud, 2019 (44)

1. Creación del ente público para el desarrollo (gobernanza y gestión) de la atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias en Cataluña
 - 1.1. Consensuar la estrategia a medio y largo plazo
 - 1.2. Definir las características del ente
 - 1.3. Elaborar y aprobar la normativa de creación y regulación del ente

2. Ámbitos de actuación del ente
 - 2.1. Atención primaria y comunitaria de salud y atención primaria de los servicios sociales básicos
 - 2.2. Entorno domiciliario
 - 2.3. Centros de atención diurna
 - 2.4. Atención de larga duración
 - 2.5. Residencias asistidas
 - 2.6. Sistemas de información
 - 2.7. Primera infancia con discapacidad, trastornos mentales y enfermedades minoritarias
 - 2.8. Mujeres en situación de vulnerabilidad
 - 2.9. Promoción de la autonomía personal y prevención de la institucionalización
 - 2.10. Salud mental y adicciones

3. Acciones operativas a priorizar
 - 3.1. Establecer espacios de participación ciudadana y de profesionales
 - 3.2. Promover las redes sociales y el voluntariado
 - 3.3. Dotar a los ciudadanos y los profesionales de las herramientas para la toma de decisiones compartidas
 - 3.4. Redefinir los roles profesionales del ámbito de salud y social
 - 3.5. Iniciar el diálogo entre la Administración pública, las instituciones, los representantes de los trabajadores y los profesionales de ambos sectores con el fin de explorar posibilidades de acercamiento, empezando por las condiciones de trabajo
 - 3.6. Potenciar la investigación y la innovación para transformar la atención a las personas y mejorar la accesibilidad, la calidad y la eficiencia del sistema de atención social y sanitaria
 - 3.7. Evaluar el impacto de las actuaciones dirigidas a la mejora de la salud y de la autonomía de las personas con necesidades sociales y sanitarias
 - 3.8. Ensayar diferentes sistemas de pago, mecanismos de contratación y rendición de cuentas
 - 3.9. Unificar los ámbitos territoriales de las áreas básicas sociales y sanitarias.

Fuente: Orientaciones sobre el modelo de atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias.

Consejo Asesor de Salud, 2019. Disponible en:

https://canalsalut.gencat.cat/web/contenut/Professionals/Consells_comissions/consells_assessor_de_sanitat/cas-necessitats-socials-i-sanitaries.pdf

Recomendaciones para la orientación del sistema de salud en la postcrisis de la COVID-19, Consejo Asesor de Salud, 2020

Respuesta al impacto inmediato

- R1. Elaborar un plan de atención a la ciudadanía, integrado y coherente con el resto de estrategias establecidas en salud mental, para el abordaje de las consecuencias de la crisis en la salud mental de la ciudadanía y en concreto de los colectivos en situación de vulnerabilidad.
- R2. Elaborar un plan de atención a los profesionales para paliar las consecuencias del impacto emocional y físico de la atención que han prestado a las personas y comunidades durante la COVID-19.
- R3. Elaborar e incorporar criterios comunes explícitos y transparentes a las directrices que se tienen que dar a los centros y profesionales sanitarios, y priorizar la atención (retrasada y nueva).
- R4. Mantener la disponibilidad de estructuras, recursos y circuitos sanitarios y sociales necesarios, preparados por si se producen nuevos brotes.
- R5. Identificar y documentar las innovaciones desarrolladas en el transcurso de la crisis que han aportado y pueden seguir aportando valor al sistema de salud, evaluar y seleccionar aquellas que sean escalables, y elaborar un plan de implementación viable.

Ciudadanía

- R6. Definir y priorizar el despliegue de estrategias de protección social y de la salud dirigidas a la atención a las personas en situación de vulnerabilidad.
- R7. Reconocer y aprovechar la capacidad de corresponsabilidad demostrada por la ciudadanía incorporándola en los procesos de identificación de aspectos a mejorar del sistema.

Profesionales

- R8. Reconocer, mediante medidas estructurales concretas, la valía demostrada, el compromiso y el trabajo realizado por todos los profesionales del sistema de salud y social implicados en la atención, la gestión y la planificación de la respuesta a la crisis de la COVID-19.
- R9. Reformular la formación teniendo en cuenta los aspectos relacionados con las actitudes sobre la base de los valores humanistas y el pensamiento crítico, la colaboración con otras disciplinas, la capacidad de adaptación y la resiliencia, con el fin de adquirir aptitudes para dar respuesta a las necesidades de la población.

Organizaciones

- R10. Garantizar que las estructuras y los profesionales del sistema de salud y social estén dimensionados para evitar la presión asistencial sistemática y continuada, de manera que dispongan de capacidad de respuesta en una situación de emergencia.
- R11. Consolidar la flexibilidad mostrada por el sistema en el transcurso de la crisis con la implementación de medidas para superar barreras (administrativas, culturales y actitudinales) y la adecuación y el desarrollo de los roles de los profesionales y de las organizaciones.
- R12. Crear sistemas de información epidemiológica y clínica lo bastante estructurados y que aprovechen todo el potencial de las nuevas tecnologías con el máximo respeto a la confidencialidad y los derechos de los ciudadanos y evitar medidas que puedan ser discriminatorias o excluyentes.
- R13. Diseñar y desplegar un cuadro de mandos integral del sistema de salud, con la revisión y la adaptación previas a la nueva realidad del Plan de acción, con información útil y comprensible para conocer y monitorizar los equipamientos y los recursos sanitarios y sociales, y facilitar la alineación de los agentes del sistema, la toma de decisiones, la evaluación y la transparencia.
- R14. Impulsar el despliegue de la tecnología orientada a la atención no presencial aprovechando la capacidad de adaptación demostrada por los profesionales y la ciudadanía, especialmente en la atención primaria, y de manera proporcional a las necesidades de interacción física.
- R15. Acelerar el despliegue de la atención domiciliaria como modelo de atención alternativo a la hospitalización o la institucionalización de las personas a partir de la experiencia adquirida durante la crisis. Es preciso realizar un seguimiento de la calidad del despliegue y evaluar el impacto de este modelo de atención en los núcleos familiares.
- R16. Disponer de un plan de gestión de crisis en que se recoja, ampliamente y con detalle, el proceso vivido durante la crisis, se documenten las experiencias, se analicen y, a partir de los resultados, se protocolicen.

Recomendaciones para la orientación del sistema de salud en la postcrisis de la COVID-19, Consejo Asesor de Salud, 2020

R17. Constituir un comité asesor de crisis plural y formado por personas expertas y reconocidas en la materia con el fin de formular recomendaciones consensuadas y fundamentadas. De entre los miembros de este comité se tiene que seleccionar una única persona que ejerza de portavoz experto y transmita el conocimiento científico-técnico en el que la autoridad sanitaria base su toma de decisiones, de manera que se evite la transmisión al sistema y a la ciudadanía de opiniones contradictorias.

Sistema

R18. Reforzar la gobernanza y el liderazgo por parte de la autoridad sanitaria para facilitar la alineación, la coordinación y/o la colaboración de las instituciones sanitarias y los recursos del sistema de salud.

R19. Reforzar las estrategias interdepartamentales en un contexto de crisis, especialmente con respecto a los ámbitos de la educación, los servicios sociales, el trabajo o la economía.

R20. Incrementar, en la medida necesaria, la financiación en salud para alcanzar objetivos explícitos y evaluables de mejora de la equidad, la calidad y la seguridad, la coordinación y la eficiencia y priorizar las acciones y las prestaciones de acuerdo con el valor añadido.

R21. Reforzar la salud pública con la identificación y el abordaje de las debilidades, especialmente con respecto a la adecuación de recursos, con el fin de ajustar el encaje al sistema de salud y dar más protagonismo a la comunidad.

R22. Incorporar a la agenda de las políticas de salud las cuestiones de salud global que puedan tener impacto en la salud de la ciudadanía.

R23. Orientar el modelo asistencial de atención primaria y comunitaria propuesto por el Consejo, teniendo en cuenta el equilibrio entre la atención centrada en la persona y la atención centrada en la comunidad.

R24. Implementar el nuevo modelo de atención a las necesidades sociales y sanitarias propuesto por el Consejo, equilibrando al modelo de atención centrada en la persona con la necesaria mirada de atención centrada en la comunidad, que se ha evidenciado especialmente apropiada durante la pandemia.

R25. Abordar las debilidades del modelo de atención residencial, equilibrando la gestión entre los departamentos competentes en salud y bienestar social, con una dotación presupuestaria y de recursos humanos y materiales suficientes y atendiendo las necesidades sanitarias, pero evitando la sanitización de las respuestas a las necesidades sociales.

R26. Elaborar protocolos y pautas con indicaciones explícitas y unívocas que incorporen criterios éticos para la atención en un contexto de crisis sanitaria y tengan en cuenta que, en un contexto en que hay recursos limitados, la priorización y, si procede, el racionamiento tienen que garantizar la equidad y evitar la disparidad de criterios.

R27. Establecer un espacio de reflexión y debate ético para formular recomendaciones que sirvan de modelo y guía sobre el acompañamiento de las personas institucionalizadas, especialmente en la fase final de la vida, en un contexto de emergencia. Las recomendaciones tendrán que permitir garantizar la equidad y se tendrán que basar en criterios humanistas y de muerte digna.

R28. Constituir, en el marco del Comité de Bioética de Cataluña, un grupo encargado de velar por las cuestiones éticas en el tratamiento de los datos y la información confidenciales.

R29. Crear espacios o grupos de debate, de toma de decisiones y de elaboración de recomendaciones con todas las partes implicadas, especialmente en un contexto de crisis, en torno a los límites de la intervención sanitaria y las tensiones que se generan entre los derechos individuales y el bien común o la salud de la colectividad.

R30. Acelerar la implementación de las estrategias de transformación del sistema definidas pendientes de aplicación, con la revisión y la incorporación previas de la experiencia adquirida durante la crisis, y evitar duplicidades.

R31. Desarrollar, ensayar e implementar las herramientas y alternativas tecnológicas que faciliten la toma de decisiones en la gobernanza, la planificación, la gestión y la atención.

R32. Elaborar un marco de orientación y ordenación de la investigación y la innovación para un contexto de emergencia con el fin de establecer a qué necesidades se tiene que dar respuesta, como se tiene que llevar a cabo y como se tiene que financiar

R33. Impulsar y promover la capacidad productiva, en paralelo al aprovisionamiento y la compra pública anticipada, que permita garantizar la disponibilidad permanente de materiales y medicamentos, así como la creación de organismos habilitados para hacer su acreditación.

Fuente: El sistema de salud. Postcrisis de la COVID-19. Consejo Asesor de Salud, 2020.
https://canalsalut.gencat.cat/web/contenut/Professionals/Consells_comissions/consells_assessor_de_sanitat/cas-sistema-salut-postcrisi-covid-19.pdf

12. Expertos invitados a las sesiones del Consejo Asesor de Salud

- Xènia Acebes, directora del Área Sanitaria del Servicio Catalán de la Salud.
- Anna Aran, gerente de la Región Sanitaria Barcelona, Ámbito Metropolitano Norte, CatSalut.
- Manel del Castillo, director general del Hospital Sant Joan de Déu.
- Marga Esteve, directora de Enfermería del Hospital de Santa Creu i Sant Pau y presidenta de la Asociación Catalana de Direcciones Enfermeras (ACDI).
- Montserrat Figuerola, gerente territorial del Área Metropolitana Sur del Instituto Catalán de la Salud.
- Guillem López Casasnovas, catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra.
- Diego Palao, director ejecutivo de Salud Mental del Consorcio Corporación Sanitaria Parc Taulí.
- Ivan Planas, director del Área de Recursos Económicos del Servicio Catalán de la Salud.
- Pere Vallribera, gerente del Laboratorio de Referencia de Cataluña (LRC) e Imagen Médica Intercentros (IMI) y presidente de la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria.

13. Miembros del Consejo Asesor de Salud

Consejo Asesor de Salud

- Manel Balcells Diaz, presidente
- Xavier Bonfill Cosp
- Joan Lluís Borràs Balada
- Carme Borrell Thió
- Pere-Joan Cardona Iglesias
- David Elvira Martínez
- Pilar Espelt Aluja
- Alícia Granados Navarrete
- M. Cristina Martínez Bueno
- Ramon Pujol Farriols
- Núria Terribas Sala

Secretaría Tècnica y redacción del documento

- Iria Caamiña Cabo
- Elena M. Calvo Valencia
- Carme Planas Campmany