

(MS)

Planificació i avaluació
Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública

Els serveis per a la salut:
mirant cap al futur.

Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública

Versió resumida

45



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-No comercial-Sense obres derivades 3.0 de Creative Commons. Se'n permet la reproducció, distribució i comunicació pública sempre que se'n citi l'autor i no se'n faci un ús comercial.

La llicència completa es pot consultar a:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

© Generalitat de Catalunya.
Departament de Salut

Travessera de les Corts, 131-159
Pavelló Ave Maria
08028 Barcelona

URL: <http://www.gencat.cat/salut/>

Edita: Departament de Salut
Direcció General de Planificació i Avaluació
Primera edició: Barcelona, desembre de 2010
ISBN: 978-84-393-8705-3

Assessorament lingüístic: Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut
Disseny gràfic: eggeassociats
Maquetació: Ortega i Palau, SL.

(MS)

Planificació i avaluació

Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública

**Els serveis per a la salut:
mirant cap al futur.**

Mapa sanitari
sociosanitari
i de salut pública

Versió resumida



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Índex

Presentació de la consellera	3
Pròleg	5
Direcció del Mapa Sanitari, sociosanitari i de salut pública	7
1. Introducció	9
2. Objectius i plantejament general de la planificació de serveis	12
3. Procés d'elaboració	19
4. Anàlisi de la situació i tendències dels serveis del sistema públic de salut	23
5. Les línies estratègiques per a l'orientació dels serveis amb una perspectiva de futur	44
6. Els criteris de planificació de serveis	49
7. L'organització territorial del sistema públic de salut	89
8. Actuacions focalitzades en determinats territoris d'especial interès des del punt de vista de les necessitats socials i de salut	94
9. De la planificació a l'acció: el desplegament del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública i la relació amb els altres instruments de la política de salut i de serveis	98
10. Escenaris de desenvolupament i adequació dels serveis en el territori	102

Presentació



És per a mi una gran satisfacció presentar com una realitat aconseguida el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública de Catalunya, aprovat pel Govern de la Generalitat de Catalunya.

El Departament de Salut ha fet una aposta important per la planificació sanitària. Ha creat la Direcció General de Planificació i Avaluació i ha reforçat el Pla de salut de Catalunya dotant-lo d'instruments que possibilitin la traducció operativa dels seus objectius i l'organització necessària dels serveis sanitaris per poder fer efectives les polítiques que estableix. Aquests dos nous grans instruments són els plans directors i el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública de Catalunya que us presentem.

El Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública serà la clau per poder tenir un sistema sanitari públic planificat, és a dir, per anticipar-nos als reptes que el futur ens presenta. Un sistema que orienta els serveis sanitaris a la seva raó de ser: donar una resposta actualitzada a les necessitats dels nostres ciutadans garantint la sostenibilitat i l'eficiència. Garantir la sostenibilitat dins d'un escenari econòmic requereix disposar d'elements potents de planificació sanitària que marquin les necessitats prioritàries i com fer-hi front.

Els principis que defineixen la transformació del model sanitari que inspira aquest Mapa són la descentralització —la governança—, la integralitat i la transversalitat en les intervencions, la cooperació, l'equilibri financer del sistema, la mirada protagonista de la ciutadania, la recerca i l'avaluació, i el territori com a eix fonamental en la implantació de les polítiques de salut i de serveis. El nou Mapa dona suport al plantejament del Govern per tenir un nou model organitzatiu i de gestió de la sanitat catalana descentralitzat i territorial. Ordena geogràficament el territori sanitari de Catalunya en set regions sanitàries i trenta-set governs territorials de salut. Treballa per l'equitat territorial gràcies al fet de donar un marc d'actuació als diferents territoris que després hauran d'adequar, amb un exercici renovat de democràcia participativa, a les diferents realitats i contextos.

El president Tarradellas presentava el primer Mapa sanitari de Catalunya l'any 1980 amb aquestes paraules: "El Mapa sanitari de Catalunya ofereix una visió succinta, serena i de rigor, fonamentada en la realitat sanitària que tenim, i un projecte d'organització racional i ponderat dels futurs serveis de salut a casa nostra". Subscrivim aquestes paraules en l'edició d'aquest segon mapa sanitari de Catalunya. Un document elaborat amb l'horitzó de l'any 2015 i que va més enllà de la territorialització de les estructures sanitàries que tenim i volem tenir. Un mapa dinàmic que mira cap al futur i que incideix en les estructures i els processos, i en l'organització a la qual hauria de tendir el sistema sanitari per anar equilibrant l'oferta amb l'evolució de la demanda i les tendències demogràfiques i de salut de la societat actual. Considera els serveis assistencials, els de salut pública i els socials per cobrir la visió integral de la salut, des de la promoció i la prevenció fins a la rehabilitació, passant per l'atenció i la cura. El plantejament del mapa sanitari és dinàmic com a resposta a l'evolució futura de les variables que el configuren. Està previst actualitzar-lo periòdicament, fet que permetrà millorar les decisions, principalment en relació amb els criteris de planificació i l'ajustament dels escenaris a l'evolució observada.

Un projecte com aquest requereix un ampli consens dels principals agents implicats i de la societat en general, per la qual cosa, un cop aprovat l'avantprojecte al final del 2006, es va obrir un període de debat organitzat per tal que les diferents societats científiques, les organitzacions sanitàries i la ciutadania poguessin fer-hi aportacions abans de l'aprovació definitiva per part del Govern.

Hem volgut que aquest no fos un exercici de planificació aïllat i sense continuïtat. Durant el període de debat el Govern ha aprovat el Decret 37/2008, de 12 de febrer, pel qual es regula el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública, de manera que aquest queda instaurat en el sistema de planificació sanitària juntament amb el Pla de salut i els plans directors. El decret estableix que el Mapa sanitari s'ha d'actualitzar periòdicament, ordena al Servei Català de la Salut que actuï per traslladar les orientacions del Mapa sanitari a la provisió de serveis i crea un comitè de direcció, amb participació interdepartamental, que tindrà un paper rellevant en el seguiment i en la

identificació de nous àmbits de planificació i d'actualització. Amb posterioritat a la publicació del decret, el contingut d'aquest document es va sotmetre a audiència i informació pública, de manera que es revestia de la màxima legitimació en la seva versió definitiva.

En la seva elaboració han participat moltes persones i també s'ha tingut en compte la visió de la ciutadania, els professionals i els gestors. És fruit del treball de molts professionals, institucions proveïdores de serveis, directius, tècnics i assessors del Departament i del Servei Català de la Salut, a més d'associacions de pacients i familiars, que han debatut les principals línies estratègiques i els criteris que constitueixen els diferents capítols del nou Mapa sanitari. A totes les persones que hi han participat, vull agrair-los la dedicació i l'esforç realitzat.

Espero i desitjo que el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública de Catalunya sigui d'utilitat per a tots els professionals i les institucions que treballen en l'ordenació del sistema sanitari català, i que contribueixi a la millora de la salut i la qualitat de vida dels ciutadans de la Catalunya del segle XXI.

Marina Geli i Fàbrega

Consellera de Salut

Pròleg

El llibre que teniu a les mans, *Els serveis per a la salut: mirant cap al futur. Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública*, té com a objectiu general orientar els serveis sanitaris per respondre a les necessitats de la població. El Decret 37/2008, de 12 de febrer, pel qual es regula el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública, estableix que aquest és l'instrument de planificació mitjançant el qual el Departament de Salut determina les línies directrius per fer efectiu el desenvolupament dels serveis que formen el sistema públic de salut, a fi d'adequar-los a les necessitats de la població, d'acord amb els objectius del Pla de salut de Catalunya i els plans directors del Departament de Salut, i atenent als criteris d'equitat, eficiència, sostenibilitat i satisfacció de la ciutadania. En una concepció de sistema, el Mapa ha tingut en compte els àmbits d'actuació de l'Administració pública que estan interrelacionats amb la millora de la salut i el benestar de la població. Per això, aquest Mapa és sanitari, sociosanitari i de salut pública.

El nucli bàsic del Mapa està constituït per les línies estratègiques, que orienten les decisions del sistema amb una perspectiva de futur; els criteris de planificació, que expliciten criteris indicatius i elements qualitius d'adaptació al territori, i els escenaris per territoris, que orienten la presa de decisions sobre el desenvolupament i l'adequació dels serveis en el context dels governs territorials de salut.

El Pla de salut, els plans directors i el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública són els principals instruments de planificació estratègica del Departament de Salut. El Pla de salut determina les prioritats de salut que s'estructuren com a punt de referència per a la visió estratègica del Mapa, els plans directors permeten fer operatives les prioritats del Pla de salut, i el Mapa contribueix a definir els serveis més adequats per assolir els objectius del Pla de salut i dels plans directors. Els diferents instruments es complementen, cadascun posa l'accent en el seu objecte principal de planificació: la salut i els serveis.

El Mapa és el marc de referència general i integrador per a la planificació de serveis del sistema públic de salut de Catalunya. Els escenaris de desenvolupament i adequació dels serveis al territori que estableix el Mapa comporten la necessitat de desplegar i renovar els equipaments assistencials que s'inclouen en el Pla d'inversions del Servei Català de la Salut. L'elaboració dels plans funcionals de cada equipament permet concretar les directrius constructives amb les de planificació territorial. El Mapa servirà de referència per traslladar les directrius de desenvolupament i adequació dels serveis a l'àmbit de provisió en el territori. El Servei Català de la Salut és l'encarregat d'adaptar la provisió de serveis mitjançant els convenis i els contractes de gestió que formalitzi amb les entitats proveïdores, per fer efectives les directrius de desenvolupament i adequació dels serveis al territori, d'acord amb Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública.

En el nou model territorial que està impulsant el Departament de Salut a través dels governs territorials de salut —més descentralitzat en les decisions, més a prop dels ciutadans i més participatiu—, el Mapa dóna un marc de referència necessari per transmetre les directrius de la política de salut i de serveis que es defineixen per al conjunt de Catalunya. Però el Mapa és fonamentalment orientador, per tant, deixa un marge de decisió important a escala territorial per tal d'adaptar els criteris generals a les característiques substantives de cada territori i la seva població.

El Mapa ha estat liderat per la Direcció General de Planificació i Avaluació, a través de la Unitat del Mapa Sanitari. En l'elaboració, hi han participat un gran nombre de professionals, tècnics del Departament de Salut, del Servei Català de la Salut i institucions proveïdores de serveis, societats científiques, tècnics de les regions sanitàries i associacions de pacients. Tots han fet un esforç important durant els dos anys d'elaboració de l'avantprojecte aprovat inicialment pel Consell de Direcció del Servei Català de la Salut i, posteriorment, en la fase de debat i d'aprovació definitiva per part del Govern. El treball ha estat encoratjador i estimulant perquè

s'ha vist la possibilitat de cobrir la necessitat que hi havia a casa nostra d'avançar en el repte de vincular més eficaçment les estratègies de salut amb l'ordenació dels serveis. A tots els volem agrair la participació i l'entusiasme.

María Luisa de la Puente Martorell

Directora general de Planificació i Avaluació

Direcció del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública

Comitè de Direcció del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública

Presidenta: Marina Geli i Fàbrega, consellera de Salut

Vicepresidenta: M. Luisa de la Puente i Martorell, directora general de Planificació i Avaluació

Vocals

Marta Segura i Bonet, secretària general del Departament de Salut

Josep M. Sabaté i Guasch, director del Servei Català de la Salut

Joan Guanyabens i Calvet, secretari d'Estratègia i Coordinació del Departament de Salut

Antoni Plasència i Taradach, director general de Salut Pública del Departament de Salut

Assumpció Benito i Vives, directora general de Recursos Sanitaris del Departament de Salut

Mateu Huguet i Recasens, director de l'Institut d'Estudis de la Salut

Ferran Cordon i Granados, director de l'Àrea de Serveis i Qualitat del Servei Català de la Salut

Xavier Llebaria i Samper, director gerent de l'Agència de Protecció de la Salut de Catalunya

Juli Esteban i Noguera, representant del Departament de Política Territorial i Obres Públiques, director del Programa de Planejament Territorial

Cristina Gené i Alegret, representant del Departament d'Acció Social i Ciutadania, cap del Gabinet Tècnic

Maria Comellas i Doñate, representant del Departament de Medi Ambient, directora general de Qualitat Ambiental

Ignasi Camós i Victòria, representant de la Direcció General de Coordinació Interdepartamental del Departament de la Presidència, responsable tècnic de Suport a les Persones

Esther Rovira i Campos, representant de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, subdirectora general de Programació i Avaluació d'aquesta entitat

Elisa Séculi i Sánchez, professional experta, designada per la consellera de Salut

Francesc Moreu i Orobitg, professional expert, designat per la consellera de Salut

Joan Subirats i Humet, professional expert, designat per la consellera de Salut

Secretari: Josep Fusté i Sugrañes, cap de la Unitat del Mapa Sanitari

Delegats territorials / gerents de les regions sanitàries

Mònica Almiñana i Riqué, Barcelona (adjunta a la Gerència per a l'Alt Penedès, el Baix Llobregat i el Garraf)

Sebastià Barranco i Tomàs, Lleida

Jaume Estany i Ricart, Barcelona (adjunt a la Gerència del Consorci Sanitari de Barcelona)

Carme Esteve i Orti, Barcelona (adjunta a la Gerència per al Barcelonès Nord, el Maresme, el Vallès Occidental i el Vallès Oriental)

Felip Infiesta i Garcia, Camp de Tarragona

Enric Mangas i Monge, Barcelona

Marta Pedrerol i Mas, Girona

Joan Victorià Peralta i Biosca, Alt Pirineu i Aran

Ismael Roldan i Bermejo, Terres de l'Ebre

Antoni Sans i Miret, Catalunya Central

Consell de Direcció del Servei Català de la Salut

Marina Geli i Fàbrega

Marta Segura i Bonet

Josep M. Sabaté i Guasch

Lourdes Camps i Canals

Enric Mangas i Monge

Luis Cabado i Vázquez

Sebastià Barranco i Tomàs

Joan Farré i Calpe

M. Luisa de la Puente i Martorell

Miquel Argente i Giralt

Ferran Cordon i Granados

Francesc José María i Sánchez

Salvador Maluquer i Amorós

Sara Jaurrieta i Guarner

Manel J. Ferré i Montañés

Glòria Matas i Montmany

Joan Puigdollers i Fargas

Eva Maria i Granados

Antoni Tuà i Molinos

Boi Ruiz i Garcia

Lluís Monset i Castells

Carles Manté i Fors (fins al 26 de desembre de 2006)

Raimon Belenes i Juàrez (fins al 12 d'abril de 2007)

Roberto Villaescusa i Saiz (fins al 12 d'abril de 2007)

Xavier Conill i Vergés (fins al 25 de setembre de 2007)

Enric Agustí i Fabré (fins al 16 d'octubre de 2007)

Pere Muñoz i Hernández (fins al 15 de gener de 2008)

José Ignacio Cuervo i Argudín (fins al 15 de gener de 2008)

Consell Assessor de Planificació i Avaluació

Francesc Moreu i Orobitg, president

Lluís Bohigas i Santasusagna, vicepresident

Enric Agustí i Fabré

Jordi Codina i Tena

Mariona Creus i Virgili

Joan Farré i Calpe

Manel J. Ferré i Montañés

Àngels Gallardo i Garcia

Alicia Granados i Navarrete

Mateu Huguet i Recasens

Albert Llop i Díaz

Lluís Monset i Castells

Ramon Morera i Castell

Pere Obiols i Arderius

Vicente Ortún i Rubio

Milagros Pérez Oliva

Boi Ruiz i Garcia

Marc Soler i Fàbregas

Joan Subirats i Humet

Equip de redacció i elaboració

Comitè de redacció

Josep Fusté i Sugrañes, cap de la Unitat del Mapa Sanitari
Francesc Moreu i Orobitg, president del Consell Assessor de Planificació i Avaluació

Lluís Bohigas i Santasusagna, vicepresident del Consell Assessor de Planificació i Avaluació

Ricard Tresserras i Gaju, subdirector de Planificació Sanitària.
Direcció General de Planificació i Avaluació

Dolors Costa i Sampere, adjunta a la direcció. Direcció General de Planificació i Avaluació

Pilar Brugulat i Guiterràs, cap del Servei del Pla de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació

Genís García i Lorente, cap de la Unitat d'Anàlisi de la Demanda i d'Informació. Direcció General de Planificació i Avaluació (fins al juliol de 2007)

Laura Sampietro i Colom, cap de la Unitat de Plans Estratègics. Direcció General de Planificació i Avaluació (fins al juliol de 2007)

Roger Pla i Farnós, director de l'Oficina de Coordinació de Plans Directores i Planificació Operativa. Direcció General de Planificació i Avaluació (fins al maig de 2007)

Cristina Molina i Parrilla, directora del Pla director de salut mental i addiccions. Direcció General de Planificació i Avaluació

Carmen Caja i López, codirectora del Pla director sociosanitari. Direcció General de Planificació i Avaluació

Antoni Salvà i Casanovas, codirector del Pla director sociosanitari. Direcció General de Planificació i Avaluació (fins al desembre de 2006)

Josep M. Borràs i Andrés, director del Pla director d'oncologia. Direcció General de Planificació i Avaluació

Rafael Masjà i Martorell, codirector del Pla director de malalties de l'aparell circulatori. Direcció General de Planificació i Avaluació

Miquel Gallofré i López, codirector del Pla director de malalties de l'aparell circulatori. Direcció General de Planificació i Avaluació

Tona Lizana Alcazo, directora del Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut. Direcció General de Planificació i Avaluació

Francesc Brosa i Llinares, gerent de Compra i Avaluació de Serveis Sanitaris. CatSalut

Josep M. Argimon i Pallàs, cap de la Divisió d'Avaluació de Serveis. CatSalut

Àlex Guarga i Rojas, cap de Planificació, Compra i Avaluació. Regió Sanitària Barcelona

Josep L. de Peray i Baiges, coordinador del projecte de l'Agència de Salut Pública de Catalunya

Xavier Llebaria i Samper, director gerent de l'Agència de Protecció de la Salut de Catalunya

Unitat del Mapa Sanitari

Equip tècnic: Àngels Elias i Castells, David Frigola i Castro, Montserrat Grané i Alsina, Miquel Olivet i Montaner

Suport administratiu i elaboració cartogràfica: Joan Aloy i Punzano

Suport administratiu i coordinació de l'edició del document: Anna Gabaldà i Felipe, Imma Ariete i Camacho

Persones que també han col·laborat en la redacció, en grups de treball i d'assessorament

Jordi Admetlla, Cari Almazán, Marta Álvarez, Antoni Anglada, Àngels Arcusa, Olinda Ania, Montserrat Artigas, Rafael Ballús, Montse Bassols, Jorge Batesteza, Alba Benaque, Felip Benavent, Carles Benet, Josep Benet, Joan Berenguer, Pere Bonet, Josep M. Borràs, Xavier Borràs, Josep M. Bosch, Montserrat Bouqué, Pilar Brugulat, Lluïsa Brull, Antonio Bulbena, Anna Busqué, Montse Bustins, Manuel Bustos, Iria Caamiña, Lluís Cabero, Carmen Cabezas, Carmen Caja, Sebastià Calero, Elena Calvo, Lourdes Camp, Jaume Capdevila, Vicenç Cararach, Xavier Carbonell, Jaume Casaldàliga, Carme Casas, Pilar Casaus, Josefina Castro, Joan Colom, Carme Coll, Eva Coma, Joan C. Contel, Delfí Cosials, Dolors Costa, Pilar Duro, Manel Enrúbia, David Elvira, Joan Escarrabill, Pilar Espelt, Josep A. Espinàs, Lluís Espinosa, Jaume Estany, Josep Fàbregas, Meia Faixedas, Gemma Falguera, Francesc Fargas, Daniel Fernández, Marisa Fernández, Rosa Fernández, Manel Ferran, Santiago Ferrandiz, Gerard Ferrer, Alicia Ferrer, Jeroni Ferrer, Sofia Ferrer, Carles Foradada, Dolors Forés, Dolors Garcia, Gemma Ginovart, Ramon Girona, Rosa Gispert, Anna Gómez, Xavier Gómez-Batista, Rafael Gràcia, Montserrat Guibert, Josep L. Ibáñez, Jaume Iglesias, Cristina Iniesta, Glòria Jodar, Esther Jordà, Salvi Juncà, Remei Juncadella, Xavier Krauel, Carme Lacasa, Josep M. La Illa, Ester Limón, Tona Lizana, Albert Llop, Alfonso López, Lluïsa López, Rafael López, Rosa López, Josep Lupón, Pilar Magrinyà, Anna Mompert, Anna Marrugat, Núria Martí, Cristina Martínez, Gerard Martínez, Jordi Martínez, Roser Martínez, Ramon Maspons, Mercè Mercader, Cristina Minguell, Dolors Muñoz, M. Dolors Navarro, Francesc Xavier Niño, Lydia Padró, Olga Pané, Alba Pascual, Joan Parellada, Antoni Pesarrodona, Josep Maria Picaza, Pere Plaja, Aina Plaza, Joan V. Pons, Antoni Ponsà, Jordi Pou, Ramon Prats, Clara Pujol, Xavier Puig, Analia Pumares, Francisco Quílez, Mercè Ramon-Cortés, Josep Ramos, Joaquim Ribot, Anna Riera, Rosa M. Riera, Helena Ris, Genís Roca, Carlos Rodrigo, Joan Maria Roig, Josep Roman, Esther Rovira, Jordi Saez, Eugeni Saigí, Salvador Salcedo, Lluís Salvador-Carulla, Xavier Salvador, Eva Sánchez, Plàcido Santafé, Elisa Séculi, Marta Serrarols, Isabel Sierra, Elias Skaf, Anna Solano, Conxita Soler, Pere Subirana, Josep M. Suelves, Victòria Teixidó, Elvira Torner, Tina Ureña, Ester Valverde, Jordi Varela, Montserrat Vilalta, Josep M. Vinué, Matías Zamora i Anna Zaragoza.

El nostre agraïment a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, a les societats científiques, a les entitats i associacions d'usuaris, pacients i familiars, i a les organitzacions sanitàries i professionals que, amb la seva col·laboració, han fet possible l'elaboració del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública.

1. Introducció

La present versió resumida té com a objectiu mostrar de manera sintètica el contingut del document *Els serveis per a la salut: mirant cap al futur. Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública*. Les persones interessades a tenir accés a les dades més completes o entrar més a fons en l'argumentació que sustenta les parts principals del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública poden consultar el web del Departament de Salut (www.gencat.cat/salut). La versió íntegra publicada consta de dos volums i d'una carpeta cartogràfica.

El Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública s'estructura en deu capítols. Després de la introducció, s'exposen els objectius i els plantejaments de base de la planificació de serveis en el moment actual. En el capítol 3 s'explica el procés d'elaboració que s'ha seguit.

En el capítol 4 es recullen els treballs d'anàlisi de la situació i les tendències amb relació a la demografia catalana, els serveis i la visió dels ciutadans, els professionals i els gestors.

En el capítol 5 s'estableixen les línies estratègiques d'orientació dels serveis amb una perspectiva de futur, les quals formen una de les parts nuclears del Mapa, la que correspon més a la visió estratègica.

En el capítol 6 es presenten els criteris de planificació segons la tipologia de serveis. També s'hi inclou el resultat de l'exercici de planificació de serveis en el marc dels plans directors del Departament de Salut i els plans estratègics d'ordenació de serveis, la planificació de serveis d'alta especialització i/o concentració, i la planificació dels serveis de salut pública. També formen part d'aquest capítol unes primeres orientacions per a la planificació dels recursos humans i un apartat sobre la interrelació amb els serveis socials.

La descripció de l'organització territorial sanitària en el context del procés de descentralització del sistema de salut constitueix el contingut del capítol 7.

En el capítol 8 es recullen una sèrie d'actuacions focalitzades en determinats territoris amb necessitats socials i de salut especials, concretament al voltant de l'estratègia de reducció de desigualtats anomenada "Salut als barris".

En el capítol 9 s'explica la relació del Mapa amb altres àmbits d'actuació i instruments per fer efectives les polítiques de salut i de serveis, els quals fan possible el desplegament del Mapa de manera coherent amb la resta d'actuacions de direcció del sistema públic de salut.

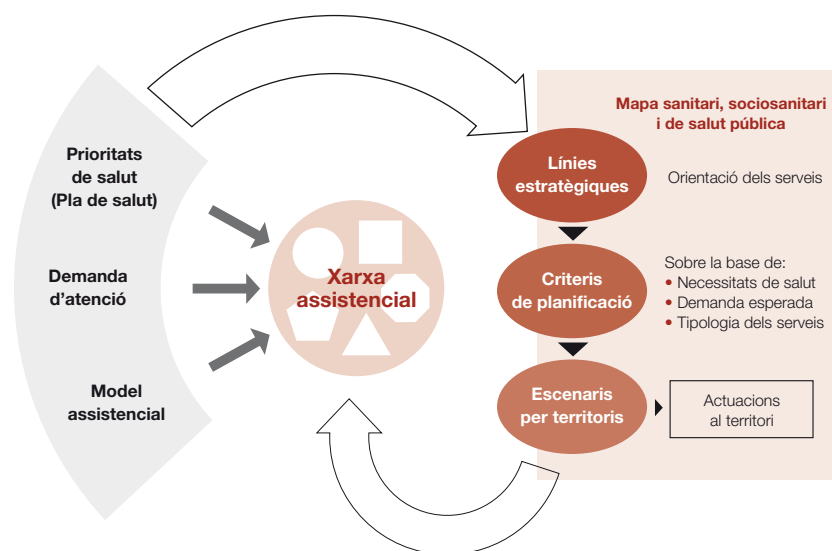
El capítol 10 està format pels escenaris de desenvolupament i d'adequació dels serveis per a cadascun dels àmbits territorials dels governs territorials de salut, en els quals es plasmen territorialment els criteris de planificació definits, tot tenint en compte les projeccions demogràfiques i les especificitats de cada territori. Per conèixer el detall dels escenaris de cadascun dels àmbits territorials es pot consultar el volum II del document íntegre, disponible al web del Departament de Salut (www.gencat.cat/salut).

2. Objectius i plantejament general de la planificació dels serveis

L'objectiu general del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública és adaptar els serveis per donar resposta a les necessitats de la població. El Mapa, sota el títol "Els serveis per a la salut: mirant cap al futur" i com a instrument de planificació, té el propòsit d'ajudar a prendre decisions sobre el desenvolupament i l'adequació dels serveis, és a dir, com ha d'evolucionar la xarxa de serveis en el futur, amb un sentit d'anticipació als problemes previsibles.

Si bé les decisions clíniques dels professionals o les actuacions dels agents de salut pública són les que constitueixen la base de la relació d'atenció a les persones i a les poblacions, i les que aporten més valor afegit en el contacte quotidià dels ciutadans amb els serveis, també és cert que aquestes estan condicionades per la capacitat assistencial disponible, l'equilibri entre dispositius, les competències dels professionals i, en definitiva, la configuració de la xarxa de serveis.

L'evolució de la xarxa de serveis, amb una perspectiva de futur, ha de tenir relació amb les prioritats i la visió estratègica de la política de salut, i amb el model assistencial que els ciutadans escullen legítimament en el marc d'una societat democràtica.



Antecedents: el primer Mapa sanitari

El primer mapa sanitari es va elaborar entre els anys 1979 i 1984, i va tenir dues etapes. En la primera es va fer un inventari de recursos i una proposta de divisió territorial, mentre que en la segona etapa es va fer el desplegament. La primera part la va elaborar la Conselleria de Sanitat i Assistència Social, que dirigia el conseller Ramon Espasa, i el desplegament el va elaborar la Conselleria de Sanitat i Seguretat Social, que dirigia el conseller Josep Laporte. En aquest període es van produir les transferències sanitàries a Catalunya i va començar una política sanitària autònoma.

El Mapa sanitari del 1980 va analitzar la situació sanitària a Catalunya i va fer dos tipus de propostes, unes per a l'ordenació sanitària i les altres per a l'ordenació territorial. El desplegament va completar l'anàlisi que es feia en el Mapa amb dades demogràfiques més acurades i va fer projeccions demogràfiques. Així mateix, es va fer una anàlisi dels recursos i dels serveis sanitaris i de la despesa i el finançament sanitari. Per a cadascuna de les dotze àrees de salut es va concretar un desplegament territorial dels serveis necessaris.

Les propostes de planificació del desplegament van portar a una profunda transformació de l'atenció primària i de l'organització hospitalària. En el cas de l'atenció primària, va ser la Reforma

2. Objectius i plantejament general de la planificació dels serveis

de l'atenció primària establerta per decret l'any 1985. En el cas dels hospitals, es va crear la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP), el mateix any 1985

Elements de referència de l'àmbit internacional per a l'elaboració del nou Mapa

<p>Regne Unit: <i>Our health, our care, our say: a new direction for community services</i> (2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Millorar l'accés a l'atenció primària (elecció, horari). - Millorar l'accés a serveis comunitaris (atenció sexual, salut mental, cribratges, prevenció primària, gent gran, joves, final de la vida, etc.). - Donar suport a pacients amb necessitats de llarga durada. - Disposar d'atenció a prop de casa. - Assegurar les reformes posant els ciutadans en el centre del control. - Fer els canvis efectius (sistema d'informació, qualitat, recursos humans, etc.).
<p>La seqüència del National Health Service Plan del Regne Unit (anys 2000, 2002, 2004, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Millorar l'accés a tots els serveis (temps d'espera, atenció urgent). - Millorar els resultats en determinats àmbits (càncer, salut mental, problemes cardiovasculars, gent gran, infants). - Reduir desigualtats. - Oferir atenció personalitzada (elecció) i d'alta qualitat (atenció en el moment adequat). - Donar suport a pacients amb malalties de llarga durada. - Incrementar la capacitat del National Health Service en tres àrees clau: les infraestructures, els professionals i les TIC (tecnologies de la informació i la comunicació).
<p><i>10 High Impact Changes for Service Improvement and Delivery</i> (Modernisation Agency, NHS, 2004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulatorització. - Fluidesa (en l'accés, rapidesa en el diagnòstic, reducció de les estades, compliment de la programació, estandardització dels processos). - Adequació del seguiment (evitar el que és innecessari i potenciar el que és necessari). - Aplicar un enfocament sistemàtic en l'atenció a persones amb malalties de llarga durada. - Redissenyar/ampliar rols, atraure i retenir professionals adequats.
<p>Delivering for Health (Escòcia, 2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Focus d'interès: serveis més propers, atenció més ràpida, atenció personalitzada, continuïtat assistencial. - Anticipació de l'atenció a la població vulnerable i/o de risc. - Donar suport a l'autocura. - Millorar i prioritzar els serveis ambulatoris (diagnòstic, tractament de dia, cirurgia ambulatoria). - Ampliar els rols de professionals. - TIC. - Identificar què cal fer en cada lloc.
<p>Pla d'acció nacional (Suècia, 2001)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolupar l'atenció primària (accessibilitat, recursos humans, formació, recerca). - Millorar la coordinació en atenció a la gent gran (qualitat de l'atenció a les residències, recursos humans, formació, suport a les famílies). - Millorar l'atenció psiquiàtrica (per grups de població: infants, adolescents, adults, gent gran).
<p>Informe Romanow (Canadà, 2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Millorar l'accés en àrees rurals (telemedicina). - Millorar i agilitar els serveis diagnòstics. - Reformar l'atenció primària. - Ampliar els serveis domiciliaris.
<p><i>HealthCast 2020: Creating a Sustainable Future</i> (PriceWaterhouse & Coopers, 2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El millor ús de la tecnologia i de les xarxes electròniques de comunicació acceleren la integració, l'estandardització i la transferència de coneixement i informació clínica. - Assignar recursos adequadament com a mesura per afavorir el control de costos i l'accés als serveis per al màxim de població. - La innovació, els canvis tecnològics i de procés com a mitjà per millorar continuadament els tractaments, l'eficiència i els resultats. - La flexibilitat i l'ampliació dels rols clínics proveeixen vies perquè l'atenció se centri en les necessitats dels pacients.

L'enfocament del nou Mapa: "Els serveis per a la salut: mirant cap al futur"

Més orientador que determinista

Tot i que recupera la tradició en la denominació de mapa sanitari per a l'instrument de planificació estratègica dels serveis de salut amb una visió de conjunt, el nou Mapa no s'enfoca tant a proposar les infraestructures necessàries en el territori i l'ordenació territorial com a donar orientacions per desenvolupar i adequar els serveis amb una perspectiva de futur.

El context actual del sistema públic de salut i, en general, la societat catalana del segle XXI i les seves institucions han evolucionat d'una manera rellevant. Avui parlem d'autonomia i de responsabilització dels professionals, de transferència de risc, de separació de funcions, d'avaluació, de telemedicina, de xarxes multicèntriques, d'integració assistencial, de governança, etc. En aquest context, l'instrument de planificació de serveis no pot ser una carta determinista dels serveis que hi ha d'haver en qualsevol punt del territori, amb una aplicació de les decisions per línia jeràrquica. El que es necessita és més aviat un instrument que orienti i faciliti la presa de decisions en els contextos adequats i que cerqui els consensos necessaris, però que també incorpori els criteris de planificació que permetin anticipar-se a les necessitats futures.

La política de salut com a referència per a la política de serveis

El Pla de salut de Catalunya marca les prioritats de la política de salut i també els objectius més estratègics dels serveis, com ara l'equitat, l'eficiència, la satisfacció dels ciutadans i la sostenibilitat.

La política de serveis té com a primera font d'inspiració les prioritats, traduïdes operativament en els plans directors del Departament de Salut, i els objectius del conjunt del sistema de salut, entenent per sistema el conjunt d'agents que intervenen en la salut: l'Administració, les institucions sanitàries, els professionals i les institucions relacionades amb altres sectors implicats en la salut de la població, a més a més dels ciutadans, que ocupen el lloc central com a subjectes de la salut i propietaris últims del sistema.

El model sanitari

El sistema sanitari català, un cop incorporat de ple dret al conjunt de models sanitaris coneguts com de caràcter universal, quant a la cobertura d'accés gratuït i amb un fort component d'equitat, s'enfronta als reptes comuns d'aquests tipus de sistemes, que són, principalment, els següents:

- La governança del sistema i la participació dels ciutadans.
- La sostenibilitat financera i els mecanismes d'assignació de recursos als proveïdors.
- L'augment de la demanda, sobretot a causa de l'envelliment de la població i dels fenòmens immigratoris.
- La implicació dels professionals en els objectius i el funcionament del sistema.
- Els models i els mecanismes de planificació i el seu impacte en les estructures de provisió de serveis.
- L'esgotament dels models clàssics d'estructures de provisió per línies de serveis o nivells d'atenció.
- L'ús i l'impacte de les tecnologies de la informació i la comunicació en el conjunt del sistema.

Els principis definidors de transformació del model sanitari que han guiat l'acció de les polítiques del Departament de Salut al llarg dels últims tres anys han estat:

- La descentralització i el seu model de governança.
- La integralitat i la transversalitat en les intervencions en salut.

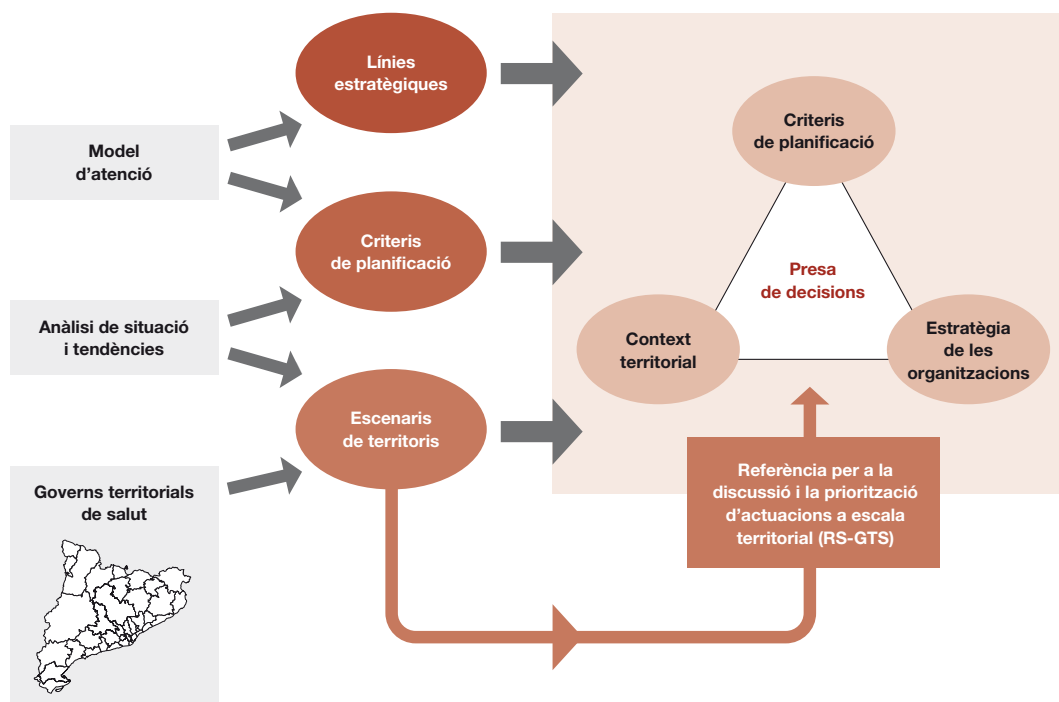
2. Objectius i plantejament general de la planificació dels serveis

- La cooperació enfront de la competència entre proveïdors de serveis.
- L'equilibri financer del sistema.
- La recerca biomèdica.
- Els ciutadans, els professionals i els territoris com a eixos fonamentals en la implantació de les polítiques de salut.

Els criteris generals de la planificació dels serveis

Els criteris generals de planificació, que ja es van fixar en l'etapa de disseny del procés d'elaboració del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública, són els següents:

- Concepció de sistema de salut.
- Consideració de les prioritats de la política de salut.
- Consideració de les diferències en la salut (socials, de gènere, territorials).
- Visió global dels serveis.
- Perspectiva de prospectiva (d'aquí al 2015).
- Plasmació territorial.
- Planificació com a procés dinàmic.



La funció del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública

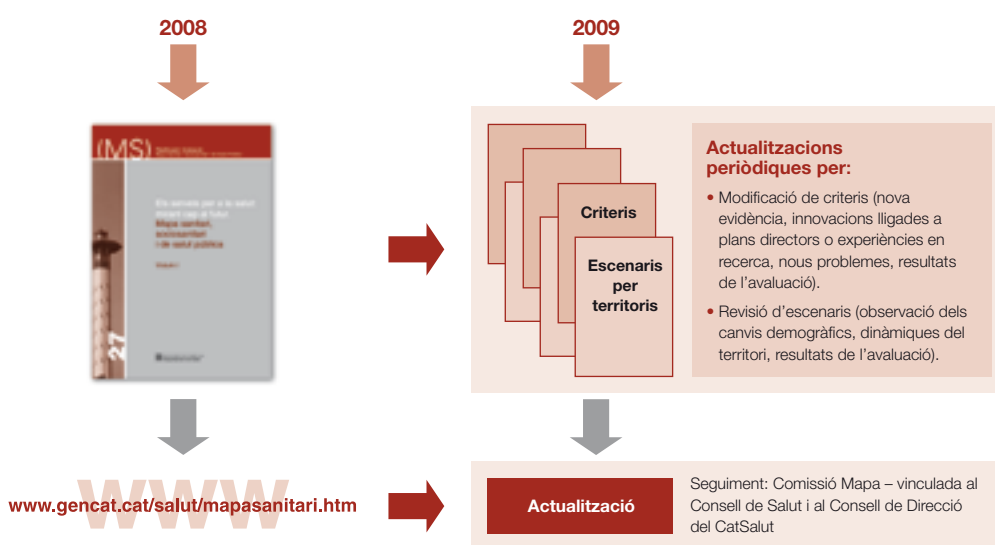
La funció principal del Mapa és aportar línies estratègiques i criteris de planificació per a la presa de decisions en relació amb el desenvolupament i l'adequació dels serveis.

Molts dels serveis tenen una base territorial de proximitat. Per tant, té sentit que la decisió sobre les actuacions a escala territorial es prengui considerant el context territorial i les estratègies de les organitzacions implicades en la provisió d'aquests serveis.

Un instrument dinàmic

Els exercicis de planificació amb un plantejament prospectiu són plens d'incerteses sobre l'evolució futura de les variables que manegen (la població, les necessitats, les tecnologies, etc.).

El plantejament ha de ser de planificació contínua, observant tot allò que passa a la realitat, treballant amb profunditat els nous temes que passin a ser prioritaris o crítics en termes d'impacte i actualitzant les parts que periòdicament poden millorar en qualitat.



El Mapa com a instrument dinàmic

	Mapa de 1980	Nou Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública
Enfocament	Sobre la base de ràtios. Estàtic.	A partir de processos i demanda. Prospectiu i dinàmic.
Contingut (propostes)	Ordenació territorial. Propostes d'equipaments (centres de salut i hospitals).	Ordenació territorial. Línies estratègiques d'orientació. Criteris de planificació (explícits i adaptables). Escenaris per territoris (estructura i processos).
Abast	Assistència primària i hospitalària, i actuacions sobre el medi ambient.	Tipologia diversificada de serveis sanitaris, sociosanitaris i de salut pública.
Metodologia	Sobre la base d'estàndards de recursos per habitants.	Projeccions demogràfiques, hipòtesis i objectius de demanda i de cobertura. Estimacions de demanda esperada i de necessitats de capacitat assistencial per territoris i per al conjunt de Catalunya. Incorpora la visió de ciutadans, professionals i gestors.
Participació	Consultes a ajuntaments, institucions i organitzacions de professionals.	A través d'espais de debat i grups de treball. Discussió en òrgans estables de participació i de direcció del sistema.
Aprovació	Govern	Govern, amb una fase prèvia de debat obert al sistema de salut, les institucions i la ciutadania.

3. Procés d'elaboració

L'inici de l'elaboració

Al final de l'any 2004 va començar l'elaboració del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública, amb la discussió sobre el disseny del projecte del Consell de Direcció del Departament de Salut i el Consell Assessor de Planificació i Avaluació, que dóna suport a la Direcció General de Planificació i Avaluació.

El mateix 2004 es van iniciar els treballs tècnics coordinats per la Unitat del Mapa Sanitari de la Direcció General de Planificació i Avaluació i amb participació del CatSalut i de les regions sanitàries. Aquests treballs es van materialitzar en l'elaboració d'una sèrie de productes que servien de base per planificar i també per contrastar la funcionalitat dels plantejaments. Entre aquests podem destacar els informes tècnics següents:

- Definició de les unitats territorials de referència (UTR) per a la planificació.
- Projeccions de població per UTR, edat i sexe fins a l'any 2015, a partir de les dades del Registre central d'assegurats (RCA) i de manera coherent amb les hipòtesis de l'Idescat.
- Criteris de planificació del mapa d'hospitalització d'aguts.
- Orientacions per a la definició dels hospitals lleugers.

Les prioritats de l'any 2005

L'any 2005 el treball es va organitzar en dues línies principals d'execució. D'una banda, calia consolidar els treballs tècnics de llarg recorregut i, de l'altra, calia prioritzar l'exercici nou d'incorporar criteris de planificació de serveis als plans directors del Departament de Salut. Així doncs, les principals actuacions van ser:

- Discussió en grups de treball sobre els criteris de planificació de serveis que calia incorporar als plans directors d'oncologia, salut mental i addiccions, malalties de l'aparell circulatori, sociosanitari i immigració.
- Inici dels treballs d'elaboració de bases cartogràfiques i avenç en el tractament cartogràfic de la informació.
- Recopilació de la informació dispersa sobre disponibilitat de recursos, activitat i utilització.
- Elaboració d'un estudi qualitatiu sobre les visions dels ciutadans, els professionals i els gestors sobre l'atenció sanitària, com una via per incorporar els punts de vista dels agents que interactuen quotidianament, i sumar-los als treballs tradicionals de planificació a partir de la informació quantitativa i la perspectiva tecnicopolítica de l'Administració.

Any 2006: intensificació dels processos de participació i discussió

Durant l'any 2006, entre les actuacions de caire tècnic per a l'elaboració del Mapa podem destacar les següents:

- La finalització de l'anàlisi de situació sobre la base de la informació disponible més recent, en general referida a l'any 2005, encara que amb dades provisionals quan provenen de registres que són en fase de validació final.
- La producció cartogràfica de suport a l'anàlisi de situació i a la informació per construir els escenaris per territoris.
- La definició de criteris de planificació en relació amb els plans estratègics d'ordenació de serveis i àmbits d'especial interès (atenció primària de salut, atenció pediàtrica, atenció maternoinfantil, atenció domiciliària, atenció urgent, etc.).

Tan important com això ha estat la dinàmica de participació i discussió encetada per definir les línies estratègiques d'orientació dels serveis i el consens sobre els criteris de planificació i els escenaris territorials. Aquest procés s'ha concretat en les accions següents:

- Presentació seqüencial de les propostes al Consell de Direcció del Departament de Salut, al Consell Assessor de Planificació i Avaluació i al Consell de Direcció del CatSalut, fins a arribar a l'aprovació de les parts substancials de l'avantprojecte.
- Jornada de debat, celebrada el 5 d'abril, amb la participació de 125 professionals i directius del sistema de salut de Catalunya per definir les línies estratègiques.
- Discussió amb cadascuna de les regions sanitàries per adaptar els escenaris de desenvolupament i adequació dels serveis a les especificitats de cada territori.

Un projecte de Departament

El lideratge del projecte l'ha dut a terme la Direcció General de Planificació i Avaluació, amb la coordinació de la Unitat del Mapa Sanitari. També han intervingut en l'elaboració del Mapa un gran nombre d'unitats del Departament de Salut, del CatSalut, de l'Institut Català de la Salut (ICS) i les organitzacions de proveïdors Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC) i Unió Catalana d'Hospitals (UCH). Així mateix, el Mapa ha estat sovint a l'agenda de discussió del Comitè d'Enllaç Departament-CatSalut, del Consell de Direcció del Departament de Salut i dels altres òrgans directius.

Grups de treball

La majoria de propostes s'han elaborat a partir de grups de treball amb participació de professionals de l'àmbit afectat, tècnics de la Direcció General de Planificació i Avaluació, del CatSalut, de l'ICS, de les organitzacions de proveïdors i de les regions sanitàries. Els principals grups de treball que han participat en l'elaboració de les bases metodològiques i la definició de criteris de planificació han estat:

- Els grups específics convocats pels plans directors.
- Els grups específics dels plans estratègics d'ordenació dels serveis.
- Els grups de treball sobre aspectes metodològics (unitats territorials de referència, grup tècnic de disseny del projecte).
- Els grups de treball sobre àmbits específics per definir criteris (hospitalització d'aguts, atenció urgent, telemedicina, terciarisme, etc.).

Fase de debat obert

Un cop elaborat i aprovat inicialment l'avantprojecte del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública, i atesa la transcendència d'aquest projecte, es va obrir una fase de debat i recollida d'aportacions que permetés un ampli coneixement i consens per part dels principals agents implicats i de la societat en general. L'avantprojecte ha estat presentat a totes les regions sanitàries, a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears i en alguns fòrums científics i acadèmics. També s'ha donat a conèixer a través del web del Departament de Salut, on s'han comptabilitzat prop de 7.000 descàrregues de documents relacionats amb el Mapa entre desembre de 2006 i febrer de 2007. Complementàriament, s'ha obert un espai de participació a la plataforma e-Catalunya a fi de disposar d'una via més per a la difusió de l'avantprojecte i per a la recollida d'aportacions. Així mateix, s'ha editat una versió resumida del document de l'avantprojecte, que s'ha distribuït a tota la xarxa assistencial i a les persones i les institucions que han intervingut en l'elaboració. Com a resultat d'aquest procés s'han introduït alguns canvis que han permès completar algunes de les propostes amb un nivell més alt de definició i millorar la redacció d'algunes parts.

4. Anàlisi de la situació i tendències dels serveis del sistema públic de salut

4.1. La població

4.1.1. Panoràmica demogràfica recent a Catalunya

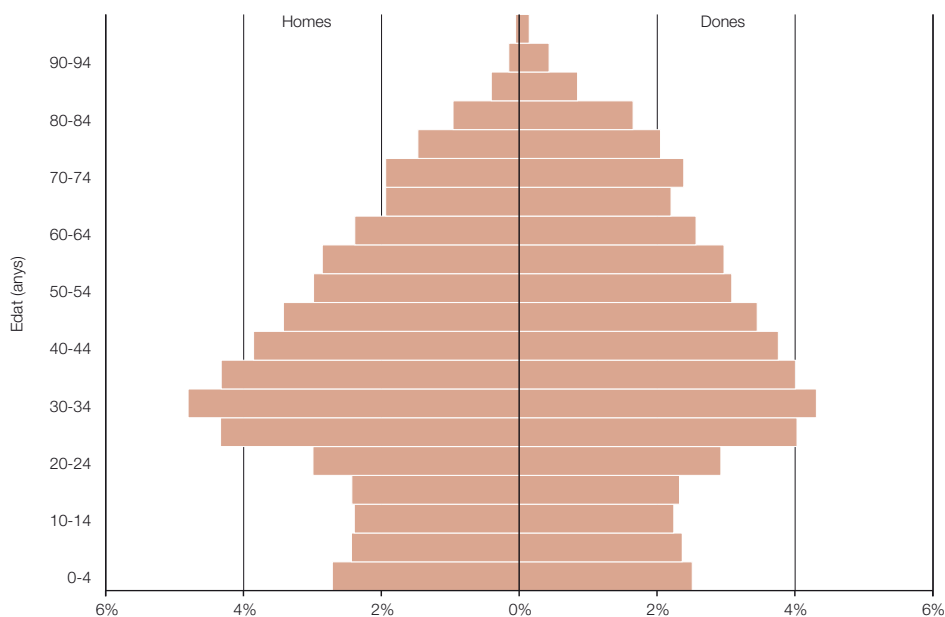
L'evolució demogràfica recent a Catalunya ha estat caracteritzada en l'últim quart del segle xx per la instauració d'un règim de molt baixa fecunditat, que ha estat acompanyat per millores substancials de la supervivència i, en conseqüència, per una nova redistribució de la importància de les diferents edats en el conjunt de la població, fet que s'acostuma a destacar com a envelliment poblacional.

Tanmateix, la intensificació i la diversificació dels fluxos migratoris internacionals han acompanyat el canvi de segle amb una transcendència important en la demografia de Catalunya, amb l'aportació de contingents de població jove en edat fecunda i en procés de construcció familiar, que procedeix de països amb unes condicions de salut molt diferents i que, a més, conviu amb pràctiques matrimonials, sexuals i de maternitat diverses.

El volum i la piràmide d'edats de la població de Catalunya

La població de Catalunya ha passat, en no gaire més d'un segle, de 2 a 7 milions d'habitants. L'any 1960 la població era d'uns 4 milions d'habitants, i al llarg de la dècada va començar un període de creixement molt accelerat amb saldos migratoris molt alts i amb un augment de la natalitat que no es va aturar fins a l'any 1975 (entre 1960 i 1975 la població va créixer en un volum d'aproximadament 2 milions de persones). Entre 1975 i 1980, el creixement migratori va ser molt baix i la natalitat va començar una tendència de forta davallada, però la població va augmentar a causa dels efectes d'una piràmide de població jove. Fins a mitjan anys noranta, la població catalana es va estabilitzar al voltant de 6 milions d'habitants com a conseqüència d'un creixement natural molt baix i uns saldos migratoris també baixos o, fins i tot, negatius. Els darrers anys, el factor migratori, ara de població estrangera, ha tornat a ser el component principal de la represa del creixement de Catalunya i, al costat de la tendència recent de recuperació de la natalitat, dibuixa un nou horitzó de creixement poblacional en el llindar del segle XXI.

Piràmide de la població de Catalunya el 2005



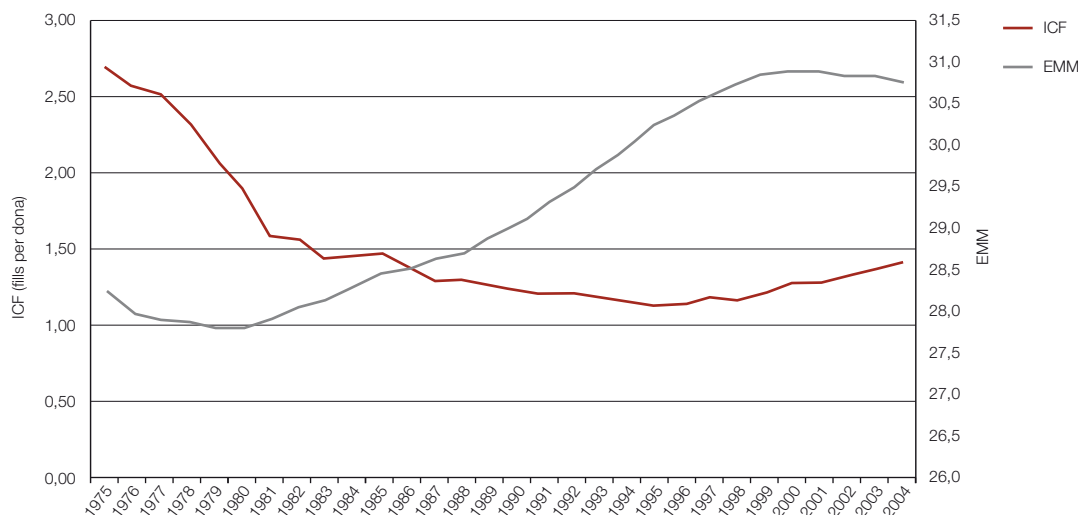
A través del perfil piramidal es pot avançar que quan les generacions de volum minvat pels efectes de la Guerra Civil acabin d'arribar als 65 anys, la població gran entrarà en una fase de creixement molt fort, sense precedents. Els efectes de l'entrada en la tercera edat de les generacions nascudes durant la dècada dels anys seixanta i el començament de la dels setanta, amb un gran volum inicial, s'afegiran als de la millora de la supervivència en edats avançades.

Natalitat i fecunditat: símptomes de recuperació

Des de mitjan anys setanta s'instaura a Catalunya un règim de fecunditat molt baixa, però amb el canvi de segle, tant la natalitat com la fecunditat presenten símptomes de recuperació. L'augment dels naixements respon a diferents factors (l'augment de la immigració, l'arribada a les edats de màxima fecunditat de generacions molt nombroses nascudes als anys seixanta i l'augment de la fecunditat de dones d'edats madures).

La recuperació de la fecunditat comença amb el canvi de segle, i l'any 2004 el nombre de fills per dona (índex sintètic de fecunditat, ISF) se situa ja en 1,4 fills, lleugerament més baix que la mitjana de la Unió Europea. S'observa un petit rejueniment de l'edat mitjana de maternitat (EMM) l'últim any, després de l'estabilització d'aquest indicador en el primer quinquenni de la dècada del 2000. Cal tenir en compte que mentre que les mares estrangeres tenen els fills en edats joves, al voltant dels 25 anys, les de nacionalitat espanyola tenen una maternitat molt més endarrerida, amb unes edats mitjanes de maternitat per damunt dels 30 anys.

Evolució del nombre mitjà de fills per dona (ISF) i de l'edat mitjana de maternitat (EMM). Catalunya, 1975-2004



L'increment de la longevitat

L'any 2004 l'esperança de vida de la població de Catalunya es va establir en 77,41 anys per als homes i en 80,75 anys per a les dones. L'augment de l'esperança de vida de la població de Catalunya des del 1900 s'estima al voltant de 40 anys en els homes i de 45 anys en les dones, i actualment se situa entre les més elevades del món.

Als anys vuitanta i el primer quinquenni dels noranta augmenta la diferència d'esperança de vida d'homes i dones a causa, principalment, de l'increment de la mortalitat dels joves i els adults joves com a conseqüència dels accidents de trànsit i la sida; a partir de 1997, les diferències per sexe s'estabilitzen al voltant de set anys. Els anys noranta i els primers anys de la nova dècada han

conegut una represa del creixement de l'esperança de vida: la de les dones principalment als anys noranta i la d'ambdós sexes a la dècada següent.

La naturalesa de la població: l'augment dels residents estrangers

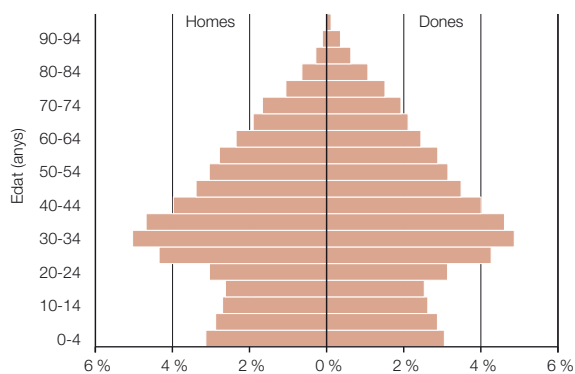
Des del principi dels anys noranta l'arribada de població estrangera a Catalunya és un fet remarcable, com s'ha pogut anar constatant pel creixement progressiu dels seus efectius, però no és fins a l'any 2000 quan per primer cop els fluxos d'estrangers sobrepassen els d'espanyols. Al darrer quinquenni, la població de nacionalitat estrangera gairebé s'ha triplicat.

Els immigrants estrangers són principalment joves, que rejoyeneixen la piràmide de població dels residents de Catalunya. Si entre els residents a Catalunya de nacionalitat espanyola la població de 20 a 44 anys representa el 38% del total, entre els de nacionalitat no espanyola aquest percentatge se situa en el 68% del total. La piràmide dels estrangers és molt més jove que la dels autòctons.

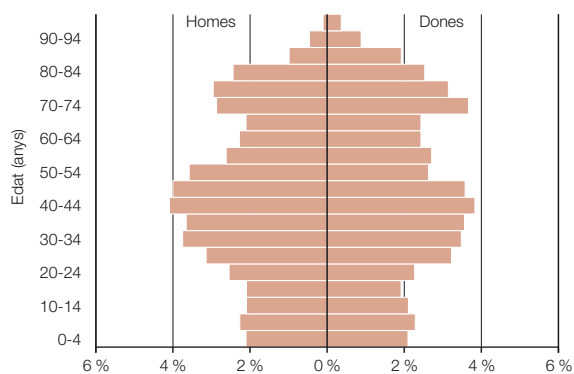
Les piràmides dels governs territorials de salut (GTS)

L'anàlisi territorial de les estructures d'edat i sexe dels governs territorials de salut (GTS) mostra diferents perfils piramidals. Com a exemple de GTS amb fortes diferències, a continuació es presenten les piràmides de 2 dels 37 GTS.

GTS Baix Llobregat Litoral



GTS Pallars Jussà - Pallars Sobirà



4.1.2. Projeccions de població del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública

La població de partida utilitzada ha estat la del Registre central d'assegurats del CatSalut (RCA) corresponent a l'any 2005, però considerant que l'evolució dels fenòmens demogràfics serà la prevista en les projeccions de l'Idescat pel que fa a la mortalitat, la fecunditat i la migració. Les projeccions de l'Idescat plantegen quatre escenaris de futur com a resultat de combinar diferents hipòtesis sobre l'evolució dels diferents components del creixement d'una població. Dels quatre escenaris s'ha optat per prendre com a marc de referència les hipòtesis de l'escenari mitjà-alt, que és el que l'Idescat considera escenari de referència, i les de l'escenari alt.

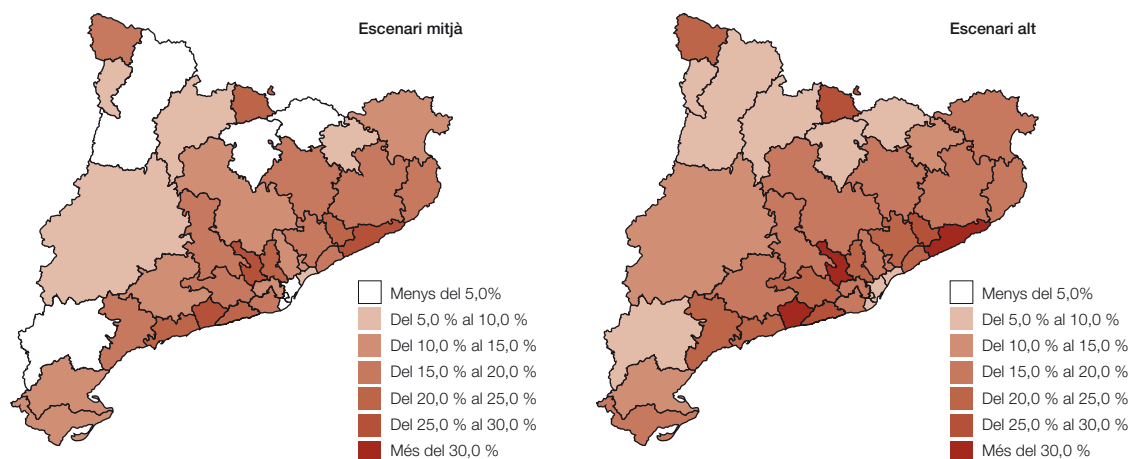
Escenaris de la projecció de població del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública

	Escenari mitjà	Escenari alt
Esperança de vida dels homes l'any 2015	80,7 anys	77,3 anys
Esperança de vida de les dones l'any 2015	86,2 anys	83,7 anys
Fecunditat l'any 2015	1,75 fills per dona	
Saldo migratori amb la resta de l'Estat	Lleugerament positiu	
Saldo migratori amb l'estranger (acumulat 2005-2014)	487.000 persones	809.000 persones

Els efectius de població al principi del 2015 se situen lleugerament per sota del llindar dels 8 milions de persones en l'escenari mitjà, amb 7,96 milions, i el superen en l'escenari alt, amb 8,21 milions. Si bé l'evolució de la població és positiva durant tots els anys, s'aprecia una clara desacceleració del ritme de creixement durant la segona meitat del període projectat. La raó cal cercar-la fonamentalment en l'evolució que preveu l'Idescat de la immigració de l'estranger, caracteritzada per una arribada important de població els primers anys i d'una desacceleració a mitjà termini, encara que es mantindrà en valors força significatius.

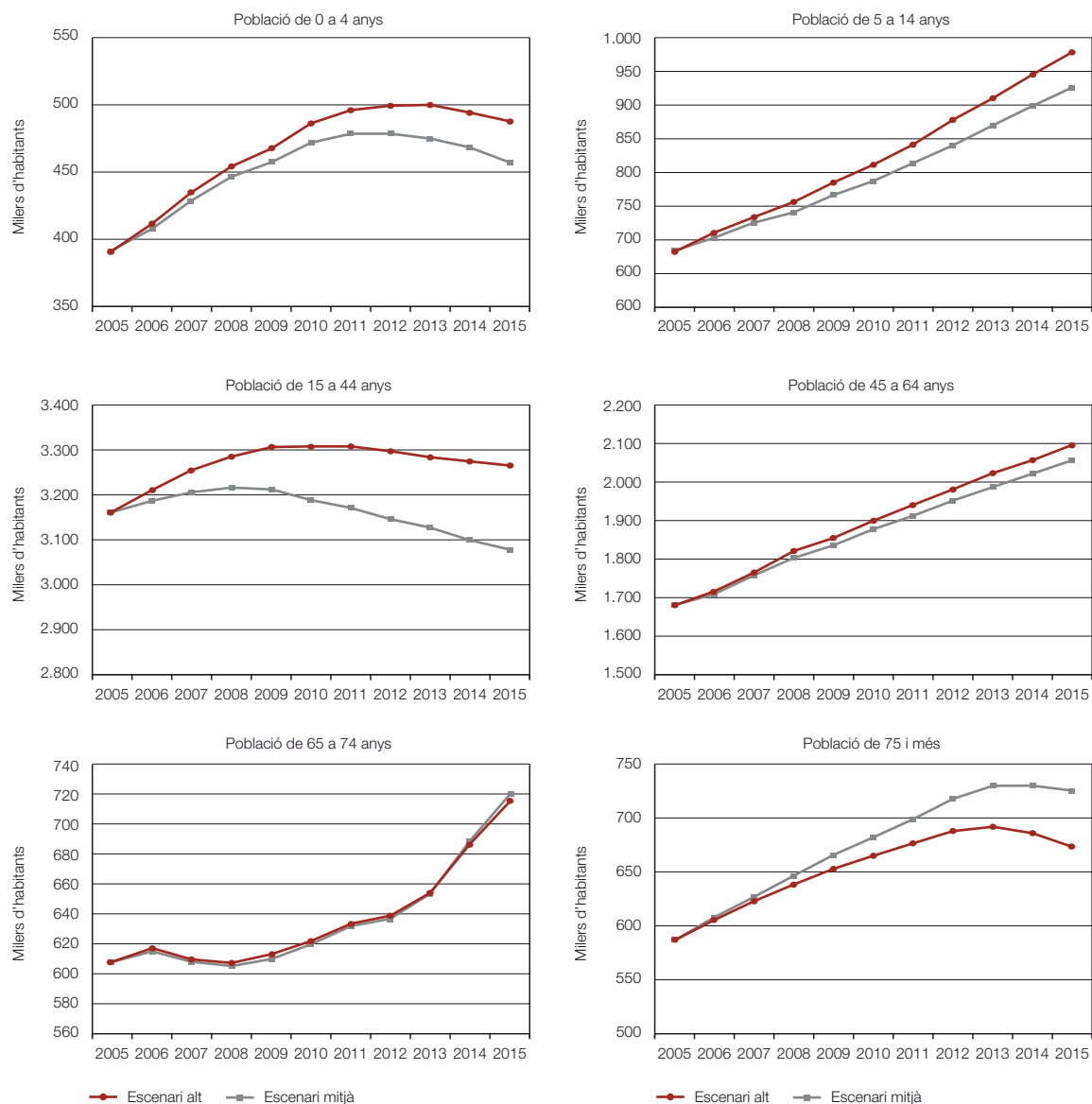
A escala de governs territorials de salut, s'observa una elevada pluralitat de situacions a causa de l'heterogeneïtat de comportaments demogràfics, les diferències en la intensitat i en el signe de les migracions i l'efecte de les estructures per edat sobre el creixement natural.

Increment relatiu de la població (2005-2015)



El creixement de la població anirà acompanyat d'una modificació important de la seva estructura per edats, com a conseqüència de l'efecte combinat del desplaçament per la piràmide de generacions amb contingents de població dispars (efecte inèrcia) i de l'evolució dels fenòmens demogràfics. Malgrat la incertesa de preveure la grandària futura de la població catalana, a causa de la dificultat d'estimar els fluxos migratoris amb l'estranger, la piràmide de població actual exerceix una gran influència sobre l'evolució futura dels diferents grups d'edat i, per tant, algunes de les tendències són més previsible i inevitables.

Projeccions de població per grups d'edat (milers d'habitants)



4.2. El territori i l'organització dels serveis

L'exercici de planificació de serveis ha de partir del coneixement de la població per tal d'orientar el desenvolupament i l'adequació dels serveis a les seves necessitats. En aquest procés, cal treballar amb unes unitats territorials que permetin estudiar els fenòmens en relació amb unes poblacions determinades. Així mateix, les propostes del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública s'han de plasmar sobre uns territoris concrets.

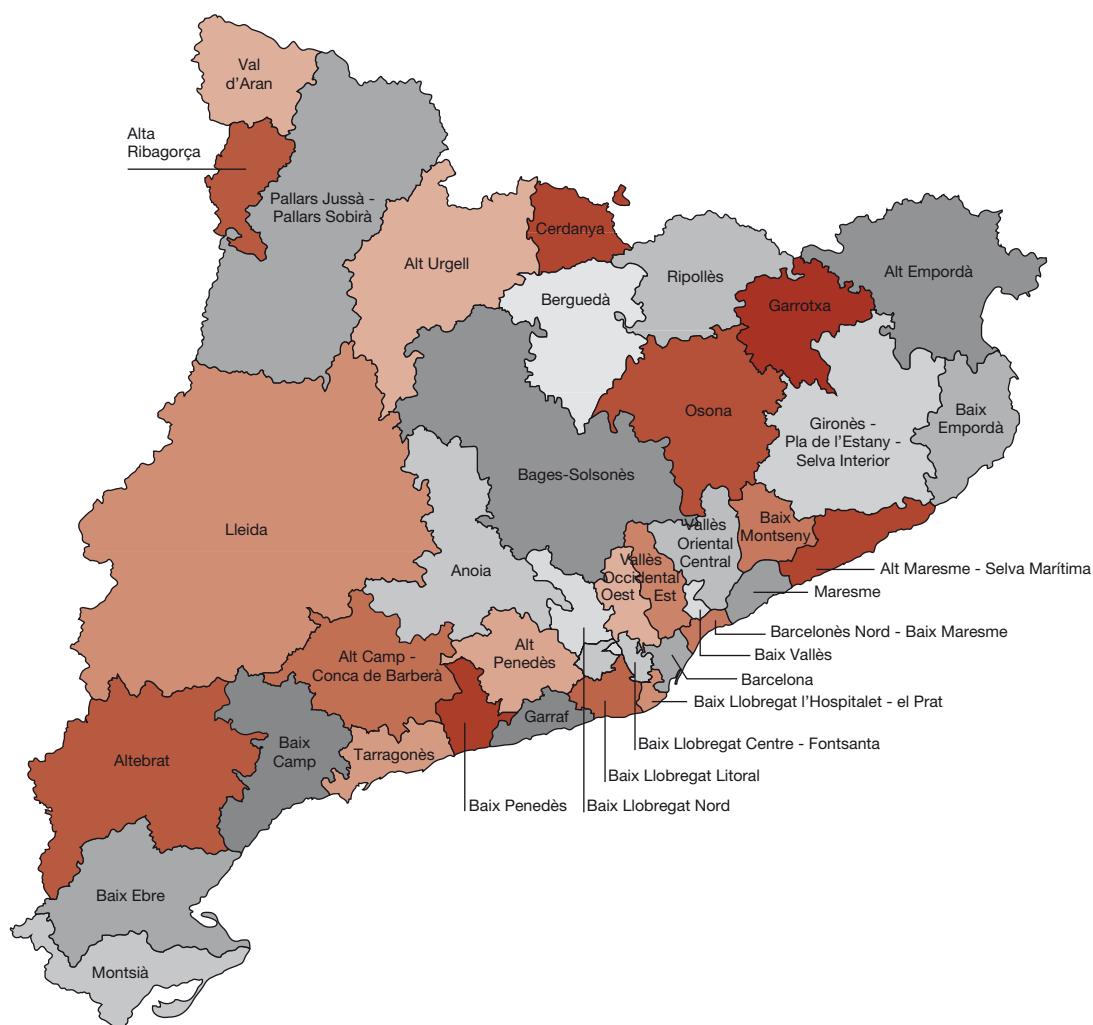
Un dels criteris generals de planificació del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública és considerar els serveis des d'una visió global, que afavoreixi la continuïtat assistencial, i que cada part del procés assistencial es doni en el tipus de serveis que aportï més valor afegit en termes de l'eficiència del conjunt del sistema de salut. D'acord amb aquest enfocament, no es tracta només de dir quins serveis hi ha d'haver en el futur, sinó també com s'han de relacionar entre ells sobre cada realitat territorial i poblacional concreta, de manera que cal treballar amb unes unitats territorials que apleguin una gran part de les funcions assistencials adreçades a la població.

4. Anàlisi de la situació i tendències dels serveis del sistema públic de salut

En aquest sentit, per elaborar els treballs del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública, calia definir les unitats territorials que havien de servir per aproximar-se a la realitat. Aquestes unitats han de respondre al màxim possible al concepte d'àrees funcionals, formades pels territoris on es produeixen la majoria de relacions de la població amb els serveis. Per tant, en general, aquestes unitats han de tenir un volum de població suficient per prestar internament la majoria de serveis i han de recollir les relacions interdependents que hi ha avui entre diversos territoris.

Com a primer pas per definir aquestes unitats territorials es va dur a terme un treball d'anàlisi de les àrees de referència actuals de les diferents línies de serveis. Com a resultat d'aquest treball inicial, l'any 2005 es va elaborar una proposta d'unitats territorials de referència que posteriorment s'ha adaptat a la nova configuració organitzativa, de base territorial, del sistema de salut: els governs territorials de salut.

Àmbits territorials dels governs territorials de salut

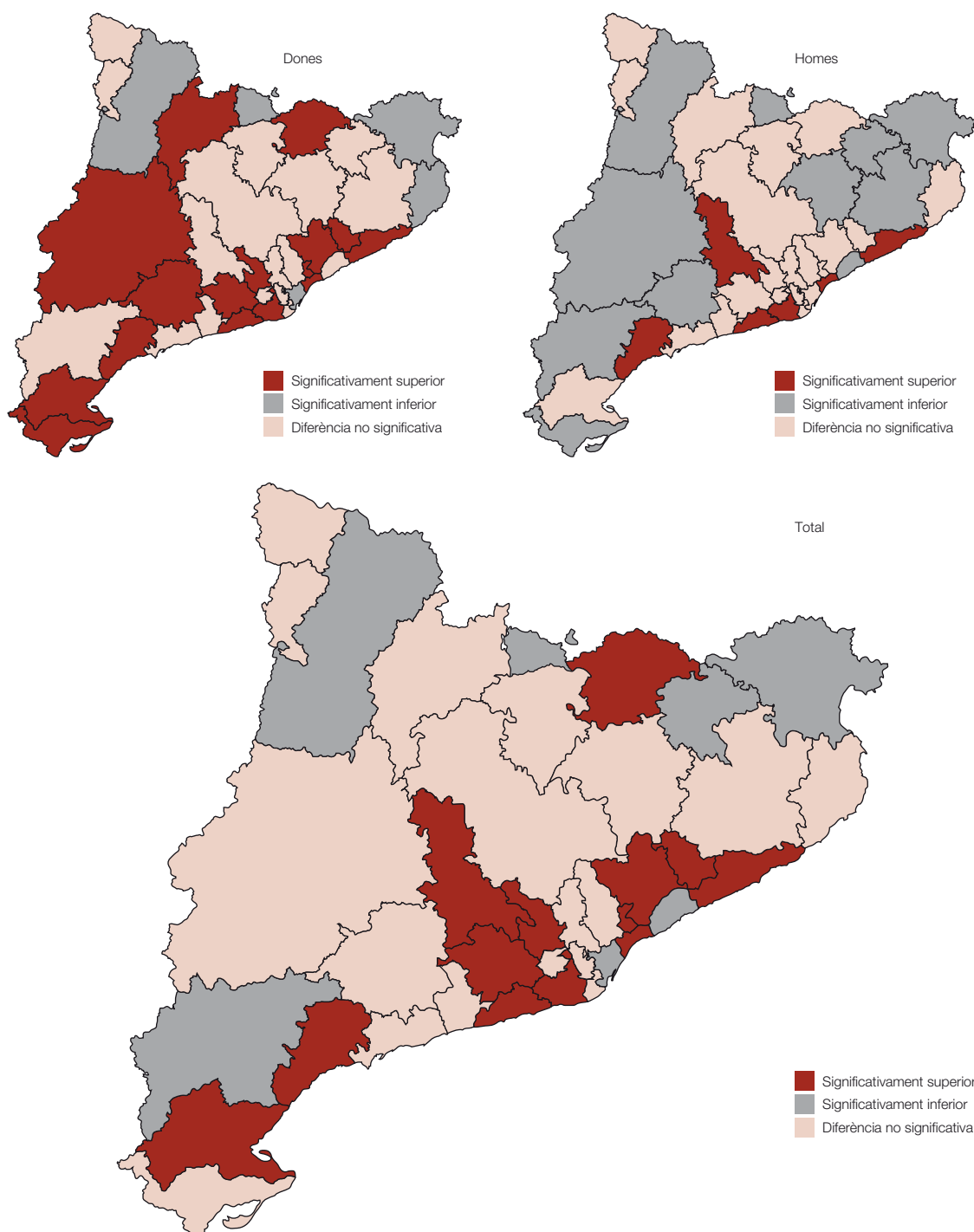


* Inclou els àmbits amb règim propi (Val d'Aran i Barcelona).

4.3. L'anàlisi territorial de l'estat de salut

En la comparació de la mortalitat segons causes de defunció per GTS destaca que els trastorns mentals i de la conducta són la causa de mort amb una variabilitat territorial més elevada, amb un nombre similar de GTS, tant en homes com en dones, que presenten una mortalitat superior o inferior als valors mitjans de Catalunya. Altres causes de mort amb diferències significatives del nivell de mortalitat per GTS són, seguint un ordre decreixent de variabilitat, les malalties del sistema nerviós, les malalties del sistema respiratori, les malalties del sistema circulatori, els tumors, algunes afeccions infeccioses i parasitàries i les malalties endocrines, nutricionals i metabòliques.

La mortalitat per territori durant el període 1999-2004



4.4. La disponibilitat, l'accessibilitat i l'activitat dels serveis sanitaris, socio-sanitaris i de salut pública

4.4.1. Serveis sanitaris i socio-sanitaris

Atenció primària

Al final de 2005 hi havia a Catalunya 397 centres d'atenció primària (CAP) i 821 consultoris locals. Els equips d'atenció primària disposaven de 3.800 metges de família, 972 pediatres i 4.331 infermers, entre d'altres professionals.

El 98,0% de la població té un centre d'atenció primària a menys de 10 quilòmetres, i el 96,8% en té un a menys de 10 minuts. Si incloem també els consultoris locals, només un 0,05% de la població es troba a més de 10 quilòmetres del centre més proper i un 0,35% a més de 10 minuts.

Durant l'any 2005, l'activitat d'atenció primària va tendir a l'estabilitat en els indicadors assistencials de visites per habitant respecte a les dades de l'any anterior.

Atenció hospitalària

El 2005 hi havia a Catalunya 59 hospitals de la XHUP, amb 13.635 llits d'aguts, sense comptar els de psiquiatria i els de serveis especials.

El 97,7% de la població de Catalunya es troba a menys de 30 quilòmetres per carretera d'un centre que ofereix hospitalització d'aguts, i el 98,1% estaria a menys de 30 minuts de l'hospital de la XHUP més proper.

Els últims anys s'ha registrat un augment significatiu del percentatge de contactes de cirurgia major ambulatoria sobre el total de contactes d'hospitalització (el 18,5% el 2005).

L'any 2005, l'estada mitjana dels contactes d'hospitalització convencional i de cirurgia major ambulatoria (CMA) a Catalunya va ser de 5,5 dies.

Atenció socio-sanitària

El nombre de llits de llarga estada s'ha incrementat l'últim any fins a arribar a 5.721 llits. Al final del 2005 hi havia disponibles 370 llits de mitjana estada polivalent, 1.741 llits de convalsència i 375 llits de cures pal·liatives. Les places d'hospital de dia socio-sanitari s'han incrementat respecte a les de l'any 2004, fins a arribar a 1.733 places. El nombre total de programes d'atenció domiciliària - equips de suport (PADES) al final de l'any 2005 era de 77. A més, cal tenir en compte la dotació de 6 equips de teràpia d'observació directa ambulatoria.

Pel que fa a l'accessibilitat geogràfica als recursos socio-sanitaris d'internament, els indicadors de distància i temps mostren uns percentatges de població a menys de 30 quilòmetres o menys de 30 minuts per sobre del 98%. Pel que fa als hospitals de dia, el percentatge de població a menys de 30 quilòmetres baixa fins al 87,7%.

Salut mental

Al final de 2005 hi havia disponibles 825 llits de salut mental d'aguts, 109 llits d'hospitalització psiquiàtrica infantil, 490 llits de subaguts de salut mental i 2.924 llits de mitjana i llarga estada. Les altes generades en les unitats d'aguts dels hospitals psiquiàtrics tenen una estada mitjana de 18,7 dies, i les generades a les unitats de subaguts, de 70,9 dies.

Pel que fa a la consulta ambulatoria psiquiàtrica, hi ha dos dispositius assistencials diferenciats: 78 centres de salut mental d'adults (CSMA), per atendre la població més gran de 18 anys, i 62 centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ), per a la població menor de 18 anys.

El 2005 hi havia disponibles 407 places d'hospital de dia d'adults i 220 places d'hospital de dia infantil i juvenil i, pel que fa als serveis de rehabilitació comunitària, 1.650 places de centres de dia d'adults i 232 places en centres de dia infantojuvenils.

Atenció urgent

L'atenció de les urgències i de les emergències sanitàries es duu a terme en diferents dispositius sanitaris. En l'atenció primària destaquen els centres d'atenció primària amb atenció continuada o els centres d'urgències de l'atenció primària; en l'atenció especialitzada, les urgències hospitalàries a gairebé tots els hospitals d'aguts de la XHUP. Les urgències psiquiàtriques que no es poden resoldre en l'atenció ambulatoria especialitzada i les que requereixen ingrés s'atenen als serveis d'urgències dels hospitals psiquiàtrics i als serveis d'urgències psiquiàtriques que tenen alguns hospitals d'aguts amb servei de psiquiatria.

Entre 1997 i 2005 ha augmentat la quantitat d'urgències hospitalàries totals anuals. Aquest augment s'ha produït amb una intensitat diferent fins a l'any 2004; segons les dades del 2005 s'observa una disminució del nombre total d'urgències i de la taxa per 1.000 habitants respecte a la del 2004.

Atenció a les drogodependències

L'any 2005 la xarxa d'atenció a les drogodependències disposava de 60 centres d'atenció i seguiment i de 57 centres dispensadors de metadona. L'activitat desenvolupada als centres d'atenció i seguiment de drogodependències va augmentar el 2005 respecte de l'any anterior i el nombre d'altres per desintoxicació hospitalària es va mantenir estable.

Atenció a la salut sexual i reproductiva

Actualment, a Catalunya hi ha 42 unitats d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) en funcionament i 46 hospitals de referència en obstetrícia i ginecologia. Cada ASSIR pot tenir entre 1 i 27 punts d'atenció dins del seu territori d'influència. Aquesta variabilitat respon a les característiques territorials quant a volum de població i condicions geogràfiques, com també als diferents tipus organitzatius dels ASSIR que ofereixen una atenció més o menys descentralitzada.

Rehabilitació

Els serveis de rehabilitació ambulatoria, domiciliària i de logopèdia els presten entitats proveïdores adjudicatàries per concurs públic, en dispositius de logopèdia de la XHUP, i proveïdors adjudicatàries de concursos. El 2005, 41 hospitals de la XHUP i 80 serveis de rehabilitació extrahospitalària oferien serveis de rehabilitació ambulatoria.

Transport sanitari

La prestació de transport sanitari comprèn el transport especial de malalts quan hi concorre alguna de les circumstàncies especificades en el Reial decret 63/1995, d'ordenació de les prestacions sanitàries del Sistema Nacional de Salut. Durant l'any 2005 es van fer 2.407.776 serveis de trasllats sanitaris, 622.337 dels quals corresponien a transport urgent i 1.785.439 a transport programat o no urgent.

4.4.2. Serveis de protecció de la salut

Els serveis de protecció de la salut actuen sobre els subministradors d'aliments i d'aigua als ciutadans i sobre elements que es lliuren al medi i que el poden afectar. Per tant, cal conèixer quins són aquests proveïdors, en quina població s'ubiquen i quines activitats fan, per saber quins perills poden generar i definir com s'han de controlar.

Els centres objecte de control sanitari en l'àmbit de la protecció de la salut es poden classificar en tres grans àrees: ambiental, alimentària i altres entitats. A Catalunya hi ha censats més de 90.000 centres, instal·lacions i serveis sotmesos a control sanitari.

L'any 2005 el nombre de professionals que feien tasques de protecció de la salut era de 1.487 (29 a les oficines centrals, 149 a les oficines dels serveis territorials i 1.309 al territori).

4.4.3. Serveis d'atenció social

El sistema d'assistència i serveis socials de Catalunya, sota la direcció de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS) del Departament d'Acció Social i Ciutadania, està estructurat en dos nivells.

El primer nivell és el que s'organitza en àrees bàsiques de serveis socials, d'àmbit comarcal o municipal, on es presten els serveis bàsics d'atenció social primària. Els recursos d'aquests serveis depenen de les institucions locals. Actualment hi ha 40 àrees bàsiques comarcals i 49 àrees bàsiques municipals. En conjunt, aquests serveis disposen de 834 treballadors socials i 490 educadors socials.

L'altre nivell és l'anomenat de serveis especialitzats, amb un ampli ventall de dispositius per als diferents tipus de necessitats d'atenció social.

4.5. Els professionals sanitaris

En aquest capítol es presenten els trets principals que caracteritzen l'estat de situació de les professions sanitàries des del punt de vista quantitatiu, d'acord amb els resultats de l'Estudi de demografia de les professions sanitàries a Catalunya. Aquest estudi s'inscriu en el marc de desenvolupament del Llibre blanc de les professions sanitàries, que va elaborar el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya l'any 2003, i constitueix la primera fase d'un projecte més ampli d'anàlisi de tendències de necessitats de professionals sanitaris.

Els professionals col·legiats

El nombre

L'estimació del nombre de professionals sanitaris a partir dels col·legiats a Catalunya el 2005, referida a professionals no jubilats, s'aproxima a 100.000, i gairebé set de cada deu professionals pertanyen al col·lectiu d'infermeria (36,7%) o de medicina (30%). En volum d'efectius, els farmacèutics se situen en tercer lloc, seguits dels psicòlegs amb orientació clínica i els fisioterapeutes. Els dentistes i els veterinaris tenen un pes similar en el total. La resta de grups professionals (òptics, logopedes, protètics, podòlegs, dietistes, higienistes dentals, biòlegs clínics i químics clínics, per ordre d'efectius) representen en conjunt el 7% del total.

Feminització

La composició per sexes assenyala la feminització de les professions sanitàries, amb professions tradicionalment i clarament feminitzades com les diplomatures d'infermeria o dietètica (on representen prop del 90%) o les llicenciatures de farmàcia o biologia (on més de tres de cada quatre professionals són dones). Per contra, trobem dins d'un mateix nivell formatiu, com és el cas dels tècnics en salut dental, una clara divisió per sexes entre els protètics (on el 87% són homes) i els higienistes dentals (on la pràctica totalitat de professionals són dones). En professions tradicionalment masculines, com la medicina o l'odontologia, amb l'entrada de les promocions joves, la presència femenina és majoritària.

L'increment relatiu de les dones sobre el total del col·lectiu significa un augment relatiu del 13% entre 1997 i 2003 en el cas dels metges i del 8% en el dels dentistes. El col·lectiu on el procés de feminització és més clar, però, és el veterinari, on les dones han passat de representar el 29% al 42% del total, cosa que comporta un increment relatiu del 34% respecte al total del col·lectiu.

Estructures per edat

En general, els col·lectius professionals amb grau de llicenciatura tenen unes estructures per edat més envellides que els altres grups professionals sanitaris i, en general, la masculinització més gran de la professió també correspon a unes estructures per edat més envellides.

La piràmide d'edat dels metges pronostica i mostra, a part de l'esmentada feminització del col·lectiu (l'edat mitjana de les dones és de 41 anys, mentre que la dels homes és de 47,5), una concentració d'efectius entre els 45 i 55 anys de les generacions nascudes entre 1951 i 1960. Aquesta concentració d'efectius va ser originada per l'afluència massiva d'estudiants a les facultats de medicina a la dècada dels setanta (que en la bibliografia especialitzada s'anomena *borsa històrica de metges*). Al mateix temps, el perfil piramidal pateix l'efecte de la introducció de la política de *numerus clausus* en la dècada dels vuitanta, amb una clara reducció dels efectius en les promocions de menors de 45 anys. L'efecte dels dos factors implica que, si no canvien les condicions d'accés a la professió, el nombre d'efectius totals patirà una reducció important a partir de l'any 2015.

En el cas dels infermers, primer grup en volum d'efectius de tots els grups professionals, els professionals es concentren entre els 40-45 anys i els 25-30 anys, de manera que la substitució de les promocions més velles per les més joves, en principi, no hauria de comportar cap canvi important en el nombre d'efectius total a curt i mitjà termini si no canvien les condicions d'accés a la professió.



Les dades administratives del sistema públic de salut

El nombre de professionals sanitaris que treballen en l'atenció primària de provisió pública és de 8.821, i el dels que treballen en l'atenció hospitalària pública (centres concertats o de l'ICS) és de 29.304 (professionals de la medicina, l'assistència tècnica sanitària o ATS i diplomatura en infermeria, obstetricoginecologia, fisioteràpia, teràpia ocupacional, farmàcia i altres), fet que dona una relació de 3,32 professionals sanitaris d'atenció hospitalària per cada professional sanitari d'atenció primària de provisió pública. Respecte als col·lectius majoritaris, la relació és de 2,65 metges en l'atenció hospitalària (12.017 metges que treballen als centres de l'ICS o concertats) per 1 en l'atenció primària; i 3,6 infermers en l'atenció hospitalària (en total 16.113 ATS o professionals d'obstetricoginecologia dels centres ICS o concertats) per 1 en l'atenció primària, també de provisió pública. Així, la relació de metges per professional d'infermeria en un àmbit i l'altre és d'1,15 metges per professional d'infermeria en la provisió primària pública i 0,75 metges per professional d'infermeria en l'atenció hospitalària de provisió pública (l'atenció hospitalària inclou professionals d'obstetricoginecologia).

Pel que fa a les tendències en l'evolució, l'aplicació i l'impacte de les tecnologies, més enllà del món de la recerca, es fa difícil pronosticar el futur més immediat i encara més a mitjà termini. Els exercicis de prospectiva en aquesta àrea estan subjectes a la paradoxa que són els més necessaris, però, a la vegada, presenten grans incerteses. Algunes institucions estan fent l'esforç d'imaginar aquestes tendències i el seu impacte en els sistemes de salut. Concretament, el Health Technology Center (HealthTech) —una institució sense ànim de lucre situada a Califòrnia i que dóna suport a diverses asseguradores americanes i a institucions públiques lligades a governs europeus—, emet informes sobre tendències i l'impacte de noves tecnologies, i els actualitza periòdicament. Entre les darreres tendències assenyalades, pel que fa a l'àmbit de treball del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública, podem destacar les següents:

4.6. Les noves tecnologies

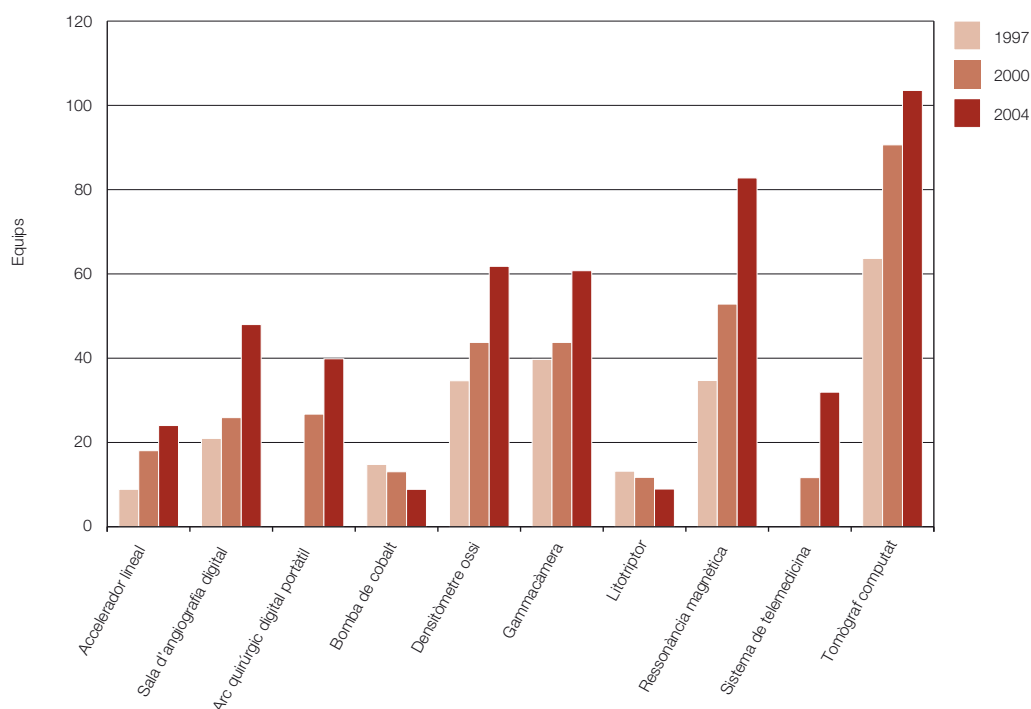
4.6.1. Els equipaments de tecnologia sanitària a Catalunya

A Catalunya, l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques disposa del Registre d'equipaments de tecnologia mèdica, el qual obté la informació en talls transversals de temps. Malgrat que en gairebé dos anys el nombre d'equipaments de ben segur haurà variat significativament, les dades del registre permeten fer una anàlisi de l'evolució en la disponibilitat dels equipaments en els darrers anys, així com una descripció segons l'àmbit assistencial (hospitalari i extrahospitalari), la utilització pública, privada o mixta, i la distribució territorial.

Del total de 2.928 equips de tecnologia mèdica en funcionament el 2004, podríem diferenciar les tecnologies que disposen de més equips (esterilitzadors, ecògrafs, làsers i mamògrafs), que representen el 82% del total d'equips. Per a la resta de tecnologies, el nombre d'equips és molt més reduït, en general per sota del centenar.

Cal destacar que, mentre que els equips que fan activitat pública o mixta es troben predominantment en l'àmbit hospitalari, els que fan activitat exclusivament privada s'ubiquen majoritàriament (68%) en l'àmbit extrahospitalari.

Evolució del nombre d'equips de tecnologia mèdica, anys 1997-2004



El desenvolupament de les tecnologies de la imatge, genètiques i de transmissió de dades permetran el desenvolupament de la prevenció, el cribratge (*screening*), l'ambulatorització i el tractament domiciliari.

L'assistència sanitària dependrà cada cop més del format digital en la transmissió de la informació clínica. El disseny d'arquitectures informàtiques obertes permetrà l'accés en temps real a les dades clíniques dels pacients.

La difusió de la tecnologia en els centres sanitaris permetrà optimitzar la dotació del personal assistencial per fer front a l'escassetat de recursos humans.

La consolidació i la millora de noves tècniques quirúrgiques permetrà un increment de la cirurgia mínimament invasiva, que podria arribar a substituir fins a un 75% de les intervencions "obertes" actuals.

Pel que fa al càncer i a les malalties cardíaques, els avenços tecnològics permetran millorar-ne el diagnòstic precoç, l'increment de tractaments mèdics personalitzats i l'augment de pacients crònics que demanaran dispositius alternatius a l'hospitalització d'aguts.

4.6.2. **Telemedicina: experiències i orientacions per a la planificació i l'avaluació**

Des del punt de vista conceptual podem definir la telemedicina com la utilització de les tecnologies de la informació i la comunicació en la pràctica mèdica amb transferència d'informació a distància, en suport informàtic.

El potencial de la telemedicina es troba en la seva capacitat de reduir substancialment l'efecte distància. Així doncs, podem dir que facilita:

- La reducció dels desplaçaments tant dels pacients com dels professionals.
- L'augment de la rapidesa en el diagnòstic i el tractament (reducció del temps d'espera).
- La disponibilitat de resultats clínics i el seguiment de pacients en àrees aïllades o amb manca de recursos sanitaris.
- La formació i la comunicació entre professionals, que redueix la sensació d'aïllament.
- El suport al criteri clínic dels professionals (consulta a un especialista, accés a equips més experts, segona opinió).
- L'optimització dels recursos sanitaris, especialment a les zones on hi ha manca de recursos humans o dificultats en l'estabilització dels llocs de treball.

A Catalunya s'han pogut identificar més de 80 experiències d'utilització de la telemedicina, en les quals estaven implicats 56 centres sanitaris.

Amb l'experiència d'altres països capdavanters en l'aplicació d'aquestes tecnologies, des de la perspectiva de planificació sanitària caldria considerar, a l'hora d'implantar la telemedicina, els aspectes següents:

- Integració.
- Reconeixement i resolució de barreres administratives i reptes en telemedicina.
- Col·laboració i cooperació.
- Identificació de les àrees d'impacte alt de la telemedicina.
- Avaluació i recerca.

4.7. La demanda i la utilització dels serveis

4.7.1. La utilització pública de la xarxa sanitària de Catalunya

Utilització dels serveis d'atenció primària

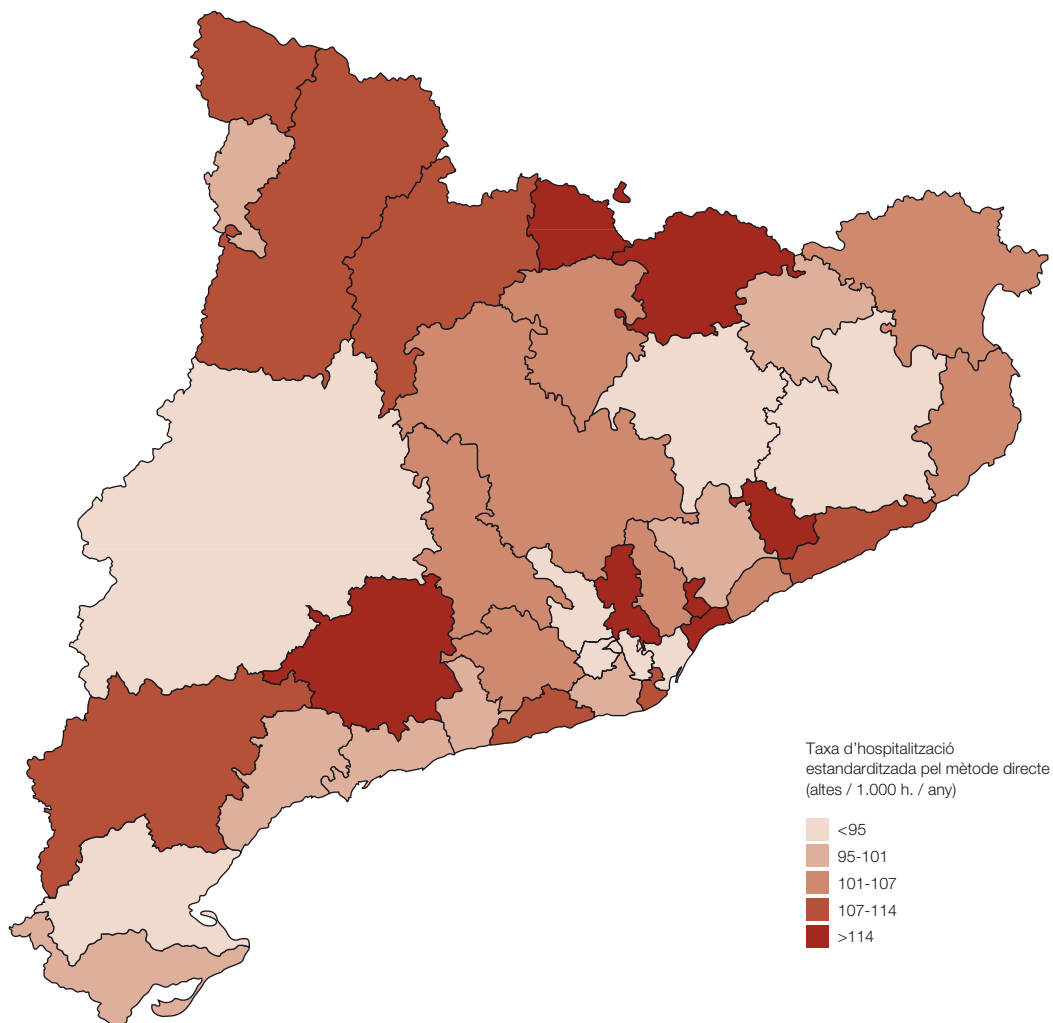
L'any 2005 el percentatge d'infants assignats atesos era del 74,5. La distribució de les dades per GTS mostra diferències territorials importants. Així mateix, per al total de Catalunya, el percentatge de població adulta assignada atesa l'any 2005 era del 76,2%.

El 2005, la freqüentació de visites de metges de família era de 4,3 visites/hab. (majors de 14 anys), la freqüentació de visites de pediatria era de 4,9 visites/hab. (de 0 a 14 anys) i la freqüentació de visites d'infermeria era de 2,2 visites/hab. (població general). La distribució de les dades per GTS mostra diferències força acusades.

Utilització dels serveis d'hospitalització d'aguts

L'any 2005, per al total de Catalunya, la taxa d'hospitalització d'aguts era de 99,67 altes/1.000 hab.. La distribució de les dades per GTS mostra diferències territorials, amb una amplitud de 50 entre el valor màxim i el valor mínim.

Taxa d'hospitalització estandarditzada pel mètode directe



Utilització dels serveis de salut mental

Per al total de Catalunya, l'any 2005 la freqüentació de visites als CSMIJ per cada 100 habitants era de 16,96, i la freqüentació de visites als CSMA per cada 100 habitants, de 13,67.

La taxa d'altres d'aguts i subaguts d'hospitalització psiquiàtrica per cada 1.000 habitants era de 2,98 l'any 2005 (2,70 per al cas dels aguts i 0,28 per al cas dels subaguts).

Utilització dels serveis sociosanitaris

L'any 2005 la taxa d'episodis de mitjana estada global per 1.000 habitants més grans de 64 anys era de 14,0. Dins d'aquest grup d'edat, destaca el subgrup de més grans de 74 anys amb 22 episodis per 1.000 habitants. La distribució de les dades per regions sanitàries mostra diferències territorials, amb el valor màxim a la regió de Catalunya Central i el valor mínim a la regió de Lleida.

Per al total de Catalunya, el 2005 la taxa d'episodis de llarga estada per 1.000 habitants més grans de 64 anys era de 8,3 (14,3 en el subgrup de més grans de 74 anys i 2,7 en el subgrup de 65 a 74 anys).

La taxa d'episodis d'hospital de dia sociosanitari per 1.000 habitants més grans de 64 anys era de 3,5 el 2005.

Per al total de Catalunya, el 2005 la taxa d'episodis atesos a les unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (UFISS) per 1.000 habitants més grans de 64 anys era d'11,9, i la taxa d'episodis atesos pels PADES per 1.000 habitants més grans de 64 anys era de 8,5.

4.7.2. Demanda en espera d'atenció

Tot i que els darrers anys els hospitals de la xarxa han fet un esforç important per incrementar l'activitat en els procediments monitorats i com a conseqüència n'han reduït el temps de resolució, no sempre és possible dur a terme les intervencions en un termini que satisfaci tothom. És per això que a partir de l'any 2000 es va establir un programa d'actuacions per anar garantint gradualment un temps màxim per als procediments monitorats.

En aquest moment hi ha garantits 16 procediments, que han estat seleccionats utilitzant criteris de prevalença i de demora. Al final de 2006 van entrar en el procés de monitoratge 13 procediments més que s'aniran garantint progressivament. Aquests procediments han estat consensuats amb les societats científiques.

Durant aquest període d'anàlisi (del desembre de 2003 al juny de 2006), el nombre de pacients en llista d'espera s'ha reduït en 7.169 pacients, xifra que representa un 10% de disminució. La davallada més important té lloc en el decurs de l'any 2005 (5.391 pacients) gràcies a les accions portades a terme, com ara els canvis en les estratègies de compra, la depuració de les llistes d'espera, la prioritització de pacients en els processos que, pel seu volum, afecten l'espera, com les cataractes i les pròtesis de genoll i, finalment, les accions específiques com la creació d'unitats monogràfiques, com és el cas de les pròtesis de genoll.

Evolució de la llista d'espera. Catalunya, anys 2004-2006

Procediments	Llista d'espera				Temps de resolució				Activitat			
	Des. 2003	Des. 2004	Des. 2005	Juny 2006	Des. 2003	Des. 2004	Des. 2005	Juny 2006	Des. 2003	Des. 2004	Des. 2005	Juny 2006
Cataractes	20.316	18.207	16.966	15.628	4,84	4,40	3,82	3,35	50.385	46.699	53.281	27.950
Varices	4.504	4.346	3.642	3.570	4,92	4,61	3,70	3,70	10.985	11.317	11.824	5.786
Hèrnies	5.214	5.467	5.958	5.019	4,19	4,56	4,70	3,85	14.939	14.376	15.206	7.813
Colecistectomies	2.305	3.104	3.209	3.146	3,32	4,34	4,29	3,96	8.341	8.574	8.967	4.766
Septoplàsties	1.369	1.617	1.674	1.674	3,88	4,92	5,23	5,37	4.235	3.942	3.844	1.870
Artroscòpies	3.549	3.901	3.855	4.170	5,05	5,42	5,15	5,38	8.433	8.635	8.980	4.649
Vasectomia	850	1.464	1.847	1.916	2,35	4,06	4,54	4,12	4.346	4.328	4.885	2.787
Prostatectomies	1.019	1.234	999	1.280	2,86	3,29	2,66	3,41	4.271	4.507	4.499	2.253
Canals carpianes	1.976	2.352	2.346	2.728	3,68	4,09	3,79	4,48	6.446	6.905	7.436	3.653
Amigdalectomies	1.596	2.205	1.772	2.204	3,76	5,04	3,76	4,76	5.093	5.255	5.653	2.781
Circuncisions	1.560	1.869	1.969	2.647	3,18	3,81	3,67	4,65	5.887	5.881	6.445	3.418
Pròtesis de maluc	2.813	2.739	2.774	2.656	5,25	5,04	4,86	4,49	6.426	6.517	6.848	3.546
Pròtesis de genoll	9.966	9.891	6.768	6.138	16,33	13,83	8,19	7,01	7.625	8.580	9.915	5.251
Histerectomies	1.066	1.174	1.247	1.329	2,51	2,89	3,30	3,27	5.089	4.870	4.852	2.438
Galindons	8.695	6.824	6.195	6.428	19,72	13,07	9,38	9,10	5.291	6.264	7.926	4.239
Quists pilonidals	1.989	1.218	1.000	1.085	7,00	3,85	3,11	3,51	3.409	3.795	3.854	1.853
Total	68.787	67.612	62.221	61.618	5,46	5,29	4,54	4,35	151.201	153.445	164.415	85.053

Activitat acumulada en sis mesos.

4.8. Fluxos assistencials a Catalunya, per unitat territorial i línia assistencial: aproximació global

Aquest capítol és fruit dels resultats preliminars d'un estudi encarregat pel Departament de Salut sobre els fluxos assistencials segons els tipus de serveis i territoris. L'abast de l'estudi inclou l'assistència especialitzada prestada en hospitals d'aguts, l'atenció en salut mental i l'atenció sociosanitària.

L'estudi ha analitzat 11,4 milions de contactes d'assistència especialitzada amb el sistema sanitari públic català l'any 2005. D'aquests, el 95% es van produir en entorns hospitalaris d'aguts, el 4%, en entorns d'atenció a la salut mental, i l'1%, en entorns de prestació sociosanitària.

Des de la perspectiva poblacional del total de Catalunya, la freqüentació en els episodis estudiats és d'1,61 contactes per habitant de mitjana per al conjunt de serveis sanitaris. Les freqüentacions per línia assistencial s'agrupen en tres grups diferenciats:

- a) Menys de 25 contactes per 1.000 habitants (on s'agrupen les línies d'atenció sociosanitària, les cirurgies ambulatories i l'hospitalització i les primeres visites en salut mental).
- b) Entre 65 i 80 contactes per 1.000 habitants (essencialment hospitalització d'aguts, hospital de dia i visites ambulatories de salut mental).
- c) Línies amb freqüentacions iguals o superiors a 300 contactes per 1.000 habitants (bàsicament urgències i consultes externes o CE).

Del total d'activitat generada pels 37 GTS en què es divideix el territori català, el 80% es resol dins del mateix GTS d'origen del pacient, mentre que el 20% restant requereix el desplaçament del pacient a altres GTS. Aquest percentatge varia segons cada línia assistencial, per bé que és l'àmbit d'atenció hospitalària el que experimenta constants resolucions menors del GTS d'origen.

Per tal d'analitzar la coincidència de fluxos en el territori per diferents línies assistencials s'han analitzat les correlacions existents entre les atraccions per territori i línia assistencial: per a cada GTS de destí i línia assistencial s'han calculat les atraccions sobre l'activitat en la línia assistencial de tots i cadascun dels GTS (excloent-ne les 37 combinacions on el GTS d'origen és el mateix que el GTS de destí) i s'han correlacionat amb les atraccions de les diferents línies assistencials.

4.9. La satisfacció dels usuaris

El Servei Català de la Salut vol conèixer el grau de satisfacció dels seus assegurats com a subjectes receptors dels serveis proporcionats pels proveïdors contractats pel CatSalut, amb l'objectiu de promoure la millora contínua. Aquesta acció respon, alhora, a la voluntat de consolidar un model d'atenció als ciutadans que permeti incorporar la seva visió a la informació utilitzada per a la presa de les decisions del CatSalut. Aquesta mesura de resultat, factor rellevant en tots els models de qualitat reconeguts en l'àmbit sanitari, així com la metodologia utilitzada, ha permès disposar d'informació sobre la qualitat percebuda dels serveis sanitaris i sociosanitaris a Catalunya.

Pla d'enquestes de satisfacció dels assegurats del CatSalut

Aquest projecte s'ha dissenyat per a un període de cinc anys, que comprèn del 2002 al 2007. En la primera fase s'han estudiat les línies de servei següents: atenció primària (medicina general i infermeria), atenció hospitalària (hospitalització d'aguts), atenció sociosanitària (convalescència, mitjana i llarga estada i cures pal·liatives) i atenció en salut mental, aquesta última en dues línies de producte: la d'atenció psiquiàtrica i salut mental ambulatoria d'adults i la d'atenció psiquiàtrica i salut mental amb internament d'adults de mitjana i llarga estada.

Línies de futur

El projecte actual preveu nous estudis per als anys 2004-2007, en els quals, tot seguint la mateixa metodologia, s'ha previst estudiar, a més de l'atenció urgent hospitalària d'aguts, l'atenció ambulatoria de la línia d'atenció hospitalària, l'atenció domiciliària, que implica les línies de serveis d'atenció primària, sociosanitària i salut mental, així com l'inici de noves línies de recerca al voltant dels menors de 15 anys i de les famílies o referents de les persones dependents.

4.10. La despesa del sistema públic de salut

Comparació amb altres comunitats autònomes

L'any 2004, la despesa per càpita de les diferents comunitats autònomes presentava diferències importants; la més alta era a Navarra, un 33% per sobre de la més baixa, que era a Madrid. La mitjana entre comunitats autònomes era de 993 euros. Catalunya estava per sobre de la mitjana, amb 1.029 euros per càpita, però en la franja baixa quant a percentatge respecte al PIB.

El pressupost del Departament de Salut

	2006	Percentatge sobre el total (%)
Atenció primària de salut	1.280.614.015	16,47
Farmàcia	1.671.608.925	21,49
Atenció especialitzada	4.377.577.608	56,28
Altres serveis de salut	328.005.687	4,22
Administració i serveis generals	119.942.168	1,54
Total consolidat CatSalut/ICS	7.777.748.403	100

Classificació funcional del pressupost CatSalut/ICS (2006)

4.11. La visió dels ciutadans, els professionals i els gestors sobre els serveis de salut

Aquest capítol és el resum d'un treball de recerca encarregat per la Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut, elaborat en el marc d'un conveni entre el Departament de Salut, la Universitat de Girona i la Universitat Autònoma de Barcelona.

El significat social de l'atenció sanitària de la ciutadania no és el mateix per a tothom. Un ampli ventall d'elements configuren les diferents posicions que miren i signifiquen què és, com es fa i quines expectatives es creen amb relació a la sanitat i al sistema sanitari. Trobem, aleshores, que hi ha diferents quotidianitats que viuen de manera diferencial la seva relació amb el sistema sanitari català.

Els propòsits específics que han orientat i guiat la realització d'aquesta investigació es concreten en un objectiu doble:

- Identificar les experiències, les percepcions i les valoracions dels agents implicats en l'atenció produïda en els serveis sanitaris per tal de contribuir a definir les seves accions.
- Indagar sobre els aspectes clau, les pràctiques i els significats atorgats a l'atenció dels serveis sanitaris des de la perspectiva dels agents implicats.

La investigació s'ha dut a terme utilitzant la metodologia qualitativa. Aquesta aproximació ha permès analitzar les construccions discursives mitjançant les quals els agents vertebren explicacions, construeixen repertoris argumentatius, donen compte d'interaccions i, en definitiva, estructuren la producció de significats.

Què diuen els ciutadans?

- Reconeixen aspectes positius del comportament dels professionals (compromís, responsabilitat, competència, consideració, bona disposició, confiança, empatia), però en la interacció també perceben mancances (dissimetries, deslegitimació, tracte diferencial).
- Demanen informació entenedora i comprensible sobre el seu estat de salut i les seves conseqüències, el procés assistencial i l'organització dels serveis.
- Esmenten que els itineraris que s'han de seguir sovint són massa complexos i poc explicats.
- Detecten problemes de manca d'escolta per part dels professionals i el sistema.
- Destaquen l'alt nivell de recursos tecnològics davant l'escassetat d'altres recursos, com ara dèficits estructurals i de professionals.
- Aprecien que la durada dels processos és massa llarga i esmenten que hi ha una diferència entre el temps dels usuaris i el temps del sistema.
- Perceben deficiències en la coordinació entre xarxes i professionals.
- Fan un ús sistemàtic dels serveis d'urgències com a alternativa a altres serveis.
- Mostren una necessitat creixent de tenir competència i àmplies estratègies d'afrontament com a usuaris, per tal d'aconseguir l'atenció adequada.
- Utilitzen les relacions informals i l'experiència pròpia com a eines principals en els seus contactes amb el sistema.
- Reclamen drets (a la informació, a ser ben atesos, a discrepar, a no ser discriminats, a ser respectats, a una atenció adaptada a les seves especificitats, etc.).
- Mostren una tendència creixent a prendre part activa en les decisions que afecten la seva salut.

Què diuen els professionals?

- Consideren que l'assistència al sistema sanitari català és de molta qualitat, malgrat la percepció de manca de recursos. Veuen un paral·lelisme entre la qualitat, el desenvolupament professional i la formació.
- Reconeixen que els usuaris busquen entre els professionals els interlocutors del sistema que els resulten més accessibles (sovint els infermers).
- Consideren fonamentals en la interacció amb els usuaris la receptivitat davant la demanda, l'atenció i l'escolta.
- Troben divergència entre els criteris d'avaluació del sistema i els dels professionals. Distingeixen entre criteris quantitius (predominants) i qualitius (més relacionats amb la pràctica professional).
- Interpreten que les prioritats que marca el sistema sovint interfereixen en la seva tasca assistencial.
- Consideren que l'augment del temps disponible per a la consulta és cabdal per transformar una assistència que es caracteritza per una activitat tecnològica en una activitat d'atenció.
- Mencionen que l'envelliment i la immigració generen pressió afegida en la pràctica quotidiana.
- Manifesten que la pressió assistencial crea tensió entre la pràctica professional i les demandes. També condiciona el treball en equip.
- Qualifiquen la provisionalitat, la rotació i la precarietat laboral com a elements que generen disfuncionalitats.
- Consideren causes de la rotació en el lloc de treball la manca de reconeixement professional i la baixa remuneració.

Què diuen els gestors?

- Perceben mancances de recursos, tant econòmics com humans.
- Destaquen com a punt problemàtic les diferències de prioritats i valors entre gestors i professionals.
- Emfasitzen la necessitat de reorientar el model de gestió, posant l'usuari com a prioritat.
- Ressalten la necessitat d'adaptació del sistema a les noves necessitats i tendències de futur.
- Destaquen la coordinació com un element central del sistema.
- Creuen que els professionals haurien de ser més conscients de la despesa que comporten les formes de pràctica. Cal treballar en xarxa i evitar duplicitats.
- Posen de manifest la importància de les competències dels professionals d'acord amb uns usuaris més "exigents" i amb noves "demandes".
- Pensen que s'han d'aclarir els límits de l'oferta i que cal "formació" dels usuaris en relació amb la cultura de la immediatesa.

5. Les línies estratègiques per a l'orientació dels serveis amb una perspectiva de futur

<p>1. Política de salut i política de serveis: orientació per prioritats i amb objectius comuns per a tot el sistema</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre com a referència, per formular propostes sobre els serveis del sistema públic de salut, les polítiques de salut tant pel que fa a les prioritats establertes en el Pla de salut de Catalunya i els plans directors del Departament de Salut, com als objectius generals i els principis que orienten el model d'atenció. - Alinear els objectius de tots els elements del sistema públic de salut vers objectius comuns: equitat, qualitat, eficiència, sostenibilitat i satisfacció dels ciutadans. - Adaptar les actuacions als canvis en la societat i a la diversitat de la població (a necessitats diferents, respostes diferents), i desenvolupar estratègies per promoure l'atenció a la salut amb una visió multicultural. - Augmentar l'autoresponsabilització en la pròpia salut, en tot allò en què queda afectada pels riscos individuals i l'autocura.
<p>2. Els ciutadans: paper de protagonistes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la coparticipació i la coresponsabilització dels ciutadans en la presa de decisions. - Facilitar la capacitat d'elecció dels ciutadans, en les condicions que els principis d'equitat, qualitat i sostenibilitat del sistema ho permetin. - Generar un canvi cultural, amb la participació activa dels ciutadans, per tal de promoure canvis en les expectatives i els models d'utilització del sistema públic de salut, tot evitant generar expectatives que el sistema no pot assolir o sobre problemes que no es poden resoldre. - Promoure la implicació del ciutadà en la salut, la cura i l'atenció pròpies, i possibilitar l'aprenentatge en els punts de contacte amb el sistema. - Adaptar l'organització dels serveis per personalitzar l'assistència, amb una cura exquisida en el tracte al pacient, tenint en compte el context d'ús i allò que és significatiu per als usuaris, i facilitant al màxim la continuïtat assistencial. - Afavorir la sostenibilitat de l'atenció, tenint en compte les tasques que s'afegeixen a l'agenda del ciutadà quan esdevé usuari i evitant la sobrecàrrega del pacient i dels cuidadors.
<p>3. La interacció entre professionals i pacients: el valor real de l'atenció</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconèixer els usuaris en tant que persones en el procés d'interacció sanitària, tot assumint que la perspectiva dominant en la interacció professional/pacient ha de prendre forma a partir del pol del pacient. - Reconèixer els professionals, en la seva relació amb els pacients, com els agents principals del sistema de salut que aporten el valor significatiu de l'atenció. - Procurar que les pràctiques professionals incorporin i integrin l'experiència de l'usuari, tenint present el seu entorn i l'existència de diferents tipus de necessitats i expectatives. - Oferir un tracte proper i "amigable" als pacients i els cuidadors, basat en un llenguatge no imperatiu, intel·ligible i respectuós, i tenint en compte que les demandes dels pacients van més enllà de la simple atenció mèdica. - Possibilitar la participació del pacient en la presa de decisions clíniques, considerant el seu punt de vista i respectant les seves decisions i condicions.
<p>4. L'atenció a les persones: atenció integral i continuïtat assistencial; de la fragmentació dels serveis a la integració</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fer prevaler la visió integral per afrontar les necessitats de les persones i les poblacions en les diverses dimensions (salut pública, atenció sanitària, atenció social, comunitat). - Situar la integració assistencial com un dels objectius estratègics centrals del sistema públic de salut compartit per tots els agents, tenint present en tot moment els processos i les experiències que caracteritzen els diferents moments que configuren l'itinerari assistencial. - Reforçar la funció de gestió assistencial territorial en el marc dels governs territorials de salut, tot tenint en compte el paper de lideratge que correspon a l'atenció primària de salut en l'estructuració de la relació entre serveis i nivells assistencials. - Reduir el nombre d'interlocutors implicats en el sistema de cura habitual així com la diversitat de tipus d'informacions i formes de prescripcions. - Evitar visites de seguiment innecessàries, avançant cap a les estratègies assistencials de visita d'acte únic i d'actuacions guiades pel principi de substitució. - Afavorir el treball en equip i la coordinació com a filosofia i mètode, i valorar-ho sobre la base de la repercussió que tingui en l'atenció al pacient.

5. Les línies estratègiques per a l'orientació dels serveis amb una perspectiva de futur

<p>5. Col·laboració entre equips de professionals: xarxes multicèntriques</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Situar com a prioritat de la política de serveis la necessitat de compartir equips professionals, cercant la cooperació i l'eficiència, principalment en l'àmbit de l'atenció hospitalària, tot desenvolupant la idea d'una nova organització dels serveis clínics que aplegui els professionals de diferents centres. - Implementar sistemes de treball i pràctiques col·laboratives de xarxes afavorint el reconeixement recíproc dels àmbits d'acció. - Crear lideratge com a exigència per al desenvolupament d'un model en xarxa. - Apostar per les noves tecnologies de la informació i la comunicació i el treball en xarxa, en la mesura que minimitzen els problemes d'aïllament i dispersió i faciliten la relació entre centres i professionals, a més d'augmentar l'accessibilitat dels ciutadans als serveis.
<p>6. El desenvolupament professional: per a la qualitat de l'atenció i el prestigi de la pràctica clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconèixer les bones pràctiques, en un sentit assistencial i de cura, i valorar l'experiència professional en el desenvolupament de les seves pràctiques, i evitar la utilització exclusiva de paràmetres quantitius per avaluar la importància de l'experiència. - Fomentar la construcció d'imatges dels professionals en relació amb la seva praxi i professionalitat i no en virtut de l'àmbit assistencial o organitzatiu al qual estiguin adscrits. - Procurar l'enfortiment dels professionals perquè puguin fer front a les diferents situacions que han de resoldre i que configuren la idiosincràsia de la seva pràctica. - Atorgar autonomia als professionals, i apel·lar a la seva responsabilitat, per definir les maneres de procedir en la utilització de recursos. - Plantejar l'abordatge de les competències exclusives i compartides entre professionals (metges, infermers, tècnics, auxiliars, etc.) i la redefinició dels rols dels professionals dels equips. - Reorientar les relacions entre gestors i professionals, enteses en el manteniment de l'equilibri entre la preocupació per les persones i la productivitat de l'organització. - Promoure la permanència i la implicació dels professionals en els equips de treball, a través de l'accés a tecnologies, la formació i la recerca, com també l'adaptació de les condicions laborals i els models organitzatius que afavoreixin la conciliació de la vida laboral i familiar, a més de la millora dels aspectes retributius i els incentius econòmics.
<p>7. Les tecnologies de la informació: suport a la presa de decisions clíniques i eines de relació entre professionals i serveis</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definir el model de xarxa d'informació: física (nus de comunicació neutre) i conceptual (xarxa d'informació sanitària d'utilització pública unificada i disponible). - Desplegar totes les possibilitats de les TIC que permetin desenvolupar el treball en col·laboració entre els diferents agents de provisió dels serveis (dades més rellevants de la història clínica, telemedicina, teleformació, etc.). - Descentralització de les TIC a tots els nivells assistencials (atenció primària, atenció domiciliària, atenció hospitalària, etc.). - Patrocini polític i direcció estratègica sobre les TIC per definir les regles del joc en aspectes clau (interoperativitat, seguretat, confidencialitat). - Fomentar els sistemes de telediagnòstic als llocs on aquest recurs resol problemes a usuaris i/o a professionals. - Fomentar la utilització d'Internet per facilitar la relació administrativa entre els ciutadans i el sistema sanitari.

<p>8. L'accessibilitat, la qualitat i l'eficiència: allò que és efectiu, allà on sigui adequat, a temps i com més a prop millor; però no tot és possible, ni es pot fer a tot arreu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apropar, tenint en compte el criteri d'equitat territorial, l'atenció a les persones, sobretot en les actuacions que requereixen una freqüència i una continuïtat de contactes més elevada, sempre que això no posi en qüestió la qualitat assistencial. - Concentrar l'atenció en uns centres o equips professionals determinats en els àmbits assistencials on l'expertesa clínica i la utilització de la tecnologia adequada està relacionada amb el volum de casos atesos, d'acord amb l'evidència científica i els resultats de l'avaluació de la qualitat de pràctica clínica. - Incrementar, per tal d'augmentar l'accessibilitat real, la fluïdesa en les primeres visites, especialment en l'atenció primària, com a forma d'entrada "immediata" a la xarxa de serveis. - Considerar el temps no només com a indicador cronològic sinó també com a analitzador de l'atenció, de la bona pràctica i del funcionament dels serveis, tenint present que la diferent percepció del temps singularitza els agents, crea diferents expectatives i propicia que les pràctiques siguin purament procedimentals o siguin d'atenció i cura. - Generalitzar l'autoavaluació de la qualitat de l'atenció per part dels equips clínics mateixos i l'avaluació comparativa (<i>benchmarking</i>) com a base per assolir millores en la pràctica clínica.
<p>9. El funcionament dels serveis: els ciutadans, les institucions, els professionals i les organitzacions tenen la paraula</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avançar en el concepte de governança, per tal d'arribar a consensos sobre les prioritats d'actuació a escala territorial i compartir els objectius i les responsabilitats de les institucions públiques implicades en la salut i el benestar de la població. - Adaptar, sobre la base de dinàmiques de consens a escala territorial, l'organització dels serveis (vies d'accés, horari d'obertura dels centres, sistemes de comunicació amb els centres i els professionals, etc.), tot tenint en compte les preferències i el context d'ús dels ciutadans. - Aconseguir que els projectes i els interessos dels agents dins el sistema públic de salut siguin percebuts com a comuns i compartits.
<p>10. L'avaluació: per retre comptes i per actuar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Instaurar un sistema consolidat d'avaluació de resultats sobre la base de criteris de transparència, que permeti retre comptes a la societat sobre l'assoliment d'objectius i la utilització dels recursos públics, tot incloent-hi les propostes de millora que impliquen el progrés en la salut i el benestar de la població d'acord amb els recursos disponibles. - Reforçar l'avaluació en tots els àmbits que tenen a veure amb la presa de decisions (estructura, procés i resultats) i en tots els nivells, des de les polítiques de salut fins a la gestió clínica. - Avaluar els resultats dels diferents mecanismes de participació de ciutadans, institucions i professionals en la formulació de propostes per a la presa de decisions sobre el desenvolupament, l'adequació i l'organització dels serveis.

6. Els criteris de planificació de serveis

6.1. La definició de criteris de planificació per àmbits de prioritat i segons la tipologia de serveis

La definició de criteris de planificació s'ha fet des d'una doble perspectiva. D'una banda, s'han elaborat els criteris específics segons la tipologia de serveis, i s'han recollit nous enfocaments sobre el model assistencial, resultat de la discussió sobre línies estratègiques, tendències de futur i problemes identificats. D'una altra banda, s'ha treballat amb un nivell de profunditat més elevat en els àmbits prioritzats pel Departament de Salut en forma de plans directores i plans estratègics d'ordenació de serveis.

6.2. Criteris de planificació dels serveis sanitaris i sociosanitaris

6.2.1. Atenció primària de salut¹

L'atenció primària de salut necessita evolucionar cap a un enfocament renovat, on el centre sigui el ciutadà, amb les seves necessitats de salut i de serveis, i on es potenciïn els trets que caracteritzen una atenció primària de qualitat (accessible, integral, coordinada i longitudinal) a través de l'impuls de noves fórmules de treball de l'equip d'atenció primària (EAP) i d'abordatge dels processos assistencials.

Visió de futur de l'atenció primària a Catalunya

- Més orientada a les necessitats de la població
- Més propera i accessible als ciutadans
- Més propera a l'estat del coneixement científic
- Més resolutiva
- Més integradora
- Més coordinada
- Més a prop de les expectatives racionals dels ciutadans
- Amb professionals més motivats i reconeguts professionalment
- On les TIC transporten la informació i el coneixement
- Amb minimització de les diferències territorials pel que fa a les infraestructures

Els elements substancials que cal potenciar en el desenvolupament del nou enfocament de l'atenció primària de salut són els següents:

- Expansió de funcions dels professionals dins dels EAP
- Multidisciplinarietat
- Subsidiarietat i substitució
- Incorporació (i extensió) de noves prestacions
- Coordinació

¹ L'any 2007 Departament de Salut va endegar el Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària, el desenvolupament del qual té com a referència inicial els criteris de planificació inclosos en aquest capítol. El Pla aportarà noves dimensions i línies estratègiques per a l'atenció primària i el conjunt del model sanitari de Catalunya. Els nous plantejaments, innovacions i línies d'actuació que se'n derivin s'han d'incorporar, en el seu moment, a les actualitzacions del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública, d'acord amb el plantejament de planificació contínua previst.

Línies d'acció estratègica
<ul style="list-style-type: none"> - Dotar adequadament els EAP per fer front als canvis poblacionals, tot impulsant dinàmiques de substitució sobre la base de criteris de cost-efectivitat. - Millorar l'accessibilitat en relació amb el temps d'atenció. - Afavorir la continuïtat assistencial, potenciant la integració assistencial entre els diferents serveis amb una perspectiva poblacional i una base organitzativa territorial, on l'atenció primària sigui el principal element articulador. - Impulsar fórmules d'autogestió dins el sistema de provisió pública. - Potenciar el desenvolupament del sistema d'informació de l'atenció primària.

Per facilitar l'assumpció d'aquests criteris i assolir els objectius que hi són implícits, cal impulsar una sèrie d'accions d'acompanyament:

- Desenvolupar i organitzar la funció de gestió assistencial territorial a través del GTS.
- Adaptar la normativa al context organitzatiu actual del sistema de salut.
- Elaborar noves directrius actualitzades de disseny dels centres de salut.
- Establir mecanismes d'incentivació que estimulin l'autonomia i la responsabilitat dels EAP, les dinàmiques de substitució per reorientar els rols professionals de la manera més adequada i per afavorir la col·laboració i la integració assistencial.

Criteris indicatius de planificació dels serveis d'atenció primària de salut	Elements qualitius d'adaptació al territori
<p>Cobertura i utilització</p> <ul style="list-style-type: none"> - Població atesa: tendència a augmentar fins al 75% i de manteniment del percentatge actual en els territoris amb una cobertura superior. - Freqüentació anual: 4,3 visites/hab. (> 14 anys) al metge de família, 4,9 visites/hab. (0-14 anys) al pediatre i tendència a augmentar per sobre de 2,2 visites/hab. (població general) al professional d'infermeria, ajustades segons estructura d'edat. - Cobertura del programa "Salut i escola": 100% de les escoles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Condicionants geogràfics i de comunicació. - Característiques socioeconòmiques de la població. - Diferències en el grau d'utilització de serveis amb finançament públic enfront d'altres finançaments. - Estacionalitat i població flotant. - Nombre d'escoles i característiques.
<p>Professionals sanitaris</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metges de família: 1.500 habitants (> 14 anys) per metge, ajustats segons estructura d'edat. - Pediatres: 1.200 habitants (0-14 anys) per metge, ajustats segons estructura d'edat. - Infermers: 1.500 habitants (població general) per infermer, ajustats segons estructura d'edat. Tendència a disminuir la ràtio per tal que els infermers puguin assumir més funcions dins l'EAP (primer contacte en visita espontània, infant sa, gestió de casos, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> - Condicionants geogràfics i de comunicació. - Percentatge de població atesa. - Característiques socioeconòmiques de la població. - Característiques de la població immigrant. - Característiques demogràfiques: gent gran que viu sola. - Diferències en el grau d'utilització de serveis amb finançament públic enfront d'altres finançaments. - Disponibilitat de recursos sanitaris complementaris. - Nombre i característiques de les escoles. - Nombre i característiques de les residències geriàtriques.

Criteris indicatius de planificació dels serveis d'atenció primària de salut		Elements qualitius d'adaptació al territori
Dimensionament de les àrees bàsiques de salut (ABS)	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenir com a criteris orientatius: ABS entre 5.000 i 25.000 habitants i, excepcionalment, en l'àmbit urbà fins a 40.000 habitants. 	<ul style="list-style-type: none"> - Configuració territorial: zones de concentració demogràfica, atracció, nous nuclis d'urbanització, zones d'aïllament, etc.
Accessibilitat	<ul style="list-style-type: none"> - Assistència garantida d'un mínim de 12 hores (en els horaris de dilluns a divendres) a tots els CAP i pels diferents tipus de professionals de l'EAP. - Programació de visita garantida amb el metge o metgessa propis i l'infermer o infermera dins les 48 hores de la petició. - Possibilitat de consulta telefònica o per correu electrònic als metges de família, pediatres i infermers. Cobertura del 100% de la població pel que fa a la programació centralitzada de visites (Sanitat Respon i centres de trucades propis). - 100% de la població amb possibilitat de programació de visita per als metges de família, els pediatres i els infermers per Internet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Característiques geogràfiques. - Característiques demogràfiques. - Patrons culturals d'utilització dels serveis.
Organització i integració assistencials	<ul style="list-style-type: none"> - L'infermer o infermera com a primer contacte en la visita espontània. - Existència de la funció de gestió de casos complexos dins de cada EAP. - Consultories sistematitzades de l'atenció especialitzada en tots els EAP. - Suport per a l'atenció a pacients amb trastorns mentals i/o addiccions per part de professionals dels serveis especialitzats d'atenció a la salut mental i les drogodependències, amb presència física periòdica al CAP i línies de col·laboració sistematitzades. - Participació i lideratge en les estratègies de gestió de la coordinació assistencial territorial. 	<p>Disponibilitat i cartera de serveis d'altres recursos en el territori.</p>
Sistema d'informació	<ul style="list-style-type: none"> - Universalització de la història clínica informatitzada. - Adaptació als estàndards tecnològics que en permetin l'ús compartit. - Potenciar la implantació de la història clínica compartida. 	
Infraestructures	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptació de les infraestructures per donar cabuda a les activitats derivades del nou enfocament (horaris amplis d'atenció efectiva, atenció grupal, reorientació de rols professionals, atenció a la demanda immediata, reforçament del treball en equip, consultories d'especialistes, relació amb serveis de salut pública i serveis socials, transport, etc.). - Actualització contínua de l'equipament de tecnologia sanitària dels centres per tal d'adequar-la a les funcions que pot assumir l'EAP. - Xarxa de comunicació de dades amb capacitat suficient per desplegar tecnologia digital i facilitar la intercomunicació entre professionals i centres. - Als llocs on sigui més eficient, implantar sistemes de telemedicina. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organització de l'atenció especialitzada. - Organització dels serveis de salut pública. - Organització dels serveis socials. - Organització de les bases de transport sanitari urgent. - Característiques geogràfiques.

6.2.2. Atenció especialitzada d'aguts

A Catalunya, tot i la bona accessibilitat geogràfica aconseguida als centres hospitalaris, actualment hi ha problemes de capacitat assistencial de l'atenció hospitalària en determinats llocs. Així mateix, es continuen observant diferències en les taxes poblacionals d'hospitalització per territoris, de manera que en alguns casos és possible que es produeixin problemes d'inadequació de l'atenció per subutilització de serveis necessaris i, en altres casos, per sobreutilització de serveis. D'altra banda, els avenços tecnològics canvien dia a dia les possibilitats d'actuació i dibuixen un panorama permanentment en transformació de la pràctica clínica.

El model d'atenció especialitzada ha d'afrontar un procés de canvi obligat per un entorn cada vegada més complex i exigent. Els principals reptes que s'han d'afrontar fan referència a:

- Canvis en l'estructura i intensitat de la demanda.
- Canvis en l'entorn social i econòmic.
- Canvis en la forma de provisió dels serveis sanitaris.

L'evolució de les pràctiques assistencials i organitzatives tendeix a reforçar i/o desenvolupar altres modalitats d'atenció diferents de l'hospitalització convencional:

- Diversificació dels models d'hospitalització.
- Desenvolupament de la cirurgia ambulatòria.
- Desenvolupament de la medicina ambulatòria i els hospitals de dia.

Línies estratègiques de desenvolupament del model d'atenció especialitzada

- Capacitat d'adaptació a l'estructura i la intensitat de la demanda, a l'entorn social i econòmic i als canvis en la forma de provisió dels serveis sanitaris.
- Promoció de l'assoliment de resultats en termes de qualitat assistencial.
- Resposta a les expectatives i els problemes dels ciutadans, adaptant l'organització per personalitzar l'assistència, amb una cura exquisida en el tracte al ciutadà i facilitant al màxim la continuïtat assistencial.
- Potenciació del desplegament de les modalitats d'atenció alternatives a l'hospitalització, sempre que des del punt de vista de l'eficiència i la qualitat siguin avantatjoses i no siguin generadores de desigualtats entre la població.
- Desplegament dels instruments necessaris per desenvolupar la gestió clínica, considerant el treball en equip pluridisciplinari i el treball en xarxa.
- Utilització de les possibilitats de les TIC que permetin compartir les dades més rellevants de la història clínica entre els diferents agents de provisió dels serveis.
- Impuls de la integració assistencial mitjançant la col·laboració entre els professionals dels diferents nivells i tipus de serveis que participen en l'atenció a una mateixa població, especialment amb l'atenció primària de salut.
- Treball en xarxa: compartir professionals, cercant la cooperació i l'eficiència, i compartir tecnologia.
- Promoció de la docència i la recerca com una part integrant de la missió de l'hospital.

Criteris indicatius de planificació dels serveis d'atenció especialitzada d'aguts	Elements qualitius d'adaptació al territori
<p>Hospitalització d'aguts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taxa d'hospitalització: 102 altes per 1.000 habitants (sense hospitalització de psiquiatria d'aguts), ajustades per edat i sexe. - Percentatge d'altes de CMA: 15% del total d'altes; tendència a augmentar fins al 20%. - Índex de penetració (excloent-ne l'atenció d'alta especialització): 75% en zones que s'han de cobrir amb hospitals generals bàsics i 85-90% en zones que s'han de cobrir amb hospitals de referència. - Estada mitjana: 6,5 dies per a les altes d'hospitalització convencional, amb tendència a disminuir a 6 dies. - Índex d'ocupació anual: 85%. - Temps d'espera d'intervencions quirúrgiques: menys de 6 mesos per a la majoria de procediments. 	<ul style="list-style-type: none"> - Condicionants geogràfics i de comunicació. - Estacionalitat. - Atracció sobre zones de fora de Catalunya. - Diferències en el grau d'utilització de serveis amb finançament públic enfront d'altres finançaments. - Hospitalització diferenciada per a determinats tipus de serveis específics (p. ex., pediatria, obstetrícia, etc.). - Cartera de serveis i nivell tecnològic dels hospitals que hagin de donar cobertura a la zona. - Accessibilitat a altres recursos alternatius, substitutius o complementaris. - A les zones amb hospitals de referència per a zones més àmplies cal sumar la part de penetració que li correspon respecte a les altres zones que tenen una penetració dels hospitals propis més baixa. - Grau de desenvolupament de les alternatives a l'hospitalització.
<p>Atenció especialitzada ambulatoria*</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taxa de freqüentació: 1,4-1,6 visites per habitant; tendència a reduir-se a 1,4. - Índex de reiteració: 2%. - Criteris de funcionament: temps mitjà de primeres visites, temps mitjà de visites successives, hores anuals de funcionament. - Índex de rendiment dels espais: 75%. - Ràtio de gabinets d'exploració per consultori: 0,4-0,5. - Temps d'espera per a proves diagnòstiques i visites a l'especialista: menys de 3 mesos. 	
<p>Àrea quirúrgica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taxa de freqüentació: aproximadament 50% del total d'altes. - Criteris de funcionament: temps mitjà d'intervencions amb ingrés, temps mitjà d'intervencions de CMA, hores anuals de funcionament. - Índex de rendiment dels espais: 75%. - Estàndard de places de CMA per alta i dia: 1,5. 	
<p>Àrea obstètrica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Població de referència: dones de 15 a 49 anys. - Taxa de parts: 36 parts públics per 1.000 dones de 15a 49 anys. - Criteris de funcionament: temps mitjà de dilatació, temps mitjà de part, temps mitjà de postpart. - Índex de rendiment dels espais: 75%. 	

* Els criteris sobre atenció especialitzada ambulatoria s'han d'adaptar a les propostes d'actuació en el marc del Pla estratègic d'ordenació de l'atenció especialitzada ambulatoria

6. Els criteris de planificació de serveis

Criteris indicatius de planificació dels serveis d'atenció especialitzada d'aguts	Elements qualitius d'adaptació al territori
<p>Urgències</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taxa de freqüentació: 500 urgències per 1.000 habitants; tendència a reduir-se fins a 450. - Percentatge d'urgències de nivell 1: 50-60%. - Criteris de funcionament: estàndard d'urgències per box de nivell 1, estàndard d'urgències per box de nivell 2. - Ràtio de places d'observació per box de nivell 2: 0,3-0,6. 	
<p>Hospital de dia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taxa de freqüentació: 80 sessions per 1.000 habitants; tendència a augmentar fins a 90. - Estàndard de sessions per plaça i dia: 1,5. 	
<p>Hospital de proximitat (hospital lleuger)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sense hospitalització, dependent d'un hospital de referència però separat físicament d'aquest, apropant l'atenció a la població i ben integrat amb el conjunt de serveis del territori de referència, especialment en la relació amb els serveis d'atenció primària. - Línies assistencials bàsiques: consulta d'especialistes, cirurgia major ambulatoria, hospital de dia, serveis de suport diagnòstic i, en general, urgències de primer nivell. Opcionals: rehabilitació, hemodiàlisi. - Criteris d'utilització de serveis i capacitat assistencial: els especificats anteriorment per cada línia assistencial (àrea d'atenció especialitzada ambulatoria, cirurgia major ambulatoria, hospital de dia, urgències). - Equips professionals: compartits amb l'hospital de referència i amb la col·laboració dels EAP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dimensionament segons volum de població i dispersió geogràfica. - Aspectes organitzatius i de funcionament: resolució ràpida, tendir a visita única, intensius en TIC, sistema d'informació compartit amb els altres dispositius assistencials del territori. - Cartera de serveis i nivell tecnològic dels hospitals que hagin de donar cobertura a la zona. - Accessibilitat a altres recursos alternatius, substitutius o complementaris.

6.2.3. Serveis de salut mental i addiccions

En el capítol 6.3.3. es presenten les bases conceptuals i metodològiques que orienten la definició dels criteris de planificació dels serveis implicats en l'atenció a la salut mental i les addiccions d'acord amb el model d'atenció que impulsa el Pla director de salut mental i addiccions.

Criteris indicatius de planificació dels serveis d'atenció a la salut mental i les addiccions. Etapa infantil i juvenil		Elements qualitius d'adaptació al territori
Atenció primària de salut	– Equip multidisciplinari de suport a l'atenció primària compost per psiquiatres i psicòlegs.	– Adaptació a territoris amb menys volum demogràfic i més dispersió geogràfica.
Centres de desenvolupament i atenció precoç	– Oferta actual a Catalunya: 76 centres.	– A les comarques on ja s'ha assolit la cobertura del 75%, arribar al 85% de la demanda.
Centres de salut mental	– Equip multidisciplinari compost per psiquiatres, psicòlegs, infermers, treballadors socials i administratius.	– Dispersió geogràfica i ruralitat. Distància i sistemes de comunicació. – Altres programes específics segons el territori (suport Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA), centres residencials d'acció educativa (CRAES), centres de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP), programa "Salut i escola"), amb recursos propis diferenciats.
Suport de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències als CSMIJ	– Equip assistencial del centre d'atenció i seguiment de les drogodependències (CAS) per interconsulta amb el CSMIJ.	– Adaptació a territoris amb menys volum demogràfic i més dispersió geogràfica.
Hospital de dia	– 3,5 places per 10.000 habitants menors de 18 anys.	– Adaptació a territoris amb menys volum demogràfic i més dispersió geogràfica. – Transport accessible en alguns territoris.
Serveis de rehabilitació comunitària	– Inclous en els estàndards d'adults.	– Adaptació a territoris amb menys volum demogràfic i més dispersió geogràfica.
Urgències	– 1 servei a cada hospital amb unitat de referència psiquiàtrica infantil (URPI).	– Assajar la telemedicina.
Unitat d'aguts (URPI) i unitat de crisi per a adolescents (UCA)	– 1 llit per 10.000 habitants menors de 18 anys.	– Tots els hospitals generals han de garantir l'atenció psiquiàtrica almenys als pacients mèdics ingressats, i l'activitat d'interconsulta amb les altres especialitats. – Amb serveis propis o amb el suport de la xarxa de salut mental del territori de referència.

6. Els criteris de planificació de serveis

Criteris indicatius de planificació dels serveis d'atenció a la salut mental i les addiccions. Etapa adulta		Elements qualitius d'adaptació al territori
Atenció primària de salut	– Equip multidisciplinari de suport a l'atenció primària compost per psiquiatres, psicòlegs i infermers.	– Adaptació a territoris amb menys volum demogràfic i més dispersió geogràfica.
Centres de salut mental	– Equip multidisciplinari, compost per psiquiatres, psicòlegs, infermers, treballadors socials i administratius.	– Dispersió geogràfica i ruralitat. Distància i sistemes de comunicació (xarxes de carreteres, etc.).
Centre d'atenció i seguiment de les drogodependències (CAS)	– Equip multidisciplinari, compost per psiquiatres, psicòlegs, infermers, treballadors socials, auxiliars clínics i administratius.	– Taxes de prevalença i incidència de variables per factors sociodemogràfics.
Pla de serveis individualitzats (PSI)	– Equip assistencial del PSI.	
Hospital de dia	– 1 plaça per 10.000 habitants de 18 anys o més.	– Adaptació en territoris amb baix volum demogràfic i dispersió geogràfica. – Transport sanitari accessible en territoris especials.
Serveis de rehabilitació comunitària	– 3,5 places per 10.000 habitants de la població general.	– Adaptació en territoris amb baix volum demogràfic i dispersió geogràfica. – El procés de transformació s'ha d'ajustar segons els projectes previstos en el Pla d'atenció integral a les persones amb problemes de salut mental.
Serveis d'inserció laboral	– Servei prelaboral: 15-20 places per 100.000 habitants de la població general. – Servei d'inserció laboral: 15-20 places per 100.000 habitants de la població general.	– Adaptació en territoris amb baix volum demogràfic i dispersió geogràfica. – Creixement progressiu dels centres, segons la cartera d'usuaris.
Urgències	– En tots els hospitals amb unitats d'aguts. – Equip del SEM (Sistema d'Emergències Mèdiques) per regió sanitària.	– Tendència a centralitzar en hospitals generals.
Unitat d'aguts	– 1,2-1,4 llits per 10.000 habitants de 18 anys o més.	– Tendència a centralitzar en hospitals generals. – Tots els hospitals generals han de garantir l'atenció psiquiàtrica almenys als pacients mèdics ingressats, i l'activitat d'interconsulta amb les altres especialitats. – Amb serveis propis o amb el suport de la xarxa de salut mental del territori de referència.
Unitat de subaguts	– 0,8-1 llits per 10.000 habitants de 18 anys o més.	– Promoure l'accés directe a les unitats de subaguts, sense passar prèviament per aguts.

Criteris indicatius de planificació dels serveis d'atenció a la salut mental i les addiccions. Etapa adulta		Elements qualitius d'adaptació al territori
Unitat d'internament a la comunitat	– 0,5 llits per 10.000 habitants de 18 anys o més.	– Unitats polivalents en territoris especials. – Comunitats terapèutiques amb programes d'hospital de dia i programes de serveis de rehabilitació comunitària.
Unitat hospitalària de rehabilitació intensiva	– 1,5 llits per 10.000 habitants de 18 anys o més.	– Tendència a incorporar la meitat dels recursos al territori. – Estudiar unitats de referència en hospitals monogràfics. – Reconversió dels hospitals monogràfics.
Unitat hospitalària de desintoxicació UHD (en hospital general)	– Oferta actual de llits a Catalunya: 64 llits. – Ràtio de 0,09 llits per 10.000 habitants de la població general.	– Funció d'aguts lligada al servei de psiquiatria d'hospital general. – Distribució territorial.
Llars per a persones amb malaltia mental (pisos)	– 10-20 places per 100.000 habitants de la població general.	– Incorporar el recurs (Departament d'Acció Social i Ciutadania) a la gestió integrada del territori.
Llars residència per a malalts mentals	– 20-25 places per 100.000 habitants de la població general.	– Incorporar el recurs (Departament d'Acció Social i Ciutadania) a la gestió integrada del territori.
Club social	– 1 per àmbit d'influència de centre de salut mental d'adults.	– Recurs social. – Mòdul A (menys de 30 usuaris) / Mòdul B (entre 30 i 70 usuaris).

Altres tipus de serveis que requereixen un grau de concentració més elevat:

- Unitats específiques de crisi per a adolescents.
- Unitats terapèutiques per a adolescents.
- Serveis especialitzats en salut mental per a discapacitats intel·lectuals.
- Unitats altament especialitzades per al tractament de patologies emergents (trastorns de la conducta alimentària —TCA—, trastorns límit de la personalitat —TLP—, ludopaties, etc.) i atenció a poblacions vulnerables (immigrants, persones sense sostre, etc.).
- Unitats de patologia dual.
- Unitats hospitalàries especialitzades per a discapacitats intel·lectuals.
- Unitats hospitalàries especialitzades per a trastorns de conducta i dany cerebral.
- Unitats psiquiàtriques penitenciàries.

6.2.4. Serveis socio-sanitaris

En el capítol 6.3.4. es presenten les bases conceptuals i metodològiques que orienten la definició dels criteris de planificació dels serveis implicats en l'atenció a les necessitats socio-sanitàries d'acord amb el model d'atenció que impulsa el Pla director socio-sanitari.

Criteris indicatius de planificació dels serveis socio-sanitaris	Elements qualitius d'adaptació al territori
Mitjana estada	<ul style="list-style-type: none"> - Convalescència-subaguts: 1,8 llits per 1.000 habitants majors de 64 anys. - Cures pal·liatives: 8-10 llits per 100.000 habitants. - Unitats de mitjana estada polivalent (inclou sense diferenciació convalescència-subaguts i cures pal·liatives): 2,3 llits per 1.000 habitants majors de 64 anys.
Llarga estada	<ul style="list-style-type: none"> - Línies de llarga estada: psicogeriatràtica per a persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències, psicogeriatràtica per a persones amb malaltia psiquiàtrica crònica, grans discapacitats, tuberculosi, sida. - 5 llits per 1.000 habitants de més de 64 anys.
Hospital de dia socio-sanitari	<ul style="list-style-type: none"> - Línies d'hospital de dia: geriàtric, malaltia d'Alzheimer, pal·liatiu, malalties neurodegeneratives. - 1,5 places per 1.000 habitants de més de 64 anys. - 1 hospital de dia per cada població de més de 15.000 habitants.
Equips d'avaluació integral ambulatoria (EAIA)	<ul style="list-style-type: none"> - Línies EAIA: geriatria, cures pal·liatives i trastorns cognitius. - Existència d'EAIA de referència en cada GTS.
PADES	<ul style="list-style-type: none"> - 1 equip PADES per cada 100.000 habitants.
UFISS	<ul style="list-style-type: none"> - Dues línies UFISS: geriatria i cures pal·liatives. - Existència d'UFISS a tots els hospitals d'aguts.

6.2.5. Atenció urgent

La societat actual demanda cada cop més immediatesa en la utilització dels serveis, fet que ha comportat un augment en la utilització de l'atenció urgent i que una part important dels problemes que es veuen en els serveis d'urgència hospitalaris siguin de baixa complexitat, per la qual cosa podrien ser atesos amb igual resultat en altres dispositius amb menys intensitat de recursos.

Al llarg dels darrers anys s'han dut a terme moltes iniciatives de transformació en aquest àmbit assistencial amb actuacions de diferent tipus. Aquesta diversitat fa necessari repensar el model d'atenció a fi d'aconseguir una visió comuna sobre els problemes actuals de l'atenció urgent i compartir uns objectius estratègics.

Objectius estratègics del model d'atenció urgent

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

El model s'ha d'organitzar amb un plantejament de xarxa d'integració assistencial, donant més importància als aspectes conceptuals relacionats amb el tipus d'atenció i l'estil de pràctica clínica adequats que corresponen a cada cas i als aspectes de coordinació basats en la necessària col·laboració entre professionals i la compartició de la informació clínica, per sobre dels aspectes més estructurals de dependència de cada dispositiu i del lloc físic de l'atenció.

Tipus de serveis	Criteris de funcionament
Atenció primària en horari ordinari	<ul style="list-style-type: none"> – Horari de funcionament de 12 hores diàries d'atenció efectiva als centres de salut i atenció domiciliària. – Als territoris més aïllats, sense hospital o servei específic d'urgències d'atenció primària, els centres de salut haurien d'estar equipats de mitjans diagnòstics connectats per via telemàtica amb centres de referència.
Atenció continuada pel mateix EAP	<ul style="list-style-type: none"> – Horari de funcionament no sobreposat amb l'horari de funcionament ordinari dels centres de salut. – Als territoris més aïllats, sense hospital o servei específic d'urgències d'atenció primària, els centres de salut haurien d'estar equipats de mitjans diagnòstics connectats per via telemàtica amb centres de referència.
Atenció urgent i continuada en serveis específics d'urgències d'atenció primària (UAP)	<ul style="list-style-type: none"> – Funcionament de 24 hores, 365 dies l'any. – Aplega l'atenció urgent i continuada de diversos EAP. – Equips professionals formats per membres de l'EAP de referència i suport amb personal propi del servei específic. – Suport diagnòstic de radiologia i química seca. – Àrea d'observació per a estabilització de malalts atesos i continuació del tractament inicial quan no requereixi el trasllat a un servei d'urgències hospitalari. – Sistema d'informació clínica compartit amb els EAP de referència.

6. Els criteris de planificació de serveis

Tipus de serveis	Criteris de funcionament
Atenció urgent hospitalària	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="756 383 1428 439">– Classificació dels usuaris amb sistema de triatge compartit amb la resta de dispositius assistencials de la zona.<li data-bbox="756 445 1428 472">– Atenció organitzada per nivells d'atenció.<li data-bbox="756 479 1428 613">– Els serveis d'urgència hospitalaris (SUH) han d'estar ben integrats en el conjunt de l'hospital, el qual haurà de tenir la capacitat suficient d'internament i d'atenció en les àrees ambulatories per facilitar el drenatge correcte dels malalts que s'han de donar d'alta d'urgències sense sobrecarregar aquest servei.<li data-bbox="756 620 1428 754">– Els serveis d'urgència hospitalaris (SUH) han d'estar ben integrats en el conjunt de l'hospital, el qual haurà de tenir la capacitat suficient d'internament i d'atenció en les àrees ambulatories per facilitar el drenatge correcte dels malalts que s'han de donar d'alta d'urgències sense sobrecarregar aquest servei.<li data-bbox="756 761 1428 840">– Els SUH han d'estar coordinats amb la resta de dispositius assistencials del territori per tal d'assegurar una bona gestió de fluxos i una continuïtat correcta de l'assistència.<li data-bbox="756 846 1428 949">– Els diversos SUH hauran de treballar en xarxa de manera que es pugui concentrar l'atenció urgent per a determinades especialitats, tot desenvolupant dinàmiques de col·laboració intercentres i entre equips professionals.

Sistemes organitzatius segons tipus de serveis i àmbits territorials tipus

Àmbit territorial tipus	Atenció primària en horari ordinari	Atenció continuada	Atenció urgent i continuada en serveis específics d'UAP	Atenció urgent hospitalària
Conurbació metropolitana	L'EAP atén la demanda d'atenció immediata i pot derivar als serveis específics d'UAP les urgències que requereixen més capacitat diagnòstica i observació.	L'EAP no presta atenció continuada al centre de salut.	Els serveis específics d'UAP actuen com a dispositiu d'urgències de primer contacte d'una sèrie d'ABS, reben derivacions dels EAP i n'assumeixen l'atenció continuada.	Orientada a l'atenció de les urgències de més complexitat. Pot derivar les urgències més banals als EAP i als serveis específics ambulatoris.
Corona perifèrica a conurbació		Segons el temps de desplaçament als serveis específics d'UAP, l'atenció continuada pot estar concentrada en aquests serveis o ser prestada pel mateix EAP.		
Comarcal amb hospital	L'EAP atén la demanda d'atenció immediata i deriva a l'hospital les urgències que requereixen més capacitat diagnòstica i observació.	Segons el temps de desplaçament a l'hospital, l'atenció continuada pot estar concentrada a l'hospital i en col·laboració amb altres EAP de la zona.	Normalment no hi ha prou població per desplegar serveis específics d'UAP i aquesta pot ser assumida per l'hospital.	Orientada a l'atenció de les urgències de més complexitat, però pot assumir en col·laboració amb els EAP l'atenció a les urgències més banals i, si escau, l'atenció continuada dels EAP.
Comarcal sense hospital	L'EAP atén la demanda d'atenció immediata i deriva als serveis específics d'UAP o als dispositius hospitalaris més propers les urgències que requereixen més capacitat diagnòstica i observació.	Segons el temps de desplaçament al servei específic d'UAP, l'atenció continuada pot estar concentrada en aquests serveis o ser prestada pel mateix EAP.	Servei específic UAP com a dispositiu d'urgències de primer contacte d'una sèrie d'ABS, rep derivacions dels EAP i n'assumeix l'atenció continuada. Si hi hagués un "hospital lleuger", ho assumiria aquest.	Sense hospital convencional. Si hi ha "hospital lleuger", aquest pot assumir les funcions dels serveis específics d'UAP.
Nuclis dispersos i aïllats	L'EAP atén la demanda d'atenció immediata i disposa de capacitat diagnòstica i de resolució alta, preferentment amb sistemes de telemedicina, per evitar el desplaçament dels pacients a grans distàncies quan no es tracta d'urgències de més complexitat que han de ser assumides per un hospital.		Normalment no hi ha prou població per desplegar serveis específics d'UAP.	Si hi ha hospital, aquest assumirà l'atenció de les urgències i, en col·laboració amb els EAP, pot assumir l'atenció continuada per a la població del mateix nucli i els més propers d'on està ubicat l'hospital. Si no hi ha hospital, el dispositiu hospitalari més proper assumirà l'atenció de les urgències de més complexitat.
Zones d'especial afluència turística	L'organització dels serveis en general serà similar a la dels àmbits comarcals, segons si hi ha hospital o no n'hi ha, però amb reforços estacionals i dispositius específics de funcionament temporal.			

6.2.6. Atenció domiciliària

A Catalunya, es disposa dels recursos i les tipologies assistencials de finançament públic següents per prestar atenció domiciliària del pacient:

- El Programa marc d'atenció a domicili (ATDOM).
- L'atenció domiciliària a pacients amb patologia aguda prestada pels EAP.
- Els programes d'atenció domiciliària - equips de suport (PADES).
- L'atenció domiciliària a la mare i al nadó després del part a càrrec dels ASSIR.
- Les unitats d'hospitalització a domicili.
- L'atenció domiciliària a persones amb problemes de salut mental.

Des dels diferents dispositius assistencials públics, els darrers anys s'han endegat altres iniciatives que directament o indirectament han intentat donar suport a l'atenció domiciliària (infermer d'enllaç, Programa de detecció i seguiment del malalt fràgil, posada en marxa del full PREALT, coordinació dels EAP amb les residències geriàtriques de la zona, reforç de l'equip d'atenció domiciliària durant l'època del Programa integral d'urgències de Catalunya (PIUC), integració dels PADES als equips d'atenció domiciliària dels EAP, projecte PISA (Prevenició i suport a l'alta) de la Divisió Hospitalària de l'ICS).

Visió de futur de l'atenció domiciliària a Catalunya

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

El model d'atenció domiciliària del pacient s'adreça a proporcionar una atenció integrada en xarxa que inclogui tots els recursos assistencials, i socials quan sigui necessari, disponibles a Catalunya. La cartera de serveis de l'atenció domiciliària inclou:

- a) L'atenció domiciliària convencional, que tracta de l'atenció a pacients que no es poden desplaçar al centre.
- b) L'atenció domiciliària de pacients aguts que substitueix l'hospitalització.
- c) L'atenció domiciliària postalta hospitalària.

- d) L'atenció domiciliària de pacients que requereixen tecnologia i/o habilitats clíniques molt especialitzades.
- e) L'atenció domiciliària de pacients terminals, oncològics i no oncològics.
- f) L'atenció domiciliària de pacients amb trastorns mentals greus.
- g) La rehabilitació domiciliària.

L'atenció domiciliària del pacient s'ha d'organitzar i coordinar en àmbits territorials definits que correspondran als GTS. Tots els professionals assistencials que desenvolupin actuacions d'atenció domiciliària del pacient dins dels diferents recursos que constitueixen la xarxa territorial hauran de treballar en dinàmiques d'equip per tal de potenciar i garantir la coordinació assistencial.

6.2.7. Integració assistencial al territori

Els sistemes sanitaris dels països desenvolupats viuen un moment complex atès que l'increment de la demanda i la necessitat d'atenció sanitària és més ràpid que el ritme amb què augmenten els recursos disponibles per prestar aquesta atenció.

Un dels canvis proposats és la integració de serveis. Hi ha un ampli consens que molts dels problemes de salut que afecten la població, en especial les malalties cròniques, requereixen l'atenció proporcionada simultàniament per un ampli ventall de professionals i cuidadors, serveis i agències. Si aquests professionals, serveis i agències treballen de manera descoordinada o fragmentada, és molt fàcil que algunes de les necessitats de la població no quedin cobertes i que es produeixin duplicacions i ineficiències en els serveis oferts.

Estratègies que faciliten la integració de serveis

Assignació de recursos

- Assignació de base poblacional

Administratives

- Descentralització de responsabilitats i funcions
- Planificació intersectorial
- Avaluació de necessitats
- Adaptació de la normativa

Organitzatives

- Acords de derivació de pacients
- Programes gestionats conjuntament entre unitats i/o institucions
- Creació de xarxes
- Aliances estratègiques
- Fusions

Provisió de serveis

- Formació conjunta
- Informació centralitzada
- Gestió de casos
- Equips multidisciplinaris / interdisciplinaris
- Sistemes d'informació integrats

Clínic

- Ús d'estàndards i diagnòstics comuns
- Planificació conjunta de les intervencions i les cures necessàries
- Història clínica compartida
- Eines de decisió comunes (guies de pràctica clínica)

Línies de futur

Nou model de contractació dels serveis

Si l'eix del sistema són els ciutadans i ens hem de plantejar íntegrament l'atenció sanitària, des de la promoció de la salut, la prevenció i la cura de la malaltia fins a les funcions rehabilitadores, s'han de buscar fórmules de contractació que potencien la coordinació i la transversalitat entre línies de servei.

Des d'aquesta perspectiva una de les línies de futur més important és l'impuls d'un nou model de contractació de base capítativa que s'està desenvolupant a Catalunya amb els objectius següents:

- Afavorir l'equitat d'accés als serveis sanitaris.
- Millorar l'eficiència del sistema afavorint la gestió coordinada dels serveis sanitaris i la continuïtat assistencial.
- Millorar la qualitat dels serveis de salut de manera que el pacient rebi l'atenció sanitària adequada a les seves necessitats en el nivell assistencial idoni.
- Estimular la integració entre proveïdors. Els punts clau per aconseguir una integració efectiva són: que es creïn les economies potencials d'escala i gamma, que els costos de transacció no es disparin i que es produeixi una certa fusió cultural. La integració permetrà iniciar una sèrie d'efectes de substitució entre línies de serveis i evitar duplicitats.
- Coresponsabilitzar tots els agents del sistema, transferint una part del risc de gestió als proveïdors.

Gestió assistencial territorial

A més de la contractació dels serveis de base poblacional, també cal evolucionar cap a un desenvolupament més organitzat en la gestió assistencial al territori, de manera que es puguin identificar figures de coordinació i de lideratge assistencial que facilitin la relació entre professionals al voltant d'una línia d'actuació assistencial definida, compartida i acordada, i avaluable.

D'acord amb aquest plantejament, el Mapa recomana que en l'àmbit territorial dels GTS, tot aprofitant les possibilitats de relació i d'arribar a consensos territorials, es potenciï la funció de gestió assistencial territorial, innovant en sistemes organitzatius de relació funcional entre professionals.

6.3. La planificació de serveis en relació amb els plans directores del Departament de Salut i els plans estratègics d'ordenació de serveis

6.3.1. Pla director d'oncologia

Un debat fonamental en la planificació de l'atenció oncològica és la combinació necessària entre el fet que la freqüència del càncer és prou elevada perquè es diagnostiqui a tots els nivells assistencials, amb la complexitat terapèutica que requereixen molts pacients i la diversitat de patologies, que obliga a una especialització notable en els diferents nivells hospitalaris.

Principis orientadors per a l'atenció oncològica

- Centrada en el pacient i que tingui en compte les seves necessitats i els seus valors.
- Basada en la millor evidència científica disponible.
- Que ofereixi una atenció tan propera al lloc de residència del pacient com sigui possible, mantenint la qualitat assistencial i tenint en compte els avantatges de l'especialització en l'atenció oncològica.
- Que faciliti la formació i la recerca per produir nova evidència científica.
- Promotora de l'atenció multidisciplinària del malalt i la continuïtat entre els diferents nivells assistencials.
- Integradora dels aspectes psicosocials i mèdics en l'atenció del malalt.
- Basada en l'avaluació dels resultats clínics de l'atenció oncològica.

Orientacions generals comunes per a la planificació de serveis en l'atenció als diferents tipus de càncer:

- Augmentar la capacitat de l'atenció primària.
- Millorar la coordinació entre nivells assistencials i entre serveis.
- Assegurar que l'atenció especialitzada disposi de la capacitat suficient per fer les proves diagnòstiques que siguin necessàries i amb qualitat.
- La incorporació de noves tecnologies diagnòstiques s'ha de fer tenint en compte l'evidència sobre els resultats i les indicacions.
- Cada cop més, l'estratègia diagnòstica presenta elements de transversalitat, combinant diferents tipus d'estudis (anatomia patològica, bioquímica, imatge).
- La indicació del tractament s'ha de fer sobre la base d'un comitè de tumors multidisciplinari.
- En els tipus de càncer per als quals cal concentrar el tractament en pocs centres, cal establir models territorials coordinats amb una relació entre el centre que diagnostica i el de referència.
- En els hospitals de referència s'ha de garantir un abordatge multidisciplinari dels diferents tipus de càncer, i és recomanable que s'organitzi en forma d'unitats funcionals.
- En el seguiment dels casos hi poden participar professionals de diferents serveis assistencials amb dedicació variable segons les fases.
- Quant al tractament pal·liatiu, és important una bona connexió entre els serveis hospitalaris i els que presten cures pal·liatives de diferents nivells assistencials.
- Els infermers, tant en l'atenció especialitzada com en l'atenció primària segons les fases de tractament i seguiment, tenen un paper clau en la gestió de casos i la continuïtat assistencial.
- Per garantir la qualitat cal que hi hagi bons registres de l'activitat assistencial i que es compleixin els estàndards mínims assistencials. L'avaluació, mitjançant auditories internes i externes, és un estímul per a la qualitat.
- Cal desenvolupar estratègies de formació, tant aprofitant les noves tecnologies (aprenentatge virtual) com desenvolupant línies de col·laboració entre hospitals.
- Pel que fa a la teràpia amb noves estratègies de tractament en fase de recerca, cal estructurar un sistema i organitzar la relació entre centres per tal que, amb criteris d'equitat, hi puguin accedir pacients candidats independentment del centre en què són tractats.

6. Els criteris de planificació de serveis

Serveis implicats en l'atenció al càncer

	Prevenió	Diagnòstic	Tractament	Seguiment
Salut pública	Promoció de la salut sobre hàbits i estils de vida Protecció sobre riscos ambientals			La fase inicial de seguiment està molt vinculada a l'hospital que ha assumit el tractament i la gestió del pacient, de manera que es puguin atendre les possibles complicacions posttractament i detectar precoçment les possibles recidives. En les fases següents, l'hospital que ha fet el tractament pot actuar amb menys intensitat i el seguiment hauria d'arribar a ser assumit de manera compartida entre l'hospital i l'atenció primària.
Atenció primària	Prevenió de factors de risc Cribratge del càncer	Detecció de símptomes de sospita	Cures pal·liatives	
Hospitals generals bàsics	Cribratge del càncer	Diagnòstic i estudi d'extensió	Quimioteràpia. Cirurgia. Rehabilitació. Cures pal·liatives.	
Hospitals de referència		Diagnòstic i estudi d'extensió	Radioteràpia i quimioteràpia. Cirurgia de complexitat mitjana-alta. Cures pal·liatives. Rehabilitació.	
Serveis d'alta especialització		Diagnòstic i estudi de càncers poc freqüents i/o que requereixen serveis d'alta especialització.	Cirurgia d'alta complexitat. Atenció oncològica pediàtrica. Radioteràpia d'alta especialització. Trasplantament de progenitors hematològics.	
Serveis socio-sanitaris			Cures pal·liatives	

En qualsevol cas, els diferents tipus de serveis que participen en l'atenció al càncer no es poden entendre com a compartiments aïllats, sinó com a serveis que tenen una alta interacció amb una concepció de sistema en xarxa.

Tots aquests serveis han de compartir objectius comuns en l'atenció a les persones amb càncer, entre els quals cal destacar:

- La continuïtat assistencial en tot el procés d'atenció.
- L'agilitat en els processos diagnòstics i terapèutics en els casos en què l'espera genera més angoixa en les persones afectades.

- La qualitat de l'assistència en el diagnòstic, el tractament i el seguiment dels pacients amb càncer.
- El suport psicosocial als pacients, els familiars i els professionals.

Que cada tipus de servei pugui assumir la part del procés d'atenció que li correspon, amb un bon nivell de qualitat i una relació efectiva de coordinació, requereix el desenvolupament d'una sèrie d'instruments que ho facilitin, la majoria dels quals estan relacionats amb les línies d'actuació i els projectes del Pla director d'oncologia esmentats en els capítols anteriors. En el decurs de la discussió sobre les orientacions de la planificació dels serveis per a l'atenció al càncer, s'han identificat com a instruments principals per a la millora de la qualitat i la coordinació de serveis els següents:

- Comitès de tumors
- Col·laboració intercentres
- Guies clíniques: oncogüies
- Sistema d'informació
- Formació
- Recerca
- Avaluació dels resultats clínics

6.3.2. Pla director de malalties de l'aparell circulatori

El Pla director de malalties de l'aparell circulatori se centra en la prevenció i l'atenció integral de determinades malalties cardíaques i neurològiques: la síndrome coronària aguda (SCA), la insuficiència cardíaca (IC), les cardiopaties congènites (CC) i l'ictus.

Síndrome coronària aguda

Intervencions i tipus de serveis per a l'atenció de la síndrome coronària aguda

Intervencions	Àmbit comunitari	Atenció primària	Transport sanitari urgent	Urgències hospitalàries	Hospital amb hemodinàmica	Hospital amb unitat coronària	Hospital amb cirurgia cardíaca	Atenció especialitzada ambulatòria
Prevenció primària	•	•						
Triatge		•	•	•				
Primera assistència i estratificació de risc inicial	•	•	•	•				
Desfibril·lació	•	•	•	•	•	•	•	•
Trasllat			•					
Fibrinòlisi		•	•	•				
Intervenció coronària percutània (angioplàstia)					•			
Cirurgia							•	
Monitoratge			•	•	•	•		
Estratificació del risc (prealta)					•	•		
Rehabilitació		•				•		•
Seguiment		•						•
Prevenció secundària	•	•						•

L'angioplàstia primària

Com a objectiu més immediat per a Catalunya es preveu un increment mínim fins a arribar a una taxa consolidada de 17 angioplàsties per 100.000 habitants, les quals s'haurien de focalitzar preferentment en els malalts que en poden treure més benefici: els pacients amb infart agut de miocardi de risc elevat (classe Killip II, III o IV i infarts anteriors o inferoposteriors extensos).

Les necessitats de places en unitats coronàries

La demanda esperada d'ingressos en aquestes unitats se situa al voltant dels 11.000 casos anuals (9.500 per SCA + 15%). En relació amb els estàndards de funcionament de les unitats coronàries, en el grup de treball s'ha estimat una estada mitjana de 4 dies, amb tendència a disminuir a mesura que augmenti el desplegament de l'angioplàstia primària, atès que afavoreix una durada més baixa de l'estada i un índex d'ocupació del 80%.

El transport sanitari urgent

Els pacients amb la sospita de SCA han de tenir garantit el següent:

1. L'accés ràpid a l'assistència mèdica del nivell necessari.
2. La utilització dels mitjans diagnòstics i terapèutics basats en l'evidència científica i que aquests siguin els més eficients.

La sectorització de l'atenció de la SCA

Es proposa una sectorització en dos nivells, un de més concentració per atendre els casos en què s'ha prioritzat l'angioplàstia primària i l'altre de més proximitat a hospitals amb unitats coronàries o de crítics mixtos per atendre els casos que no requereixen reperfusió i els que no són objecte d'angioplàstia primària.

Malaltia vascular cerebral

Intervencions i tipus de serveis per a l'atenció a la malaltia vascular cerebral (ictus)

Intervencions	Àmbit comunitari	Atenció primària	Transport sanitari urgent	Urgències hospitalàries	Hospital amb hemodinàmica	Hospital amb unitat coronària	Hospital amb cirurgia cardíaca	Atenció especialitzada ambulatoria
Prevenició primària	•	•						
Triatge		•	•	•				
Primera assistència i estratificació de risc inicial	•	•	•	•				
Trasllat			•					
Trombólisi				•		•	•	
Tractament antitrombòtic					•	•	•	•
Cirurgia descompressiva						•	•	
Rehabilitació		•				•	•	•
Seguiment		•				•	•	•
Prevenició secundària	•	•				•	•	•

La territorialització del Codi ictus (CI) es fa atenent principalment a tres criteris:

- El temps de desplaçament (isòcrones).
- L'expertesa clínica atenent a la casuística.
- El volum de casos esperats en funció de la població (taxa d'incidència de CI potencials estimada de 75,18 CI per 100.000 habitants per any).

Pel que fa a la continuïtat assistencial cal destacar que en la fase d'atenció urgent s'ha d'evitar que el pacient passi per diferents dispositius assistencials que puguin retardar l'atenció immediata.

Transport sanitari urgent

Els pacients amb la sospita d'ictus hauran de tenir garantit:

1. L'accés ràpid a l'assistència mèdica del nivell necessari.
2. La utilització dels mitjans diagnòstics i terapèutics basats en l'evidència científica i que aquests siguin els més eficients.

La sectorització de l'atenció a l'ictus

La sectorització s'estructura sobre la base de la idea principal d'una xarxa de centres connectats entre ells, amb tres nivells de complexitat, en la qual cada pacient rep atenció en el centre adient segons les seves característiques clíniques i la proximitat a la seva residència habitual. Tots els nous hospitals de referència reuneixen els criteris de dotació humana i tecnològica que es descriuen a la guia de pràctica clínica. S'ha previst que la posada en marxa dels nous centres de referència per a Codi ictus estigui tutelada per altres centres de referència experts. Els hospitals d'alta especialització tenen diferents carteres de serveis en aquest àmbit. Fomentaran la relació i la tutela els mateixos centres de referència per trombòlisi.

6.3.3. Pla director de salut mental i addiccions

El nou model de serveis s'organitza en tres grans àmbits d'intervenció, diferenciats per problemes de salut, tipologia o complexitat de les intervencions, i entorn de serveis on aquestes intervencions poden resultar més eficients.

Les implicacions en els serveis necessaris permeten diferenciar tres àmbits, tenint en compte l'eficiència. Aquests tres àmbits es defineixen com:

- a) Intervencions de l'atenció primària de salut, amb el suport de l'especialitzada.
- b) Tractaments especialitzats experts, per programes i guies clíniques.
- c) Tractaments integrals per a les persones amb trastorns greus de llarga evolució i risc de discapacitat.

Atenció a la salut mental i les addiccions. Problemes de salut, serveis i dispositius de cada àmbit d'intervenció

Problemes de salut	Cartera de serveis	Dispositius
<p>Ansietat-depressió. Trastorns adaptatius. Senyals d'alarma infantojuvenil. Conductes addictives de risc.</p>	<p>Activitats de promoció/prevenició. Valoració de la demanda – resolució – interconsulta – derivació. Detecció precoç.</p>	<p>Equip d'atenció primària. Equip integral de suport especialitzat (psiquiatre, psicòleg infantojuvenil, psicòleg d'adults, infermer de salut mental i addiccions).</p>
<p>Altres disfuncions. Malalties cròniques diverses. Altres problemes de salut que requereixen atenció integral (somatitzacions, fibromiàlgia, fatiga crònica, etc.).</p>	<p>Senyals d'alarma en població infantil i adolescent. Activitats de salut mental: consell, resolució de conflictes, infermeria psiquiàtrica, orientació psicològica, orientació familiar, grups. Salut integral per a les persones amb trastorn mental greu.</p>	
<p>Depressió greu. Trastorn de la personalitat. Risc de suïcidi. Trastorn de la conducta alimentària. Trastorn límit de la personalitat. Trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat. Cocaïna. Alcoholisme. Consum en adolescents. Ludopaties. Discapacitats intel·lectuals.</p>	<p>Guies clíniques per patologies (especialització). Oferta integral (psicoteràpia). Atenció intensiva. Atenció a la crisi. Hospitalització.</p>	<p>Centre de salut mental infantil i juvenil. Centre de salut mental d'adults. Centre d'atenció i seguiment de les drogodependències. Servei especialitzat de salut mental per a discapacitats intel·lectuals. Hospital de dia. Urgències/aguts.</p>
<p>Esquizofrènia i altres psicosis. Addiccions greus. Persones amb trastorns mentals greus. Poblacions específiques de risc (exclusió social, sense llar, penats, etc.).</p>	<p>Cartera de serveis integrada (interdepartamental): sanitaris, socials, laborals, etc. Intervencions pacient-família-entorn. Atenció a la crisi i domiciliària. Programa d'atenció a la psicosis incipient. Programes de TMG. Rehabilitació i reinserció. Disminució del dany i de riscos. Modalitats proactives.</p>	<p>Centre de salut mental. Centre d'atenció i seguiment de les drogodependències. Servei d'emergències mèdiques. Pla de serveis individualitzats. Hospital de dia. Serveis de rehabilitació comunitària. Hospitalització d'aguts, subaguts i rehabilitació intensiva. Alternatives comunitàries. Altres programes i serveis específics. Serveis socials. Prodep (Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció de les persones amb dependència).</p>

Els criteris de planificació dels serveis específics de salut mental i de drogodependències resultants del procés de reflexió sobre el model d'atenció es detallen en el capítol 6.2.3.

6.3.4. Pla director sociosanitari

Catalunya, com ja s'ha comentat, disposa d'un model d'atenció sociosanitària amb una concepció global de la persona, un enfocament integral i basat en la multidisciplinarietat i una dimensió interdepartamental.

Aquest model, algunes experiències afavoridores de l'atenció integral i la continuïtat assistencial a través de la gestió global del conjunt dels diferents tipus de serveis que intervenen en el procés d'atenció a les necessitats sociosanitàries (atenció primària, atenció especialitzada d'aguts i serveis sociosanitaris), constitueixen les principals fortaleses de la situació actual per fer front als reptes del futur.

Reptes del model d'atenció a les necessitats sociosanitàries

- Fer front al creixement demogràfic dels darrers anys i el previst, en el qual continuarà el procés d'envelliment de la població.
- Abordar l'augment continuat de les necessitats assistencials que, previsiblement, generaran les noves possibilitats terapèutiques, rehabilitadores i pal·liatives.
- Millorar l'accessibilitat als serveis, tot potenciant la integració de la persona en el seu entorn familiar i social i, sempre que sigui possible, la permanència en el domicili propi com a alternativa a l'hospitalització.
- Aconseguir més equilibri territorial en la capacitat assistencial.
- Adaptar els serveis d'atenció primària i d'atenció especialitzada per tal d'atendre les necessitats sociosanitàries amb una perspectiva integral i de coordinació amb la resta de serveis.
- Millorar la connexió entre diferents dispositius, avançant cap a un sistema en xarxa, d'assistència integral i creixement transversal.
- Aprofitar l'evolució tecnològica per fer més eficient el procés d'atenció i la comunicació entre professionals i serveis.
- Aprofitar el desenvolupament del model d'atenció a la dependència com una oportunitat de millora de coordinació dels serveis sanitaris i socials, a la vegada que comportarà un augment de la capacitat d'atenció i una millor adequació dels serveis per donar resposta a les necessitats socials de les persones i els col·lectius més vulnerables.

En la definició dels criteris de planificació de serveis s'ha treballat en tres línies principals:

- L'adaptació dels serveis d'atenció primària i d'atenció especialitzada d'aguts als nous reptes del model, amb una visió d'atenció integral, multidisciplinària i interdepartamental que afecta totes les xarxes assistencials.
- La continuació del desenvolupament dels serveis específics sociosanitaris, d'acord amb la cartera de serveis actual, millorant l'equitat territorial.
- La incorporació de propostes de millora en forma de projectes demostratius que afecten els serveis, d'acord amb les línies d'actuació per als quatre àmbits del Pla director.

En relació amb les propostes de millora en forma de projectes demostratius que afecten els serveis, d'acord amb les línies d'actuació per als quatre àmbits del Pla director, a la taula següent es destaquen les que poden tenir un impacte més important en els diferents tipus de serveis implicats en l'atenció a les necessitats sociosanitàries.

6. Els criteris de planificació de serveis

Tipus de serveis	Propostes de millora (projectes demostratius)
Atenció primària de salut	<ul style="list-style-type: none"> – Millorar l'atenció domiciliària a persones amb malalties cròniques i/o discapacitat. – Dur a terme la detecció i el seguiment de persones grans fràgils per part d'un infermer comunitari. – Implantar progressivament un protocol d'actuació davant la sospita clínica de deteriorament cognitiu. – Millorar la informació i l'entrenament en el maneig dels símptomes conductuals i psicològics. – Millorar l'atenció al final de la vida a l'atenció primària de salut.
Atenció hospitalària d'aguts	<ul style="list-style-type: none"> – Potenciar unitats integrals d'hospitalització a domicili. – Completar el desplegament d'unitats d'aguts de geriatria als hospitals de tercer nivell i de referència. – Identificar serveis neurològics hospitalaris de referència. – Establir protocols d'actuació a urgències per tal de millorar l'atenció al final de la vida als serveis d'urgències.
Unitats de mitjana estada	<ul style="list-style-type: none"> – Creació d'unitats específiques per a pacients subaguts. – Revisió de la cartera de serveis i adaptació de la xarxa de centres socio-sanitaris per a persones amb malalties neurològiques que cursen amb discapacitat (MND).
Hospital de dia socio-sanitari	<ul style="list-style-type: none"> – Desenvolupar la normativa de contractació d'activitat d'estimulació cognitiva en el marc dels hospitals de dia socio-sanitaris. – Revisar la cartera de serveis i adaptació de la xarxa de centres socio-sanitaris per a persones amb MND.
Equips d'avaluació integral ambulatoria (EAIA)	<ul style="list-style-type: none"> – Utilitzar els EAIA de geriatria i/o les unitats de diagnòstic ràpid. – Establir sistemes de connexió flexibles i operatius entre els EAIA de trastorns cognitius i l'atenció primària. – Donar una resposta eficaç davant situacions de crisi de manera coordinada entre l'atenció primària i la xarxa especialitzada. – Definir, entre els EAIA de trastorns cognitius, equips o unitats de referència per a persones joves amb demència. – Reconèixer les activitats de recerca i docència en alguns EAIA en trastorns cognitius.
PADES	<ul style="list-style-type: none"> – Facilitar l'accés a l'atenció de cures pal·liatives especialitzades dels pacients geriàtrics en l'etapa final de la vida. – Implementar mesures de millora de l'atenció al final de la vida a l'atenció primària de salut.
UFISS	<ul style="list-style-type: none"> – Intervenció dels equips especialitzats en geriatria (UFISS) en l'atenció a les persones grans als serveis d'urgències dels hospitals d'aguts.
Altres serveis no sanitaris	<ul style="list-style-type: none"> – Implementar mesures de millora de l'atenció al final de la vida en residències. – Donar suport sanitari a les escoles d'educació especial.

Els criteris de planificació explícits dels serveis d'atenció socio-sanitària, resultants del procés de reflexió sobre el model d'atenció, es detallen en el capítol 6.2.4.

6.3.5. Pla director d'immigració

Les consideracions sobre el model d'atenció parteixen de la base i del consens que el millor model d'atenció sanitària a persones nouvingudes és el model normalitzat.

El Pla director d'immigració ha enfocat els seus objectius principals en aquest sentit, proposant afavorir al màxim l'accessibilitat, mitjançant la informació i l'acollida, la formació dels professionals i l'elaboració d'eines que millorin les dificultats d'accés i superin les barreres existents.

Reptes del model amb vista al futur seleccionant els que tenen més a veure amb la planificació de serveis

- Elaborar un model per a tot el territori que ajudi a corregir les desigualtats d'accés als serveis de la salut i millorar la salut de la població immigrant.
 - Millora de l'accés, la utilització de serveis i l'adherència dels immigrants als serveis assistencials normalitzats de les regions sanitàries.
 - Captació activa de tota la població immigrant per part dels equips d'atenció primària.
 - Disposició d'un protocol d'acollida per millorar la utilització adequada dels serveis i la satisfacció amb l'atenció rebuda.
 - Incorporació de mediadors per reduir les càrregues de treball mitjançant la millora de la comunicació lingüística i cultural entre el personal sanitari i els nouvinguts.
- Donar resposta als problemes de salut específics de la població immigrant (adaptació intercultural dels programes existents i creació de programes i serveis específics en funció de les necessitats detectades).
 - Millora de la formació específica dels professionals de la salut.
 - Foment de l'autopromoció de la salut de base comunitària.
 - Adaptació intercultural dels programes existents en atenció primària.
 - Centralització de la recollida de material d'informació i educació per a la salut dels immigrants i promoció de la seva divulgació.

S'ha elaborat una proposta de planificació de les unitats de salut internacional a Catalunya que:

- Dibuixa el model d'aquestes unitats funcionals, en el que es denomina *salut internacional*, i que bàsicament comporta la doble funció de consell al viatger (previatge) i atenció a patologies importades (postviatge).
- Proposa, sobre la base de les existents, la seva adequació a les necessitats de cada territori i els criteris mínims per acreditar un nivell de qualitat.
- Defineix el paper de cada nivell (atenció primària, hospitalària, nivell de referència per a Catalunya, Sanitat Respon, etc.).

6.3.6. Atenció maternoinfantil i atenció a la salut sexual i reproductiva

El Pla de reordenació de l'atenció maternoinfantil i de l'atenció a la salut sexual i reproductiva del Departament de Salut estableix tres grans estratègies d'intervenció:

- Garantir una atenció adaptada a les necessitats dels ciutadans en el lloc i en el moment adequats.
- Generar confiança a la població en l'atenció maternoinfantil i en l'atenció a la salut sexual i reproductiva.
- Estructurar un sistema eficaç i sostenible pel que fa a l'atenció maternoinfantil i a la salut sexual i reproductiva.

Atenció maternoinfantil

La implantació del model té com a objectius principals oferir una atenció obstètrica i neonatal adequada, en termes d'equitat i qualitat; prestar l'atenció en l'àmbit territorial de referència i intentar evitar els desplaçaments innecessaris, i que hi hagi una coordinació entre els diferents territoris, centres i nivells assistencials.

Visió de futur del model d'atenció maternoinfantil

- Garantir l'atenció en el moment adient, en el lloc adequat i en funció dels criteris de proximitat territorial i de complexitat assistencial de cada cas.
- Mantenir un nivell de qualitat elevat a totes les regions sanitàries per garantir l'equitat assistencial.
- Considerar les preferències personals dels usuaris, per tal d'oferir una atenció com més humanitzada i personalitzada millor.
- Promoure el ple desenvolupament de les competències dels professionals (obstetres, neonatòlegs i llevadors), tot implementant les mesures d'incentivació i organització més adequades.

Per assolir el desplegament del model, cal organitzar els serveis sobre la base dels sis principis següents:

1. Una oferta obstètrica i neonatal adequada i que respongui a les necessitats de salut de les mares i els nadons.
2. Una atenció obstètrica i neonatal continuada a tot el territori.
3. Una qualitat i seguretat assistencials elevades.
4. Una atenció perinatal humanitzada i orientada a les mares i nadons i a les seves famílies.
5. Una coordinació adequada dels diferents nivells de resolució dels hospitals maternoinfantils.
6. Una distribució dels recursos humans i estructurals que tingui en compte els criteris de proximitat i de disponibilitat.

Cartera de serveis de l'atenció maternoinfantil segons nivells assistencials (hospitalaris)	Requeriments estructurals específics
Nivell I	<ul style="list-style-type: none"> - Assistència a parts de risc baix i mitjà. - Atenció a nadons normals i prematurs de 35-36 setmanes de gestació estables i sense complicacions. - Reanimació immediata i estabilització de la mare i del nadó amb problemes en espera de trasllat.
Nivell II-A	<p>A més a més de l'indicat per al nivell anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistència a part de risc alt que no requereix altres especialitats. - Atenció als nadons sans i patològics següents: <ul style="list-style-type: none"> • Prematurs de més de 32 setmanes de gestació i més de 1.500 grams de pes. • Nadons malalts no greus amb problemes que s'espera que es resolguin ràpidament i sense necessitat d'especialista. • Nadons amb ventilació mecànica per períodes breus de temps (aprox. 24 hores). - Donar suport als hospitals de nivell I.

Cartera de serveis de l'atenció maternoinfantil segons nivells assistencials (hospitalaris)		Requeriments estructurals específics
Nivell II-B	A més a més de l'indicat per als nivells anteriors: <ul style="list-style-type: none"> – Control i seguiment dels embarassos de risc molt alt que no requereixen coordinació permanent amb altres especialitats. – Atenció als parts de risc molt alt que no necessitin coordinació permanent amb altres especialitats. – Donar suport als hospitals dels nivells anteriors. 	<ul style="list-style-type: none"> – Disposar d'unitats de cures intermèdies obstètriques (ventilació mecànica). – Disposar de cures intensives neonatals per a prematurs de més de 29 setmanes i més de 1.000 grams de pes, nadons amb anomalies congènites que no necessiten especialista, nadons amb necessitat de ventilació mecànica amb FIO₂<80 i nadons amb problemes quirúrgics menors.
Nivell III-A	A més a més de l'indicat per als nivells anteriors: <ul style="list-style-type: none"> – Control i seguiment dels embarassos de risc molt alt que requereixin coordinació permanent amb altres especialitats. – Atenció als parts de risc molt alt que necessitin coordinació permanent amb altres especialitats. – Assistència a tots els nadons, inclosos els prematurs extrems de menys de 28 setmanes de gestació i menys de 1.000 grams de pes. – Donar suport als hospitals dels nivells anteriors. 	<ul style="list-style-type: none"> – Disposar d'unitats de cures obstètriques intenses. – Disposar de cures intensives neonatals per a tot tipus de nadons, excepte els nadons candidats de cirurgia cardíaca, hèrnies diafragmàtiques, neurocirurgia i ECMO (oxigenació per membrana extracorpòria).
Nivell III-B	A més a més de l'indicat per als nivells anteriors: <ul style="list-style-type: none"> – Control i seguiment dels embarassos de risc molt alt que requereixin coordinació permanent amb altres superespecialitats (cirurgia cardíaca fetal, ECMO, trasplantaments, etc.). – Atenció als parts que, per la seva complexitat clínica, requereixin el nivell més alt de tecnologia medicoquirúrgica i als nadons amb patologia d'extrema gravetat. – Assistència a tots els nadons, inclosos els prematurs extrems de menys de 28 setmanes de gestació i menys de 1.000 grams de pes. – Donar suport com a hospital de referència a tots els altres hospitals maternoinfantils. 	<ul style="list-style-type: none"> – Disposar d'unitats de cures obstètriques intenses. – Disposar de cures intensives neonatals per a tot tipus de nadons.

Així mateix, el model d'atenció maternoinfantil també ha de garantir en totes les regions sanitàries la prestació dels serveis sanitaris següents:

- Assistència al part natural no medicalitzat.
- Programa hospitalari d'assistència domiciliària per a nadons.
- Interrupció voluntària de l'embaràs.

La planificació, l'organització i la dotació dels recursos de l'hospital maternoinfantil i de l'ASSIR s'han d'adequar a la nova divisió del territori sobre la base dels GTS. També cal la coordinació entre els hospitals, de manera que s'estructurin com una xarxa interdependent basada en les necessitats assistencials per complexitat.

Atenció a la salut sexual i reproductiva

El nou model d'atenció a la salut sexual i reproductiva té com a objectiu evolucionar i reforçar l'atenció integral de la sexualitat (individual i de la parella) i també donar resposta a les diferents orientacions sexuals. A més, pretén potenciar una qualitat elevada de la provisió, però fent-la més resolutive i potenciant una coordinació adequada entre els diferents nivells assistencials i altres recursos de què disposa el sistema.

6. Els criteris de planificació de serveis

Visió de futur de l'atenció a la salut sexual i reproductiva

- Que es desenvolupi sota un únic model assistencial territorial, definit pel Departament de Salut, que minimitzi les possibles inequitats derivades de la falta de model.
- Que tingui una visió compartida entre els diferents nivells assistencials, de manera que els serveis d'obstetrícia i ginecologia dels hospitals de referència i els serveis d'ASSIR treballin funcionalment (i orgànicament allà on es consideri oportú) com un únic servei.
- Que l'atenció estigui propera al punt on es genera la demanda, sempre que es pugui mantenir la massa crítica per a la qualitat assistencial.
- Que proporcioni una atenció de primer nivell resolutive i coordinada amb els altres recursos assistencials de l'atenció primària (EAP).
- Que vetlli pel manteniment de la qualitat de l'atenció.
- Que optimitzi els recursos humans i físics disponibles, adequant les ràtios de professionals i població d'acord amb les necessitats de cada territori i adequant els equipaments i les infraestructures dels centres a l'evolució i les necessitats assistencials dels seus professionals.
- Que disposi de professionals satisfets i motivats.
- Que sigui sostenible.

Atenció a la salut sexual i reproductiva. Cartera de serveis

Activitat assistencial*	Qui**	On	
Atenció a joves			
Consell afectiu sexual	Activitat comunitària: el/la llevador/a dona suport a l'infermer/a en el programa "Salut i escola"***, si cal. Tarda/espai jove: llevador/a. Complexitat i patologia: ginecòleg/òloga obstetre/a, psicòleg/òloga.	CAP, centre d'especialitats, espais específics d'atenció a joves.	
Consell reproductiu: consell contraceptiu, preconceptió, prevenció de comportaments de risc			
Consell sobre infeccions de transmissió sexual			
Prevenció del càncer de coll d'úter			
Atenció a la patologia ginecològica			
Educació afectiva sexual grupal			
Consell reproductiu / atenció sobre els mètodes contraceptius			
Consell afectiu sexual	Llevador/a.	Psicòleg/òloga: atenció, si cal.	CAP i centre d'especialitats.
Consell contraceptiu			
Consell preconceptió	Ginecòleg/òloga obstetre/a.		
Consell sobre infeccions de transmissió sexual			
Consell sobre dificultats en la fertilitat	Llevador/a.		
Mètodes barrera	Ginecòleg/òloga obstetre/a i llevador/a.		
Mètodes hormonals, mecànics, definitius i d'altres			
Atenció maternoinfantil: control i seguiment de l'embaràs			
Classificació del risc	Llevador/a professional referent, amb la col·laboració de ginecòleg/òloga.	Psicòleg/òloga: atenció, si cal.	CAP i centre d'especialitats.
Control i seguiment de l'embaràs amb baix risc i risc mitjà			
Control i seguiment de l'embaràs d'alt risc	Ginecòleg/òloga obstetre/a i llevador/a.		
Control i seguiment de l'embaràs de risc molt alt	Servei maternoinfantil hospital de referència.		
Ecografia obstètrica	Ginecòleg/òloga obstetre/a.		CAP, centre d'especialitats, hospital.
Atenció maternoinfantil: diagnòstic prenatal			
Consell assistit i sol·licitud de proves	Llevador/a.	Psicòleg: atenció, si cal.	CAP i centre d'especialitats. Ecografies: centre d'especialitats o hospital.
Informació sobre els resultats	Llevador/a / ginecòleg/òloga obstetre.		
Assessorament i control de la patologia	Ginecòleg/òloga obstetre/a, si cal.		Proves invasives: centre d'especialitats o hospital maternoinfantil.
Ecografies i realització de proves especials i invasives	Ginecòleg/òloga obstetre/a.		

Activitat assistencial*	Qui**	On
Atenció maternoinfantil: educació maternal		
Educació maternal (grupal)	Llevador/a.	CAP i centre d'especialitats.
Atenció maternoinfantil: atenció al puerperi		
Atenció domiciliària	Llevadors i llevadores en coordinació amb infermers de l'EAP per al Programa de seguiment del nen sa. Suport, segons el cas, d'altres professionals.	CAP i centre d'especialitats. L'educació grupal també en altres locals comunitat i visita precoç
Atenció a la consulta		
Atenció grupal		
Revisió postpart		
Prevenició del càncer de coll uteri		
Cribratge del càncer de coll uteri (dones de 25 a 65 anys)	Llevadors/ores amb col·laboració de ginecòlegs/òlogues obstetres per patologia.	CAP i centre d'especialitats.
Citologia cada 3 anys després de 2 anuals normals		
Prevenició del càncer de mama		
Suport al cribratge poblacional de càncer de mama (dones de 50 a 69 anys. Mamografia cada 2 anys)	Llevador/a: educació sanitària.	CAP, centre d'especialitats. Oficina de cribratge.
Cribratge oportunista coordinat amb l'oficina de cribratge	Ginecòleg/òloga obstetre/a.	CAP, centre d'especialitats.
Infeccions de transmissió sexual		
Prevenició d'infeccions de transmissió sexual, VIH/sida	Llevador/a.	Psicòleg/òloga: atenció, si cal. CAP, centre d'especialitats. Oficina de cribratge.
Diagnòstic, tractament i seguiment d'infeccions de transmissió sexual, VIH/sida	Ginecòleg/òloga obstetre/a i llevador/a.	
Patologia ginecològica		
Atenció a la patologia de l'aparell genital i de la mama	El ginecòleg/òloga obstetre/a ha de dur a terme el diagnòstic i el seguiment de la patologia. En l'atenció del sòl pelvià i la incontinència d'orina, segons la causa, també han d'intervenir l'uròleg/òloga, el llevador/a, l'infermer/a i el fisioterapeuta. Psicòleg/òloga: atenció, si cal.	CAP, centre d'especialitats, hospital.
Atenció a la demanda d'esterilitat, estudi previ i tractament		
Atenció als trastorns de sòl pelvià i incontinència d'orina		
Atenció al climateri simptomàtic		
Atenció a la patologia disfuncional i els trastorns dolorosos		
Seguiment de la patologia oncològica		
Atenció a la patologia cervical i endometrial	Ginecòleg/òloga obstetre/a.	Centre d'especialitats, hospital.
Procediments en el diagnòstic i el tractament amb tècniques de cirurgia menor ambulatoria: ecografia ginecològica, bisturi elèctric, nansa diatèrmica, histeroscòpia, làser de CO2		
Activitat comunitària per a persones adultes		
Educació afectiva sexual (grupal), educació i suport a la menopausa (grupal), prevenció i reeducació del sòl pelvià (grupal), altres grups comunitaris	Llevador/a. Suport del psicòleg/òloga, si cal.	CAP, associacions i altres espais comunitaris.
Atenció a la violència contra les dones		
Prevenició, valoració i atenció a la dona	Llevadors/ores, ginecòlegs/òlogues obstetres, psicòlegs/òlogues i altres professionals.	CAP, centre d'especialitats, hospital.

* Totes aquestes activitats s'han de dur a terme en coordinació amb l'EAP.

** L'auxiliar d'infermeria ha de donar suport a la consulta.

*** La infermera de l'EAP és la responsable del programa "Salut i escola".

L'equip bàsic territorial l'integren els ginecòlegs obstetres i els llevadors de la unitat d'ASSIR ubicada a l'atenció primària del territori i de l'hospital d'obstetrícia i ginecologia de referència. També formen part de l'equip altres professionals, com l'auxiliar d'infermeria, els administratius i el psicòleg. Els infermers, els treballadors socials i els metges de família dels EAP duran a terme activitats de la nova cartera de serveis de l'ASSIR.

L'organització de l'equip territorial d'ASSIR, d'acord amb els àmbits territorials dels GTS, es podrà desenvolupar en dues modalitats diferents:

- a) Equip d'ASSIR territorial.
- b) Un únic equip territorial d'atenció primària – ASSIR i d'atenció hospitalària.

6.3.7. Atenció pediàtrica a l'atenció primària

El nou model d'atenció pediàtrica a l'atenció primària té com a objectiu continuar proveint una assistència d'alta qualitat, però fent-la més resolutiva i potenciant una coordinació adequada entre els diferents nivells assistencials i els altres recursos de què disposa el sistema, i també apropar-la a l'entorn natural de l'infant i l'adolescent, fonamentalment a les escoles i a la comunitat. La nova ordenació vol considerar tots els dispositius relacionats amb l'atenció pediàtrica, principalment en l'àmbit de l'atenció primària, però sense oblidar l'atenció hospitalària, especialment pel que fa a la coordinació entre els dos àmbits, tot potenciant la integralitat de l'atenció i la configuració d'equips professionals compartits.

Visió estratègica de futur de l'atenció de pediatria de l'atenció primària

- Que tot infant tingui un pediatre de referència.
- Que estigui com més a prop millor de l'entorn natural de l'infant i l'adolescent.
- Que tots els infants tinguin la possibilitat de ser atesos per un professional competent tots els dies de la setmana (fins i tot dissabte i diumenge) en un dispositiu d'alta accessibilitat.
- Que doni informació i suport als pares i als adolescents (0-14 anys) per tal de fomentar l'autocura i la participació en les decisions sobre com s'ha de gestionar la patologia.
- Que s'adeqüi als estàndards internacionals de coneixement científic.
- Que es promoguin els hàbits i els estils de vida saludables.
- Que doni suport al creixement sa de l'infant cap al període adult.
- Que els infants i els adolescents (≤ 14 anys) malalts tinguin un accés ràpid a un consell adequat i a una atenció de qualitat d'acord amb les seves necessitats.
- Que s'adreci a les necessitats dels grups de població en risc de desenvolupar resultats de salut pitjors.
- Que garanteixi que els professionals gaudeixen d'uns coneixements i uns recursos adequats per donar resposta a les necessitats de la població i que estan motivats.
- Que sigui resolutiva i eficient, tot promovent equips de treball en què es complementin les competències i on es potenciïn les TIC.
- Que es disposi d'un sistema d'informació compartit entre els diferents dispositius d'atenció pediàtrica dins un territori definit.
- Que es caracteritzi per una organització integral territorial de l'atenció pediàtrica, on hi hagi una continuïtat de l'atenció i una bona interrelació entre els pediatres d'un mateix territori (atenció primària – atenció hospitalària).

El responsable últim de l'atenció a l'infant i a l'adolescent fins als 14 anys és el pediatre. Això no obstant, l'infermer de pediatria també ha de tenir un paper rellevant en el procés d'atenció de la població diana. Alhora, el metge o metgessa de família també pot assumir una part de l'atenció pediàtrica, dins de la seva activitat habitual, per donar suport als pediatres quan calgui (amb suport formatiu adequat). Aquests professionals han de garantir el compliment de la cartera de serveis que hagi definit el Departament de Salut.

La cartera de serveis ha de preveure els serveis de promoció i educació de la salut individual i col·lectiva, la prevenció, l'atenció programada, la continuada i la urgent, i també la rehabilitació. Alhora, cal potenciar la introducció de noves formes de provisió de serveis utilitzant les TIC (especialment la consulta telefònica i el correu electrònic), i potenciar l'atenció grupal. La cartera de serveis de pediatria a l'atenció primària pel que fa al Programa de seguiment del nen sa, ha de ser la que defineixi la Direcció General de Salut Pública del Departament de Salut, on es potenciarà el rol assistencial de l'infermer de pediatria, especialment en el seguiment del desenvolupament de l'infant sa.

L'atenció pediàtrica de l'atenció primària se sectoritzarà en dos nivells geogràfics territorials: 1) ABS, i 2) GTS o conjunt de GTS. Es considera un àmbit territorial idoni per donar atenció pediàtrica integrada aquell que contingui un servei d'atenció pediàtrica hospitalària i les ABS de referència de l'hospital.

L'organització de l'equip pediàtric territorial, d'acord amb els àmbits territorials dels GTS, es pot desenvolupar en dues modalitats diferents:

- a) Un equip d'atenció primària de pediatria territorial.
- b) Un únic equip pediàtric territorial d'atenció primària i d'atenció hospitalària.

6.3.8. Serveis de rehabilitació ambulatoria i domiciliària

El Departament de Salut ha endegat un pla de rehabilitació que comporta la reordenació dels serveis de rehabilitació i se centra inicialment en la rehabilitació ambulatoria i domiciliària. Com a resultat d'aquest procés s'han establert els criteris de planificació i s'ha modificat el sistema de compra de serveis.

Línies estratègiques de desenvolupament dels serveis de rehabilitació

- Apropar l'atenció als ciutadans, assolint una cobertura dels serveis més equitativa i potenciant la rehabilitació domiciliària.
- Definir la cartera de serveis, incorporant noves patologies segons el grau d'evidència: s'ha inclòs la rehabilitació respiratòria i la rehabilitació de la incontinència urinària d'esforç.
- Consolidar un model de provisió integral afavorint que el mateix proveïdor dugui a terme tant la rehabilitació ambulatoria com la domiciliària i la de logopèdia.
- Assegurar la complementarietat amb altres accions dutes a terme pel Departament de Salut: accions per reduir les llistes d'espera de pròtesi de genoll; atenció a la malaltia vascular cerebral; atenció a les malalties respiratòries cròniques.
- Desenvolupar un sistema d'informació integral que faciliti la planificació i la compra de serveis, així com la gestió clínica dels processos, i que afavoreixi la continuïtat assistencial.

Criteris per a la planificació i la contractació dels serveis de rehabilitació

- Nivell de cobertura homogeni a tot el territori de Catalunya.
- Àmbits de provisió de serveis d'acord amb la proposta de descentralització territorial. Serveis de rehabilitació.
- Possibilitat d'agregació territorial en zones de més dispersió territorial.
- Possibilitat que tots els proveïdors d'un territori amb capacitat de fer rehabilitació puguin accedir a la provisió i promoure la resposta integral en territoris amb model de pagament capítatiu.

6.3.9. Atenció a la insuficiència renal crònica

L'objectiu general del Pla estratègic d'ordenació de l'atenció al pacient nefrològic és plantejar les bases per a l'ordenació dels centres assistencials d'atenció nefrològica amb l'objectiu de potenciar la prevenció i el diagnòstic de la insuficiència renal i millorar la seguretat, l'efectivitat i l'accessibilitat del pacient amb tractament substitutiu renal a recursos assistencials d'alta qualitat, i també assolir una satisfacció elevada en la provisió d'aquests serveis.

Nou model assistencial de l'atenció nefrològica a Catalunya

L'assistència nefrològica de cobertura pública a càrrec del Servei Català de la Salut s'estructura en tres nivells assistencials:

- **Unitats de nefrologia de nivell I:** presten assistència nefrològica altament autosuficient (atenció nefrològica les 24 hores, oferta de totes les tècniques de diàlisi de les quals l'evidència científica hagi demostrat l'efectivitat i atenció nefrològica integral. Són responsables de l'atenció nefrològica de la població de referència del seu àmbit geogràfic respecte a la prevenció, el diagnòstic i el tractament de les malalties renals i la prescripció del tractament substitutiu.
- **Unitats de nefrologia de nivell II:** presten assistència nefrològica no autosuficient d'acord amb el seu nivell assistencial i poden fer la prescripció del tractament substitutiu en coordinació amb la unitat de nefrologia de nivell I del seu àmbit poblacional. Així mateix, presten tractament substitutiu renal (TSR) mitjançant diàlisi.
- **Centres i unitats de diàlisi:** presten TSR mitjançant hemodiàlisi.

Les unitats de nefrologia de nivell I actuen com a servei de referència de la resta de nivells assistencials dins del seu àmbit, de manera que han de coordinar, avaluar l'activitat nefrològica dins del seu àmbit i fer-ne el seguiment, de conformitat amb les dades que els altres dos nivells assistencials els han de facilitar.

Les unitats de nefrologia de nivell I s'han de coordinar amb l'atenció primària del seu àmbit de referència per assolir els objectius assistencials que hagi fixat l'autoritat sanitària.

Les unitats de nefrologia de nivell II s'han de coordinar amb les unitats de nefrologia de nivell I del seu àmbit poblacional i amb l'atenció primària del seu àmbit de referència.

Els centres o les unitats de diàlisi s'han de coordinar amb les unitats de nefrologia del seu àmbit poblacional i facilitar la informació que aquestes els sol·licitin. Així mateix, s'han de coordinar amb la unitat de nefrologia de referència per notificar les defuncions i els trasplantaments renals dels seus pacients.

Criteris de planificació

Els criteris de planificació proposats per sectoritzar els serveis de nefrologia (unitats de nefrologia de nivell I) són: regió sanitària (criteri accessibilitat/territorialitat), població d'un mínim de 500.000 habitants (criteri poblacional) i els fluxos territorials assentats.

Pel que fa a les unitats de nefrologia de nivell II i els centres d'hemodiàlisi es proposa el següent:

- Un nou punt d'atenció quan la distància entre el lloc d'atenció actual i el nou punt d'atenció sigui superior a 20 km i el volum de casos que s'han d'atendre amb hemodiàlisi ambulatoria sigui superior a 24.
- En l'àmbit metropolità de Barcelona, nous punts d'atenció en les unitats territorials que podrien arribar a acumular un nombre de casos per tractar superior als 48; en aquest cas, l'avantatge mesurat en quilòmetres és menys rellevant.

En el procés de desplegament de serveis cal definir una estratègia de progressivitat, tot tenint en compte que el nombre de casos que s'han d'atendre no augmentarà, d'acord amb les hipòtesis plantejades, i les actuacions seran bàsicament de redistribució de fluxos. En aquest sentit, cal considerar que determinats centres perdran casos per atendre i que el tractament hemodialític acostuma a crear una gran dependència dels malalts respecte als centres i els professionals que els atenen.

6.4. La planificació dels serveis d'alta especialització i/o concentració

Durant els tres darrers anys, la Comissió de Terciarisme del Departament de Salut ha treballat per establir els criteris de planificació d'una sèrie de procediments escollits d'acord amb el concepte de terciarisme. En aquest capítol es recullen els criteris esmentats, que en aquest moment estan definits, i que han estat aprovats pel Consell de Direcció del CatSalut. En les properes actualitzacions del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública s'inclouran els criteris referents a nous àmbits d'alta especialització i concentració, d'acord amb la dinàmica encetada a través de la Comissió de Terciarisme.

Per terciarisme s'entén un conjunt de serveis altament especialitzats o amb un requeriment tecnològic o d'expertesa professional molt elevat els quals, per la seva baixa prevalença, risc, interrelació amb altres processos o elevat cost, es beneficien de la seva concentració en un nombre reduït de proveïdors dins del sistema públic de salut. El concepte engloba un conjunt de serveis divers i poc homogeni, però que participa d'alguns trets que són comuns a tots: la complexitat, la concentració i el cost, entre d'altres.

Els serveis terciaris es troben concentrats en un nombre reduït i limitat de proveïdors dins del sistema. La raó d'això consisteix en la necessitat d'assolir els beneficis que es deriven de, com a mínim, els aspectes següents:

- Volum mínim o una *massa crítica* suficient de casos.
- Entorn apropiat per al desenvolupament del servei.
- Vessant interna o de centre.

Malgrat la presència d'aquesta vessant interna i de centre, és important caracteritzar el terciarisme com una realitat conceptualment diferenciada dels centres encarregats d'emplaçar aquesta activitat.

El terciarisme connecta directament amb una de les qüestions més essencials, i també més complexes, pel que fa a la planificació i l'ordenació del sistema públic de salut: la centralització/descentralització de serveis.

Criteris per a l'adequació dels serveis d'alta especialització i concentració		Consideracions
Angioplàstia coronària terapèutica (ATP)	Unitats: > 300 casos / any.	Es consideren serveis o unitats funcionals, segons el volum territorial. Factor distància i transport en cas d'ATP. Nivell d'expertesa.
Cirurgia cardíaca	Unitats: > 300-500 casos / any.	Es consideren serveis o unitats funcionals, segons el volum territorial. Complementarietat entre recursos. Nivell d'expertesa.
Trasplantament renal d'adults	Unitats: > 50 casos / any.	Nivell d'expertesa i eficiència. Factor llista d'espera i extracció d'òrgans.
TEP (tomografia per emissió de positrons)	800-1.000 proves per milió d'habitants > 1.000 proves / màquina.	Revisió freqüent de les indicacions. Nivell de productivitat per equipament.

Criteris per a l'adequació dels serveis d'alta especialització i concentració		Consideracions
Cirurgia de pulmó amb intenció curativa	Unitats: > 60 casos / any.	Nivell d'expertesa.
Cirurgia d'esòfag amb intenció curativa	Unitats: > 8 casos / any.	Nivell d'expertesa.
Cirurgia de pàncrees amb intenció curativa	Unitats: > 12 casos / any.	Nivell d'expertesa.
Cirurgia de metàstasis hepàtiques amb intenció curativa	Unitats: > 20 casos / any.	Nivell d'expertesa.
Oncopediatria	Unitats: > 50 casos / any.	Nivell d'expertesa.
Politraumatisme de gran complexitat	Unitats: > 100 casos / any.	Nivell d'expertesa.

6.5. La planificació dels serveis de salut pública

La salut pública es defineix com el conjunt organitzat d'actuacions dels poders públics i de la societat en el seu conjunt, mitjançant la mobilització de recursos humans i materials, per tal de fomentar, protegir i promoure la salut de les persones, en l'esfera individual i col·lectiva, prevenir la malaltia i tenir cura de la vigilància de la salut.

El desenvolupament progressiu de l'atenció primària de salut, que cada vegada és més conscient de la responsabilitat que té sobre la població assignada com a receptora d'uns serveis que inclouen la promoció i la prevenció, així com el procés de la reforma de la salut pública, permeten definir un espai d'integració que s'anomena *de salut comunitària*.

En aquest escenari, el procés de planificació tàctica i operativa orientat a les necessitats de salut pública, que en definitiva és la gestió dels riscos de la població, adquireix un sentit fonamental, ja que determina l'univers sobre el qual actua la salut pública i la intensitat del seu treball:

- En el cas de la protecció de la salut, gran part de les activitats són els controls per comprovar l'adequació dels productes, les activitats i els serveis de les entitats que són font de risc a les normes destinades a prevenir els riscos per a la salut de la població.
- La vigilància de la salut pública —un concepte que amplia el de vigilància epidemiològica i l'estén cap al monitoratge continuat de l'estat de salut de la població— obliga a adoptar una estructura suficient i territorialitzada per oferir el seu propòsit amb garanties.
- La promoció de la salut i la prevenció de la malaltia constitueixen l'estratègia que actua principalment amb la població com un tot o un dels seus subgrups i que tracta de crear les millors condicions per modificar els factors que tenen a veure amb l'aparició dels problemes de salut més importants que les afecten.
- La salut laboral és un espai que, en l'actual model organitzatiu del sistema sanitari, està separat del Sistema Nacional de Salut. En el procés de reforma s'ha proposat la integració de les activitats de salut laboral en el conjunt d'activitats i serveis de salut pública. En aquest sentit les unitats de salut laboral (USL) formaran part del conjunt de recursos de la salut pública.

El model organitzatiu de la salut pública

El model d'organització de la futura Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) preveu com a eixos bàsics la proximitat en el territori, l'estructura descentralitzada, i una voluntat de ser participada en règim de copropietat amb els municipis i en un context de treball matricial de suport a

la prestació de la cartera de serveis de salut pública a la població.

En el model de la futura ASPCAT es preveuen els nivells organitzatius següents:

- a) Un nivell central que té la funció directora i generadora dels principals productes que integren la cartera de serveis, externs i interns, de l'ASPCAT.
- b) Una estructura intermèdia, amb agències regionals, àmpliament descentralitzada, que facilita el suport a les estructures territorials i serveix d'enllaç amb l'estructura central.
- c) Una estructura territorial, que és la que presta eficaçment i amb qualitat els serveis al client final, formada per equips locals de salut pública en l'àmbit d'un conjunt d'ABS, emmarcades en una estructura territorial superposable a la dels GTS.

L'Agència de Protecció de la Salut

En el marc de la reorientació de la salut pública a Catalunya, la creació de l'Agència de Protecció de la Salut (APSCAT) és un primer pas en la configuració del nou model organitzatiu, amb una sèrie de reptes organitzatius:

- L'organització dels equips de protecció de la salut per sector i orientats als GTS. Actualment, el sector sanitari és la unitat elemental on es duen a terme les activitats de protecció de la salut.
- La constitució de l'APSCAT com a proveïdor de serveis que estableix convenis amb els ajuntaments per desenvolupar les activitats de protecció de la salut en el territori.
- El canvi de model de les actuacions basat en la valoració del risc de les activitats dels centres, les instal·lacions i els serveis.

A més a més dels serveis que configuren l'organització de l'APSCAT de base territorial, cal considerar els serveis que són de referència per al conjunt de Catalunya, d'acord amb el Pla estratègic de la xarxa de laboratoris de salut ambiental i alimentària.

6.6. Orientacions per a la planificació dels recursos humans del sector salut

L'objectiu d'aquest capítol és presentar una sèrie d'orientacions que serveixin de referència per al procés posterior de planificació dels recursos humans considerant les prioritats que marca el Pla de salut i les tendències de canvi en el model assistencial que s'apunten en les línies estratègiques i en els criteris de planificació del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública, presentats en els capítols anteriors.

El Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya exposa i desenvolupa a bastament els grans reptes que plantegen en política sanitària els recursos humans del sector salut, i que d'una manera sintètica es poden agrupar al voltant de tres grans idees. En primer lloc, la necessitat de dirigir el desenvolupament integral dels professionals sanitaris per donar la resposta adequada a les necessitats i les expectatives de salut dels nostres ciutadans. En segon lloc, la necessitat de garantir i assegurar la coherència adequada entre les necessitats de salut i socials amb les competències i les habilitats dels professionals sanitaris. I com a tercer repte emergeix evitar els desajustaments en la disponibilitat dels professionals per donar resposta a les necessitats de salut dels ciutadans, i poder assolir els objectius de salut establerts en el Pla de salut.

El procés de planificació de recursos humans és un procés dinàmic i cíclic i que es produeix en un context en canvi continu: canvis epidemiològics, tecnològics, demogràfics, de model familiar i social, en les organitzacions, etc.

La planificació de recursos humans del sistema de salut té dues vessants diferenciades, però alhora unides entre elles, la quantitativa i la qualitativa: nombre, i qualificació i competències dels professionals.

Orientacions per a la planificació dels recursos humans del sistema públic de salut de Catalunya*	
Planificació	
<ul style="list-style-type: none"> - La planificació dels recursos humans ha de complir els requisits següents: <ul style="list-style-type: none"> • Ser una línia prioritària de la política de govern. • Estar liderada per l'Administració sanitària des d'una perspectiva àmplia, i incloure aspectes quantitatius i qualitius, en coherència amb el model social i d'atenció, el rol del malalt i l'entorn en canvi constant. • Anar lligada a la planificació dels serveis. • Realitzar-se sobre la base de la detecció dels problemes de salut. • Ser transversal: engloba els diferents serveis implicats, socials, d'educació, etc. - Plantejar l'abordatge de les competències exclusives i compartides entre professionals (metges, infermers, tècnics, auxiliars, etc.), i redefinir els rols dels professionals dels equips. - La planificació i la gestió han de mantenir una relació molt estreta (vasos comunicants). 	
Gestió	
<ul style="list-style-type: none"> - Fidelització dels professionals, no només amb incentius econòmics, sinó facilitar l'accés a tecnologies, condicions laborals i models organitzatius que afavoreixin la conciliació de la vida laboral i familiar, formació, accés a la recerca, etc. - Participació dels professionals en l'organització: incorporar-los en la presa de decisions. - Acords de col·laboració entre organitzacions pel treball en xarxa. - Marc laboral que permeti la mobilitat laboral. - Desplegar eines per valorar i reconèixer els professionals en funció de les competències i les capacitats, posant èmfasi en què sap fer. - Figura del gestor de casos. 	
Formació	
<ul style="list-style-type: none"> - Formació en xarxa, creació d'àrees de formació especialitzada. Solució per als centres perifèrics. - Introduir flexibilitat en el sistema de formació. - Valorar la capacitat enfront de la titulació. - Formació i capacitat en processos i valors. - Adequació dels professionals, a través de la formació i el foment dels valors, a les necessitats del nou model de pacient. 	
Desenvolupament de les TIC	
<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar l'accés a eines, TIC i tecnologia. - Apostar per les noves tecnologies i el treball en xarxa: minimitzen els problemes d'aïllament i dispersió, i faciliten l'accessibilitat de l'usuari als serveis, un factor que cal tenir en compte en la planificació de necessitats de recursos humans. 	

* Aportacions recollides de la Jornada de Debat sobre Línies Estratègiques del Mapa Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública (5 d'abril de 2006).

Elements per a un pla estratègic de recursos humans del sistema de salut

	Planificació	Formació sanitària	Gestió i desenvolupament
ESTRATÈGICA	<p>Pla de salut Polítiques de salut, serveis de participació dels ciutadans.</p> <p>Mapa sanitari Estratègies, criteris de planificació i escenaris de desenvolupament i adequació dels serveis.</p> <p>Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya Línies estratègiques per a la planificació de recursos humans.</p>	<p>Universiària Impacte de l'Espai europeu d'educació superior en el sector de la salut. Introducció de canvis en la formació bàsica (educació multiprofessional i aprenentatge actiu). Avaluació del procés formatiu.</p> <p>Especialitzada Planificació de l'oferta de places per a la formació sanitària especialitzada.</p> <p>Continuada Accessibilitat, reconeixement i pertinència.</p>	<p>Acord marc de condicions laborals Estatut marc del personal estatutari del Sistema Nacional de Salut</p>
OPERATIVA	<p>Plans directors Plans de reordenació de serveis.</p>		<p>Plans d'ordenació de recursos humans de les entitats proveïdores de serveis sanitaris. Convenis col·lectius dels centres sanitaris.</p>

La planificació estratègica dels recursos humans ha de disposar d'una sèrie d'instruments que en facilitin l'elaboració, la implementació, el seguiment i l'avaluació. Alguns són iniciatives de planificació recent, com el Consell de la Profesió Mèdica de Catalunya i el Consell de la Profesió Infermera de Catalunya, altres projectes immediats, com el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries, i altres, per la seva complexitat conceptual, tècnica o organitzativa, requereixen aprofundir en el debat ja endegat per aconseguir el consens necessari amb els agents del sistema de salut, com el Registre de les professions sanitàries i del sector salut i l'Observatori de les Professions Sanitàries i del Sector Salut.

6.7. La interrelació amb els serveis socials

Les necessitats de salut i les necessitats socials sovint són inseparables, i per això la millora de la salut i la qualitat de vida de les persones té una estreta relació amb les condicions socials i la dependència. Les actuacions amb vista a aquest objectiu final des dels sistemes de salut i d'atenció social han de tenir un grau elevat d'interdependència, cosa que requereix un avanç qualitatiu en les relacions entre les xarxes assistencials i els professionals d'ambdós sistemes. En aquest sentit, els departaments de Salut i d'Acció Social i Ciutadania han aprofundit en el disseny de polítiques comunes.

L'atenció a la dependència, un cop establert el marc general legislatiu i el desplegament dels sistemes organitzatius corresponents, comportarà en els propers anys un canvi radical en l'atenció a les persones i les interaccions entre els sistemes de salut i d'atenció social.

El Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública ha volgut tenir en compte la planificació dels serveis socials, com un context referencial necessari a l'hora d'establir els criteris de planificació i dibuixar els escenaris de desenvolupament i d'adequació dels serveis amb vista al futur.

6.7.1. La programació territorial dels serveis socials

Programació territorial dels serveis socials 2004-2007

Tipologia de serveis	Població crítica	Objectius de cobertura per a l'any 2007
Residències assistides (gent gran)	59.850	Tendir a la cobertura del 100% de la població crítica i una cobertura pública del 40% de la població.
Acolliment diürn (gent gran)	59.611	Tendir a una cobertura pública del 19%.
Centres de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP)	25.351	El 75% de la població crítica. En territoris amb una població crítica el 2007 inferior a 100 infants, arribar al 100%. En territoris amb cobertures que ja superen el 75% de la població crítica, arribar al 85%.
Centres d'atenció especialitzada (CAE) – Discapacitats psíquics	814	El 100% de la població crítica.
Centres d'atenció especialitzada (CAE) – Discapacitats físics	4.194	Posar en marxa 1 centre diürn de caire sociosanitari en cada servei territorial i 2-4 en els serveis territorials de Barcelona.
Centres ocupacionals (discapacitats)	7.907	Tendir a assolir el 100% de la població crítica.
Llars residència (discapacitats)	5.619	El 65% de la població crítica (80% llars residència i 20% suport a l'autonomia a la pròpia llar).

6. Els criteris de planificació de serveis

Tipologia de serveis	Població crítica	Objectius de cobertura per a l'any 2007
Residències per a discapacitats psíquics	4.721	Serveis residencials, amb la distribució de referència següent: 30% lleugers i mitjans amb trastorns de conducta; 10-15% greus amb trastorns de conducta i 55-60% profunds.
Residències per a discapacitats físics	4.954	Com a mínim un servei residencial per a cada servei territorial i segons la demanda actual.
Llars residència (persones amb malaltia mental)	Ràtio estimada de 0,20 a 0,50 per 1.000 habitants (població general). Criteri mínim (1a fase): 0,15 per 1.000 habitants.	El 100% de la ràtio prevista.
Llars amb suport (persones amb malaltia mental)	Ràtio estimada de 0,20 a 0,50 per 1.000 habitants (població general). Criteri mínim (1a fase): 0,15 per 1.000 habitants.	El 75% de la ràtio prevista.
Serveis prelaborals (persones amb malaltia mental)	Ràtio estimada de 0,15 per 1.000 habitants.	El 70% de la ràtio prevista. Un projecte/ centre com a mínim a cada servei territorial i completar àrees del Barcelonès, Vallès i Barcelona ciutat.

6.7.2. Atenció a la dependència

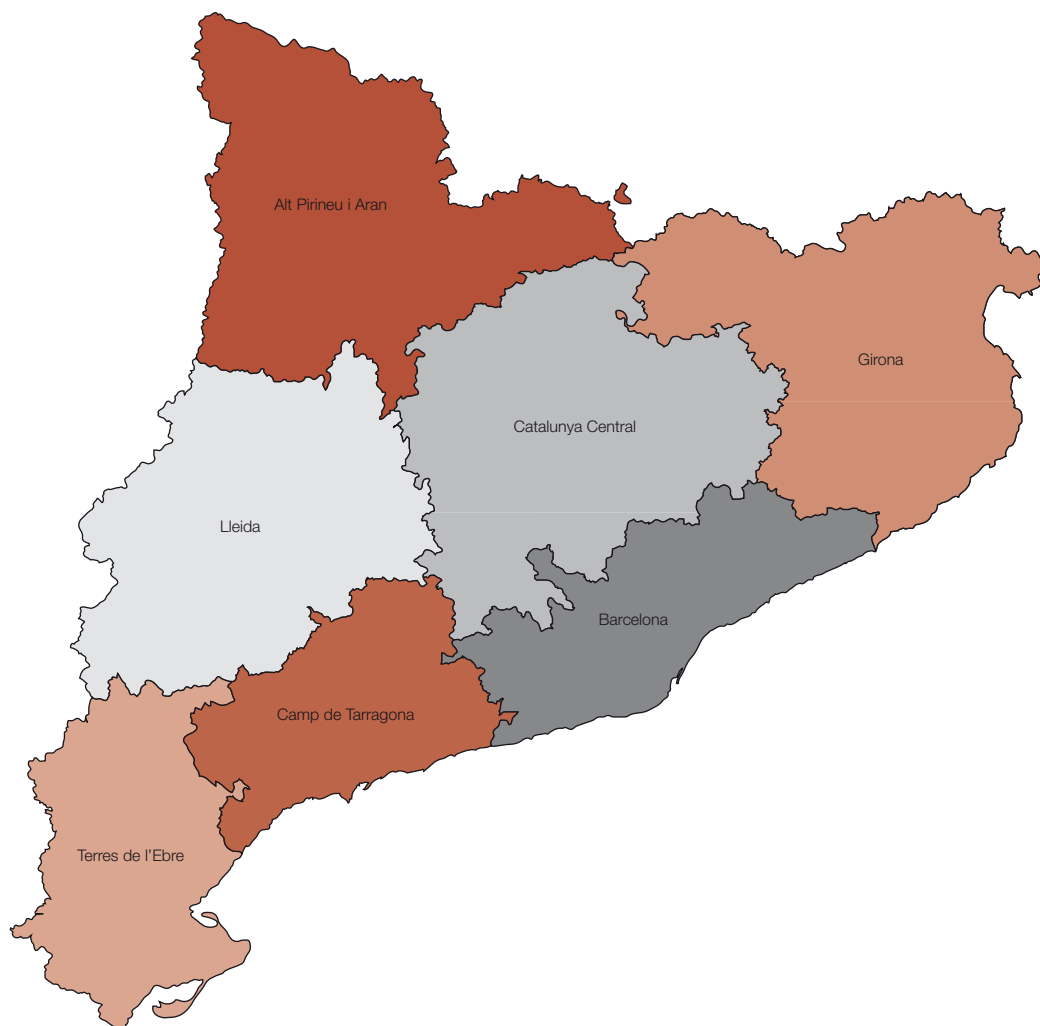
El Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció de les persones amb dependències (Prodep) té com a missió dissenyar un model d'organització d'atenció centrat en la compactació dels serveis socials i de salut, de base territorial i orientat a les persones. Els principis que suporten aquest model són:

- Compactar i integrar les accions entre els serveis socials i de salut.
- Evolucionar d'un procés molt administratiu i burocràtic a un model de decisions personalitzades i proper als ciutadans.
- Apropar l'accés als ciutadans: per tant, es tracta d'un model de base territorial, amb organitzacions de prestacions de serveis que garanteixin la proximitat, la continuïtat i la possibilitat de substitució.
- Garantir la continuïtat assistencial, l'acompanyament en el procés i la prioritització de l'atenció en la comunitat.
- Cogovernar, mitjançant les administracions públiques competents, i tenint en compte la col·laboració de la societat civil.
- Prioritzar l'atenció comunitària i la continuïtat assistencial en les atencions de llarga durada.

7. L'organització territorial del sistema públic de salut

7.1. Les regions sanitàries

Actualment, el Decret 105/2005 estableix la delimitació de set regions sanitàries i té en compte les característiques peculiars de les terres pirinenques, de les comarques centrals i de les diferents corones metropolitanes.

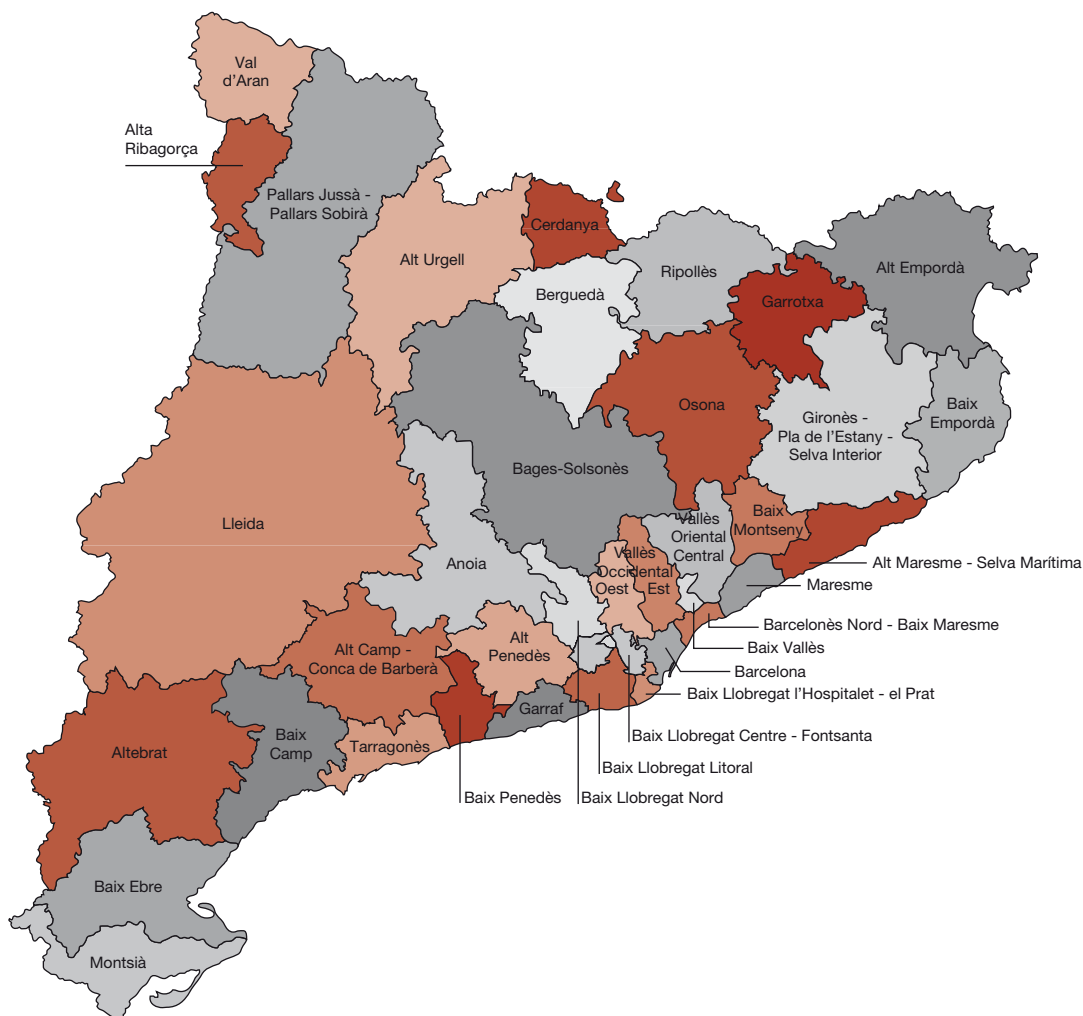


Segons el Decret 105/2005.

7.2. Els governs territorials de salut

D'acord amb el Decret 38/2006, els governs territorials de salut tindran un marc territorial format a partir de l'agrupació d'àrees bàsiques de salut i un dimensionament que ha d'incloure, majoritàriament, com a mínim l'atenció primària, l'atenció hospitalària i l'atenció sociosanitària.

En el moment de l'aprovació del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública es preveuen 37 governs territorials de salut, inclosos els àmbits amb règim propi (Val d'Aran i Barcelona).



Inclou els àmbits amb règim propi (Val d'Aran i Barcelona)

7.3. Les àrees bàsiques de salut

Les àrees bàsiques de salut (ABS) es delimiten atenent a factors geogràfics, socials, epidemiològics i de vies de comunicació homogenis. En aquest marc geogràfic l'equip d'atenció primària (EAP) desenvoluparà les seves tasques.

El procés de formació de les ABS actuals ha estat lent però continuat. Des de les primeres ordres els anys 1986 i 1987, que dividien el territori de Catalunya en ABS, cada any s'han produït modificacions, sigui en nombre, denominació o en límits territorials. Aquestes modificacions moltes vegades han comportat la readscripció de nuclis de població que optaven a formar part d'una ABS diferent d'aquella a la qual pertanyia la resta del municipi per motius geogràfics o de vies de comunicació. Les ABS tenen el valor de ser unitats territorials que recullen els fluxos habituals de la població a escala local i reflecteixen el dinamisme de la realitat territorial.

El territori de Catalunya està dividit, d'acord amb les ordres publicades al DOGC fins al 8 de febrer de 2007, en 361 ABS.

**8. Actuacions focalitzades
en determinats territoris
d'especial interès
des del punt de vista
de les necessitats socials
i de salut**

Una de les prioritats del Govern és lluitar contra les desigualtats socials, així com analitzar i atendre les conseqüències que se'n deriven en cadascun dels aspectes que afecten el benestar i la qualitat de vida de les persones. En aquesta línia, i d'acord amb els plantejaments de futur cap on s'orienten les polítiques de salut pública a Catalunya, els objectius principals són:

1. Reduir les desigualtats de salut, de manera que les diferències existents no es consolidin ni contribueixin a augmentar les desigualtats socials i econòmiques ja existents.
2. Controlar i eliminar els riscos ambientals i socials que poden tenir més impacte sobre la salut.
3. Propiciar la millora efectiva en la qualitat de vida de totes les persones, afavorint l'accés a les millors condicions de salut possibles.

Entre els criteris sobre la base dels quals s'estructuren el conjunt d'intervencions d'aquesta estratègia cal destacar com a referència per a la planificació i l'execució de les polítiques de salut, els següents:

- Proximitat en l'anàlisi de les necessitats de la població i en la intervenció.
- Acció intensiva sobre els determinants de salut, amb un èmfasi específic en la prevenció i la promoció de la salut.
- Priorització de determinats territoris on conflueixen diversos elements d'ordre econòmic, social i ambiental que representen objectius preferents en les polítiques de salut.

L'estratègia "Salut als barris": una oportunitat per reduir les desigualtats en salut a Catalunya

La iniciativa encetada per la Llei de barris atorga una oportunitat de començar aquest camí, des del moment en què s'orienta a una acció integral en zones d'atenció preferent, en les quals concorden necessitats de tipus urbanístic amb altres de tipus social i de salut.

L'estratègia "Salut als barris" té la finalitat de sumar esforços en la iniciativa del Govern, aprofitant per introduir-hi les prioritats del Departament de Salut, que en aquest cas se centren en el següent:

1. L'anàlisi dels determinants socials i culturals que poden produir desigualtats en salut.
2. El treball cooperatiu amb els ajuntaments i de proximitat en la planificació, l'acció i l'avaluació.
3. L'impuls de la salut comunitària, la prevenció i la promoció de la salut.
4. La priorització, en el desenvolupament i l'adequació dels serveis de salut, dels territoris amb necessitats socials i de salut especials.

Eixos d'intervenció

A cada un dels territoris identificats com d'acció preferent es desenvolupen unes estratègies comunes d'abordatge per millorar la salut de la població:

1. Identificació dels col·lectius amb més fragilitat i/o dificultat per accedir a les prestacions del sistema sanitari i les activitats de promoció de la salut.
2. Intervenció per a la promoció d'estils de vida saludables i la prevenció de les malalties.
3. Millora de la capacitat de la comunitat per ser part activa en la seva salut.
4. Adaptació dels recursos sanitaris a les necessitats específiques i diferencials dels territoris objecte d'actuació i els grups de població d'acció preferent.
5. Cooperació institucional.
6. Metodologia participativa i comunitària.

Actuacions 2005-2008

Els municipis beneficiaris de la Llei de barris en les darreres convocatòries 2004, 2005 i 2006 sumen 46 barris a tot Catalunya.

Línies de futur

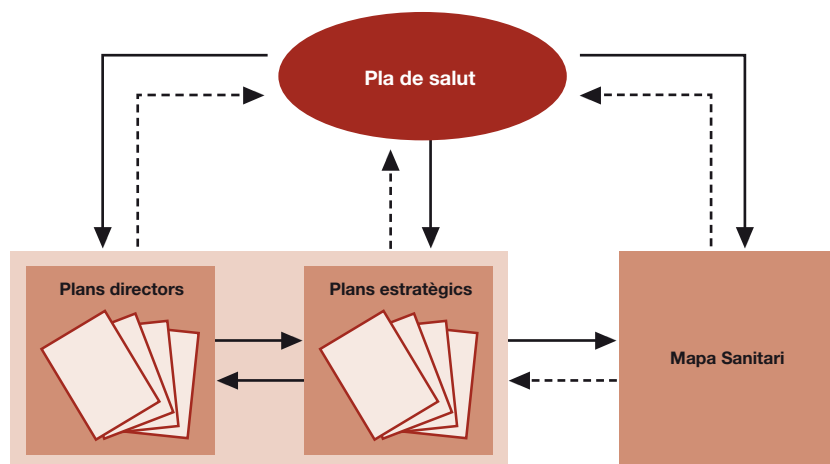
A banda d'anar concretant els diferents projectes locals de salut en els barris beneficiaris de la Llei de barris, i si se segueix actuant de la mateixa manera en els futurs beneficiaris a partir del 2007, el Departament de Salut vol aprofitar l'ocasió d'haver endegat aquesta iniciativa per respondre a objectius específics des de la perspectiva de la salut a Catalunya:

1. Explotar els diferents estudis i enquestes de salut que es desenvolupen al nostre territori des de la perspectiva de les desigualtats en salut, de manera que es puguin identificar tant col·lectius com situacions sociofamiliars i personals, amb l'objectiu de determinar territoris que requereixen una acció intensiva des del Departament de Salut.
2. Fer estudis específics per aprofundir en la relació entre variables socials i variables de salut en la població de Catalunya.
3. Desenvolupar línies estables de cooperació amb el Departament d'Acció Social i Ciutadania per tal de fer un abordatge integral de les problemàtiques sociosanitàries que afecten especialment alguns col·lectius de risc, compartint objectius de treball, optimitzant equips i recursos tècnics, i millorar l'eficàcia en la resposta dels diferents dispositius assistencials públics en l'atenció a les persones.
4. Introduir elements clau i objectius específics de salut en el desplegament dels projectes que s'emmarquen en la Llei de barris, de manera que l'esperit efectiu d'aquesta llei quedi assegurat en la concreció operativa en els diferents municipis beneficiaris dels ajuts.
5. Impulsar decididament i en cooperació amb les organitzacions municipals, el disseny i la implementació de plans municipals de salut, que incloguin el Departament de Salut en la seva definició i concreció operativa.

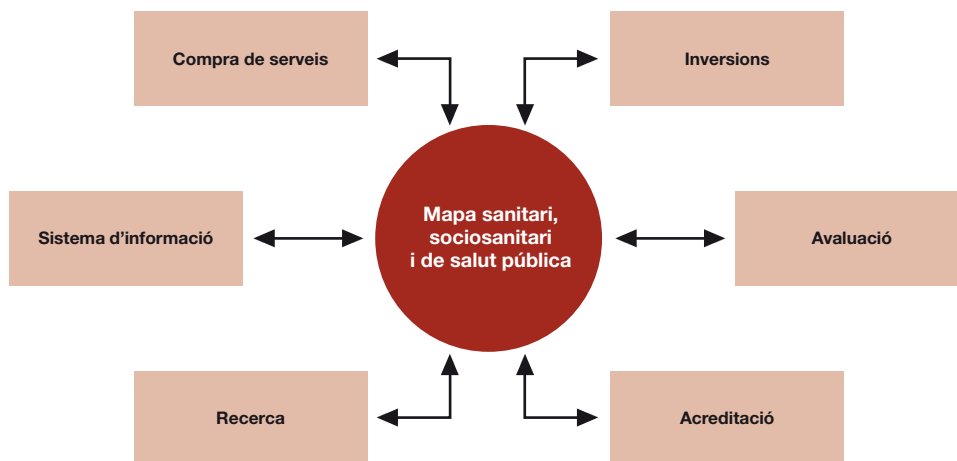
**9. De la planificació a l'acció:
el desplegament del Mapa
sanitari, sociosanitari
i de salut pública,
i la relació amb els altres
àmbits d'actuació
i instruments de la política
de salut i de serveis**

L'efectivitat del Mapa com a instrument de planificació la determinen la capacitat de servir a la presa de decisions sobre el desenvolupament i l'adequació dels serveis i la interrelació amb els altres àmbits d'actuació i els instruments per fer efectives les polítiques de salut i de serveis.

Instruments de planificació



La relació del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública amb els altres instruments per a la presa de decisions



El Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública en el context dels governs territorials de salut

El Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública es configura com l'instrument de planificació amb una visió global sobre els serveis. Així, es constitueix com un marc de referència per a la planificació dins el nou model de descentralització / governança, i ofereix les orientacions de desenvolupament i adequació dels serveis al territori i deixa un marge de decisió, prioritització i adaptació en el desenvolupament dels recursos en cada territori.

El Decret 38/2006, de 14 de març, pel qual es regula la creació de governs territorials de salut, estableix el Pla estratègic plurianual (PEP) com a instrument de planificació i avaluació en el si dels GTS. El PEP s'ha de formar, entre d'altres, a partir del Pla de salut, el Mapa i el pressupost assignat de base poblacional. Així, el PEP ha d'assumir els objectius estratègics i els objectius i criteris generals que estableixi el Departament de Salut a tot Catalunya, i a la vegada, a partir de l'anàlisi de la situació (entorn, estat de salut, etc.) del territori, adaptar els objectius de salut, de serveis i d'infraestructures, i establir el pla d'actuacions per assolir-los i avaluar els resultats, en el territori dels GTS.

Per tant, en l'àmbit de la planificació dels serveis tenim dos instruments, el Mapa com a gran marc de referència i el PEP com a representació de l'exercici de descentralització del govern de la salut en el territori. Aquests dos instruments han de contenir relacions de referència i contrareferència.

Les relacions interdepartamentals

Els determinants dels problemes de salut són, sovint, de tipus multifactorial, la qual cosa dóna lloc a situacions complexes que requereixen intervencions multidisciplinàries en el seu abordatge. Conseqüentment, aquestes situacions s'han d'abordar amb una visió integral de la persona des de l'àmbit de responsabilitat de cada un dels diferents departaments. Això fa que la necessitat d'establir canals de comunicació formals i informals, àgils i eficaços, es converteixi en una prioritat del Departament de Salut.

Tot i que la multidisciplinarietat de les accions és un fet inherent a l'atenció a la salut de les persones, hi ha quatre àmbits on la necessitat d'accions transversals, que afecten diferents àrees de responsabilitat pública, tenen una incidència considerable en la salut de la població i es manifesten de manera més clara: l'àmbit de l'atenció sociosanitària, el de la salut mental, el de la immigració i el de l'educació en la salut.

Malgrat que aquests són els quatre àmbits fonamentals, n'hi ha d'altres que també requereixen un important esforç de coordinació entre els diferents departaments, com ara la inserció laboral i l'adaptació de les condicions de treball a situacions especials de salut, l'atenció a les persones internades en institucions penitenciàries, l'abordatge dels accidents de trànsit, la prevenció de les drogo dependències i l'atenció a les persones amb addiccions, etc.

És imprescindible la implicació de tots els responsables de les actuacions que incideixen sobre aspectes relacionats amb la salut de la població, de manera que aquesta s'abordi des del punt de vista de la integralitat de les persones.

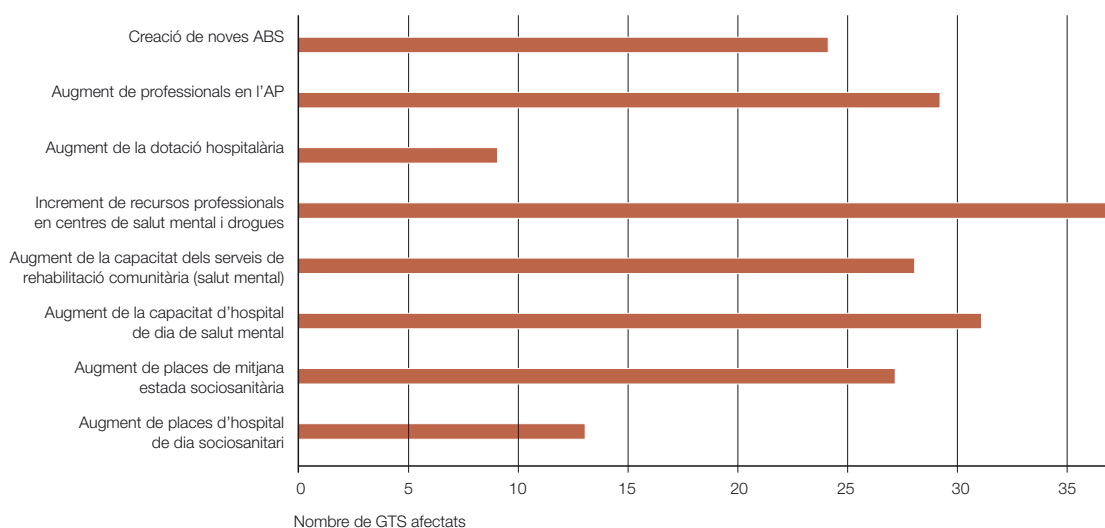
10. Escenaris de desenvolupament i adequació dels serveis al territori*

* Per conèixer el detall dels escenaris de cadascun dels àmbits territorials cal consultar el volum II del document íntegre del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública (www.gencat.cat/salut).

Els escenaris de desenvolupament i adequació dels serveis al territori inclouen, per cadascun dels 37 àmbits territorials dels GTS, el contingut següent:

- Descripció del territori: ABS, població, estructura d'edat i sexe, mapa de recursos per ABS i vies de comunicació.
- Projeccions demogràfiques del 2010 i el 2015 en dos escenaris demogràfics cada any.
- Elements qualitius per adaptar els recursos a les especificitats del territori i per organitzar els serveis.
- Orientacions per desenvolupar i adequar els serveis.

Resum d'actuacions principals per GTS d'acord amb els escenaris d'aquí a l'any 2015



En el cas de la ciutat de Barcelona, atesos el volum de població i la complexitat urbana, s'han considerat les divisions administratives de la ciutat, així com la configuració d'àrees funcionals en l'organització dels serveis de salut.

