

Plans estratègics d'ordenació de serveis

Pla estratègic d'ordenació de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya

© 2010 Generalitat de Catalunya

Departament de Salut

Trav. de les Corts, 131-159

Edifici Ave Maria

08028 Barcelona

www.gencat.cat/salut

Edició: Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut.

Assessorament i correcció lingüística: Secció de Planificació lingüística del Departament de Salut

Primera edició: Barcelona, novembre de 2010

Sumari

Presentació de la consellera	5
1. Resum executiu	7
2. Introducció	12
3. Objectius.....	15
4. Metodologia	16
5. Antecedents i estat de situació de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya	20
5.1. Diagnòstic inicial de situació de la reordenació de l'atenció especialitzada (2005-2006)	20
5.2. Anàlisi de la situació de l'atenció especialitzada ambulatoria	22
5.2.1. La integració de les especialitats	22
5.2.2. La utilització dels serveis d'atenció especialitzada ambulatoria	29
5.2.3. Els recursos implicats en l'atenció especialitzada ambulatoria	35
5.2.4. La relació entre l'atenció especialitzada i l'atenció primària	42
5.2.5. La satisfacció de la població	44
6. Model d'atenció especialitzada ambulatoria de futur	46
6.1. Escenaris possibles per a l'abordatge d'un nou model	46
6.1.1. Escenaris possibles de finalització de la RAE 1990	48
6.1.2. Discussió dels elements i les característiques possibles del nou model d'ordenació de l'AE.....	53
6.2. Visió estratègica de futur	61
6.3. Objectius estratègics	62

6.4.	Elements que configuren el nou model d'AEA	63
6.4.1.	Accés a l'AE	63
6.4.2.	Responsabilitat en la gestió de la provisió d'AE	64
6.4.3.	Cartera de serveis d'AE i abast territorial	64
6.4.4.	Característiques en la provisió de l'AE	65
6.4.5.	Resum dels elements principals que configuren el model d'ordenació de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya	68
6.5.	L'organització de l'atenció especialitzada ambulatoria en el territori	69
7.	Pla d'acció	71
7.1.	Línies d'actuació i objectius operatius	72
7.2.	Pla funcional territorial	73
7.3.	Orientacions de millora de l'organització del procés d'atenció per especialitats prioritzades	77
7.4.	Sistema d'informació i tecnologies de la informació i la comunicació	78
7.5.	Adaptació del sistema de compra de serveis	79
7.6.	Actuació de caràcter normatiu	81
8.	Seguiment i avaluació	82
9.	Acrònims	84
10.	Annexos	86
11.	Actors del Pla	101
12.	Bibliografia	105

Presentació de la consellera

L'atenció especialitzada ambulatoria és una de les prioritats d'ordenació de serveis que el Departament de Salut s'ha marcat els darrers anys. Quinze anys després de l'inici de la reordenació de l'atenció especialitzada (RAE) ens enfrontàvem amb una situació complexa amb una integració d'especialitats desigual i dèbil en alguns territoris, amb una gran variabilitat en la utilització dels serveis i la resolució, amb problemes de temps d'espera i amb dificultats en la coordinació amb l'atenció primària. D'altra banda, cal reconèixer la importància de l'atenció especialitzada ambulatoria, ja que condiona l'accessibilitat i la resolució de l'atenció primària i determina els fluxos hospitalaris i, per tant, la configuració de la xarxa assistencial. Així mateix, en ser un àmbit en què les relacions de referència, consultoria i assessorament entre professionals són molt rellevants, la innovació en les tecnologies de la informació i la comunicació pot comportar una incidència especial, en benefici de l'atenció als pacients i la col·laboració entre professionals i institucions.

El procés de la RAE és lent perquè implica la mobilització de professionals, el canvi de situacions contractuals i el traspàs de la responsabilitat de gestió entre entitats proveïdores, i està fortament condicionat a la disponibilitat de recursos econòmics. Tanmateix, paral·lelament a la continuació del procés d'integració d'especialitats es va prioritzar aquest Pla estratègic a fi de revisar el model d'atenció, ja que, com hem vist uns anys després, l'adscripció dels professionals a l'entorn de la xarxa hospitalària, per si sola no és suficient per assolir el nivell de qualitat i de resolució que ha de tenir l'atenció especialitzada. En aquest mateix sentit de prioritat d'ordenació de serveis, el Pla estratègic ha estat un dels compromisos del Pla de Govern 2007-2010.

Els plans estratègics d'ordenació de serveis, adaptats a la realitat del nostre país i al context econòmic i sanitari, defineixen les activitats i l'ordenació de serveis necessàries per assolir les polítiques plantejades amb una visió integrada entre els diferents nivells assistencials i d'acord amb els avenços en el coneixement científic, el desenvolupament dels serveis sanitaris i l'evolució de les competències dels seus professionals. Els plans estratègics d'ordenació de serveis defineixen un model d'atenció i organització de serveis que, partint de la realitat, permet continuar avançant en l'eficiència i la qualitat del sistema. El Mapa

sanitari, sociosanitari i de salut pública recull les propostes sobre model d'atenció i criteris de planificació dels plans estratègics d'ordenació de serveis.

Amb aquestes línies els vull presentar el **Pla estratègic d'ordenació de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya**, fruit del treball de molts professionals que, juntament amb institucions proveïdores de serveis, societats científiques i tècnics del Departament i del Servei Català de la Salut, han elaborat les principals línies estratègiques i operatives per assolir els objectius de salut, de qualitat i d'eficiència de serveis.

L'elaboració del Pla estratègic ha estat un procés dilatat en el temps perquè s'ha volgut fer buscant el consens i, també, la màxima coherència amb els altres instruments de planificació i, especialment, amb el Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària.

El Pla estratègic d'ordenació de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya ha de servir per millorar la qualitat de l'atenció especialitzada, augmentar la capacitat de resolució de l'atenció primària, reduir els problemes d'accés i les desigualtats, fomentar el treball en xarxa i, en definitiva, guanyar en equitat, qualitat i eficiència en el conjunt del sistema de salut.

A tots els qui han participat en l'elaboració del document vull agrair-los la seva dedicació i esforç. Espero i desitjo que aquest pla sigui d'utilitat per a tots els professionals que treballen en el sistema sanitari i que contribueixi a millorar la salut i la qualitat de vida dels ciutadans de Catalunya del segle XXI.

Marina Geli i Fàbrega
Consellera de Salut

Novembre del 2010

1. Resum executiu

Antecedents

El sistema d'atenció especialitzada ambulatoria es va dissenyar l'any 1967 i en desplegaments normatius posteriors es van preveure disset especialitats per realitzar activitat ambulatoria fora de l'hospital. Actualment, però, l'evolució de la tecnologia i de la pràctica clínica ha fet que pràcticament totes les especialitats mèdiques i quirúrgiques puguin dur a terme activitat ambulatoria. A Catalunya, la reorientació de l'organització de l'atenció especialitzada es va iniciar l'any 1985 amb la reordenació de l'atenció primària. La primera iniciativa per potenciar la coordinació entre nivells es va dur a terme l'any 1990 amb l'anomenada reordenació de l'atenció especialitzada (RAE), que es fonamentava en l'adscripció de la majoria d'especialitats mèdiques als centres inclosos en la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP).

En un entorn social, econòmic i sanitari cada vegada més dinàmic i complex es fa necessari avançar en l'organització i la provisió de l'atenció especialitzada amb una visió més flexible entre les estructures organitzatives i territorials, de manera que es garanteixi la qualitat de l'atenció i l'equitat d'accés a l'estructura del sistema sanitari, tot assegurant una massa crítica qualificada.

Objectius

L'elaboració del Pla estratègic d'ordenació de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya es va iniciar l'any 2005, amb l'objectiu general de revisar l'estat de situació de la RAE i, segons els resultats, dissenyar un nou model d'ordenació d'atenció especialitzada ambulatoria (qualitatiu i quantitatiu) que s'adeqüés a les necessitats de salut i de serveis de la població catalana actual, d'acord amb el context present de model d'atenció integrada i en consonància amb un model territorial d'atenció integrada, i el Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària.

Metodologia

Per tal d'assolir els objectius plantejats, en les cinc fases del pla s'han utilitzat diferents metodologies. Així, a banda de la recerca i l'anàlisi de tota la informació relacionada amb el tema i l'anàlisi deductiva dels problemes, s'han dut a terme reunions per plantejar les diverses possibilitats d'abordatge de cadascuna de les parts, diversos estudis transversals, jornades de consens, treball amb grups focals, entrevistes estructurades a professionals i discussió de temes en grups de treball.

Estat de situació

- La integració de les especialitats encara no ha finalitzat. A Catalunya, l'any 2009, les especialitats amb un percentatge més alt de població amb serveis d'atenció especialitzada ambulatoria sense integrar són oftalmologia (31% de la població és atesa per metges no integrats), cirurgia ortopèdica i traumatologia (27% de la població és atesa

per metges no integrats), aparell digestiu (22% de la població és atesa per metges no integrats) i otorinolaringologia (21% de la població és atesa per metges no integrats), i les regions sanitàries més afectades són Barcelona i Catalunya Central.

- L'any 2009, la freqüentació de l'atenció especialitzada ambulatoria se situa en 58,8 primeres visites per 100 habitants i any.
- Segons l'ESCA 2006, el 36,45% de la població (34,1% d'homes i 38,6% de dones) han estat visitats per un professional d'alguna especialitat els darrers dotze mesos. L'edat, la disponibilitat de doble cobertura i la classe social són variables explicatives de les diferències en els resultats.
- La majoria dels residents d'un govern territorial de salut (GTS) són atesos al mateix GTS.
- El nombre de professionals per habitant varia segons l'especialitat considerada i també segons la regió sanitària.
- En 157 (37,6% del total) centres d'atenció primària (CAP) hi ha provisió de serveis d'atenció especialitzada ambulatoria de com a mínim una especialitat.
- Es detecten problemes de relació entre els professionals de l'atenció primària i l'atenció especialitzada deguts principalment a la manca de protocols conjunts de derivació i d'accés a proves complementàries, la manca d'adequació de l'estructura i les TIC i el desconeixement mutu de les respectives carteres de serveis.
- La primera enquesta de satisfacció sobre l'atenció especialitzada ambulatoria es va dur a terme l'any 2008. Els resultats indiquen que els assegurats del CatSalut que han estat atesos en les consultes dels especialistes puntuen la satisfacció global amb un 7,55 sobre 10 i el 83,2% dels enquestats, en cas de poder escollir, tornarien al mateix especialista. Els aspectes per millorar estan relacionats amb l'accessibilitat, la coordinació entre nivells assistencials i el confort de la sala d'espera.

Model d'atenció especialitzada ambulatoria de futur

Visió estratègica de futur

- Una atenció especialitzada ambulatoria predominantment "consultora" de l'atenció primària, més accessible i resolutive.
- Que potenciï la integració de processos assistencials, faciliti la qualitat de l'atenció especialitzada i que l'atenció primària sigui més resolutive.
- Amb una interrelació amb els altres tipus de serveis que afavoreixi que cada àmbit aportï el seu avantatge comparatiu en el procés d'atenció.
- Que es trobi disponible a tot el territori però distribuïda i/o concentrada d'acord amb els requeriments en grau d'especialització, tecnologia necessària i massa crítica.
- Amb un accés millor a la tecnologia (diagnòstica i terapèutica).
- En què les TIC transportin la informació i el coneixement.
- Amb professionals motivats i reconeguts professionalment.

Objectius estratègics

- Qualitat, adequació i eficiència: millorar i desenvolupar el potencial de l'atenció especialitzada i augmentar la capacitat resolutive de l'atenció primària, garantint que el procés assistencial es faci mitjançant professionals i estructures que aportin la màxima qualitat i competència, i una eficiència òptima.
- Integració i continuïtat assistencial: millorar la coordinació entre els diferents nivells assistencials de manera que afavoreixi una atenció especialitzada cada cop més

propera a l'atenció primària i potenciï també la comunicació entre professionals i organitzacions.

- Equitat i accessibilitat: millorar l'accés als serveis i donar una resposta òptima a les necessitats de la població, tot incidint en l'ordenació dels fluxos i l'organització del procés assistencial i reduint el temps d'espera.

Elements principals que configuren el nou model d'atenció especialitzada ambulatoria (AEA)

- Accés a l'atenció especialitzada:
 - A través de l'atenció primària.
- Responsabilitat en la gestió de la provisió:
 - Àmbit atenció hospitalària (integració completa d'especialitats).
- Cartera de serveis i abast territorial:
 - Concentració d'especialitats: problemes de salut poc prevalents, necessitat de tecnologia sofisticada i professionals amb alt nivell competencial, forta manca d'especialistes, economies d'escala.
 - Descentralització d'especialitats: problemes de salut d'alta prevalença que no requereixen tecnologia sofisticada.
- Característiques de la provisió:
 - Organització adaptada a les necessitats i les característiques dels territoris.
 - Gestió assistencial territorial: en cada territori s'han de desenvolupar "acords" en la provisió: nivell de servei que s'oferirà a la població, amb objectius compartits i condicions de prestació dels serveis (accessibilitat, resolució i qualitat), protocols d'abordatge i derivació, informació clínica compartida, planificació de consultories, sessions clíniques conjuntes, docència, recerca...
 - Lloc de provisió: serveis d'atenció especialitzada ambulatoria en hospitals i centres de salut.
 - Utilització de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) i els sistemes d'informació (SI) compartits/compatibles.

Organització de l'atenció especialitzada al territori

En l'aplicació del model a escala territorial, són especialment rellevants els aspectes relacionats amb la provisió descentralitzada de les especialitats i la relació entre atenció especialitzada (AE) i atenció primària (AP). Per tal d'orientar la presa de decisions organitzatives territorials, s'ha dut a terme un estudi amb els objectius d'identificar les especialitats amb més possibilitat de concentració o descentralització i analitzar les propostes de millora organitzativa. Les especialitats analitzades per tenir més probabilitats de provisió descentralitzada són les següents: aparell digestiu; cardiologia; cirurgia general i aparell digestiu; cirurgia ortopèdica i traumatologia; dermatologia; endocrinologia i nutrició; neurologia; oftalmologia; otorinolaringologia; pneumologia; reumatologia; urologia.

Pla d'acció

Un cop definit el model d'atenció especialitzada ambulatoria, cal plantejar la manera de fer-lo operatiu. Per facilitar aquesta tasca d'implantació del model, s'ha elaborat una proposta per al pla d'acció que inclou les línies d'actuació i les recomanacions operatives per a cadascuna. A partir d'aquesta proposta, cada territori ha de programar les seves actuacions, completant la proposta i, si escau, ajustant el calendari a les seves previsions.

Les *línies d'actuació* que es proposen en el pla d'acció s'estructuren en 3 eixos:

- Per territoris seleccionats: implantació d'acords d'organització funcional territorial (Pla funcional territorial / Pacte d'accessibilitat i resolució).
- Per especialitats prioritzades: suport a la manera de fer operatiu el model d'atenció mitjançant l'elaboració de recomanacions de millora de l'organització del procés assistencial.
- Accions de caràcter general per al conjunt de Catalunya: integració d'especialitats, desenvolupament del sistema d'informació, adequació de recursos físics i tecnològics, ordenació de recursos humans, normativa.

Els *objectius operatius* proposats són els següents:

- Establir el pla funcional territorial en els GTS seleccionats, així com el seguiment corresponent (integrat en el Pacte d'accessibilitat i resolució en els territoris on es comenci a implantar juntament amb el Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària, PIAPiSC).
- Elaborar orientacions per millorar l'organització del procés assistencial per a determinades especialitats prioritzades, mitjançant grups de treball, amb la participació de professionals vinculats amb l'exercici de l'especialitat i professionals d'atenció primària.
- Finalitzar la integració efectiva de les especialitats en tots els territoris, aprofitant per treballar el model d'atenció en el territori.
- Impulsar el desenvolupament del sistema d'informació basat en el registre d'activitat assistencial en l'atenció especialitzada ambulatoria.
- Garantir l'adequació i el suport de recursos físics i tecnològics (directrius de disseny del mòdul d'AEA en centres; història clínica compartida, gestió d'agendes...).
- Ordenar recursos professionals amb criteris d'equilibri territorial (nombre, perfils, formació).
- Normativa: instrucció CatSalut sobre l'elaboració del Pla funcional territorial d'ordenació de l'atenció especialitzada ambulatoria.

Pla funcional territorial

S'ha elaborat una proposta de continguts i indicadors relatius a resultats (capacitat resolutiva, accessibilitat, i qualitat), a l'organització del procés assistencial (protocols de derivació consensuats AP-AE, col·laboració AP-AE i formació) i a l'ordenació dels recursos (humans, físics i tecnològics), que formarà part de les directrius que el Departament de Salut juntament amb el CatSalut definiran per concretar els objectius que cal assolir i també les tendències de futur que el pacte haurà de tenir en compte.

Orientacions de millora de l'organització del procés d'atenció per especialitats prioritzades

Per facilitar el procés d'operativitat de les propostes del Pla estratègic d'ordenació, s'elaboraran orientacions de millora de l'organització del procés assistencial centrades en determinades prioritats. Inicialment s'han prioritzat les relacionades amb l'aparell locomotor, en col·laboració amb el Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor, i amb oftalmologia.

Encara que els aspectes per desenvolupar de cadascun d'aquests apartats seran diferents segons l'especialitat considerada, s'hauran de desenvolupar els temes referents als elements de gestió territorial compartits, les accions per millorar la capacitat resolutiva de l'atenció primària i les accions per millorar la qualitat i l'eficiència dels serveis especialitzats.

Sistema d'informació i tecnologies de la informació i la comunicació

La compartició d'informació clínica avui dia és un element essencial per valorar adequadament l'estat del malalt i seguir el curs del procés d'atenció. Així mateix, el fet de compartir els resultats de les proves complementàries ha de facilitar la comunicació interprofessional i evitar duplicitats. És fonamental desenvolupar el conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) d'aquest àmbit assistencial per aconseguir tenir una visió poblacional sobre la utilització de serveis, la casuística i les característiques de la població.

Adaptació del sistema de compra de serveis

Per fer efectius els objectius proposats cal adaptar el sistema de compra i finançament dels serveis, cap a un model de base poblacional i que incentivi la qualitat, la resolució i l'accessibilitat, i afavoreixi la col·laboració entre centres i professionals en un context de canvi orientat cap a l'atenció integrada de base territorial/poblacional. Aquesta necessitat d'adaptació ja s'ha iniciat i els decrets del 2010 que regulen l'establiment dels convenis i els contractes de gestió de serveis assistencials i el sistema de pagament corresponent en l'àmbit del Servei Català de la Salut apunten en aquesta línia. Així mateix, el projecte de decret, en fase de tramitació, de xarxes del sistema d'assistència sanitària d'utilització pública preveu la configuració de la xarxa de centres i serveis d'àmbit comunitari que ajudarà a articular les relacions entre l'atenció primària i els altres serveis que també es presten en aquest àmbit.

Actuació de caràcter normatiu

En aquesta nova etapa es considera convenient que el CatSalut adopti una instrucció que reguli la necessitat d'elaboració d'un pla funcional territorial d'ordenació de l'atenció especialitzada ambulatoria en cada GTS que plasmi els acords entre les entitats proveïdores implicades en l'atenció especialitzada i l'atenció primària.

Seguiment i Avaluació

La fase procés d'operativitat ha d'anar acompanyada de les dinàmiques de seguiment i avaluació que facin possible conèixer l'estat de desenvolupament de les accions i els resultats assolits, de manera que es pugui impulsar, reorientar o prioritzar en cada moment les mesures que n'afavoreixin la implantació. Es proposen una sèrie d'indicadors relacionats amb el ritme d'integració d'especialitats, la utilització dels serveis, el nivell de resolució, l'accessibilitat, el grau de satisfacció, les relacions de consultoria, l'elaboració dels plans funcionals territorials i el desenvolupament d'instruments de suport com ara la normativa, el document de model d'atenció i la implantació del CMBD.

2. Introducció

La planificació sanitària és un dels eixos fonamentals de la política de Govern. El bon nivell de qualitat i eficiència del sistema sanitari català fa que la salut dels ciutadans de Catalunya sigui una de les millors del món. En aquest marc, la planificació sanitària del Departament de Salut té com a objectiu marcar les directrius estratègiques per continuar avançant en la millora de l'estat de salut, la disminució de les desigualtats i l'eficiència dels serveis de salut; fent especial èmfasi perquè els serveis de salut continuïn contribuint a millorar la salut i la qualitat de vida dels ciutadans amb la incorporació de la nova evidència científica i la visió dels professionals i dels ciutadans.

L'article 65 de la Llei General de Sanitat¹ assenyala que "s'establiran les mesures adequades per tal de garantir la interrelació entre els diferents àmbits assistencials". Això representa crear mecanismes perquè hi hagi una coordinació adequada entre els professionals dels centres d'atenció primària i els professionals del seu hospital de referència. Avui ja no és possible proporcionar els millors serveis garantint només que els professionals gaudeixen de bons coneixements i habilitats i de la tecnologia necessària per fer-los efectius.²

En la millora de l'assistència sanitària que preveu el Pla de Govern 2007-2010, aconseguir la continuïtat assistencial i la coordinació entre nivells esdevé un eix clau de la política sanitària; l'atenció especialitzada tendeix a ser cada cop més ambulatoria i l'atenció primària més resolutiva. Aconseguir la coordinació entre els diferents nivells assistencials és fonamental per assegurar la continuïtat de l'atenció, la utilització adequada dels recursos sanitaris i un servei de qualitat que respongui a les necessitats del pacient.³

Si hi ha una fragmentació entre nivells, la coordinació insuficient entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada pot generar discontinuïtat en l'atenció dels processos, duplicació de proves (algunes cruentes), polimediació (amb el risc d'interaccions medicamentoses), retard en la identificació i el diagnòstic de complicacions, augment del temps de demora per visites d'atenció especialitzada i proves diagnòstiques, i manca d'una atenció integral del pacient i els seus problemes de salut, entre d'altres.

La coordinació entre els nivells assistencials (és a dir "la relació entre parts"), com un pas previ a la integració (és a dir "la combinació de les parts en un sistema de treball conjunt")⁴ esdevé cada vegada més necessària tenint en compte: a) el canvi en el perfil epidemiològic de malalties agudes cap a malalties cròniques (episodis de llarga durada, en diferents nivells d'atenció, que es barregen amb problemes socials); b) l'augment en la comorbiditat (a causa d'una població més envellida i amb més cronicitat); c) els avenços en el coneixement científic i en les tecnologies mèdiques, que ofereixen noves modalitats de diagnòstic i tractament de les malalties, però que a vegades també s'associen a riscos potencials; d) la necessitat de garantir la unitat de criteri davant d'alternatives en situacions d'incertesa; e) els avenços en el perfil competencial i les habilitats dels professionals que treballen en l'atenció primària amb gran potencial per ser molt resolutiva; i f) el desenvolupament espontani, més o menys informal o virtual, de xarxes de professionals i organitzacions.³

A Catalunya, l'organització de l'atenció especialitzada es va iniciar l'any 1985 amb la reordenació de l'atenció primària (Decret 84/1985, de 21 de març).⁵ La primera iniciativa per potenciar la coordinació entre nivells es va dur a terme l'any 1990 amb l'anomenada reordenació de l'atenció especialitzada (RAE).^{6, 7} La RAE es fonamentava en l'adscripció de la majoria d'especialitats mèdiques als centres inclosos en la XHUP.⁷ Cal assenyalar que el Decret de RAE de l'any 1990 i les normes complementàries corresponents no definien un model general d'ordenació de serveis d'atenció especialitzada en què s'orientessin els criteris de planificació general segons els quals s'havia d'organitzar i proveir l'atenció especialitzada de caràcter ambulatori en tot el territori de Catalunya; sinó que se centraven en la integració d'especialitats en la XHUP, tot definint dos nivells assistencials fortament interrelacionats d'atenció de salut (atenció especialitzada i atenció primària).

Avui la situació social, sanitària i científica difereix de la dels anys noranta. Pel que fa al context social, els canvis demogràfics són cada cop més dinàmics⁴ i més complexos (immigració creixent i progressiu envelliment de la població). També les expectatives i les demandes de la població han canviat, els ciutadans volen una resolució tan ràpida com sigui possible del seu problema de salut i com més a prop del seu entorn millor.

El context sanitari i científic també ha canviat. La creació dels GTS⁸ no solament promou una nova forma de governabilitat en la política sanitària sinó que també representa una nova sectorització territorial en la provisió de serveis, la qual cosa impactarà en la provisió de serveis d'atenció especialitzada en el seu vessant ambulatori. Alhora, el nou sistema de finançament de base poblacional (capitatiu) que està promulgant el Servei Català de la Salut (CatSalut) també ofereix oportunitats per reorientar les característiques de provisió i gestió d'aquest tipus d'atenció sanitària. Finalment, cal assenyalar que els avenços en el camp científic i de les tecnologies mèdiques,^a l'augment en el coneixement, les competències i les habilitats dels professionals de l'atenció primària, així com l'evolució de les TIC permeten "ambulatoritzar" més l'activitat d'atenció especialitzada

Aquest entorn social, econòmic i sanitari és cada vegada més dinàmic i complex i fa necessari avançar en l'organització i la provisió de l'atenció especialitzada amb una visió més flexible entre les estructures organitzatives i territorials. De manera que es garanteixi la qualitat de l'atenció i l'equitat d'accés a l'estructura del sistema sanitari, tot assegurant una massa crítica qualificada.

L'elaboració del Pla estratègic d'ordenació de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya es va iniciar l'any 2005, amb l'objectiu general de revisar l'estat de situació de la reordenació de l'atenció especialitzada i, segons aquests resultats, dissenyar un nou model d'atenció especialitzada ambulatoria (qualitatiu i quantitatiu) que s'adeqüés a les necessitats de salut i de serveis de la població catalana actual, d'acord amb el context actual de model d'atenció integrada, i en consonància amb un model territorial d'atenció integrada i el Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària (PIAPiSC).⁹

La necessitat d'enfocar les propostes, no només cap a la gestió de la integració de les especialitats en l'àmbit de l'atenció hospitalària, sinó també cap a la redefinició del model d'atenció especialitzada que es presta ambulatoriament, va comportar la definició de la visió

^a Tecnologia mèdica: fàrmacs, productes, dispositius i procediments mèdics i quirúrgics adreçats a la prevenció, el diagnòstic, el tractament i la rehabilitació de problemes de salut.

estratègica i els elements clau del model des del punt de vista de planificació. Aquest treball es va dur a terme mitjançant diversos grups de treball, orientats per un comitè de direcció amb participació de les organitzacions de proveïdors, les regions sanitàries, el Servei Català de la Salut i el Departament de Salut (Direcció General de Planificació i Avaluació, DGPA).

La creació del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària va oferir l'oportunitat d'encaixar les propostes del Pla estratègic amb les del mateix pla d'innovació en els aspectes essencials del model d'atenció relacionats amb la continuïtat assistencial, les relacions de suport entre atenció especialitzada i atenció primària i els espais de col·laboració professional. Un cop tancada la fase de definició estratègica del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària es va contrastar que hi havia una alta consonància i es va donar per finalitzada també la fase de definició estratègica del pla de l'atenció especialitzada ambulatoria.

Tanmateix, aquest dilatat procés de planificació, motivat per la necessitat d'assegurar la coherència entre ambdues perspectives complementàries, ha anat acompanyat de la definició del pla d'acció (2009-2014) i de diverses actuacions, com reprendre l'impuls de la integració de les especialitats en els territoris pendents i el treball de revisió amb més detall del model d'atenció de determinades especialitats.

El document inclou un resum de la descripció de l'estat de situació de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya, amb informació sobre dades de recursos, activitat i organització, així com les principals limitacions detectades a les quals s'ha de donar resposta. També inclou el nou model d'atenció especialitzada ambulatoria (AEA) que el Departament de Salut (DS) de Catalunya vol desenvolupar els propers anys, propostes per al procés d'operativitat i una proposta per al pla d'acció amb les línies d'actuació i les recomanacions operatives per a cadascuna, que hauria de ser la base per al disseny de les actuacions concretes en cada regió sanitària (RS) i els diferents governs territorials de salut per fer possible el desenvolupament del model, d'acord amb les característiques i la idiosincràsia de cada territori.

3. Objectius

Objectiu general

Revisar i dissenyar el model d'atenció especialitzada ambulatoria perquè s'adeqüi a les necessitats de salut i de serveis de la població catalana actual.

Objectius específics

- Caracteritzar la situació de la reordenació de l'atenció especialitzada de 1990 (impacte de l'evolució demogràfica en la disponibilitat actual de recursos, característiques de la demanda i organització de l'oferta, nivell d'integració de les especialitats als hospitals de la XHUP i descripció de modalitats organitzatives de l'atenció especialitzada a Catalunya).
- Identificar i analitzar possibles models per a una nova atenció especialitzada ambulatoria.^b
- Definir el nou model d'atenció especialitzada ambulatoria,^c en consonància amb el desenvolupament del model territorial de governança i gestió i el Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària.
- Establir una proposta de pla d'acció amb objectius operatius per a la implantació del model.

^b De suport a l'atenció primària (consultora) i atenció directa especialitzada amb modalitat de consulta ambulatoria, sigui en les consultes externes dels hospitals o de manera descentralitzada en els CAP o en altres tipus de centres sense internament. Aquest tipus d'atenció no configura un nivell assistencial diferenciat, sinó que està integrat en l'àmbit de l'atenció hospitalària.

^c El model també haurà de ser d'aplicació en el futur als serveis d'atenció ambulatoria de salut mental i addicions i socio sanitàries.

4. Metodologia

A fi d'assolir els objectius esmentats, s'han utilitzat diferents metodologies d'acord amb cadascuna de les fases del projecte que es defineixen a continuació.

Fase 1. Anàlisi de l'estat de situació de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya (anys 2005 i 2006)

Objectiu: descriure l'estat de situació de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya a l'inici del projecte (any 2005) i les característiques dels diferents models d'acord amb les dades existents: *a)* analitzar l'estructura-anàlisi de l'estat de situació general (caracteritzar el nombre d'efectius mèdics equivalents per especialitat i territori; *b)* analitzar l'activitat i la variabilitat en la prestació; *c)* analitzar l'evolució de la RAE des de 1990 i la visió que els professionals tenien de cap a on havia d'evolucionar l'AE, especialment en el vessant ambulatori.

Mètode: *disseny*

1. Dos estudis transversals:

A. **Anàlisi de l'estructura i activitat.** *Població d'estudi:* tots els centres que oferien atenció especialitzada ambulatoria l'any 2004 amb independència del lloc on es feia la visita (consultes externes d'hospital, centres d'atenció primària, CAP I i CAP II). *Instrument:* qüestionari sobre l'estructura i la utilització de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya de les especialitats definides en el BOE núm. 237 (excloent-hi infermeria de salut mental, infermeria d'obstetrícia i ginecologia, pediatria i odontologia). *Variables:* estudi amb segmentació per especialitat, per tipus d'unitat proveïdora (CAP I i CAP II i consultes externes d'hospital) i per territori. Recollida d'informació sobre la demanda (visites, primeres, successives i d'altres; l'oferta, unitat proveïdora; nombre de metges especialistes a temps complet —1.645 hores/any—; lloc on es fa la prestació del servei).

B. **Anàlisi de l'evolució de la RAE (1990) i visió futura.** Durant l'any 2006 es van dur a terme entrevistes cara a cara amb professionals sanitaris (tant de l'àmbit de gestió, com de l'àmbit assistencial) clau per a la RAE de diferents regions sanitàries. L'objectiu de l'anàlisi va ser: *a)* identificar informació qualitativa de l'anàlisi de situació que complementés la informació quantitativa i *b)* identificar línies d'evolució futura de l'AE.

El diagnòstic de l'anàlisi de situació, amb informació quantitativa i qualitativa, es va presentar en forma de realitats. Les realitats són judicis de valor sobre la situació actual de la RAE. El títol de cada realitat expressa la idea clau i cada realitat es formalitza mitjançant una argumentació i el desenvolupament corresponent. Les realitats són sintètiques i destaquen els temes clau. Les realitats estan formalitzades amb una orientació vers la presa de decisions i permeten evidenciar les futures accions operatives.

2. Jornada de consens

Un cop fet l'anàlisi de situació es va dur a terme una jornada de consens sobre els resultats obtinguts. És necessari obtenir un consens sobre les realitats per poder-les utilitzar com a punt de partida per a la definició de models organitzatius i la descripció exhaustiva dels possibles escenaris.

Fase 2. Definició del marc general del model de l'atenció especialitzada a Catalunya

Objectiu: definir la visió de futur del model de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya.

Mètode: *disseny*

1. Grup focal en format de taller de treball. *Participants:* proveïdors sanitaris representants de les diferents patronals existents a Catalunya (Consorti Hospitalari de Catalunya, CHC; Unió Catalana d'Hospitals, UCH; Institut Català de la Salut, ICS) i professionals clau de l'atenció primària i especialitzada. *Instrument:* com a material de base per a la preparació del taller es va distribuir el document del diagnòstic de situació de l'atenció especialitzada i un document en què s'identificaven diferents alternatives, cadascuna argumentada amb dades objectives, d'una possible evolució de l'AE, a fi de perfilar el nou model d'ordenació.
2. Anàlisi deductiva de problemes per a la implantació del model definit des del punt de vista assistencial, organitzatiu i de costos, basant-se en tota la informació recollida durant el procés i el coneixement de l'entorn sanitari.

Fase 3. Generar orientacions per a l'organització en el territori

Objectiu: identificar les especialitats amb més probabilitat de concentració (hospital) o descentralització (AP o altres centres amb serveis d'AEA) i analitzar propostes de millora organitzativa (valorar quins requeriments tecnològics són necessaris per augmentar la resolució i discussió de les tendències de freqüentació i resolució en aquestes especialitats).

Mètode: *disseny*

1. Per seleccionar les especialitats susceptibles de tenir més activitat/pes assistencial en centres amb serveis d'AEA externs a l'hospital: recerca de les fonts d'informació disponibles sobre atenció especialitzada i posterior anàlisi i valoració de les dades: a) situació actual (estudi d'estructura i utilització 2004); b) estudis identificats sobre capacitat de resolució ambulatoria: resum informe sobre la RAE a la regió sanitària Barcelona Ciutat (Consorti Sanitari de Barcelona 2003) i *Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel* (Aten. Primaria 2005; 36:137.43); c) revisió de la literatura publicada, i d) resultats de l'estudi "Anàlisi de l'estat de situació de la reordenació de l'atenció especialitzada a Catalunya", any 2006.

2. Per elaborar el llistat definitiu d'especialitats susceptibles de tenir més activitat/pes assistencial en centres amb serveis d'AEA externs a l'hospital i fer-ne l'anàlisi específica, es va plantejar un doble abordatge: d'una banda, la visió des de l'atenció especialitzada ambulatoria, obtinguda mitjançant entrevistes estructurades a professionals de l'atenció especialitzada, per conèixer el funcionament de la seva especialitat, els processos més freqüents que han de tractar, quina formació haurien de rebre els professionals d'atenció primària sobre l'especialitat, quins problemes detecten, etc. I d'altra banda, la visió des de l'atenció primària, obtinguda mitjançant grups focals amb professionals d'atenció primària, per conèixer quins són els casos que atenen/deriven, quina és la seva relació amb els professionals d'atenció especialitzada, quina és la seva opinió sobre el que podrien fer i els requeriments tecnològics i el tipus de suport que necessitarien i també quina relació seria adequada per augmentar la resolució i millorar la continuïtat assistencial.

Fase 4. Elaboració d'una proposta de Pla d'acció

Objectiu: identificar les línies d'actuació i les recomanacions operatives per a cadascuna d'aquestes línies, que serveixin de referència, perquè els responsables dels diferents territoris elaborin el seu propi pla d'acció, completant la proposta i, si escau, ajustant el calendari a les seves previsions.

Mètode: Disseny.

Anàlisi de tota la informació recollida en les fases anteriors del projecte del Pla estratègic d'ordenació, actualització de les dades rellevants per completar la informació, i elaboració per part dels responsables del projecte d'una proposta inicial de pla d'acció per a un posterior consens amb els representats del CatSalut.

Fase 5. Confirmació de la coherència del nou model d'AEA amb les propostes del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària i iniciació de la implantació del model d'AEA

Objectiu: encaixar les propostes del Pla estratègic d'AEA amb les del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària, generar orientacions per millorar l'organització del procés assistencial i elaborar una proposta de pla d'acció per a determinades especialitats prioritzades.

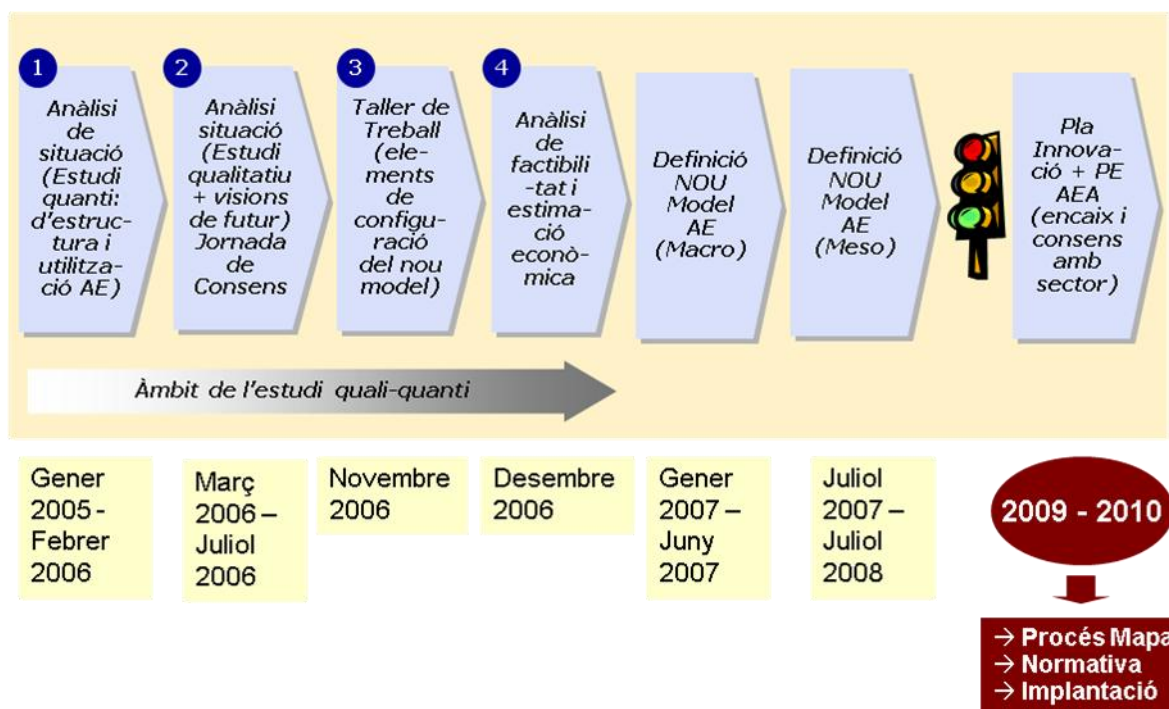
Mètode: disseny

1. Per encaixar les propostes del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària amb les de Pla d'AEA: revisió de les propostes del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària en aquells aspectes essencials del model d'atenció que tenen a veure amb la continuïtat assistencial, les relacions de suport entre atenció especialitzada i atenció primària i els espais de col·laboració professional i finalització de la fase de definició estratègica del pla d'AEA.

2. Per seleccionar les especialitats prioritzades: anàlisi de la informació actualitzada recollida en el projecte del Pla estratègic d'ordenació.
3. Per elaborar les orientacions de millora del procés assistencial: grups de treball amb participació de professionals vinculats amb l'exercici de l'especialitat i professionals d'atenció primària.

Actualment, pel que fa a aquesta fase d'inici de la implantació del model, s'han impulsat els treballs d'integració de les especialitats que encara estan pendents d'integrar en alguns territoris i també s'han iniciat els treballs del model d'atenció de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor (treballat en el marc del pla director) i del model d'atenció especialitzada en oftalmologia.

El calendari que s'ha seguit per elaborar el Pla estratègic és el següent:



5. Antecedents i estat de situació de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya

5.1. Diagnòstic inicial de situació de la reordenació de l'atenció especialitzada (2005-2006)

Per elaborar l'anàlisi de l'estat de situació de l'atenció especialitzada ambulatoria, durant els anys 2005 i 2006, es varen dur a terme dos estudis transversals. Un era un estudi quantitatiu per analitzar l'estructura i l'activitat d'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya i l'altre era un estudi per conèixer i analitzar la informació qualitativa disponible sobre el tema i també identificar les possibles línies d'evolució futura.

El diagnòstic de l'anàlisi de situació, que integrava la informació quantitativa i qualitativa, valorava les dades segons quatre temàtiques: les característiques de la demanda, l'organització de l'oferta, la gestió i els resultats de la reforma i, finalment, els recursos humans, i identificava una sèrie de realitats o judicis de valor sobre la situació actual de la reordenació de l'atenció especialitzada (RAE), relacionats amb cadascuna d'aquestes temàtiques.

La discussió de les realitats que s'havien observat en el diagnòstic de situació es va dur a terme en una jornada de consens i els resultats d'aquest consens es van utilitzar com a punt de partida per a la definició dels possibles escenaris futurs i per a la definició de la proposta de model organitzatiu.

Així, es van identificar catorze realitats que es troben agrupades per temàtica en la **taula 1** i s'expliquen de manera resumida en l'**annex 1**, en què el títol de cada realitat expressa la idea clau i es formalitza mitjançant una argumentació i el desenvolupament corresponent. Les realitats són sintètiques i destaquen els temes clau. Estan formalitzades amb una orientació dirigida a la presa de decisions i permeten evidenciar les futures accions operatives.

Taula 1. Resum de les realitats observades en l'estudi del diagnòstic de situació de la reforma de l'atenció especialitzada, anys 2005 i 2006

Característiques de la demanda

- El context demogràfic és cada cop més dinàmic i complex (immigració i envelliment)
- L'aplicació de les Noves Tecnologies de la Informació (NTI) modificaran les relacions entre proveïdors de salut (AP i AE) i ciutadans
- El nivell de satisfacció en relació al temps d'espera, la proximitat del metge i la disponibilitat de tecnologia mèdica és baix i està disminuint
- Les Regions Sanitàries presenten unes característiques sociodemogràfiques molt heterogènies i amb necessitats diferents

Organització de l'oferta

- L'oferta d'atenció especialitzada ambulatoria és desigual entre les regions sanitàries
- La continuïtat assistencial i la coordinació entre nivells esdevenen els eixos claus de la política sanitària
- L'atenció especialitzada tendeix a ser cada cop més ambulatoria, i l'atenció primària més resolutiva.
- El model dual de provisió (ICS i concertats) ha influenciat el desplegament de la RAE

Gestió i resultats de la reforma

- La implantació de la RAE es caracteritza per una divergència de visions, una implementació dèbil, i un temps d'execució massa llarg
- Les estratègies d'implantació de la RAE es poden agrupar en quatre tipologies
- Les formes organitzatives d'atenció especialitzada ambulatoria resultants de la RAE es poden caracteritzar en 6 grans tipologies
- El grau de desenvolupament de la RAE està condicionat per l'existència d'elements facilitadors del canvi i de barreres per la implantació

Recursos Humans

- En els pròxims anys hi haurà una tendència a que s'accentui i es generalitzi el dèficit d'especialistes
- Finalitzar la reforma afecta a 245,86 especialistes "Equivalents a temps complet" segons l'estudi realitzat (any 2004). Segons dades de l'ICS (2006) finalitzar la integració afecta a 714 especialistes de "contingent" + 200 "jerarquitzats" no integrats orgànicament [Equival a 838.500 hores d'especialista]

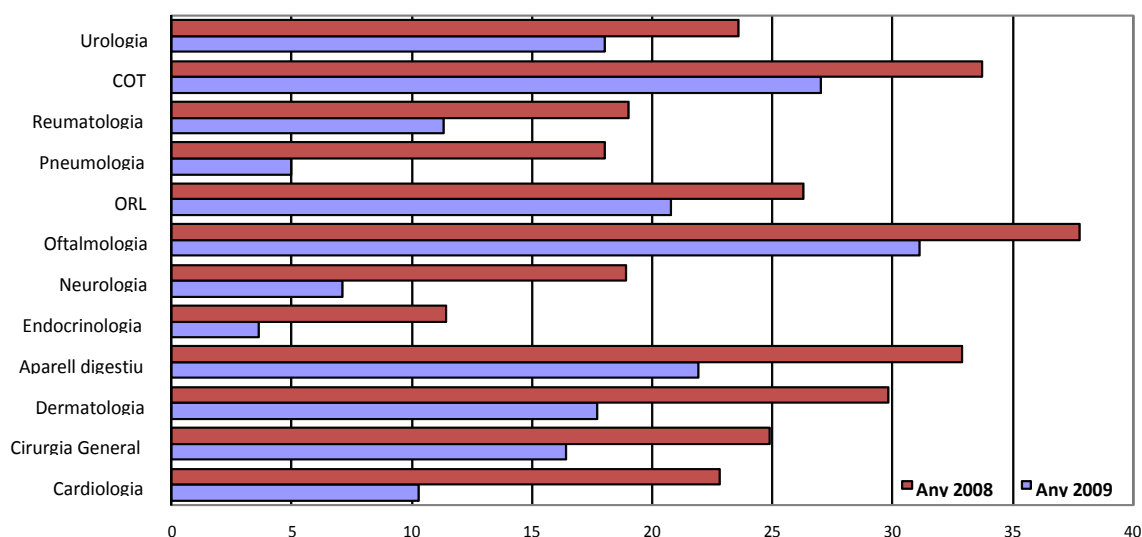
5.2. Anàlisi de la situació de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya

5.2.1. La integració de les especialitats

La integració dels serveis d'atenció especialitzada ambulatoria i dels especialistes de cada territori al seu hospital de referència prevista per la RAE, encara no s'ha acabat. Segons les últimes dades disponibles, els anys 2008 i 2009 els percentatges més alts de població resident en territoris amb la integració de l'especialitat pendent, es troben en les especialitats d'oftalmologia, cirurgia ortopèdica i traumatologia, aparell digestiu i otorinolaringologia, amb més d'una cinquena part de la població amb serveis no integrats. El fet que la regió sanitària de Barcelona acumuli una part important d'aquests territoris i sigui la més poblada repercuteix en què els percentatges del conjunt encara siguin elevats, tot i que una proporció elevada de territoris han finalitzat la RAE per a totes o gairebé totes les especialitats.

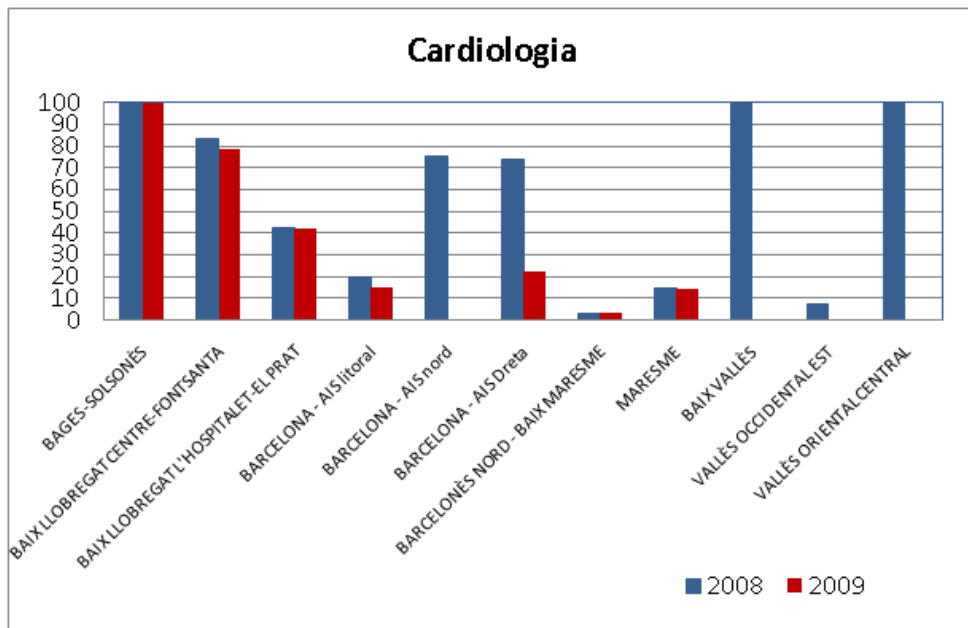
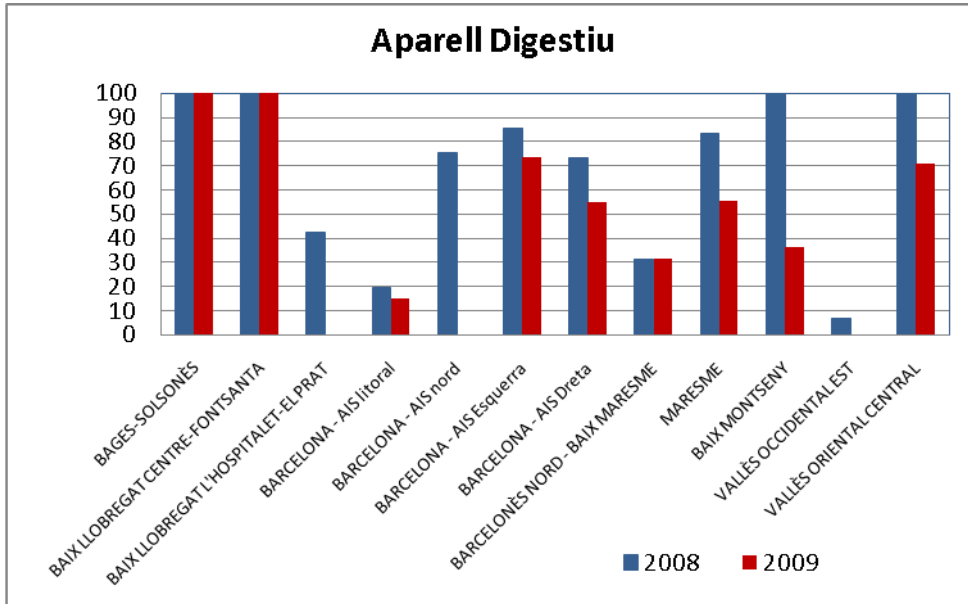
En les **figures 1** (dades totals de Catalunya) i **2** (dades per especialitats desglossades per GTS, considerant els GTS amb la integració no finalitzada l'any 2008), es poden observar aquests resultats del percentatge de població amb serveis d'atenció especialitzada ambulatoria no integrats, segons les diferents especialitats. També s'observa que l'any 2009 va millorar respecte a l'any anterior en les dotze especialitats considerades.

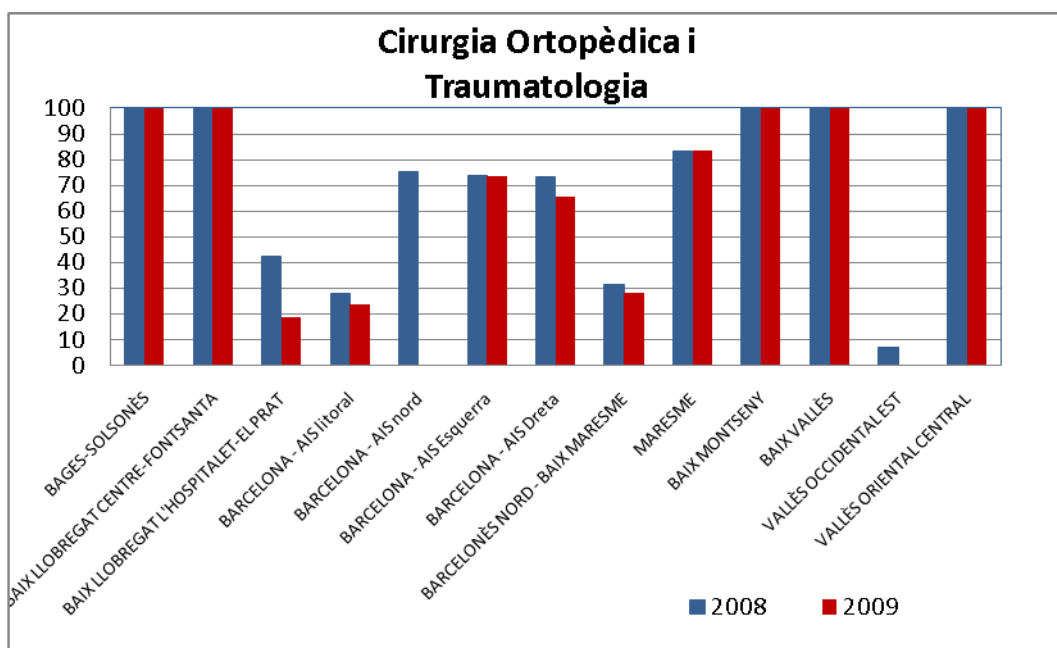
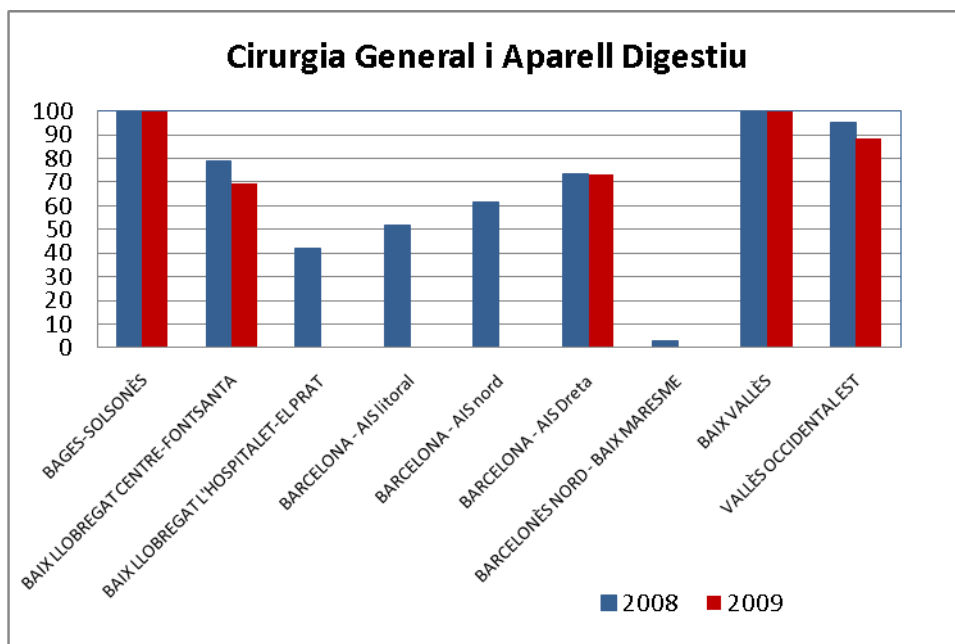
Figura 1. Percentatge de població amb serveis d'atenció especialitzada ambulatoria no integrats. Catalunya 2008–2009

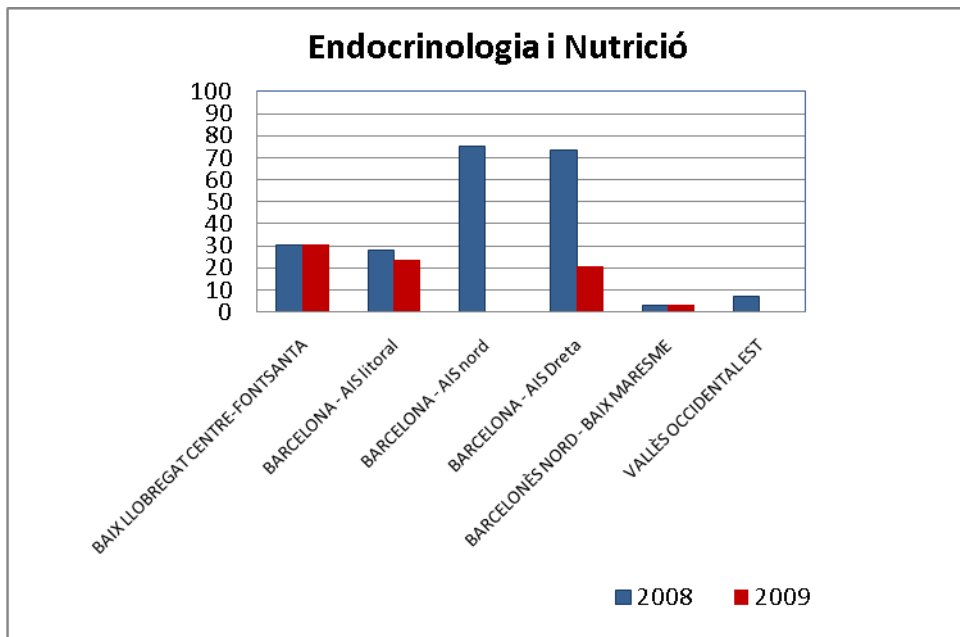
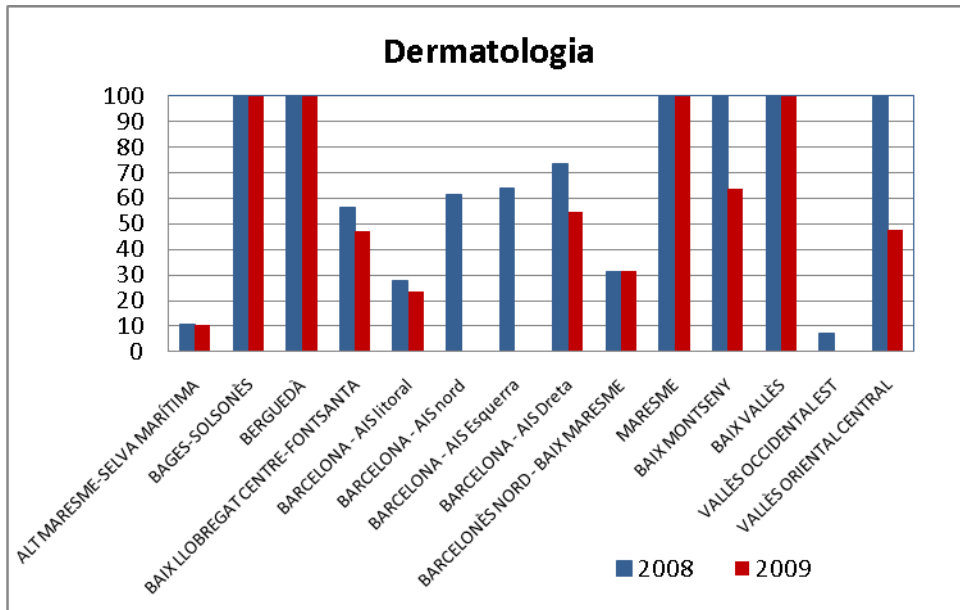


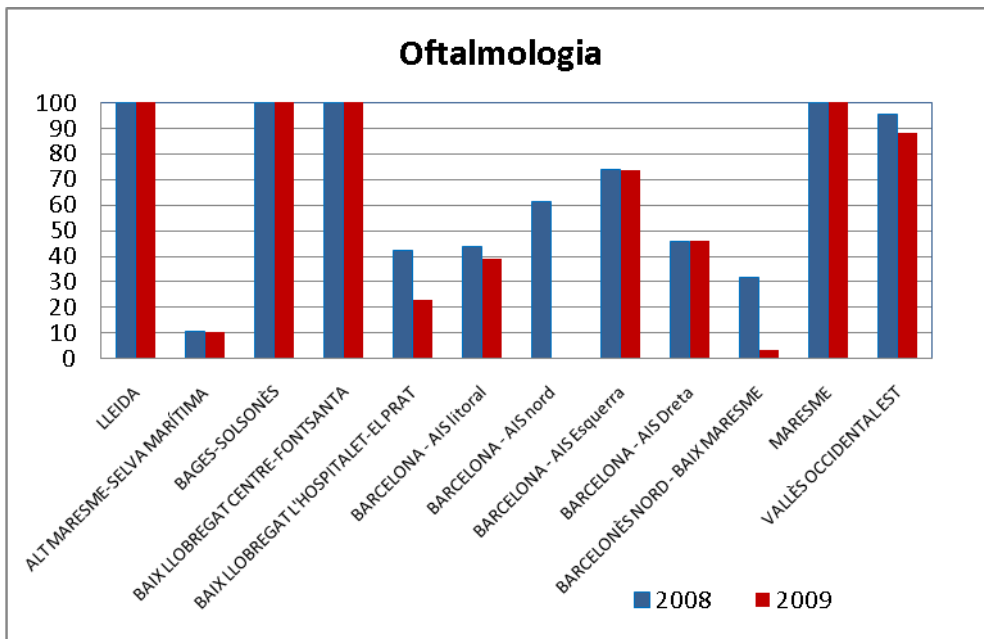
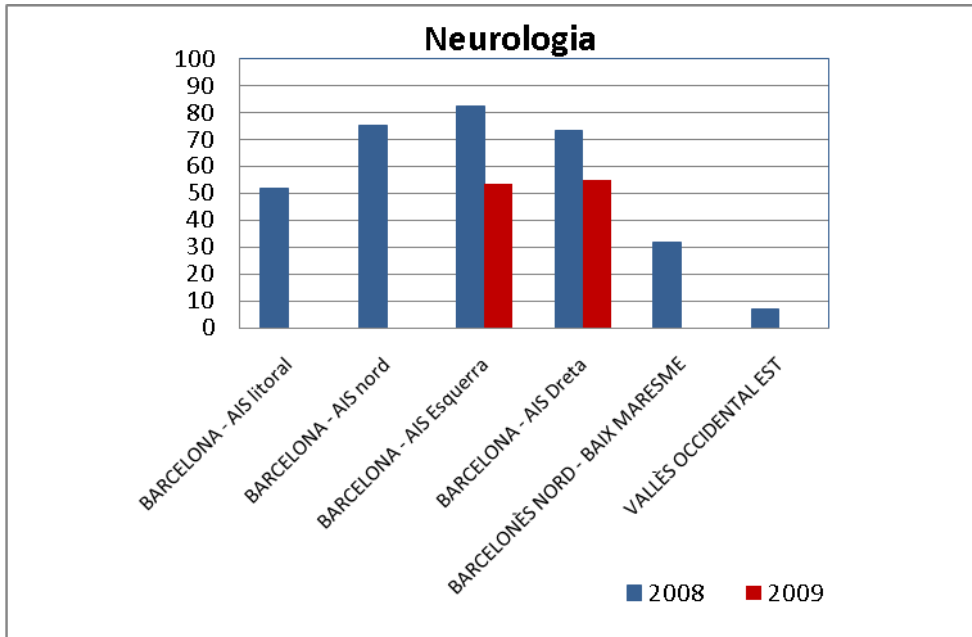
Font: Regions sanitàries del CatSalut.

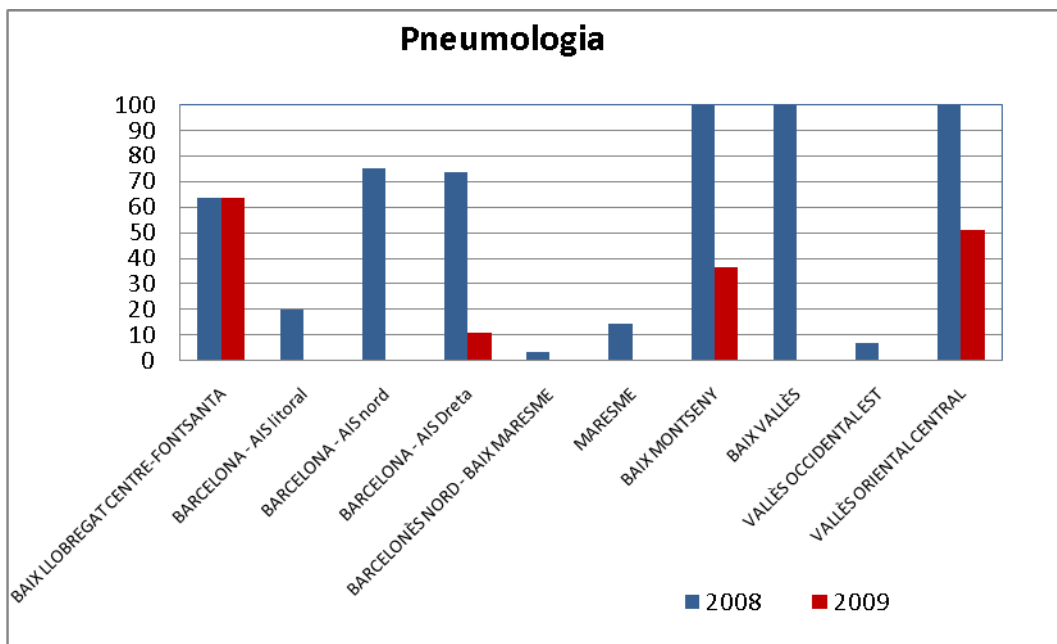
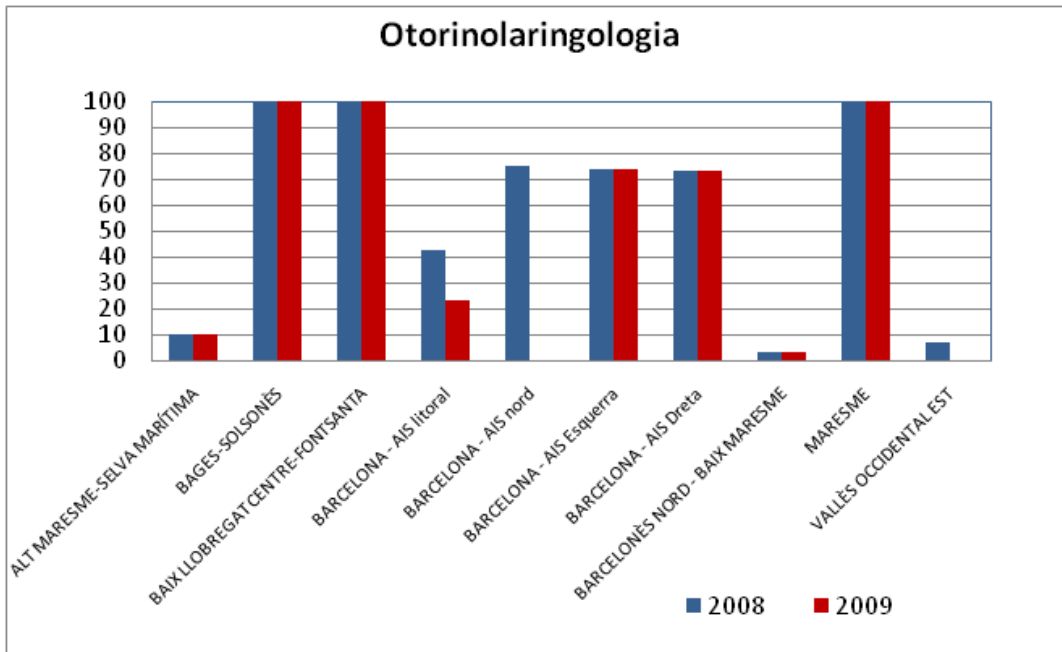
Figura 2. Percentatge de població amb serveis d'atenció especialitzada ambulatoria no integrats dels GTS amb la integració no finalitzada l'any 2008, segons especialitats. Comparació anys 2008 i 2009

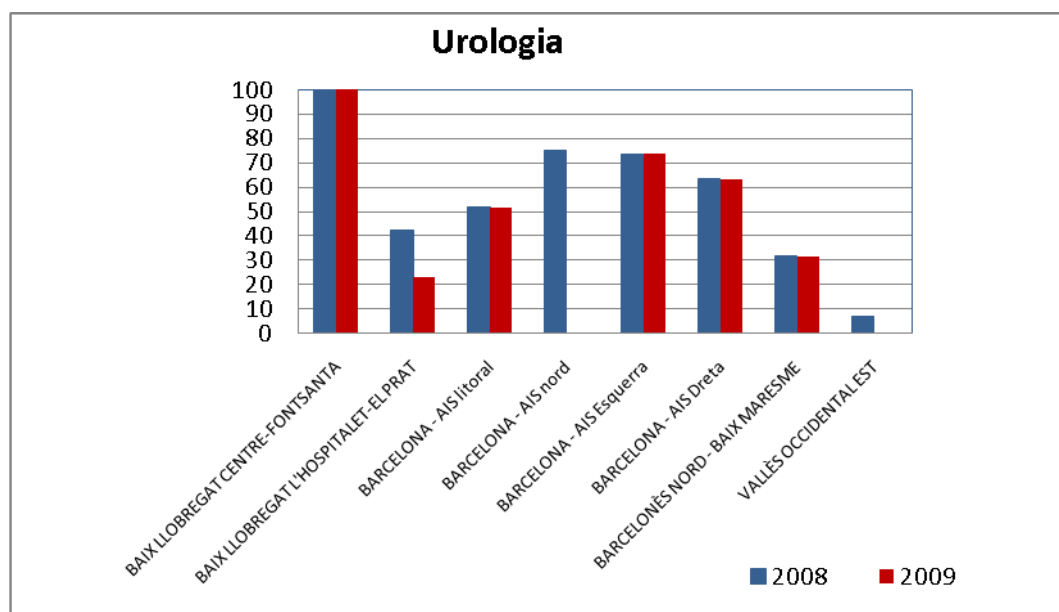
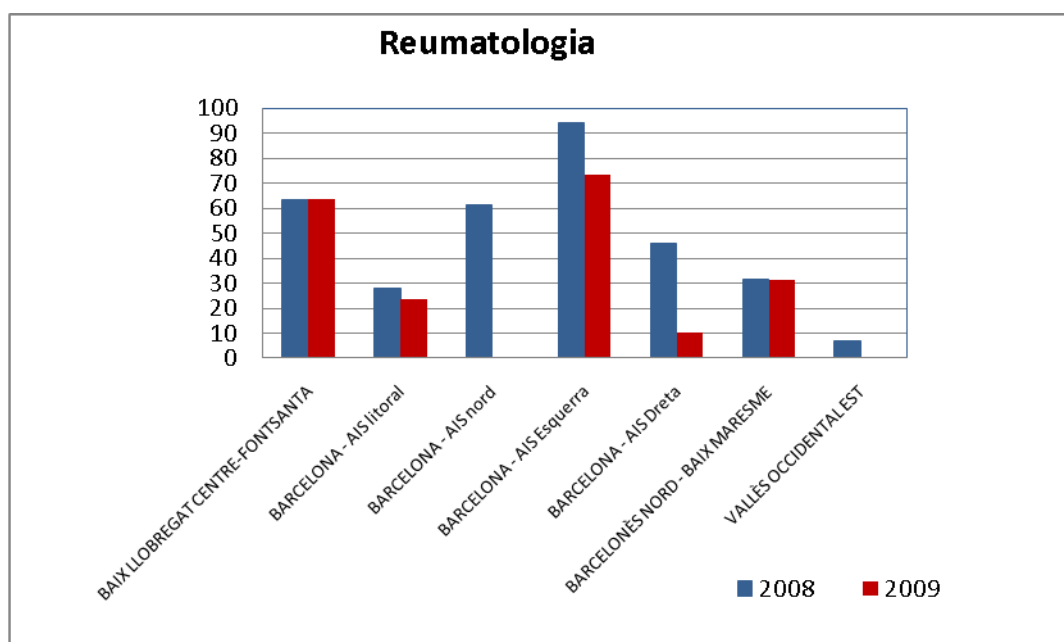












Font: Regions sanitàries del CatSalut.

5.2.2. La utilització dels serveis d'atenció especialitzada ambulatoria

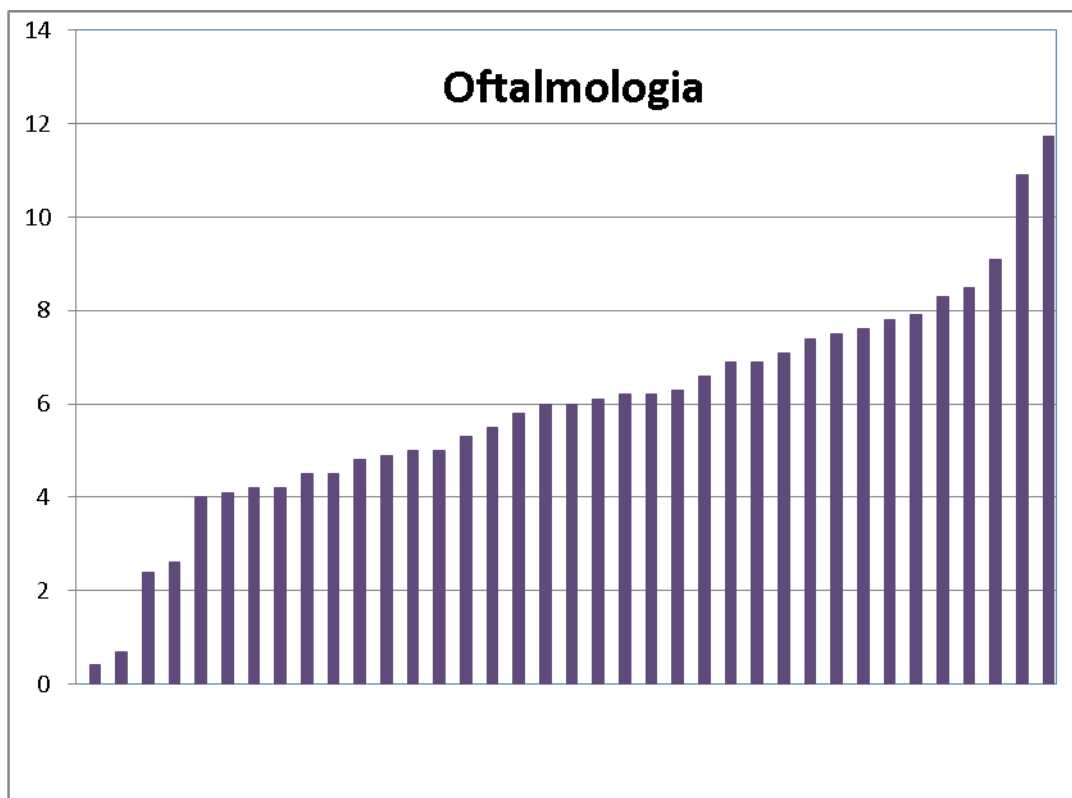
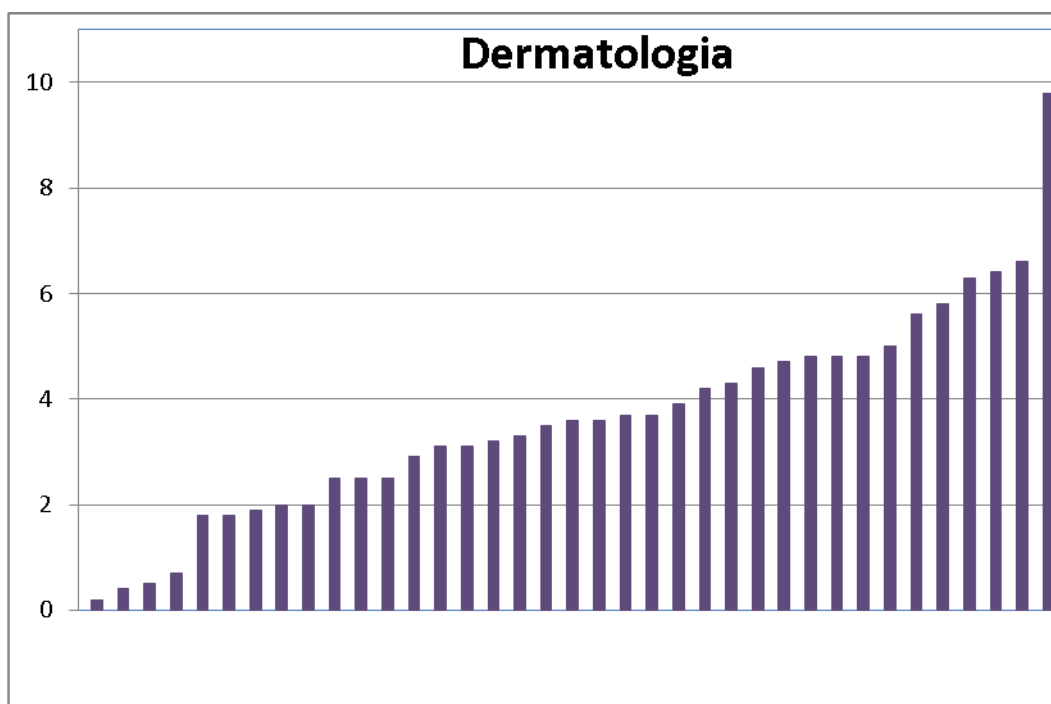
En el marc de la demanda de visites d'atenció especialitzada ambulatoria, en les dades de facturació de l'any 2009 s'observen diferències segons la regió sanitària. La **taula 2**, amb les taxes de primeres visites d'especialistes per 100 habitants i per regió sanitària,¹⁰ diferenciant segons el lloc on es duu a terme la visita, mostra aquestes dades. La **figura 3**, amb la freqüentació de primeres visites per 100 habitants de tres de les especialitats més demandades: dermatologia, oftalmologia i cirurgia ortopèdica i traumatologia, permet observar que entre els diferents GTS es produeixen diferències encara més importants.

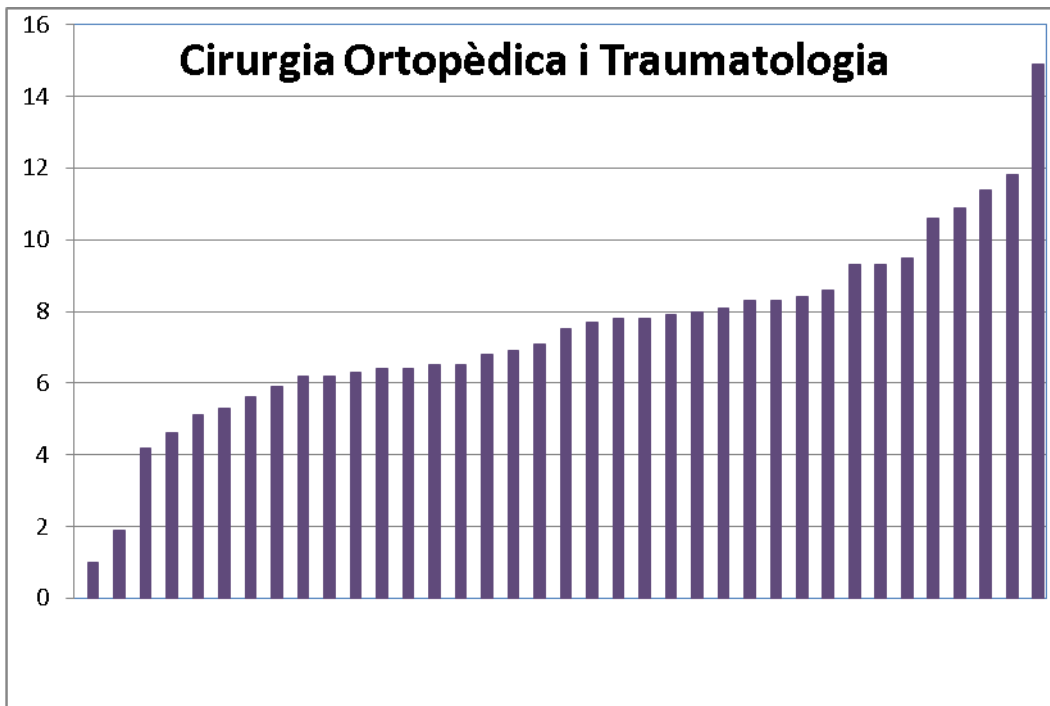
Taula 2. Primeres visites d'especialistes per 100 habitants i per regió sanitària segons el lloc de provisió de la visita, any 2009

Regió Sanitària	Primeres visites d'especialista en CE hospitalària x 100 habitants	Primeres visites d'especialista en CAP II x 100 habitants
Lleida	47,2	9,4
Camp de Tarragona	49,8	5,5
Terres de l'Ebre	60,2	5,1
Girona	41,8	0,9
Catalunya Central	39,4	7,1
Alt Pirineu i Aran	46,7	-
Barcelona	43,9	18,4
Barcelona – Àmbit Sud	47,8	17,6
Barcelona – Barcelona ciutat	45,0	13,8
Barcelona – Àmbit Nord	42,7	18,0
CATALUNYA	45,0	13,8

Font: Facturació 2009. CatSalut

Figura 3. Variabilitat en les primeres visites d'especialista en consulta ambulatoria per 100 habitants i govern territorial de salut. Especialitats: dermatologia, oftalmologia i cirurgia ortopèdica i traumatologia. Catalunya 2009

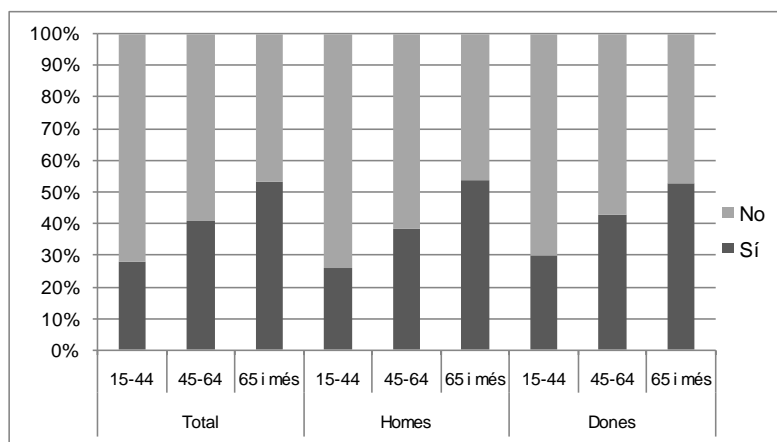




En l'enquesta de salut de Catalunya 2006 (ESCA 2006), es preguntava a les persones enquestades sobre les visites als diferents professionals que havien fet els darrers dotze mesos. El 36,4% de la població, 34,1% dels homes i 38,6% de les dones, havien estat visitats per un professional d'alguna especialitat mèdica. L'edat, la disponibilitat de doble cobertura i la classe social són algunes de les principals variables explicatives de les diferències observades en els resultats.

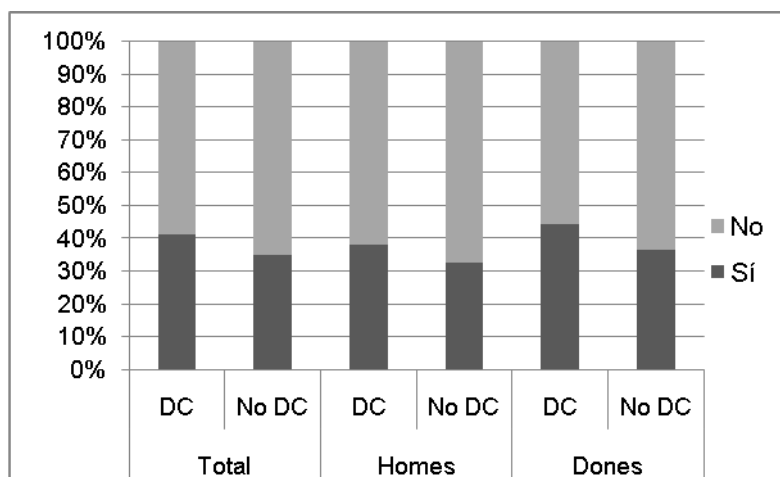
Com més elevada és l'edat, el percentatge de població que ha estat visitat per algun especialista és també més alt, amb freqüències superiors en les dones en edats adultes (15-44 i 45-64 anys) i similars en el grup 65 anys i més (figura 4). La població que disposa de doble cobertura sanitària fa un ús significativament més elevat dels serveis sanitaris especialitzats en comparació dels qui no en tenen (41,0% i 34,7%, respectivament), amb diferències més acusades en les dones que en els homes (figura 5). En relació amb la classe social, el grup I, la classe més benestant, usa més l'atenció especialitzada ambulatoria, amb diferències estadísticament significatives respecte als grups III, IVa i IVb, i amb diferències no significatives amb els grups II i V (figura 6 i taula 3).

Figura 4. Utilització de serveis d'atenció especialitzada ambulatoria per sexe i grup d'edat. Catalunya 2006



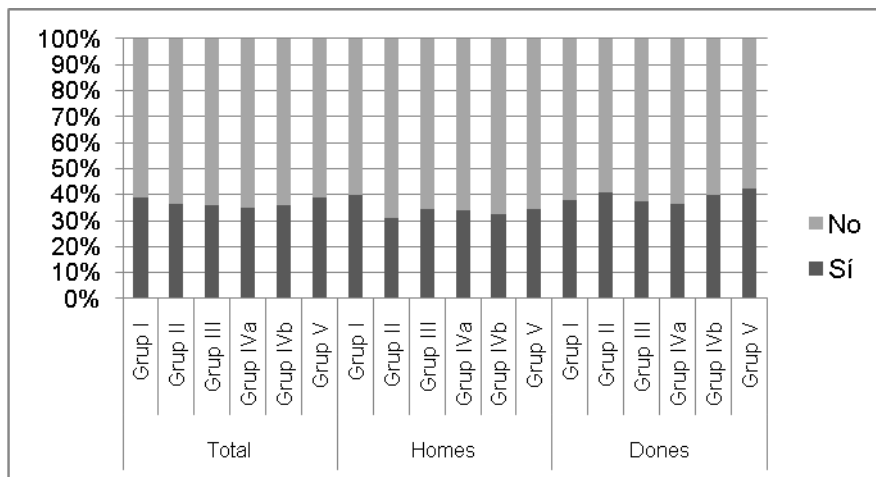
Font: Departament de Salut. Enquesta de salut de Catalunya 2006

Figura 5. Utilització de serveis d'atenció especialitzada ambulatoria per sexe i doble cobertura sanitària. Catalunya 2006



Font: Departament de Salut. Enquesta de salut de Catalunya 2006

Figura 6. Utilització de serveis d'atenció especialitzada ambulatoria per sexe i classe social. Catalunya 2006



Font: Departament de Salut. Enquesta de salut de Catalunya 2006

Taula 3. Utilització de serveis d'atenció especialitzada ambulatoria per classe social i doble cobertura sanitària segons sexe i grup d'edat (percentatge). Catalunya 2006

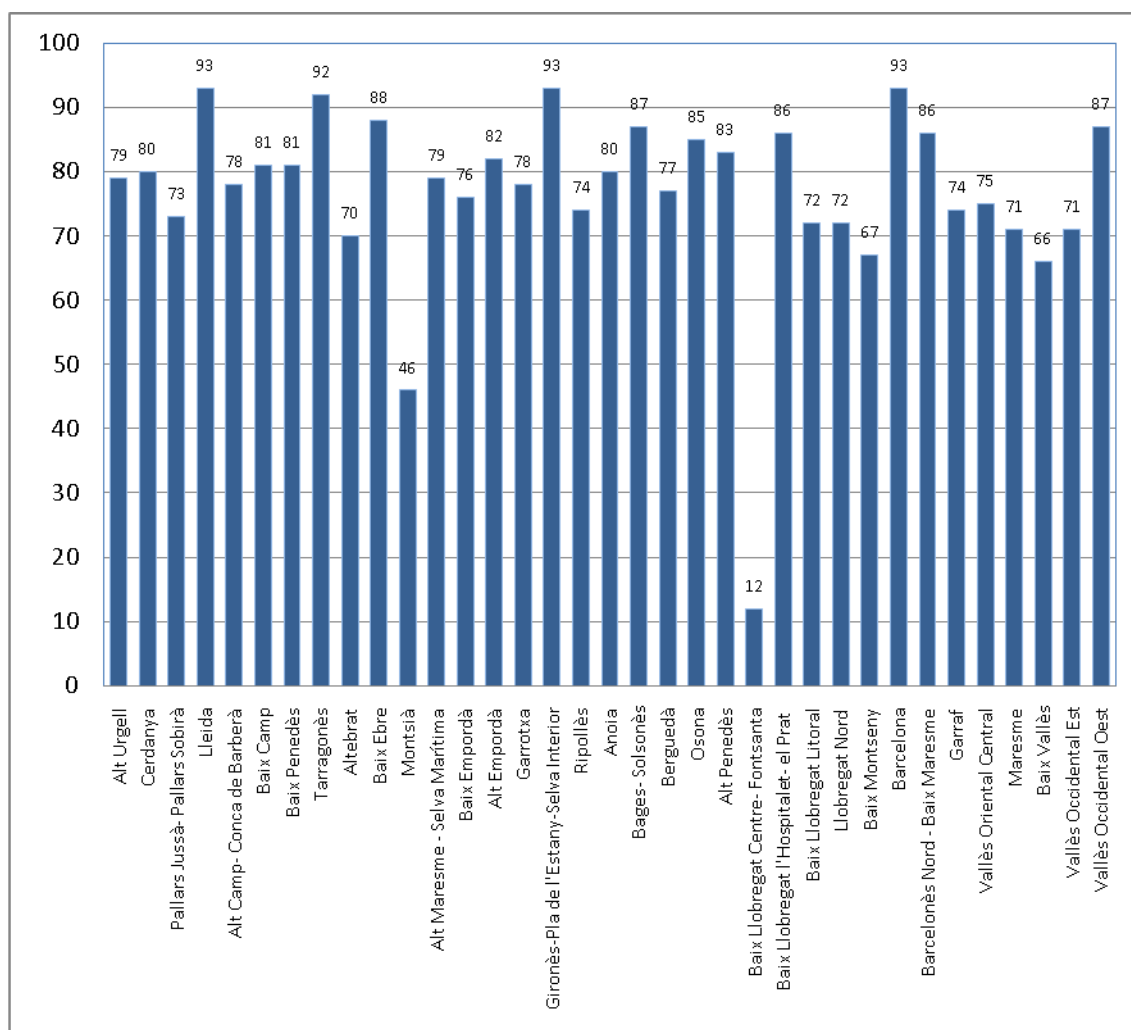
	Homes			Dones			Total		
	15-44	45-64	65 i més	15-44	45-64	65 i més	15-44	45-64	65 i més
Grup I	34,3	42,4	66,2	35,8	37,7	52,0	35,0	40,2	59,1
Grup II	23,1	35,4	53,3	34,2	49,3	51,2	29,3	42,0	52,1
Grup III	25,6	39,0	61,0	29,4	43,7	54,3	27,6	41,6	57,1
Grup IVa	24,6	39,9	51,0	26,3	40,9	48,4	25,2	40,4	49,5
Grup IVb	26,3	33,5	47,5	30,7	45,5	53,6	28,2	39,5	50,6
Grup V	26,4	41,0	50,6	28,6	41,8	55,3	27,5	41,5	54,1
Total	26,2	38,6	53,8	30,2	43,0	52,5	28,1	40,9	53,0
	Homes			Dones			Total		
	15-44	45-64	65 i més	15-44	45-64	65 i més	15-44	45-64	65 i més
DC	32,9	41,5	56,3	37,8	40,9	58,8	35,2	45,2	57,7
No DC	23,4	37,4	53,2	27,1	49,7	51,1	25,2	39,3	52,0
Total	26,2	38,6	53,8	30,2	43,0	52,5	28,1	40,9	53,0

Font: Departament de Salut. Enquesta de salut de Catalunya 2006

Pel que fa als fluxos de pacients entre els diferents territoris de Catalunya, si es considera com a referència territorial el GTS s'observa que, en general, la majoria de pacients residents en un territori (més d'un 75%) són atesos per especialistes en un dispositiu assistencial del seu mateix territori. En la figura 7 es poden observar aquests percentatges

de primeres visites d'atenció especialitzada ambulatoria desglossades per GTS (primeres visites que han dut a terme els residents d'un GTS en centres del mateix GTS), segons dades de facturació del CatSalut de l'any 2009. El valor més baix d'aquestes dades correspon als residents al GTS Baix Llobregat Centre Font Santa, que són atesos principalment als GTS Baix Llobregat Hospitalet El Prat (45%) i Barcelona (38%), fet que s'explica perquè l'any 2009 encara no havia entrat en funcionament el nou Hospital Moisès Broggi de Sant Joan Despí.

Figura 7. Percentatge de primeres visites dels residents d'un GTS que s'han dut a terme en un dispositiu d'atenció especialitzada ambulatoria del mateix territori. Any 2009



Font: facturació 2009. CatSalut (no es disposa de dades dels GTS Val d'Aran i Alta Ribagorça)

5.2.3. Els recursos implicats en l'atenció especialitzada ambulatoria

5.2.3.1. Professionals

Les taules 4 i 5 i la figura 8 resumeixen els resultats obtinguts pel que fa als recursos humans implicats en l'atenció especialitzada, procedents de l'estudi quantitatiu de l'anàlisi de situació que es va dur a terme a l'inici del projecte. Es mostra un resum del nombre de professionals i de visites d'atenció especialitzada ambulatoria de l'any 2004 a Catalunya per especialitats i, en el cas del nombre de professionals, també per regió sanitària¹¹ i per unitat proveïdora (UP).

Taula 4. Nombre de professionals i nombre de visites d'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya per especialitats

ESPECIALITATS	METGES FTE.	METGES X 1000 HAB.	VISITES TOT. X 1000 HAB.	PRIMERES VISITES X 1000	TAXA REITERACIÓ	VISITES TOT. X	MINUTS X VISITA
AL·LERGOLOGIA	25,7	0,36	11,4	3,0	2,44	3.152	31,3
ANESTESIOLOGIA I REANIMACIÓ	44,1	0,62	36,6	29,6	0,23	5.898	16,7
ANGIOLOGIA I CIRURGIA CARDIOVASCULAR	17,9	0,25	17,3	5,3	2,23	6.867	14,4
APARELL DIGESTIU	66,6	0,94	61,6	16,5	2,55	6.565	15,0
CARDIOLOGIA	73,4	1,03	73,6	19,6	2,33	7.118	13,9
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	5,1	0,07	4,9	1,6	2,05	6.889	14,3
CIRURGIA GENERAL I APARELL DIGESTIU	86,5	1,22	85,4	33,1	1,52	7.011	14,1
CIRURGIA ORAL I MAXIL·LOFACIAL	9,3	0,13	6,6	3,0	1,16	5.072	19,5
CIRURGIA ORTOPÈDICA I TRAUMATOLOGIA	172,5	2,43	208,9	68,5	1,94	8.598	11,5
CIRURGIA PEDIÀTRICA	5,2	0,07	5,9	2,4	1,39	7.964	12,4
CIRURGIA PLÀSTICA, ESTÈTICA I REPARADORA	7,0	0,10	8,3	2,4	2,42	8.427	11,7
CIRURGIA TORÀCICA	2,1	0,03	1,4	0,4	2,69	4.803	20,5
DERMATOLOGIA MEDICOQUIRÚRGICA I VENEREOLÒGICA	76,7	1,08	94,5	44,6	1,00	8.746	11,3
ENDOCRINOLOGIA I NUTRICIÓ	69,4	0,98	58,9	11,9	3,74	6.031	16,4
GERIATRIA	5,3	0,07	2,0	0,5	2,55	2.633	37,5
HEMATOLOGIA I HEMOTERÀPIA	36,2	0,51	61,9	4,3	10,91	12.137	8,1
IMMUNOLOGIA	1,6	0,02	0,7	0,1	5,01	2.985	33,1
MEDICINA FÍSICA I REHABILITACIÓ	32,5	0,46	26,6	9,8	1,59	5.814	17,0
MEDICINA INTERNA	62,4	0,88	43,2	7,9	4,47	4.924	20,0
MEDICINA NUCLEAR	0,3	0,00	0,2	0,1	2,01	4.462	22,1
NEFROLOGIA	21,8	0,31	13,7	1,8	5,54	4.472	22,1
NEUROCIRURGIA	6,4	0,09	4,8	1,3	2,59	5.340	18,5
NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA	3,2	0,05	1,6	0,3	2,93	3.495	28,2
NEUROLOGIA	68,6	0,97	44,2	13,7	2,15	4.580	21,6
OBSTETRÍCIA I GINECOLOGIA	128,8	1,81	112,4	33,4	2,02	6.193	15,9
OFTALMOLOGIA	138,8	1,95	161,9	58,2	1,63	8.285	11,9
ONCOLOGIA	65,6	0,92	53,6	5,0	8,01	5.801	17,0
OTORRINOLARINGOLÒGIA	89,3	1,26	99,7	39,5	1,42	7.931	12,4
PNEUMOLOGIA	51,8	0,73	40,8	9,8	2,86	5.585	17,7
PSICOLOGIA CLÍNICA	10,8	0,15	4,1	0,7	5,10	2.691	36,7
PSIQUIATRIA	71,3	1,00	31,8	3,6	7,77	3.164	31,2
REUMATOLOGIA	50,5	0,71	36,6	10,4	2,45	5.147	19,2
UROLOGIA	56,1	0,79	72,2	21,4	2,29	9.142	10,8
CATALUNYA	1.563		1.487,5	463,7	2,03	6.758	14,6

Font: DGPA. Estructura i utilització de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya. Any 2004

Metges FTE (Full Time Equivalent): Estimació a partir de les hores de consulta (1.645 hores/any = 1 metge FTE)

Taula 5. Nombre de professionals especialistes que duen a terme tasques d'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya per especialitats i regions sanitàries

ESPECIALITATS	METGES FTEx100.000 HABITANTS															
	ALT PIRINEU	LLEIDA	CAMP DE TARRAGONA	TERRES DE L'EBRE	GIRONA	CATALUNYA CENTRAL	BARCELONA								CATALUNYA	
							Alt Penedès	Garraf	Hosp-Baix LL.	Maresme Central	BCN Nord Baix M.	Vallès Oriental	Vallès Occid.	BCN CIUTAT		TOTAL REGIÓ
AL·LERGOLÒGIA	0,0	0,7	1,4	1,0	0,3	0,2	0,0	0,0	0,3	0,0	0,5	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4
ANESTESIOLÒGIA I REANIMACIÓ	0,5	0,7	1,2	0,7	0,7	0,6	0,8	0,0	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,7	0,6	0,6
ANGIOLÒGIA I CIRURGIA CARDIOVASCULAR	0,2	0,3	0,1	0,1	0,0	0,3	0,0	0,0	0,3	0,3	0,1	0,1	0,3	0,4	0,3	0,3
APARELL DIGESTIU	0,1	1,1	0,8	1,0	0,8	0,4	1,1	0,7	1,1	0,9	1,7	0,6	0,7	1,1	1,0	0,9
CARDIOLÒGIA	0,3	1,1	0,8	0,8	0,8	0,9	1,8	0,6	1,3	0,9	1,6	0,4	0,7	1,3	1,1	1,0
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
CIRURGIA GENERAL I APARELL DIGESTIU	2,0	1,5	1,7	1,6	1,2	0,9	1,1	1,4	1,2	0,7	1,8	1,0	0,8	1,2	1,2	1,2
CIRURGIA ORAL I MAXIL·LOFACIAL	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,7	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
CIRURGIA ORTOPÈDICA I TRAUMATOLOGIA	9,3	3,5	3,5	4,1	2,7	2,8	4,1	1,8	2,2	2,5	3,1	2,1	1,8	1,6	2,0	2,4
CIRURGIA PEDIÀTRICA	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1
CIRURGIA PLÀSTICA, ESTÈTICA I REPARADORA	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1
CIRURGIA TORÀCICA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
DERMATOLOGIA MEDICOQUIRÚRGICA I VENEREOLÒGIA	0,8	1,0	1,0	1,1	1,2	0,8	1,3	1,3	0,9	0,3	1,1	0,9	0,7	1,5	1,1	1,1
ENDOCRINOLÒGIA I NUTRICIÓ	0,1	1,0	1,0	0,8	0,3	0,6	1,2	0,5	1,0	1,3	1,6	1,0	1,2	1,1	1,1	1,0
GERIATRIA	0,3	0,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1
HEMATOLOGIA I HEMOTERÀPIA	0,5	1,4	0,5	0,8	0,2	0,9	0,6	0,2	0,7	0,4	0,1	0,0	0,3	0,6	0,4	0,5
IMMUNOLÒGIA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
MEDICINA FÍSICA I REHABILITACIÓ	0,2	0,9	0,6	0,8	0,9	0,4	0,4	0,8	0,3	0,3	0,3	0,2	0,0	0,5	0,3	0,5
MEDICINA INTERNA	1,9	1,1	1,5	1,4	0,8	0,5	1,1	0,6	0,7	0,6	0,3	0,9	0,8	0,9	0,8	0,9
MEDICINA NUCLEAR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
NEFROLOGIA	0,1	0,6	0,2	0,0	0,7	0,4	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,2	0,4	0,3	0,3	0,3
NEUROCIRURGIA	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1
NEUROFISIOLÒGIA CLÍNICA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
NEUROLOGIA	0,2	0,7	0,7	1,0	0,6	0,5	1,1	0,4	1,5	0,5	1,3	0,4	0,9	1,3	1,1	1,0
OBSTETRICIA I GINECOLOGIA	6,5	4,3	1,7	3,3	2,1	2,4	1,7	0,4	1,2	0,6	0,5	1,1	3,1	1,3	1,5	1,8
OFTALMOLOGIA	1,6	3,5	2,1	2,0	2,0	1,5	3,1	1,8	2,2	1,2	2,1	1,3	1,3	2,0	1,9	2,0
ONCOLOGIA	0,1	1,3	0,4	0,3	0,1	0,6	0,4	0,5	2,0	0,4	0,2	0,5	0,7	1,3	1,1	0,9
OTORRINOLARINGOLÒGIA	0,7	1,9	1,2	1,3	0,8	0,8	1,6	1,0	1,5	1,3	1,7	0,7	0,9	1,5	1,3	1,3
PNEUMOLOGIA	0,3	0,8	1,2	0,4	0,6	0,4	1,1	0,7	0,6	0,5	1,2	0,7	0,5	0,9	0,7	0,7
PSICOLOGIA CLÍNICA	1,6	0,0	0,1	0,0	0,1	0,4	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
PSIQUIATRIA	4,0	3,6	0,0	0,0	0,7	1,4	0,0	0,0	0,9	0,0	0,1	1,0	1,3	1,3	0,9	1,0
REUMATOLOGIA	0,5	0,9	0,5	0,4	0,5	0,4	0,8	0,1	0,8	0,3	0,8	0,5	0,5	1,1	0,8	0,7
UROLOGIA	0,6	1,4	0,9	1,4	0,9	0,5	0,8	0,7	0,8	0,4	0,7	0,6	0,6	0,8	0,7	0,8
CATALUNYA	32,3	34,1	23,7	24,6	19,9	19,0		22,6		19,0		17,9		23,7	21,4	22,0

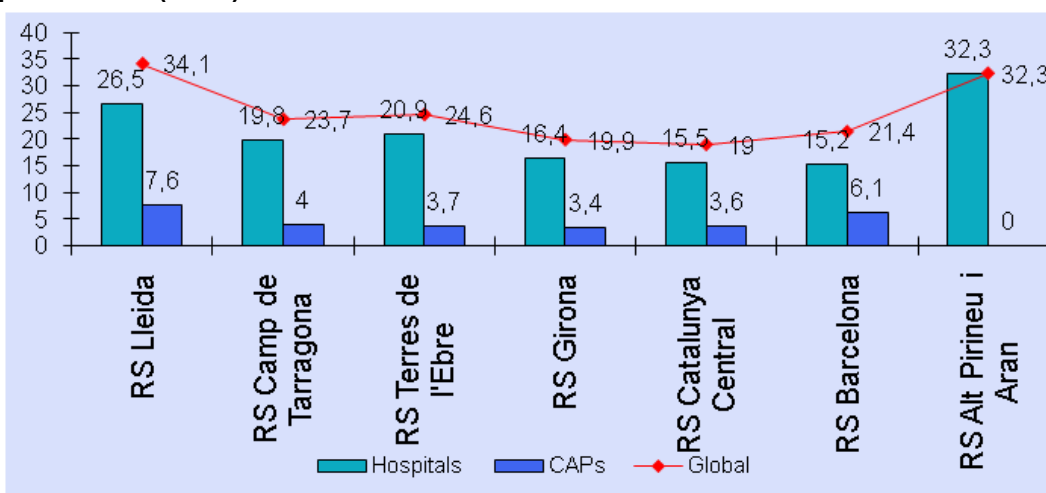
Indicadors per sota la mitjana de Catalunya + una desviació estàndard

Indicadors per sobre la mitjana de Catalunya + una desviació estàndard

Font: DGPA. Estructura i utilització de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya. Any 2004

Metges FTE (Full Time Equivalent): estimació a partir de les hores de consulta (1.645 hores/any = 1 metge FTE)

Figura 8. Metges especialistes a temps complet per 100.000 habitants, per tipus d'unitat proveïdora (2004)



Font:

Direcció General de Planificació i Avaluació. Estructura i Utilització de l'Atenció Especialitzada Ambulatoria a Catalunya. 2005.

El juny del 2008, a Catalunya, la distribució dels especialistes d'AEA variava segons l'especialitat considerada i també segons els diferents territoris. Aquesta variabilitat es pot observar en la taula 6, en què es detallen per a cada especialitat les taxes d'especialistes (plantilla de personal equivalent) de cada regió sanitària per 100.000 habitants (s'hi inclouen també les dades de la regió sanitària Barcelona, separades en els tres àmbits de referència).

Taula 6. Nombre de professionals especialistes que duen a terme tasques d'atenció especialitzada ambulatoria per 100.000 habitants per especialitats i regions sanitàries

ESPECIALITAT	LLEIDA	ALT PIRINEU I ARAN	CAMP DE TARRAGONA	TERRES DE L'EBRE	GIRONA	CATALUNYA CENTRAL	BARCELONA	TOTAL
OFTALMOLOGIA	5,17	1,14	5,28	5,15	3,41	2,45	4,83	4,56
CIRURGIA ORTOPÈDICA I TRAUMATOLOGIA	7,89	13,56	9,88	12,49	9,84	14,21	10,54	10,62
APARELL DIGESTIU	3,80	0,71	2,42	4,33	3,03	2,14	4,43	3,92
DERMATOLOGIA	1,90	0,36	2,35	2,63	1,50	1,04	2,59	2,31
OTORINOLARINGOLOGIA	4,08	1,07	3,81	3,28	3,12	1,77	3,53	3,39
CIRURGIA GENERAL I APARELL DIGESTIU	9,02	14,99	12,00	12,09	11,42	12,13	12,32	12,06
UROLOGIA	4,27	0,43	3,34	4,31	2,71	2,45	3,62	3,45
CARDIOLOGIA	4,25	2,14	3,24	3,79	3,91	2,33	4,53	4,17
NEUROLOGIA	2,57	1,43	2,43	2,89	2,65	2,22	4,08	3,56
REUMATOLOGIA	1,62	0,36	0,51	1,42	0,70	1,15	1,82	1,53
PNEUMOLOGIA	2,46	0,36	2,01	1,16	2,19	2,30	3,39	2,97
ENDOCRINOLOGIA I NUTRICIÓ	2,08	0,36	1,29	1,05	1,67	1,32	2,15	1,93

Regió Sanitària Barcelona ESPECIALITAT	Àmbit Sud	Àmbit Nord	Àmbit Barcelona ciutat
OFTALMOLOGIA	4,44	3,71	6,50
CIRURGIA ORTOPÈDICA I TRAUMATOLOGIA	8,48	10,49	12,22
APARELL DIGESTIU	3,65	2,56	7,34
DERMATOLOGIA	1,82	1,83	4,11
OTORINOLARINGOLOGIA	3,40	3,01	4,26
CIRURGIA GENERAL I APARELL DIGESTIU	10,39	10,89	15,60
UROLOGIA	2,69	2,68	5,50
CARDIOLOGIA	4,62	2,83	6,53
NEUROLOGIA	4,26	2,54	6,04
REUMATOLOGIA	1,49	1,30	2,72
PNEUMOLOGIA	2,69	2,53	5,11
ENDOCRINOLOGIA I NUTRICIÓ	1,75	1,75	2,95

Font: CatSalut - Professionals: Plantilla de personal equivalent - PPE – a jornada completa a 30-6-2008; Població: RCA 2009

D'altra banda, per tal d'impulsar l'estratègia d'integració dels especialistes pendents d'integrar en els hospitals de la XHUP, es va dur a terme un estudi nominal que analitzava la situació de la integració d'especialistes a Catalunya l'any 2009. Aquest treball té la finalitat de disposar de dades de la situació recent i també preveure l'evolució de la integració dels especialistes en hospitals de la XHUP. S'ha elaborat basant-se en les dades de les regions sanitàries del CatSalut, i inclou per a cada GTS i per a les especialitats que en un percentatge més alt fan activitat descentralitzada, el nombre de professionals especialistes de l'ICS no integrats, separant els que s'han d'integrar previsiblement en hospitals de l'ICS dels que s'han d'integrar previsiblement en hospitals d'altres proveïdors. També comptabilitza el nombre de professionals que s'han integrat funcionalment en hospitals d'altres proveïdors de la XHUP i, finalment, inclou una previsió de jubilacions de professionals pendents d'integrar en hospitals d'altres proveïdors diferents de l'ICS previstes per als anys 2010 i 2011. La taula 7 resumeix aquests resultats per GTS.

Taula 7. Nombre d'especialistes pendents d'integració o amb integració funcional per govern territorial de salut

Govern Territorial de Salut	Professionals ICS no integrats					Professionals ICS integrats funcionalment en hospitals no ICS		Previsió de jubilacions en professionals pendents d'integrar en hospitals no ICS	
	Per a integració en hospitals ICS		Per a integració en hospitals no ICS			En propietat	Interins	Jubilacions 2010	Jubilacions 2011
	En propietat	Interins	En propietat	Interins	Baixes 2009 no cobertes				
Lleida	20								
Bages- Solsonès			11	9		2	2	2	2
Berguedà			1						
Baix Llobregat Centre - Font Santa			16	21				2	
Baix Llobregat L'Hospitalet - El Prat	2	4		1		8			
Baix Llobregat Litoral									
Baix Llobregat Nord						2			
Alt Penedès						5			
Garraf						9			
Barcelonès Nord Baix - Maresme	8		4	5		15		3	
Maresme			17	1	5		1	1	2
Vallès Oriental Central / Baix Montseny			7	3		8			1
Baix Vallès			2	2	1			1	1
Vallès Occidental Est			17	4	1	23		2	1
Vallès Occidental Oest						22			
AIS Barcelona Dreta			48	24					
AIS Barcelona Esquerra			38	15		11			
AIS Barcelona Litoral			13	6				1	
AIS Barcelona Nord									
TOTAL CATALUNYA	30	4	174	91	7	105	3	12	7

Font. Regions Sanitàries del CatSalut. Any 2009

5.2.3.2. Lloc de provisió

Segons dades dels estudis a l'inici del projecte¹¹ a Catalunya les visites d'AE descentralitzades (realitzades en els CAP) l'any 2004 representaven el 32% de l'activitat total. En set especialitats (el 50% del total de l'AE), el percentatge de visites descentralitzades (CAP I i II) arribava al 44%. Aquestes especialitats eren: cardiologia; dermatologia; aparell digestiu; otorinolaringologia; oftalmologia; cirurgia ortopèdica i traumatologia, i obstetrícia i ginecologia. La taula 8 mostra la distribució de visites segons el lloc on es van dur a terme, un centre d'atenció primària (CAP I o CAP II) o a les consultes externes (CE) d'un hospital.

Taula 8.- Distribució de visites segons el lloc on es duen a terme (CAP o CE d'hospital)

NOM ESPECIALITAT	Total Visites	Visites totals Hospital	Visites totals CAP	% Visites totals CAP vs Total Visites
Cardiologia	522.429	246.816	275.613	52,76%
Dermatologia	670.959	323.428	347.531	51,80%
Aparell digestiu	437.487	228.744	208.743	47,71%
Otorinolaringologia	707.974	383.281	324.693	45,86%
Oftalmologia	1.149.673	644.775	504.898	43,92%
Cirurgia ortopèdica i traumatologia	1.483.123	900.379	582.744	39,29%
Obstetrícia i ginecologia	797.880	493.124	304.756	38,20%
Urologia	512.656	324.187	188.469	36,76%
Endocrinologia i nutrició	418.390	266.981	151.409	36,19%
Pneumologia	289.514	195.126	94.388	32,60%
Reumatologia	260.095	176.798	83.297	32,03%
Cirurgia general i aparell digestiu	606.385	433.191	173.194	28,56%
Medicina física i rehabilitació	188.997	136.488	52.509	27,78%
Neurologia	313.962	237.039	76.923	24,50%
Al·lèrgologia	80.879	72.851	8.028	9,93%
Psicologia clínica	28.934	27.284	1.650	5,70%
Cirurgia cardiovascular	35.037	33.117	1.920	5,48%
Psiquiatria	225.615	215.432	10.183	4,51%
Cirurgia oral i maxil·lofacial	47.064	46.299	765	1,63%
Cirurgia pediàtrica	41.616	41.192	424	1,02%
Nefrologia	97.549	96.731	818	0,84%
Angiologia i cirurgia cardiovascular	122.711	121.703	1.008	0,82%
Anestesiologia i reanimació	260.038	258.566	1.472	0,57%
Medicina interna	307.059	306.993	66	0,02%
Cirurgia plàstica, estètica i reparadora	59.051	59.051	-	0,00%
Cirurgia toràcica	10.186	10.186	-	0,00%
Geriatría	13.931	13.931	-	0,00%
Hematologia i hemoteràpia	439.386	439.386	-	0,00%
Immunologia	4.863	4.863	-	0,00%
Medicina nuclear	1.544	1.544	-	0,00%
Neurocirurgia	34.052	34.052	-	0,00%
Neurofisiologia clínica	11.322	11.322	-	0,00%
Oncologia	380.749	380.749	-	0,00%
Total	10.561.110	7.165.609	3.395.501	32,15%
Subtotal 7 primeres	5.769.525	3.220.547	2.548.978	44,18%

Font: Direcció General de Planificació i Avaluació. Estructura i Utilització de l'Atenció Especialitzada Ambulatoria a Catalunya. 2005.

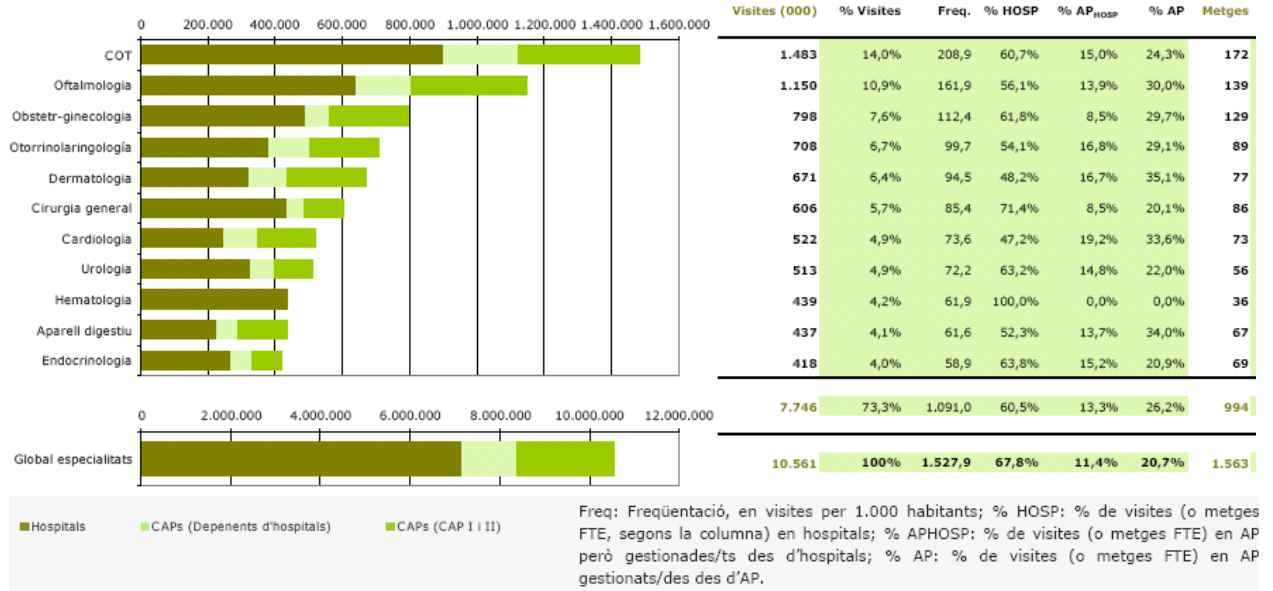
Nota: Les dades de Medicina Física i Rehabilitació de l'estudi "Estructura i Utilització de l'AEA a Catalunya" no inclouen els serveis contractats pel CatSalut, fet que pot desvirtuar l'anàlisi de la situació d'aquesta especialitat.

També cal assenyalar que l'any 2004 onze especialitats concentraven el 73% de les visites d'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya, i només una d'aquestes es realitzava completament en els hospitals (vegeu la figura 9).

Amb dades del mateix any, s'observa que deu especialitats oferien visites a més de trenta CAP (I i II) de Catalunya: cardiologia; cirurgia ortopèdica i traumatologia; dermatologia;

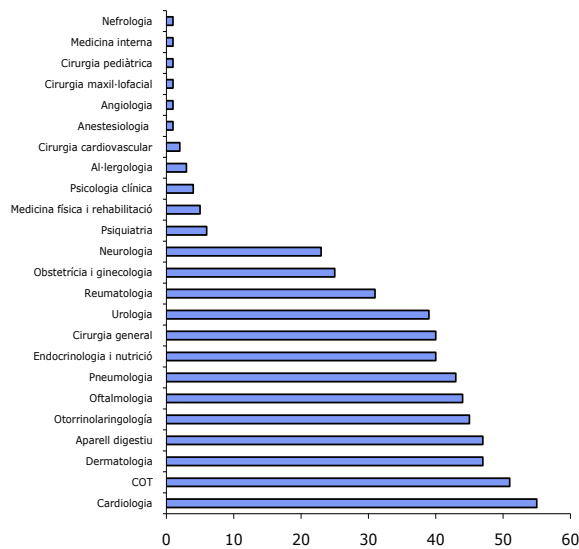
aparell digestiu; otorinolaringologia; oftalmologia; pneumologia; endocrinologia i nutrició; cirurgia general i de l'aparell digestiu, i urologia i reumatologia (vegeu la figura 10).

Figura 9. Especialitats amb més visites



Font: Direcció General de Planificació i Avaluació. Estructura i Utilització de l'Atenció Especialitzada Ambulatoria a Catalunya. 2005. Nota: Les dades de Medicina Física i Rehabilitació de l'estudi "Estructura i Utilització de l'AEA a Catalunya" no inclouen els serveis contractats pel CatSalut, fet que pot desvirtuar l'anàlisi de la situació d'aquesta especialitat.

Figura 10.- Nombre de CAP que manifesten proveir cadascuna de les especialitats



Font: Direcció General de Planificació i Avaluació. Estructura i Utilització de l'Atenció Especialitzada Ambulatoria a Catalunya. 2005. Nota: Les dades de Medicina Física i Rehabilitació de l'estudi "Estructura i Utilització de l'AEA a Catalunya" no inclouen els serveis contractats pel CatSalut, fet que pot desvirtuar l'anàlisi de la situació d'aquesta especialitat.

Segons les dades de les regions sanitàries del CatSalut del juliol del 2010, en 157 CAP, un 37,6% del total de Catalunya, hi havia atenció especialitzada ambulatoria de com a mínim una especialitat.

5.2.3.3. Despesa

Al volum II dels *Estudis de la salut*¹² editats per la Direcció General de Planificació i Avaluació, s'hi ha inclòs un estudi sobre la despesa sanitària segons morbiditat als Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE),¹³ que analitza les dades assistencials i el cost d'aquests serveis durant l'any 2005 per als residents a la comarca Baix Empordà del seu àmbit d'influència (uns 90.000 habitants, 4 àrees bàsiques de salut, ABS, i un hospital de la XHUP).

L'any 2005, el cost mitjà d'un pacient resident en els territoris de les ABS gestionades per SSIBE, va ser de 559,68 €, i la relació entre la utilització de serveis i el cost sanitari total és la que s'indica en la taula 9. L'atenció especialitzada representava el 4% del cost i les proves diagnòstiques, el 6%, una part de les quals estarien relacionades amb l'atenció especialitzada ambulatoria.

Taula 9. Components de la utilització de recursos i del cost sanitari total l'any 2005 per a la població resident en les ABS gestionades per SSIBE

	% utilització de recursos (activitat)	% cost sanitari total
Atenció primària	60	17
Atenció especialitzada	9	4
Urgències	3	5
Hospitalització	2	7
Proves diagnòstiques	18	6
Rehabilitació	6	1
Intervencions quirúrgiques	0,3	5
Cirurgia menor	0	0
Hospital de dia	1	1
Diàlisi	1	1
Manteniment de l'estructura necessària per a la prestació de les activitats	0	14
Altres (medicina hiperbàrica, podologia, etc)	0	-
Consum farmacèutic	-	37
Pròtesi i hemoderivats	-	2

5.2.4. La relació entre l'atenció especialitzada i l'atenció primària

La necessitat d'avançar en la relació entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada és un punt que actualment els professionals consideren molt important a l'hora d'augmentar la resolució i millorar la continuïtat assistencial.

Els treballs efectuats per la DGPA per analitzar l'organització de l'atenció especialitzada ambulatoria en el territori inclouen una anàlisi de la relació entre l'AE i l'AP. Tenint en compte la visió de l'atenció especialitzada ambulatoria, segons es desprèn dels resultats obtinguts mitjançant entrevistes amb especialistes d'atenció especialitzada, hi ha dificultat en la comunicació amb l'AP. D'altra banda, el mitjà de comunicació més utilitzat entre AP i AE és el telèfon. També es detecta la necessitat de consensuar protocols de derivació i seguiment dels processos (incloent-hi les proves complementàries) i analitzar si cal dur a terme consultories per als casos dubtosos. A més, es considera bàsica l'existència de la possibilitat de compartir informació clínica entre l'AP i l'AE.

També s'ha dut a terme un estudi per conèixer l'opinió dels professionals de l'atenció primària. Aquest treball s'ha fet amb metodologia qualitativa a través de grups focals i amb la participació de vint-i-un professionals. Dels resultats obtinguts es pot destacar el desconeixement de la distribució de competències entre l'AP i l'AE, la manca de criteris de derivació i la poca coordinació que hi ha amb l'AE. Es considera necessari definir els rols dels professionals, que el pacient sigui el centre d'atenció i que les tecnologies de la informació siguin compatibles.

Com a resultat de la valoració conjunta de les entrevistes als professionals d'atenció especialitzada i dels grups focals d'atenció primària, a continuació es resumeixen els principals problemes detectats i les propostes de millora senyalades pels professionals participants:

Problemes detectats:	Propostes de millora:
<ul style="list-style-type: none"> ○ Elevada freqüentació a l'AP i a l'AE ⇔ redueix accessibilitat ○ Manca de protocols conjunts de derivació bidireccional ○ Manca d'accés a proves complementàries ○ Manca d'adequació de l'estructura i les TIC ○ Desconeixement de la cartera de serveis entre els professionals ○ Incomunicació entre professionals 	<ul style="list-style-type: none"> → Protocols de diagnòstic i seguiment, i rutes assistencials (elaboració conjunta) → Accés protocolitzat de l'AP a proves complementàries → Accés "on time" a determinades proves complementàries diagnòstiques → Consultories pels casos "fora de protocol" → Reciclatge en especialitats amb requeriments especials d'habilitats clíniques o manuals → Millores estructurals als centres → TIC compartides

Com ja s'ha indicat anteriorment, les diverses especialitats presenten un nivell diferent de descentralització de les visites d'atenció especialitzada ambulatoria, però també s'observa una variació en la relació amb l'atenció primària pel que fa al percentatge de consultories que es duen a terme. La taula 10 mostra les dades referents a les especialitats que presenten un nivell de servei de consultoria entre el 25% i el 65%.

Taula 10. Percentatge de CAP I que reben consultoria d'atenció especialitzada

NOM ESPECIALITAT	Número CAPS I on es presta l'especialitat	Número de CAPS I que reben consultoria	% CAP I que reben consultoria
Cardiologia	23	8	35%
Cirurgia ortopèdica i traumatologia	22	6	27%
Dermatologia medicoquirúrgica i venereologia	21	7	33%
Pneumologia	20	10	50%
Endocrinologia i nutrició	18	5	28%
Reumatologia	17	11	65%
Oftalmologia	17	4	24%
Otorrinolaringologia	17	3	18%
Aparell digestiu	16	7	44%
Obstetrícia i ginecologia	16	7	44%
Urologia	15	2	13%
Cirurgia general i aparell digestiu	13	1	8%
Neurologia	6	2	33%
Psicologia clínica	3	2	67%
Cirurgia cardiovascular	2	1	50%
Medicina física i rehabilitació	2	1	50%
Psiquiatria	2	1	50%
Al·lèrgologia	1	1	100%
Anestesiologia i reanimació	1	0	0%
Cirurgia oral i maxil·lofacial	1	0	0%

Font: Direcció General de Planificació i Avaluació. Estructura i Utilització de l'Atenció Especialitzada Ambulatoria a Catalunya. 2005

Nota: Les dades de Medicina Física i Rehabilitació de l'estudi "Estructura i Utilització de l'AEA a Catalunya" no inclouen els serveis contractats pel CatSalut, fet que pot desvirtuar l'anàlisi de la situació d'aquesta especialitat.

Pel que fa al percentatge de visites mèdiques que generen sol·licitud d'interconsulta, segons la memòria 2009 del CatSalut, l'any 2009 s'observen valors lleugerament superiors als del 2008, en termes percentuals (7,1 per a cada 100 visites mèdiques enfront de 6,9 de l'any 2008) i també en termes absoluts, amb una variació entre les diferents regions sanitàries que es pot observar en la taula 11.

Taula 11 . Sol·licituds d'interconsulta en l'atenció especialitzada de l'any 2009

Regió Sanitària	Sol·licituds d'interconsulta per 100 visites mèdiques
	Any 2009
Alt Pirineu i Aran	5,9
Lleida	6,2
Camp de Tarragona	7,2
Terres de l'Ebre	8,2
Girona	6,7
Catalunya Central	5,6
Barcelona	7,5
CATALUNYA	7,1

Font: CatSalut. Memòria 2008 i Memòria 2009

Les visites mèdiques utilitzades con a referència són les de medicina de família, pediatria i odontologia (realitzades al centre i al domicili excloent l'atenció continuada, obtingudes de la Base de dades d'atenció primària)

D'altra banda, una millora de la relació entre l'AP i l'AE hauria de permetre millorar la taxa d'hospitalitzacions evitables per ACSC (*ambulatory care sensitive conditions*) que, segons l'avaluació de la part variable de la compra de serveis d'atenció primària del CatSalut, era d'un 6,82% l'any 2006, d'un 6,94% l'any 2007 i d'un 6,79% l'any 2008 (amb un rang de variació entre les diferents regions sanitàries per a aquest any 2008 del 5,60% al 7,99%).

5.2.5. La satisfacció de la població

El Servei Català de la Salut elabora el Pla d'enquestes de satisfacció (PLAENSA) per millorar la satisfacció de la ciutadania de Catalunya que utilitza els serveis sanitaris i sociosanitaris públics i, amb aquesta finalitat, planifica la realització dels diferents estudis i la implantació de les mesures correctores necessàries.

L'any 2008 es va dur a terme la primera enquesta de l'atenció especialitzada ambulatoria i la propera està prevista per a l'any 2011. El Pla d'enquestes de satisfacció ha fet un total de 7.986 enquestes telefòniques amb un qüestionari validat per recollir i incorporar l'opinió de la ciutadania i poder així millorar la gestió de les consultes externes.

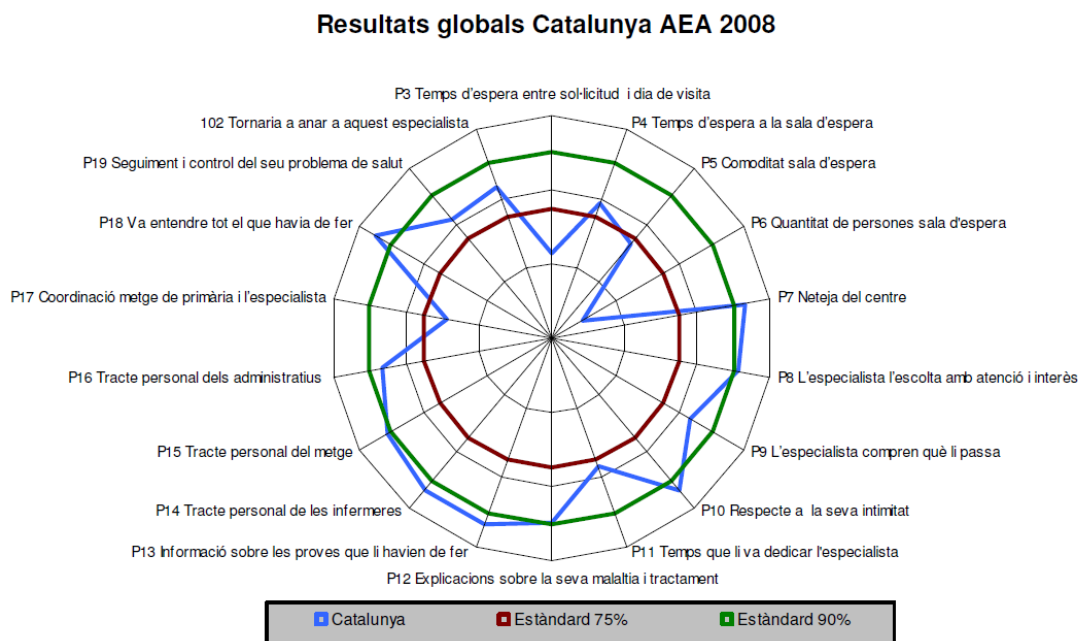
Com en altres línies d'atenció, també l'atenció especialitzada ambulatoria ha assolit una nota mitjana de notable per part de les persones que l'han utilitzat. Els assegurats del CatSalut que han estat atesos en les consultes dels especialistes als hospitals i CAP II amb més de sis especialitats, puntuen la satisfacció global amb un 7,55 sobre 10 i el 83,2% dels enquestats, si poguessin escollir, tornarien al mateix especialista.

Es valoren com a excel·lents les explicacions que dona l'especialista per indicar al pacient tot el que ha de fer en relació amb el seu problema de salut (reben les millors valoracions amb un 95,0% de respostes positives), així com el respecte de la intimitat, la informació que es facilita al pacient en cas d'haver de fer qualsevol prova complementària, el tracte personal de les infermeres, la netedat del centre, l'atenció i l'interès de l'especialista a l'hora d'escoltar les explicacions del pacient i el tracte del metge. Tot plegat, són aspectes que presenten resultats per damunt del llindar de l'excel·lència, que se situa en el 90%.

Els aspectes que cal millorar estan relacionats amb el confort de la sala d'espera, l'accessibilitat als serveis i la coordinació entre nivells assistencials. Més del 50% dels assegurats troba que el nombre de persones a la sala d'espera és excessiu (només un 49,5% pensa que habitualment no és excessiu).

En la figura 11 es resumeixen els resultats globals per a Catalunya per a les diferents preguntes de l'enquesta i la figura 12 mostra el mapa de Catalunya amb els resultats del grau de satisfacció i fidelitat per regions sanitàries.

Figura 11. Resultats globals per a Catalunya de l'enquesta de satisfacció de l'atenció especialitzada ambulatoria per pregunta



Font : Enquesta de satisfacció de l'atenció especialitzada ambulatoria dels assegurats del CatSalut. 2008

Figura 12.- Mapa de Catalunya amb els resultats del grau de satisfacció i fidelitat per regions sanitàries



Font : Enquesta de satisfacció de l'atenció especialitzada ambulatoria dels assegurats del CatSalut. 2008

6. Model d'atenció especialitzada ambulatoria de futur

6.1. Escenaris possibles per a l'abordatge d'un nou model

El Govern de Catalunya, com ja s'ha indicat, estableix com a prioritat potenciar l'atenció primària de salut i situar-la com a nucli del sistema. Amb aquest objectiu s'ha dissenyat el Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària.⁹ Pel que fa a l'atenció de pediatria, també s'ha desenvolupat el Pla estratègic d'ordenació de l'atenció de pediatria a l'atenció primària¹⁴ i el Pla estratègic d'ordenació de l'atenció maternoinfantil als hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública a Catalunya,¹⁵ les propostes dels quals han estat incloses en el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública,¹⁶ aprovat per l'acord de Govern del 20 de maig del 2008.

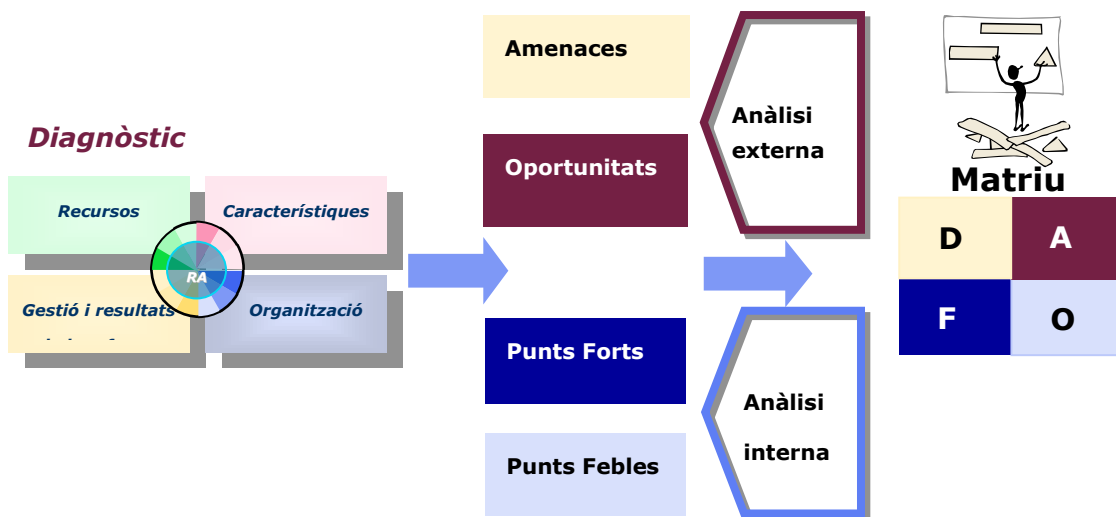
La reflexió sobre el futur de l'AE s'ha de fer de manera coherent amb la visió de futur de l'atenció primària a Catalunya, atès que la millora en l'atenció passa per la coordinació i el treball conjunt adequat entre els dos nivells assistencials. El Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública inclou la visió següent de l'atenció primària a Catalunya per a l'horitzó temporal de l'any 2015, visió que també està d'acord amb els objectius estratègics del Pla d'innovació d'AP i salut comunitària:

- Més orientada a les necessitats (expressades i no expressades) de la població.
- Més propera i accessible als ciutadans (subsidiarietat).
- Més propera a l'estat de coneixement científic (substitució).
- Més resolutiva (extensió de funcions, multidisciplinarietat).
- Més integradora (incorporació —extensió— de noves prestacions).
- 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.
- Sostenible.

Per valorar els escenaris de futur per a l'abordatge d'una nova ordenació de l'AE, partint de l'anàlisi de la situació a l'inici del projecte, es va determinar en primer lloc quins escenaris possibles es podrien plantejar per finalitzar la RAE de l'any 1990. A partir d'aquí, es van identificar els elements i les característiques que podrien configurar el nou model d'ordenació de l'AE i, d'acord amb la visió estratègica, es va plantejar el marc general de la nova ordenació proposada per a l'AEA a Catalunya.

Per a cada opció, tant de la finalització de la RAE 1990, com de la valoració dels escenaris possibles per a l'abordatge d'una nova ordenació de l'AE i també dels elements i les característiques del nou model, es van considerar les debilitats o punts febles (D), les amenaces (A), les fortaleeses (F), i les oportunitats (O) de cadascuna de les possibles línies d'actuació. La figura 13 ho representa de manera gràfica.

Figura 13. Matriu DAFO del diagnòstic intern i extern

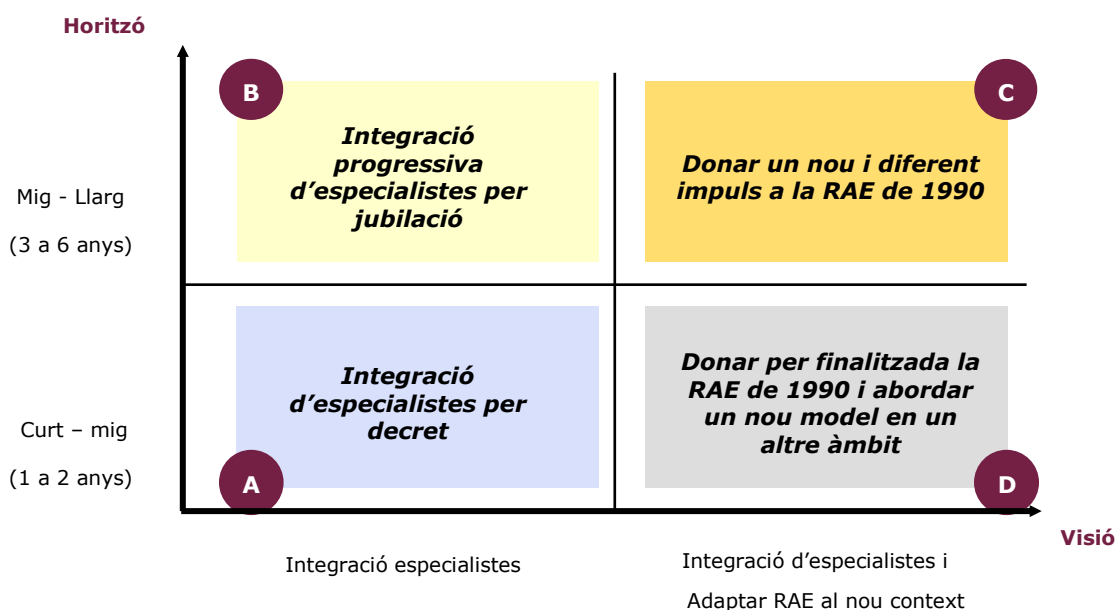


6.1.1. Escenaris possibles de finalització de la RAE 1990

Un cop analitzada tota la informació disponible, per finalitzar la RAE de l'any 1990 es van plantejar quatre escenaris possibles que no són mútuament excloents: la integració normativa dels especialistes (escenari A); la integració progressiva dels especialistes mitjançant jubilacions i acords individuals (escenari B); la revitalització de la RAE, amb un fort èmfasi en la definició del model d'atenció especialitzada (escenari C) i la finalització de la RAE mitjançant la integració normativa d'especialistes i la definició del model d'AE (escenari D).

A continuació s'ha inclòs un apartat que mostra de manera gràfica la ubicació dels escenaris possibles de finalització de la RAE de 1990 en l'horitzó temporal i posteriorment es descriuen aquests escenaris possibles.

6.1.1.1. Resum gràfic de la ubicació dels escenaris possibles de finalització de la RAE de 1990 en l'horitzó temporal



6.1.1.2. Escenari A: integració dels especialistes per decret

<p>Descripció</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectiu final d'aquest escenari consisteix en finalitzar la RAE en un període d'un a dos anys. Això suposaria tancar aquesta reforma més de vint-i-dos anys després de l'inici (1990). • En aquest escenari, s'entén la RAE com la integració de tots els especialistes en els hospitals de referència, mitjançant una integració funcional però no necessàriament orgànica. Tampoc preveu necessàriament resoldre la situació dels metges especialistes de contingent per fer-la evolucionar cap a una altra situació. Per tant, aquest escenari no es planteja definir el model d'atenció especialitzada. • El mitjà d'integració dels especialistes pendents d'integrar en els hospitals de referència és la publicació d'un decret que reguli el procés d'integració obligatori de forma normativa.
<p>Punts forts</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Finalitzar una reforma que ha durat més de vint anys.
<p>Punts febles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No aborda la revisió sobre el model d'atenció especialitzada ni l'organització de l'AE, la qual cosa fa que no hi hagi una reflexió sobre la qualitat de l'atenció prestada. • Risc potencial de conflicte amb el sector, atès que es tractar d'una integració forçosa.
<p>Activitats per fer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar el decret d'integració normativa. • Identificar, de forma nominal, els professionals involucrats i els possibles hospitals on s'integrarien. • Planificar els elements de gestió del canvi: <ul style="list-style-type: none"> ○ Elaborar un pla de comunicació al sector per explicar les raons (positives) d'aquesta mesura. ○ Elaborar un pla d'integració per cada territori. ○ Preparar una guia de bones pràctiques de la integració i un manual d'acollida per als hospitals. ○ Fer un seguiment personalitzat de la integració.
<p>Factors clau d'èxit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Defensar la solidesa jurídica del decret d'integració • Dotar a l'ICS dels instruments normatius necessaris per garantir l'èxit

6.1.1.3 Escenari B: integració progressiva dels especialistes per jubilació natural

Descripció	<ul style="list-style-type: none"> • En aquest escenari, la reforma finalitza de forma progressiva a través de jubilació dels metges implicats. • Implícitament es dona la RAE per acabada, i a nivell intern es concentren els recursos en planificar i seguir l'evolució de l'estratègia de finalització per jubilacions. • A l'igual que l'escenari anterior, s'entén la RAE com la integració de tots els especialistes en els hospitals de referència, mitjançant una integració funcional però no orgànica. Tampoc preveu resoldre la situació dels metges especialistes de contingent, ni es planteja redefinir el model d'atenció especialitzada.
Punts forts	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa conflictivitat del procés (és un procés natural).
Punts febles	<ul style="list-style-type: none"> • No aborda la reflexió sobre el model d'atenció especialitzada ni l'organització de l'AE, la qual cosa fa que no hi hagi una reflexió sobre la qualitat de l'atenció prestada. • Implica una posició passiva enfront de la RAE, amb el risc d'allargar el procés.
Activitats per fer	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar nominalment tots els professionals implicats, l'any previst de jubilació i el territori i hospital on s'integren. • A partir de l'anàlisi anterior, identificar el nombre de metges no integrats que es jubilen cada any. • Elaborar un quadre de seguiment de les jubilacions per territori i regió. • Elaborar un pla de renovació de les places, amb nous metges integrats en l'àmbit de l'atenció especialitzada.
Factors clau d'èxit	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar de forma eficaç l'amortització de les places que queden vacants per jubilació.

6.1.1.4. Escenari C: donar un impuls nou i diferent a la RAE de 1990

<p>Descripció</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aquest escenari posa l'accent de la RAE en la definició del model d'atenció especialitzada. La integració dels especialistes és només un element que compon aquest model, però no l'únic. • Atès que el context de l'atenció especialitzada ambulatoria ha canviat de forma significativa des de l'inici de la RAE, es planteja repensar el model per afrontar els nous reptes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Major continuïtat assistencial ○ Ambulatorització de l'activitat hospitalària i major resolució de l'atenció primària ○ Aparició dels hospitals lleugers ○ Col·lectius nombrosos amb necessitats particulars (malalts crònics, per exemple) ○ Desenvolupament de noves tecnologies de la informació i comunicació, que permeten imaginar noves formes d'organització de l'assistència • La integració dels professionals continua sent un eix de treball, però en aquest escenari es pot passar a un nivell diferent de reflexió: com s'organitzen (integració, coordinació, etc.) els professionals i si cal, com es comparteixen en un context de manca d'especialistes d'alguna especialitat. Atès que es marca un nou període temporal, aquest escenari es pot beneficiar de l'efecte de les jubilacions progressives per finalitzar la integració d'especialistes.
<p>Punts forts</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aporta una visió estratègica a l'atenció especialitzada ambulatoria, resolent els reptes de l'organització de l'assistència.
<p>Punts febles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Horitzó temporal llarg, fet que pot provocar la incomprensió per part del sector i els professionals.
<p>Activitats per fer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conceptualitzar el nou model d'atenció especialitzada ambulatoria: <ul style="list-style-type: none"> ○ Amb relació al model d'atenció (modalitats d'accés a l'especialitzada, entitat responsable de la provisió, especialitats involucrades) ○ Amb relació a la forma organitzada (suport a l'atenció primària, lloc de realització de la prestació, etc.) ○ Amb relació al model professional (integració, dependència funcional, etc.) ○ Amb relació al model territorial (grau d'adaptació a les característiques intrínseques de cada regió) • Identificar el gap entre el model actual i el conceptual, així com el gap en cada una de les situacions concretes de cada regió. • Analitzar les implicacions econòmiques del nou model: despeses de funcionament, d'inversió i/o de transició. • Elaborar un pla de comunicació i de gestió del canvi.
<p>Factors clau d'èxit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar identificar aquest procés amb un nou retard de la RAE o amb una RAE 2. • Capacitat de respondre als nous reptes i generar una dinàmica positiva de reflexió per part del sector. • Capacitat de lideratge d'un procés que suposa redefinir, amb major o menor intensitat, el model d'atenció especialitzada a Catalunya.

6.1.1.5. Escenari D: donar per finalitzada la RAE de 1990 i abordar un nou model en un altre àmbit

<p>Descripció</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectiu final d'aquest escenari consisteix en finalitzar la RAE (integració d'especialistes) en un període d'un a dos anys. • Per a finalitzar la RAE, es preveu la integració dels especialistes en el seu hospital de referència mitjançant la publicació d'un decret que reguli el procés d'integració de forma normativa. Aquest escenari no es planteja resoldre la situació dels metges especialistes de contingent. • En paral·lel (però clarament separat de la RAE- Integració) s'inicia un procés de reflexió del model d'atenció especialitzada per fer front els nous reptes abans citats: <ul style="list-style-type: none"> ○ Major continuïtat assistencial ○ Ambulatorització de l'activitat hospitalària i major resolució de l'atenció primària ○ Aparició dels hospitals lleugers ○ Col·lectius nombrosos amb necessitats particulars (p.ex. malalts crònics) ○ Desenvolupament de noves tecnologies de la informació i comunicació, que permeten imaginar noves formes d'organització de l'assistència • Per tant, amb relació a l'escenari C, se separen explícitament els dos debats: <ul style="list-style-type: none"> ○ integració d'especialistes ○ definició del model d'AE
<p>Punts forts</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Finalitzar la RAE original (integració especialistes). • Aporta una visió estratègica a l'atenció especialitzada ambulatoria, resolent els reptes de l'organització de l'assistència.
<p>Punts febles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Potencial risc de conflicte amb el sector, donat que es tractar d'una integració forçosa.
<p>Activitats per fer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amb relació a la integració d'especialistes per decret: <ul style="list-style-type: none"> ○ Elaborar el decret d'integració normativa. ○ Identificar, de forma nominal, els professionals involucrats i els possibles hospitals on s'integrarien • Amb relació a la definició del nou model: <ul style="list-style-type: none"> ○ Conceptualitzar el nou model d'atenció especialitzada ambulatoria: <ul style="list-style-type: none"> • Amb relació al model d'atenció (suport a l'atenció primària, modalitats d'accés a l'especialitzada, entitat responsable de la provisió, especialitats involucrades) • Amb relació a la forma organitzada (lloc de realització de la prestació, etc.) • Amb relació al model professional (integració, dependència funcional, etc.) • Amb relació al model territorial (graú d'adaptació a les característiques intrínseques de cada regió) ○ Identificar el gap entre el model actual i el conceptual, així com el gap en cada una de les situacions concretes de cada regió. ○ Analitzar les implicacions econòmiques del nou model: despeses de funcionament, d'inversió i/o de transició ○ Elaborar un pla de comunicació i gestió del canvi
<p>Factors clau d'èxit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir la solidesa jurídica del decret d'integració. • Dotar a l'ICS dels instruments normatius necessaris per garantir l'èxit de la integració. • Capacitat de respondre als nous reptes i generar una dinàmica positiva de reflexió per part del sector. • Capacitat de lideratge d'un procés que suposa redefinir, amb major o menor intensitat, el model d'atenció especialitzada a Catalunya.

6.1.2. Discussió dels elements i les característiques possibles del nou model d'ordenació de l'AE

Un cop definits els escenaris possibles per a la finalització de la RAE de l'any 1990, es van identificar els elements i les característiques que podrien configurar el nou model d'ordenació de l'AE, d'acord amb la visió estratègica i amb les propostes del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària, per poder plantejar posteriorment el marc general de la nova ordenació proposada per a l'AEA a Catalunya.

A continuació, es presenten les consideracions principals referents a cada element analitzat com a discussió de les característiques del model d'atenció especialitzada de futur. Al final de l'exposició centrada en cada element, s'ha inclòs un resum amb les diferents alternatives possibles que teòricament es podrien considerar. l'òs un resum amb les diferents alternatives possibles que teòricament es podrien considerar.

6.1.2.1.- Flexibilitat del model

Actualment hi ha un únic model d'atenció especialitzada ambulatoria i està regulat normativament. Aquest rang normatiu va ser molt important en un context (anys vuitanta i noranta)^{5, 6 i 7} de constitució, reforma i consolidació del sistema de salut a Catalunya. Això no obstant, els darrers anys, el Departament de Salut ha apostat per descentralitzar algunes decisions d'organització del sistema sanitari a un àmbit més local. En aquest sentit s'han constituït els governs territorials de salut (GTS).⁸ D'altra banda, la provisió de serveis tendeix cap a un augment de la integració, dins de la mateixa organització, de l'atenció primària i l'atenció especialitzada.

Les característiques socials i demogràfiques territorials poden condicionar el grau de flexibilitat que es vulgui donar al model. Cal recordar la dissemblança entre les diferents regions sanitàries pel que fa a les característiques geogràfiques, que es troben condicionades per l'altitud (muntanya, pla), les infraestructures de comunicació (i per tant, isòcrones als serveis), la densitat de població i la grandària mitjana dels municipis.

Pel que fa al marc sociodemogràfic, s'observa una concentració asimètrica de la immigració i un envelliment de la població diferent (més present en l'àmbit rural). A excepció de l'RS de Barcelona, la població catalana està molt dispersa en el territori. Les regions presenten densitats de població molt dispars i en alguns casos, com a l'Alt Pirineu i Aran, extremadament baixa.

També en l'àmbit de l'oferta i la demanda de visites d'atenció especialitzada i d'especialistes, d'acord amb l'anàlisi de la situació que s'inclou en el capítol 5.2, s'observen diferències significatives entre les regions sanitàries.

Les alternatives que cal considerar en relació amb la flexibilitat del model se centrarien en dos tipus:

a) Únic i normatiu. Un únic model d'AE per a tots els territoris, amb un grau de definició alt (especificitat del model). Aquest model condiciona el marge d'actuació i l'autonomia dels governs territorials.

b) Model marc o genèric, adaptable als territoris. Un model d'AE amb un grau d'especificitat baix, en el qual s'expressen els principis del model i es fixen els resultats que s'esperen de l'AE. Al mateix temps, dóna marge d'actuació i autonomia als GTS per organitzar les formes organitzatives de l'AE.

6.1.2.2.- Responsabilitat en la gestió de la provisió

La RAE de l'any 1990 establí que la provisió i l'organització dels serveis d'atenció especialitzada ambulatoria són responsabilitat de l'hospital. Això no obstant, la reflexió actual sobre qui ha d'organitzar la provisió de serveis d'atenció especialitzada respon a la confluència de dos fenòmens:

- L'atenció primària és cada cop més resolutiva i les noves tècniques diagnòstiques i les tecnologies de la comunicació facilitaran que encara ho sigui més.
- L'atenció especialitzada és cada cop més ambulatoria i es comencen a dissenyar dispositius sense llits (hospitals lleugers).

Pel que fa a la relació contractual entre atenció primària i atenció especialitzada, es poden donar dues modalitats. La primera es basa en l'existència de protocols de derivació entre els nivells, sense que hi hagi relació contractual. Aquesta és la forma predominant actualment i es basa en la definició de criteris de derivació entre AP i AE. L'AE assumeix l'activitat i el cost dels pacients derivats des de l'AP. L'altra modalitat es basa en la compra d'activitat de l'AE per part de l'AP. Aquest model es troba en alguns equips d'atenció primària (EAP) autogestionats, on es decideix acostar l'atenció especialitzada mitjançant la contractació d'aquest servei als proveïdors d'atenció especialitzada. Aquests equips, per tant, financen amb càrrec al seu pressupost el cost de l'atenció especialitzada ambulatoria de determinades especialitats i patologies.

En l'assignació de la responsabilitat de l'hospital en la gestió de la provisió d'AE, s'ha de considerar també la dificultat de la capacitat per establir un mecanisme a través del qual l'AE i l'AP es posin d'acord per pactar l'organització territorial de l'AE i, al mateix temps, fer l'arbitratge en cas de conflicte. Aquest mecanisme es podria establir dins del marc dels GTS, a través de la Comissió Coordinadora d'Entitats Proveïdores.

Pel que fa als acords de provisió entre AP-AE, l'assoliment no depèn tant de la capacitat de formalitzar acords de col·laboració entre AP-AE ni dels instruments de suport de l'AE a l'AP com de la capacitat per atorgar un cert valor contractual o de compromís a aquests acords de col·laboració entre ambdós nivells (acords que es podrien plantejar mitjançant el pacte d'accés i resolució del territori de referència), de la capacitat per garantir la presa de decisions en cada un dels dos nivells (qui decideix què) i els mecanismes d'interlocució, i finalment, de la coherència del sistema de finançament d'ambdós nivells. En aquest punt, el

Servei Català de la Salut hauria de tenir un paper important de facilitador, a més d'encarregar-se de la contractació de serveis amb els diferents proveïdors.

En principi, hi ha dues possibilitats teòriques en el moment de definir qui ha de ser responsable en la gestió de la provisió de serveis d'AE:

a) *Responsabilitat de l'hospital*: l'hospital organitza i gestiona l'AEA i els especialistes estan integrats (funcionalment o de manera orgànica) dins l'estructura de l'hospital. Formes de provisió: centralitzada a l'hospital o descentralitzada als CAP.

b) *Responsabilitat d'atenció primària*: el CAP gestiona i organitza l'AE de la població assignada, amb els objectius de fer el primer nivell d'atenció més resolutiu i proper a la població. Lloc de provisió: la visita es realitza al CAP. La provisió de l'AE es pot fer de dues formes: el CAP contracta directament especialistes o el CAP i l'hospital, mitjançant un conveni, estableixen les condicions de la prestació dels serveis.

6.1.2.3.- Especialitats involucrades

El sistema d'atenció especialitzada ambulatoria es va dissenyar l'any 1967¹⁷ i, en desplegaments normatius posteriors, es preveien disset especialitats per practicar activitat ambulatoria fora de l'hospital. Actualment, l'evolució de la tecnologia i de la pràctica clínica ha fet que pràcticament totes les especialitats mèdiques i quirúrgiques puguin fer activitat ambulatoria. Un element fonamental en la definició del model d'AE és quines especialitats són objecte de l'atenció especialitzada que es pot realitzar preeminentment fora de l'àmbit hospitalari.

Actualment, l'atenció especialitzada ambulatoria s'organitza a partir de les especialitats. Això genera que determinades patologies són o poden ser ateses per diverses especialitats. I aquesta situació pot derivar en diferents tipus d'abordatge clínic per a un mateix problema de salut. Una alternativa a aquesta situació seria crear consultes específiques per a alguns problemes de salut concrets, en què es protocol·litzi el procés d'intervenció clínica i es defineixi el rol de cada especialitat que pugui intervenir-hi.

Pel que fa a la provisió de l'atenció per problemes de salut o transespecialitat, presenta dues dificultats importants. D'una banda, la complexitat tècnica de la proposta: organitzar la provisió depenent de les característiques del malalt i els seus problemes de salut, i no tant depenent de les especialitats. D'altra banda, per la dificultat en la gestió del canvi envers els professionals involucrats. Tanmateix, en determinats centres i per a alguns problemes de salut, s'han començat a organitzar unitats funcionals en què participen diversos professionals amb especialitats diferents.

Una altra proposta, que compta amb molt suport per part dels professionals entrevistats durant l'estudi d'estat de situació, és la possibilitat de treballar per especialitats troncal. Consisteix a definir i clarificar un nombre d'especialitats troncal que s'haurien d'atendre, en gran manera, en punts d'atenció propers al ciutadà, és a dir, en els CAP o en dispositius assistencials similars.

Així doncs, les alternatives possibles quant a la configuració de les especialitats en l'atenció especialitzada ambulatoria se centrarien, d'una banda, a considerar **totes les especialitats** amb el nivell d'especificitat actual. De l'altra, es podria treballar per **especialitats troncats** i, finalment, establir algunes consultes de transespecialitat, com a **unitats funcionals per a problemes de salut concrets**.

6.1.2.4.- Modalitat d'accés a l'AE

L'accés al sistema sanitari, definit per la Llei general de sanitat, està fortament jerarquitzat. L'atenció primària s'estableix com a porta principal d'accés al sistema, tot i que les urgències hospitalàries representen una segona porta gens menyspreable. Des d'aquest primer nivell els pacients es deriven, en cas de necessitat, cap a l'atenció especialitzada.

Cal assenyalar que, en països del nostre entorn, on l'accés a l'AE era tradicionalment directe, és a dir, sense passar per l'AP, aquest tema ha estat recentment subjecte de revisió. Fins al 2004, l'accés a especialistes a França era directe (no requeria una visita prèvia a un metge generalista). La reforma d'agost del 2004 va instaurar un incentiu financer amb l'objectiu que reconduir l'accés al sistema a través dels metges generalistes. Aquest incentiu consistia en un copagament de la visita a l'especialista superior si s'havia fet sense consulta prèvia al metge generalista. L'anàlisi del patró de l'any 2006 d'accés a l'especialista revelava que els ciutadans continuaven accedint directament de manera preferent a dermatologia, oftalmologia i ginecologia.¹⁸

El que es planteja és reforçar el sistema actual d'accés a l'AE a través de l'AP. El model proposa estudiar quins circuits i quines situacions es poden millorar dins de cada GTS, per tal de fer un sistema d'accés ràpid a l'AE. Per tant, els treballs que cal fer són bàsicament analítics: anàlisi i redisseny dels circuits entre l'AP i l'AE en l'àmbit territorial. L'objectiu final d'aquestes millores és garantir que l'AP és la condició necessària per accedir a l'AE i evitar que es converteixi en un pas administratiu per accedir a l'especialista.

Les alternatives pel que fa a la modalitat d'accés es defineixen entre les dues possibilitats següents:

a) Accés exclusiu a través d'atenció primària. És a dir, es manté el model actual d'accés a la visita d'AEA a partir d'un full de derivació des d'atenció primària.

b) Permetre l'accés directe a l'atenció especialitzada ambulatoria. En algunes o totes les especialitats o problemes de salut involucrats.

6.1.2.5.- Suport a l'atenció primària

La cartera de serveis d'AE ha d'incloure un suport important als metges de família i pediatres per augmentar la seva capacitat resolutiva i evitar la derivació en els casos no indicats. Aquest suport pot ser de diferents tipus, per exemple, consultories (del metge de família o pediatre al metge d'una altra especialitat per a casos concrets), sessions clíniques conjuntes, formació o visita conjunta (metge de família i metge d'una altra especialitat), etc.

A banda dels aspectes relacionats amb l'accessibilitat, a l'hora de valorar la possible descentralització en la provisió dels serveis d'atenció especialitzada ambulatoria, cal considerar també aspectes de qualitat i eficiència que vagin lligats a qüestions de volum d'activitat i massa crítica.

Com a alternatives, la visita d'atenció especialitzada ambulatoria es pot fer en tres llocs diferents:

- a) Al CAP, de manera preferent. És el cas de la majoria de visites descentralitzades.
- b) A l'hospital, de manera preferent. És el cas de les especialitats en què la majoria de visites s'efectuen en les consultes externes de l'hospital. També trobem hospitals situats en zones o sectors de salut urbans, on l'hospital està ben ubicat i és molt accessible a la població. Per tant, la descentralització de les visites als CAP pot no ser avantatjosa.
- c) En diversos llocs. La visita de l'especialista es pot oferir en diversos punts d'atenció. Al CAP, en un hospital lleuger, un centre de salut polivalent o d'alta resolució o en un o diversos hospitals del mateix àmbit territorial depenent de l'especialitat o la patologia.

6.1.2.7.- Abast territorial

La variable "abast territorial" fa referència a l'àmbit territorial sobre el qual s'organitza l'AE. L'organització pot ser diversa però cal esmentar l'organització territorial ja existent en una de les especialitats (endocrinologia) en algun territori de Catalunya. Es tracta d'un model territorial amb la provisió de diversos hospitals (model UDEN). En aquest model, la responsabilitat de l'atenció recau en un o diversos hospitals que cobreixen un territori. Per tant, tots els especialistes depenen, almenys funcionalment, d'un únic servei que té un abast que inclou tot el territori i sobrepassa l'àmbit territorial de l'hospital tradicional. En aquest sentit, els especialistes poden adoptar la figura d'especialista d'àrea i quedar adscrits a un territori i a un únic cap de servei. Els especialistes tenen, doncs, plena mobilitat dins l'àrea de referència.

El model organitzatiu és el següent:

- Es fa un estudi en tot el territori i s'identifiquen les ABS i els hospitals involucrats.
- Per a cadascuna de les ABS i dels hospitals es defineixen amb precisió la cartera de serveis que oferiran i s'estableix perfectament el rol i el servei en cada nivell (ABS, hospital comarcal i hospital de referència).
- Els especialistes del servei es desplacen per tot el territori i tenen assignades:
 - Unes ABS i uns hospitals on fan de "metges generalistes" de l'especialitat.
 - Un hospital de referència on concentren l'activitat més especialitzada.
- En les ABS el metge de capçalera programa l'agenda de l'especialista i la consulta la fan conjuntament el metge de família i l'especialista.

Aquesta forma organitzativa exigeix tenir uns sistemes d'informació compatibles i comunicables a fi de compartir la informació administrativa (agendes) i clínica entre els diferents proveïdors.

L'abast territorial en la provisió d'AE en un nou model podria comprendre:

a) La població de l'hospital de referència. Actualment aquesta és la forma organitzativa més habitual. L'AE s'organitza al voltant d'un hospital de referència (comarcal o d'un altre nivell) i les visites ambulatories es fan a les consultes externes d'aquest hospital i en els CAP.

b) La població d'un conjunt d'hospitals (territorial). Aquesta forma organitzativa es basa en una unitat funcional, que dóna serveis d'atenció especialitzada ambulatoria d'una especialitat determinada a tot un territori prèviament delimitat, que inclou més d'un hospital. Per tant, les visites ambulatories d'aquesta especialitat es poden realitzar en diversos CAP i diversos hospitals d'un sector o una regió.

- Aquest model és especialment interessant en determinades especialitats en què hi ha una manca evident d'especialistes. També és un model interessant per donar resposta a la cobertura de determinades especialitats i especialistes en hospitals comarcals de regions poc poblades (per exemple: RS Alt Pirineu i Aran).
- La responsabilitat de l'organització del servei es pot articular de tres maneres diferents: un hospital, responsabilitat compartida entre diversos hospitals i atenció primària, i responsabilitat en el marc d'una gerència territorial.
- L'experiència més rellevant que es troba sobre aquest model és l'UDEN (Unitat de Diabetis, Endocrinologia i Nutrició).

6.1.2.8.- Resum de les diferents opcions possibles dels elements/ característiques del model d'ordenació de l'Atenció Especialitzada

Element	Opcions possibles		
	A	B	C
Flexibilitat del model	Un model únic i normatiu	Un model marc o genèric , adaptable als territoris	
Responsabilitat en la gestió de la provisió	De l'hospital	De l'atenció primària	
Especialitats involucrades	Totes, amb el seu nivell d'especificitat actual	Troncals	Per problemes de salut
Modalitat d'accés a l'AE	Accés exclusiu a través d'AP (derivació des d'AP)	Accés directe a l'AEA en algunes o totes les especialitats o problemes de salut involucrats	
Suport a l'atenció primària	Visita conjunta, consultoria, tutoria o formació	Enllaç assistencial	
Lloc de realització de l'activitat	Al CAP de forma preferent (visita descentralitzada)	A l'hospital de forma preferent (consultes externes)	A diversos llocs en funció de l'especialitat (CAP, hospital lleuger, centres d'alta resolució, altres hospitals)
Abast territorial	La població de hospital de referència	La població d'un conjunt d'hospitals (territorial)	

6.2. Visió estratègica de futur

La visió estratègica de l'atenció especialitzada ambulatoria assenyala cap a on es vol que evolucioni durant els propers anys. S'ha de dibuixar mantenint la coherència amb la resta del sistema de salut i en són elements de referència les estratègies del Pla de salut i del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública.

Concretament, són molt rellevants per a l'orientació de l'atenció especialitzada ambulatoria les línies estratègiques del mapa referides a l'atenció integral i la continuïtat assistencial; la col·laboració entre centres com a via per garantir la qualitat de l'atenció en tots els punts de la xarxa; la proximitat dels serveis sempre que no posi en qüestió la qualitat de l'atenció i el desplegament de les TIC d'ajuda a la gestió clínica i a la relació entre professionals i centres.

La visió estratègica sobre el futur de l'AE està molt lligada també a l'atenció primària, atès que la millora en l'atenció passa per la coordinació i el treball conjunt adequats entre els dos àmbits assistencials.

D'acord amb aquest marc de referència s'ha definit la visió estratègica següent per a l'atenció especialitzada ambulatoria:

- Una atenció especialitzada ambulatoria predominantment “consultora” de l'atenció primària, més accessible i resolutive.
- Que potenciï la integració de processos assistencials, faciliti la qualitat de l'atenció especialitzada i que l'atenció primària sigui més resolutive.
- Amb una interrelació amb els altres tipus de serveis que afavoreixi que cada àmbit aportï el seu avantatge comparatiu en el procés d'atenció.
- Que es trobi disponible a tot el territori però distribuïda i/o concentrada d'acord als requeriments en grau d'especialització, tecnologia necessària i massa crítica.
- Amb un millor accés a tecnologia (diagnòstica i terapèutica).
- On les TIC transportin la informació i el coneixement.
- Amb professionals motivats i reconeguts professionalment.

6.3. Objectius estratègics

D'acord amb la visió estratègica definida, els objectius estratègics del nou model d'atenció són:

- *Qualitat, adequació i eficiència.* Millorar i desenvolupar el potencial de l'atenció especialitzada i augmentar la capacitat resolutiva de l'atenció primària, garantint que el procés assistencial es faci mitjançant professionals i estructures que aportin la màxima qualitat i competència, i una eficiència òptima.
- *Integració i continuïtat assistencial.* Millorar la coordinació entre els diferents nivells assistencials afavorint una atenció especialitzada cada cop més propera a l'atenció primària, potenciant també la comunicació entre professionals i organitzacions.
- *Equitat i accessibilitat.* Millorar l'accés als serveis i donar una resposta òptima a les necessitats de la població, tot incidint en l'ordenació dels fluxos i l'organització del procés assistencial i reduint el temps d'espera.

6.4. Elements que configuren el nou model d'AEA

El model que es presenta a continuació és el fruit de diferents línies de treball desenvolupades durant els darrers anys i en les quals han participat professionals sanitaris de les regions sanitàries de Catalunya, dels diferents nivells assistencials (AP i AE) i de diferents perfils professionals (planificadors, compradors, proveïdors de serveis, clínics, etc.).^d

Aquest model s'ha de veure com el marc general en el qual s'ha de desenvolupar la provisió d'AE adaptable d'acord amb les característiques geogràfiques, demogràfiques¹⁹ i de recursos assistencials de cada divisió territorial sanitària. És a dir, s'aposta per un model que fixi el marc general i que sigui adaptable al territori.

Així, per al desenvolupament del model s'han considerat les premisses bàsiques següents: a) garantir la coherència entre el model d'AP (d'acord amb el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública, aprovat per acord de Govern, el 20 de maig del 2008),¹⁶ i el Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària⁹ i el Pla estratègic d'ordenació de l'atenció de pediatria a l'atenció primària,¹⁴ i el model d'AE; b) potenciar l'AP i impulsar i garantir el suport de l'AE a l'AP en l'exercici de les seves funcions; c) afrontar el creixement de la demanda d'atenció especialitzada i la manca d'especialistes, especialment a les zones rurals; d) potenciar la integració i la continuïtat del procés d'atenció; e) promoure l'eficiència dels processos d'atenció i vetllar per la sostenibilitat del sistema; f) considerar la nova divisió territorial de salut a Catalunya (governos territorials de salut)⁸ i, en aquest sentit, el desenvolupament del model d'ordenació de l'AE en cada territori haurà de formar part del Pla estratègic plurianual del GTS.

Cal finalitzar la RAE iniciada l'any 1990, entesa com a integració de les especialitats en els hospitals de referència i, en conseqüència, dels seus especialistes. En paral·lel a aquest procés de finalització de la RAE, cal impulsar i implantar el nou model d'ordenació de l'AE que es descriu a continuació.

6.4.1. Accés a l'AE

- El Sistema Nacional de Salut estableix que la porta d'entrada a l'atenció sanitària no urgent és l'AP. En el model que es planteja, l'AP ha de continuar sent l'accés principal a l'AE, però augmentant el seu nivell de resolució. Cada GTS haurà d'analitzar i potenciar el desenvolupament conjunt entre l'AP i l'AE de protocols d'accés i derivació,^e especialment per a aquelles especialitats que mostren un baix nivell de resolució a l'AP.

^d Estudi d'estructura i utilització de l'AE a Catalunya 2005 (tots els centres que proporcionen serveis d'AE a Catalunya, CAP I, CAP II (N = 88), CE hospitals (N = 59); taxa de resposta = 82%); estudi qualitatiu sobre estat de situació de l'AE i visions de futur, 2006 (professionals de mesonivell i micronivell de les RS, N = 76); Jornada de consens sobre el diagnòstic de situació (N = 48 professionals de mesonivell i micronivell); taller de treball per a la definició del nou model (N = 27 professionals clau, directius i clínics, de diferents proveïdors).

^e En un futur es podria valorar la possibilitat d'acceptar alguna excepció a l'accés a l'AE des de l'AP en casos concrets protocol·litzats, sempre que no es talli la informació al metge de família referent al pacient.

- Cal que la funció moduladora de l'accés no es converteixi en una activitat merament burocràtica. Així doncs, cada GTS ha de definir i instrumentalitzar els fluxos assistencials entre l'AP i l'AE, de manera que es potenciï la reentrada del pacient a l'AP.

6.4.2. Responsabilitat en la gestió de la provisió d'AE

- Els hospitals són els responsables de la gestió de la provisió de l'AE, però l'organització i la provisió d'aquests serveis cal pactar-la territorialment. En aquest sentit, el disseny de la provisió de serveis haurà de ser en col·laboració amb l'hospital i l'AP de cada territori.
- Per fer-ho efectiu, s'han d'acabar d'adscriure totes les especialitats mèdiques i quirúrgiques, exceptuant-ne l'especialitat de medicina familiar i comunitària, pediatria, odontologia i psiquiatria. Aquesta última continuarà adscrita a la xarxa de salut mental,²⁰ encara que el model també haurà de ser d'aplicació en el futur als serveis d'atenció especialitzada ambulatoria de salut mental i addiccions, i socio-sanitaris. Com en el Decret 139/1995,⁷ també es fa l'excepció^f de les anàlisis clíniques i el radiodiagnòstic, i la rehabilitació.
- L'adscripció d'especialitats s'haurà d'acabar a curt-mitjà termini (2-3 anys), mitjançant l'acord entre proveïdors dins de cada GTS i tenint en compte la disponibilitat pressupostària. Aquest acord haurà de quedar reflectit dins el Pla estratègic plurianual del GTS.
- L'adscripció d'especialitats a la XHUP ha de respectar i potenciar l'ambulatorització de l'atenció especialitzada fora de l'hospital, les diferents modalitats de suport de l'AE a l'AP i les possibles diferències en l'abast de cobertura territorial d'algunes especialitats.

6.4.3. Cartera de serveis d'AE i abast territorial

- Tot ciutadà té dret a accedir a una AE de qualitat per a qualsevol especialitat mèdica o quirúrgica.
- Per garantir la qualitat s'ha d'assegurar l'existència d'una massa crítica (tant pel que fa al coneixement i les habilitats, com la dotació de recursos humans) dins de cada territori. Això comporta:
 - **La concentració d'especialitats** amb els criteris següents:
 - a) Que donin resposta a problemes de salut amb poca prevalença.
 - b) Que necessitin tecnologia sofisticada i professionals amb un alt nivell competencial.
 - c) Que siguin objecte d'una forta manca d'especialistes.

^f L'any 2007 hi havia casos en què la radiologia es trobava integrada també en l'hospital, per ex., H. Comarcal de Blanes (ABS Blanes, ABS Lloret de Mar) i H. Santa Maria de Lleida (ABS Tàrraga, ABS Bellpuig, ABS Agramunt, ABS Cervera).

- d) Aquells serveis que per assolir economies d'escala o sostenibilitat consideren justificada la concentració.

La provisió dels serveis podrà abraçar àmbits territorials superiors als GTS. Les RS hauran de treballar amb els proveïdors assistencials per identificar les especialitats objecte de concentració i, juntament amb la Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut, determinar el lloc i les característiques de provisió del servei. Aquesta provisió es podrà dur a terme en dues modalitats: a) provisió a l'hospital on es centri l'activitat; b) desplaçament puntual dels professionals als territoris amb necessitat. La concentració d'especialitats representa evolucionar d'una concepció de relació de les especialitats només de caire vertical (hospital a atenció primària) a una relació de caire horitzontal (entre hospitals).

- o **La descentralització d'especialitats.** Les especialitats objecte de descentralització són les que compleixen els criteris següents:
 - a) Estan relacionades amb problemes de salut d'alta prevalença.
 - b) No requereixen tecnologia sofisticada per a la resolució del problema.

La descentralització representa la disponibilitat d'AE tan a prop com sigui possible del punt on es genera la demanda i l'existència de les especialitats d'aquests grups dins de cada GTS. També comporta el desplaçament de l'especialista als centres de salut de manera sistemàtica amb funcions de formació i consultoria i, si escau, la visita conjunta amb el metge de família.

El nivell de descentralització s'haurà de adaptar a les característiques de cada territori, tenint en compte la densitat de població i la disponibilitat d'especialistes.

6.4.4. Característiques en la provisió de l'AE

- La provisió de l'AE s'haurà d'organitzar de manera que respongui a les diferents necessitats i característiques de la població demandant.
- Les modalitats de provisió de l'AE (amb independència del grau de concentració/descentralització o desconcentració) podran ser:
 - o **Per especialitat.** Es tracta de l'abordatge de problemes de salut propis de cada especialitat, en el qual no intervenen altres especialitats (p. ex. cataractes, otitis, etc.).
 - o **Per problemes de salut o transespecialitat.** Es tracta d'aquells problemes de salut que compleixen algun dels criteris següents: a) diferents especialitats tenen la competència en el diagnòstic i el tractament i les fronteres en el nivell d'intervenció de cadascuna és difús; b) per a una resolució efectiva requereixen la implicació de diverses especialitats i d'altres recursos assistencials i socials; c) es consideren patologies cròniques (p. ex. migranya, artrosi, asma, diabetis, MPOC, etc.).

Cada GTS haurà d'identificar els problemes de salut susceptibles d'abordatge transespecialitat que cal prioritzar dins del seu pla d'acció.

- S'ha de superar la fragmentació de l'atenció avançant cap a una gestió assistencial territorial de l'especialitat. La **gestió assistencial territorial** implica:
 - El disseny de protocols d'abordatge per als problemes de salut amb més prevalença i protocols de derivació de patologies, especialment de les que requereixen una certa especialització.
 - La compartició d'informació clínica mitjançant sistemes d'informació integrats o compatibles.
 - La planificació del desplaçament de l'especialista consultor de l'hospital als CAP del territori de manera periòdica.
 - La realització de sessions clíniques conjuntes, de manera sistemàtica, entre els professionals de l'hospital i els d'AP.
 - La gestió de la cobertura de l'atenció continuada i urgent dins el territori.
 - La docència (formació continuada) per a tots els especialistes de l'àrea d'influència.
 - La recerca (projectes internivell).
- L'AP i l'AE de cada territori hauran de desenvolupar i subscriure "acords de provisió" en els quals es defineixen el nivell de servei que s'oferirà a la població (com a mínim quines especialitats es desplaçaran fora del centre d'especialitats, lloc de realització de la visita/interconsulta/formació, freqüència, temps de dedicació, temps de resposta...). També hauran d'incloure els objectius compartits, les condicions de prestació dels serveis (accessibilitat, resolució i qualitat), els protocols d'abordatge i derivació, la informació clínica compartida, la planificació de consultories, les sessions clíniques conjuntes, la docència, la recerca i els instruments estructurals o funcionals que facilitin la connexió entre l'AP i l'AE. Aquest "acord de provisió" s'haurà d'incloure dins el Pla estratègic plurianual de cada GTS.
- Lloc de provisió i recursos:
 - La provisió d'AE al territori es podrà dur a terme als centres d'atenció primària, als centres ambulatoris d'atenció especialitzada i a l'hospital de referència de l'àmbit territorial definit.
 - Cada GTS haurà de definir l'àmbit d'influència de la relació AP-AE dins de cada territori (unitat de provisió d'AE).
 - La provisió de l'AE es farà en el punt físic on hi hagi la tecnologia necessària i el pacient hagi d'esperar menys temps. Per a cada GTS s'hauran de definir els punts d'atenció per a les diferents especialitats mèdiques i quirúrgiques considerant les característiques demogràfiques i assistencials del seu territori.

- Caldrà desplegar fórmules innovadores de modalitats assistencials que afavoreixin la resolució i l'adequació de l'atenció (hospital de dia, consultes d'acte únic, unitats de diagnòstic ràpid...).
- Tecnologies de la informació i la comunicació i sistema d'informació.
 - La provisió de serveis haurà d'utilitzar al màxim les noves tecnologies de la informació i comunicació (telemedicina, agendes compartides, sistemes d'alerta, guies clíniques integrades a l'estació clínica...).
 - A fi de contribuir a augmentar la capacitat resolutiva de l'AP, la continuïtat assistencial i la integració de l'atenció, s'hauran d'habilitar sistemes d'informació clínics compartits entre l'AP i l'AE.

6.4.5. Resum dels elements principals que configuren el model d'ordenació de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya

Accés a l'atenció especialitzada

- A través de l'atenció primària.

Responsabilitat en la gestió de la provisió

- Àmbit atenció hospitalària (integració completa d'especialitats).

Cartera de serveis i abast territorial

- Concentració d'especialitats: problemes de salut poc prevalents, necessitat de tecnologia sofisticada i/o professionals amb alt nivell competencial, forta manca d'especialistes, economies d'escala.
- Descentralització d'especialitats: problemes de salut d'alta prevalença, no requereixen de tecnologia sofisticada.

Característiques de la provisió

- Organització adaptada a les necessitats i característiques dels territoris.
- Gestió assistencial territorial: a cada territori s'han de desenvolupar "acords": nivell de servei que s'oferirà a la població), amb objectius compartits i condicions de prestació dels serveis (accessibilitat, resolució i qualitat), protocols d'abordatge i derivació, informació clínica compartida, planificació de consultories, sessions clíniques conjuntes, docència, recerca...
- Lloc de provisió: serveis d'atenció especialitzada ambulatoria en hospitals i centres de salut.
- Utilització de les TIC i SI compartits/compatibles.

6.5. L'organització de l'atenció especialitzada ambulatoria en el territori

Els elements i les característiques del nou model d'AE que s'han plantejat, constitueixen la visió macro del pla estratègic. En l'aplicació del model en el marc territorial, són especialment rellevants els aspectes relacionats amb la provisió descentralitzada de les especialitats i la relació entre AE i AP.

Per tal d'orientar la presa de decisions organitzatives territorialment, s'ha dut a terme un estudi amb l'objectiu d'identificar les especialitats amb més possibilitat de concentració o descentralització i analitzar les propostes de millora organitzativa (vegeu l'annex 2).

Segons el resultat d'aquest estudi, les especialitats seleccionades com a susceptibles de provisió descentralitzada són les següents:

- Aparell digestiu
- Cardiologia
- Cirurgia general
- Cirurgia ortopèdica i traumatologia
- Dermatologia
- Endocrinologia i nutrició
- Neurologia
- Oftalmologia
- Otorinolaringologia
- Pneumologia
- Reumatologia
- Urologia.

A continuació, per identificar propostes de millora organitzativa, s'ha dut a terme una anàlisi més específica de les mateixes dades i s'han elaborat també una sèrie de recomanacions perquè puguin orientar les accions que cal desenvolupar segons la situació actual del tema en els diferents territoris (vegeu l'annex 2).

Es proposa avançar en l'AEA de manera que s'assoleixi una doble integració, per una banda, en la relació amb l'atenció primària per a patologies amb més prevalença (mal de cap, dispèpsia, malaltia pulmonar obstructiva crònica o MPOC, etc.) i, per una altra, amb l'hospital, per a altres tipus de patologies més complexes. En la informació revisada, aquest concepte és considerat la millor manera d'organització clínica, no solament per l'impacte econòmic, sinó també perquè facilita el "continu assistencial" en l'atenció al malalt, de manera que es redueixen els ingressos hospitalaris (asma, complicacions diabètiques), els temps d'espera i la utilització de medicaments (úlceres pèptiques).

Atès que entre els problemes detectats destaquen els d'accessibilitat, de comunicació i de repartiment de funcions entre els diferents professionals (cartera de serveis), es proposa escollir els mitjans de protocolització, consultories i reciclatge, com a principals eines en el procés de millora. Aquestes eines aplicades als processos amb més prevalença i amb més

possibilitats de millora poden constituir l'abordatge més cost-efectiu i satisfactori per als professionals i, en definitiva, per als usuaris.

En l'annex 2 esmentat es detallen més específicament els punts analitzats per a cadascuna de les dotze especialitats estudiades. S'apunten els processos que es proposa atendre juntament amb l'AP (diferenciant motius de consulta i processos de seguiment de patologia crònica) i els propis de l'atenció especialitzada (diferenciant aquells que es podrien descentralitzar a centres amb serveis d'AEA dels que s'atendrien preferentment en les consultes externes dels hospitals). També s'ha resumit la relació que s'hauria d'aconseguir entre l'AE i l'AP (consultoria presencial, consultoria virtual, reciclatge dels professionals d'AP amb els especialistes i sessions clíniques) i, finalment, amb el nom de tecnologia en els centres amb serveis d'AEA, s'indiquen les necessitats de material, d'espais i de professionals que s'haurien de considerar perquè un centre amb serveis d'atenció especialitzada ambulatoria assoleixi una bona capacitat resolutiva.

7. Pla d'acció

Un cop definit el model d'atenció especialitzada ambulatoria, s'ha de plantejar la manera de fer-lo operatiu. Per facilitar aquesta tasca d'implantació del model, s'ha elaborat una proposta per al pla d'acció, que inclou les línies d'actuació i les recomanacions operatives per a cada línia.

El model d'AEA proposa avançar en un model d'atenció especialitzada amb una dinàmica d'integració assistencial, tant en la relació amb l'atenció primària per a la patologia més prevalent (per exemple, mal de cap, dispèpsia, malaltia pulmonar obstructiva crònica, etc.), com en relació amb l'atenció en un entorn hospitalari per a altres tipus de patologia més complexa.

Tenint en compte la tendència a "ambulatoritzar" l'assistència i la voluntat de dotar tant l'AP com l'AE d'una elevada capacitat de resolució, així com d'apropar l'atenció al domicili, es proposa considerar com a elements importants del pla d'acció, l'adequació de les estructures ambulatories per a la provisió dels serveis d'atenció especialitzada, l'accessibilitat a la tecnologia que dona suport al diagnòstic clínic i l'accessibilitat als sistemes d'informació compartits.

També es considera important que hi hagi un conjunt d'objectius comuns per a l'AE i l'AP, ja que el fet de tenir objectius comuns dona coherència als equips, facilita el continu assistencial i, en definitiva, la consecució d'una gestió assistencial conjunta. Els indicadors corresponents, també compartits, hauran d'ajustar-se a la capacitat d'incidir en l'assoliment dels objectius per a cada tipus de servei o equip professional.

La proposta del pla d'acció s'ha elaborat d'acord amb els objectius estratègics del model d'AEA, de qualitat, adequació i eficiència, d'integració assistencial o continu assistencial i d'accessibilitat. Per implantar el model hi ha una sèrie de premisses que condicionen el desenvolupament de les actuacions i l'assoliment dels objectius, entre les quals destaquen les següents:

- Integrar les especialitats.
- Disposar dels sistemes d'informació, i adequar-los, per conèixer la realitat dels serveis (bases de dades).
- Garantir l'accés i l'ús de les TIC i la compartició d'informació clínica (AP-AE).
- Adequar el sistema de pagament per a l'assignació de recursos.
- Disposar d'un sistema d'avaluació.

7.1. Línies d'actuació i objectius operatius

Les línies d'actuació que es proposen en el pla d'acció s'estructuren en tres eixos:

- Per territoris seleccionats
 - Implantació d'acords d'organització funcional territorial (Pla funcional territorial i Pacte d'accessibilitat i resolució).
- Per especialitats prioritzades
 - Suport al procés d'operativitat del model d'atenció mitjançant l'elaboració de recomanacions de millora de l'organització del procés assistencial.
- Accions de caràcter general per al conjunt de Catalunya
 - Integració d'especialitats, desenvolupament del sistema d'informació, adequació de recursos físics i tecnològics, ordenació de recursos humans, normativa...

Els objectius operatius proposats són els següents:

1. Establir un pla funcional territorial en GTS seleccionats i fer-ne el seguiment (integrat en el Pacte d'accessibilitat i resolució en els territoris on es comenci a implantar juntament amb el Pla d'innovació d'APiSC).
2. Generar orientacions per millorar l'organització del procés assistencial per a determinades especialitats prioritzades, mitjançant grups de treball amb participació de professionals vinculats amb l'exercici de l'especialitat i professionals d'atenció primària.
3. Finalitzar la integració efectiva de les especialitats en tots els territoris, aprofitant per treballar el model d'atenció en el territori.
4. Impulsar el desenvolupament del sistema d'informació basat en el registre d'activitat assistencial en l'atenció especialitzada ambulatoria.
5. Garantir l'adequació i el suport de recursos físics i tecnològics (directrius de disseny del mòdul d'AEA en centres; història clínica compartida, gestió d'agendes...).
6. Ordenar recursos professionals amb criteris d'equilibri territorial (nombre, perfils, formació, etc.).
7. Normativa: instrucció CatSalut sobre l'elaboració del Pla funcional territorial d'ordenació de l'atenció especialitzada ambulatoria.

7.2. Pla funcional territorial

Una de les línies d'actuació proposades en plantejar la manera de fer operatiu el model d'AEA per als territoris seleccionats és la implantació del Pla funcional territorial (Pacte d'accessibilitat i resolució en els llocs on es comenci a aplicar), que hauran de signar els diferents proveïdors i el CatSalut, amb una durada determinada i per a les diferents especialitats. El Departament de Salut, juntament amb el CatSalut, formularan les directrius per orientar els objectius que es volen assolir i les tendències de futur. Les directrius fan referència a resultats (capacitat resolutiva, accessibilitat, i qualitat), a l'organització del procés assistencial (protocols de derivació consensuats AP-AE, col·laboració AP-AE i formació) i a l'ordenació dels recursos (humans, físics i tecnològics).

Les directrius es definiran a partir de la informació disponible sobre l'activitat de l'atenció especialitzada segons les diferents especialitats i els territoris o l'evolució corresponent en el temps, informació que s'utilitzarà com a referència. També s'analitzaran i actualitzaran periòdicament les dades de la situació de la integració d'especialistes a Catalunya, fins que aquesta integració s'acabi, i així es podran plantejar les accions que es consideren necessàries per agilitzar el procés (incloent-hi accions normatives).

A partir del punt de partida per a cadascun d'aquests aspectes relatius als resultats, l'organització del procés assistencial i l'ordenació dels recursos, es pactaran uns objectius i, per valorar-los, s'escolliran uns indicadors que preferentment seran d'utilització i recollida habitual per facilitar la referència a estàndards acceptats.

A continuació es proposen una sèrie de continguts i indicadors que es podrien utilitzar a l'hora de signar el pacte en cada territori i que engloben tant les actuacions de l'AP com de l'AE, indicadors que posteriorment s'han resumit en la taula 14.

- **Continguts i indicadors sobre resultats**

Resolució

- La capacitat resolutiva de l'AP, en una determinada especialitat, es valorarà depenent del nombre de derivacions que des de l'AP es facin cap a la mateixa especialitat. S'expressarà com a nombre de primeres visites (PV) per 1.000 habitants, derivades en el període d'un any a aquella especialitat, en un territori determinat.
- La capacitat resolutiva de l'AEA idealment s'hauria de valorar d'acord amb el nombre de visites necessàries per establir un diagnòstic i establir un pacient. Atès que no es disposa d'informació per processos s'acorda fer servir, inicialment com a indicador, el nombre de visites successives (VS) per 1.000 habitants en un any, en l'especialitat considerada i en un territori determinat.
- Respecte a la utilització de les proves complementàries diagnòstiques, s'hauria d'establir un indicador d'utilització referit a la població (per 1.000 habitants i any).
- La taxa d'hospitalització per ACSC, relatiu a l'especialitat, és un indicador que implica tant l'AE com l'AP.
- Índex de penetració de l'especialitat en un territori determinat (percentatge de contactes realitzats en el mateix territori de residència del pacient sobre el total de

contactes). Si no hi ha informació d'aquest índex es podria utilitzar l'índex de resolució o penetració global com un indicador de qualitat universal pel territori.

Accessibilitat

- L'accessibilitat estarà representada fonamentalment pel temps d'espera per a una primera visita (PV) i per a una prova diagnòstica, expressat en mesos.
- També es considera un aspecte important la capacitat d'atendre pacients "preferents" per part de l'especialista. S'expressarà en temps d'espera per a una visita preferent.
- Un altre aspecte que cal tenir en compte dins del concepte accessibilitat és l'accés *on time* a les proves diagnòstiques necessàries. Es valorarà també el grau d'acompliment de l'acord que s'hagi establert respecte a la realització de visites (PV i VS) de manera descentralitzada, en un territori específic i amb una especialitat en concret.

Qualitat

- La qualitat percebuda estarà representada per les enquestes de satisfacció dels usuaris i professionals,.
 - La qualitat percebuda estarà representada per les enquestes de satisfacció dels usuaris i els professionals.
 - Altres indicadors per utilitzar en l'àmbit de la qualitat intrínseca són:
 - L'índex de reingressos (pel mateix motiu i en un temps inferior als trenta dies) de les malalties cròniques prevalents.
 - La freqüentació d'urgències hospitalàries de la població.
 - El percentatge de visites preferents respecte a les ordinàries..En la mesura que aquests indicadors es puguin recollir per a una especialitat determinada (per exemple oftalmologia) o procés (per exemple ACSC) son indicadors de qualitat vàlids tant per a l'AE com per a l'AP.
- **Continguts i indicadors sobre l'organització del procés assistencial**

Protocols

- Es considerarà l'existència de protocols consensuats entre l'AP i l'AE, pel que fa a la derivació des de l'AP cap a l'AE, per motius de consulta amb una prevalença elevada. Aquests protocols hauran d'incloure una proposta d'indicadors per fer-ne el seguiment i l'avaluació del compliment. En cas que no estiguin fets o consensuats, es pactarà fer-los i, si estiguessin fets, se'n pactarà la implantació i l'avaluació mitjançant els indicadors acordats.
- Es considerarà l'existència de protocols consensuats entre l'AP i l'AE pel que fa a la derivació des de l'AE cap a l'AP per al seguiment i el control de les malalties cròniques, un cop establitzades. Aquests protocols hauran d'incloure una proposta d'indicadors per fer-ne el seguiment i l'avaluació del compliment. En cas que no estiguin fets o consensuats, es pactarà fer-los i, si estiguessin fets, se'n pactarà la implantació i l'avaluació mitjançant els indicadors acordats.
- Per augmentar l'eficiència tant de l'AP com de l'AE es considera molt important l'accés protocol·litzat a les proves diagnòstiques i de control per part de l'AP. Com en

l'apartat anterior, en cas que no estiguin fets o consensuats, es pactarà fer-los i, si estiguessin fets, se'n pactarà la implantació i l'avaluació. Mitjançant els indicadors acordats es considerarà la realització, la implantació i el seguiment.

Col·laboració AE-AP

- S'han considerat també com a eines de col·laboració fonamentals per afavorir el continu assistencial, les consultories, els reciclatges i les sessions clíniques, sense oblidar l'aspecte formatiu que tenen implícit totes aquestes activitats. L'indicador per a l'AE seria el nombre de consultories fetes respecte a les programades. De la mateixa manera que per a l'AP ho seria el percentatge d'assistència per part dels metges de família.

- **Continguts i indicadors sobre recursos**

Recursos humans

- Integració de l'especialitat. En aquest apartat es considerarà el grau d'acompliment del compromís d'integració pactat en el territori respecte a una especialitat en concret.
- Respecte a l'ordenació dels recursos humans (RH), s'utilitzarà el nombre d'especialistes per 1.000 habitants en un intent de reduir les desigualtats territorials en l'especialitat de què es tracti.
- També es considerarà la dotació d'RH específics, destinats a aspectes concrets de l'especialitat, per ajudar a aconseguir una AE més accessible i resolutive. Per exemple, es podrà valorar la dotació d'optometristes, de fisioterapeutes, de podòlegs, de professionals d'infermeria experts en la realització de determinades proves complementàries, que puguin validar-les i decidir la derivació a un determinat nivell assistencial depenent del resultat, o de professionals d'infermeria experts en educació i autocura de malalties cròniques.

Estructura física

- Respecte a l'estructura, es considera necessari disposar d'un espai físic adequat, que prevegi la possibilitat de fer cures, cirurgia menor ambulatoria (CMA), exploracions complementàries i que faciliti la comunicació amb la infermeria experta de l'especialitat. Això ajudarà a augmentar la resolució de l'especialista. Es valorarà l'adequació respecte al que s'hagi acordat en el pacte per a una especialitat determinada.

TIC comuns

- S'acordarà la compartició d'informació clínica entre l'AP i l'AE, com també entre els serveis d'AEA descentralitzats i els hospitalari.

Tecnologia

- També s'ha de considerar l'equipament (tecnologia) que hauria d'estar ubicat físicament en el centre de salut, a l'abast d'especialistes i metges de família. Es valorarà el grau d'acompliment de l'acord pactat en el territori i amb l'especialitat en concret.

Taula 14. Resum dels indicadors proposats

Indicadors sobre resultats

Àmbits	Exemples
RESOLUCIÓ (x 1000)	Derivació de PV Taxa d'hospitalització per ACSC ...
ACCESSIBILITAT	Temps d'espera per a PV Temps d'espera per a PC diagnòstiques ...
QUALITAT	Reingressos de < 30 dies Percentatge de visites preferents sobre ordinàries ...

Indicadors sobre organització del procés d'atenció

Àmbits	Exemples
PROTOCOLS/RUTES	Protocols/rutes de derivació per motius de consulta prevalents Protocols/rutes de control de la patologia crònica prevalent Protocols/rutes de sol·licitud de PC ...
FORMACIÓ/ COMUNICACIÓ/ CONTINUUM ASSISTENCIAL	Consultories fetes i programades Percentatge d'assistència a les consultories Reciclatges fets i programats ...

Indicadors sobre recursos

Àmbits	Exemples
HUMANS	Grau de assoliment del compromís d'integració de l'especialitat Metges especialistes x 1000 hab. Altres professionals específics de l'especialitat ...
ESTRUCTURA FÍSICA	cma Box per a cures, etc Box per a PC ...
TIC COMPARTIDES AP/AE (ambulatoria+hospitalària)	
TECNOLOGIA ESPECÍFICA DE L'ESPECIALITAT	

7.3. Orientacions de millora de l'organització del procés d'atenció per especialitats prioritzades

Per facilitar el procés d'operativitat de les propostes del Pla estratègic d'ordenació, una altra línia és l'elaboració d'orientacions de millora de l'organització del procés assistencial i una proposta de pla d'acció per a cadascuna.

Aquest treball es porta a terme amb la participació de representants de les diferents organitzacions proveïdores de serveis, les societats científiques i els professionals especialistes i d'atenció primària, plantejant diferents formes de treball conjunt, per grups o altres tipus, segons escaigui.

S'hauran de definir quins són els elements de gestió territorial compartits entre l'AE i l'AP, quines són les accions que s'han de plantejar per millorar la capacitat resolutiva de l'atenció primària i també, quines són les accions per millorar l'eficiència dels serveis especialitzats. En aquests moments ja s'ha iniciat aquest treball per a les especialitats relacionades amb l'aparell locomotor i per a oftalmologia.

Encara que els aspectes per desenvolupar de cadascun d'aquests apartats siguin diferents segons l'especialitat considerada, un esquema bàsic dels temes que cal desenvolupar podria ser el següent:

1. Elements de gestió territorial compartits
 - Objectius assistencials.
 - Gestió per processos.
 - Cooperació territorial.

2. Accions per a millorar la capacitat resolutiva de l'atenció primària
 - Accés d'atenció primària a altres professionals.
 - Accés protocol·litzat a proves diagnòstiques depenent de la complexitat de la patologia i de la cartera de serveis prèviament definida.
 - Accés preferent a l'atenció especialitzada segons criteri de derivació.
 - Apropament de l'atenció especialitzada a l'AP.

3. Accions per a millorar l'eficiència dels serveis especialitzats
 - Accessibilitat garantida.
 - Protocol·lització basada en l'evidència científica.
 - Incorporació d'altres perfils professionals als serveis de l'especialitat.
 - Informació clínica compartida.
 - Sistemes de coordinació establerts.
 - Cartera de serveis pactada entre els diferents professionals que intervenen en el procés.

7.4. Sistema d'informació i tecnologies de la informació i la comunicació

L'atenció especialitzada ambulatoria és una realitat assistencial paradigmàtica quant a l'organització, basada en la relació entre professionals de diferents centres i nivells. Les relacions de referència i contrareferència constitueixen el nucli de l'atenció especialitzada ambulatoria.

En aquest sentit, la compartició d'informació clínica esdevé avui dia un element essencial per valorar adequadament l'estat del malalt i seguir el curs del procés d'atenció. Així mateix, compartir els resultats de les proves complementàries ha de facilitar els elements de comunicació interprofessionals i evitar duplicitats.

Des del punt de vista de la gestió clínica, entre els elements clau sobre el sistema d'informació cal esmentar els següents:

- Història clínica compartida.
- Digitalització de la imatge mèdica integrada en la història clínica compartida i a l'abast dels diferents professionals a través de plataformes de compartició d'imatges.
- Gestió de la programació de cites a l'atenció especialitzada ambulatoria des de l'atenció primària.
- Connexió per correu electrònic i telèfon entre professionals de l'atenció primària i l'atenció especialitzada.
- Modalitats assistencials de telemedicina (videoconferència per a visita a tres).

Des del punt de vista de planificació i avaluació, cal esmentar la mancança d'informació relacionada amb l'atenció especialitzada ambulatoria. És fonamental desenvolupar el CMBD d'aquest àmbit assistencial, que permeti tenir una visió poblacional sobre la utilització de serveis, la casuística i les característiques de la població. Sense aquesta informació és molt difícil marcar objectius de resultats i de procés i introduir dinàmiques d'avaluació comparativa (*benchmarking*) que afavoreixin l'extensió de les bones pràctiques i les innovacions amb millors resultats.

Finalment, la implantació del nou registre de llistes d'espera en aquest àmbit permetrà conèixer amb més fiabilitat l'evolució i seguir-la millor, a fi de prendre mesures reguladores i de gestió que incentivin l'accessibilitat.

7.5. Adaptació del sistema de compra de serveis

El model que es proposa comporta un augment de la capacitat de resolució de l'atenció primària, una millora de la qualitat i de l'accessibilitat als serveis d'atenció especialitzada ambulatoria, i també la incorporació de dinàmiques de gestió assistencial territorial i estratègies de coordinació i treball en xarxa.

El Servei Català de la Salut disposa del contracte de serveis com a instrument bàsic de relació amb les entitats proveïdores. La compra de serveis de l'activitat d'atenció especialitzada ambulatoria es basa en el volum d'activitat i el nivell assistencial de l'hospital i això condiona la transformació del model seguint les línies assenyalades.

Per tant, per fer efectius els objectius proposats, cal adaptar el sistema de compra i finançament dels serveis cap a un model de base poblacional i que incentivi la qualitat, la resolució i l'accessibilitat, i afavoreixi la col·laboració entre centres i professionals, en un context de canvi orientat a l'atenció integrada de base territorial/poblacional.

Aquesta necessitat d'adaptació ja s'ha iniciat i el capítol 4 del Decret 170/2010, de 16 de desembre, de regulació del sistema de pagament dels convenis i contractes de gestió de serveis assistencials en l'àmbit del Servei Català de la Salut (DOGC núm. 5.764, de 26 de novembre del 2010),²¹ regula el model d'assignació de base poblacional. A més, detalla els paràmetres que cal incloure en la contraprestació econòmica de la compra de serveis, a partir dels quals s'ha de desenvolupar el sistema de determinació capítatiu bàsic de Catalunya, que es publicarà anualment per ordre de la persona titular del departament competent en matèria de salut.

Així mateix, el Decret 66/2010, de 25 de maig, que regula l'establiment dels convenis i els contractes de gestió de serveis assistencials en l'àmbit del Servei Català de la Salut,²² constitueix un altre element bàsic d'adaptació del sistema de compra de serveis quant a les modalitats de contractes i convenis, els criteris reguladors i els requisits tècnics, com també el compliment de les instruccions que dicta el Servei Català de la Salut.

El projecte de decret de xarxes del sistema d'assistència sanitària d'utilització pública, en fase de tramitació, preveu la configuració de la xarxa de centres i serveis d'àmbit comunitari, que ajudarà a articular les relacions entre l'atenció primària i els altres serveis que també es presten en aquest àmbit.

L'evolució de les interaccions entre els proveïdors s'ha de veure reflectida en la dinàmica de compra de serveis a partir de l'establiment de pactes territorials. El desenvolupament d'aquest procés s'ha d'emmarcar en el model d'assignació poblacional i s'ha de materialitzar en el futur pacte d'accessibilitat i resolució establert amb el conjunt dels proveïdors d'un territori, per fomentar les relacions entre les institucions i els professionals, i promoure la integració al voltant d'una línia d'actuació assistencial compartida i acordada. El pacte d'accessibilitat i resolució permetrà generar incentius per assolir objectius compartits, amb una part variable també compartida vinculada a objectius de qualitat i d'eficiència.²³

Per les seves pròpies característiques i pel model que es proposa —el Pla funcional territorial— la relació entre l'atenció especialitzada i l'atenció primària en el territori serà un

dels continguts essencials dels pactes d'accessibilitat i resolució. Tal com s'ha comentat en l'apartat 7.2, el Pla funcional territorial d'ordenació de l'atenció especialitzada ambulatòria constituirà la part del pacte d'accessibilitat i resolució en els territoris on es comenci a aplicar.

7.6. Actuació de caràcter normatiu

L'article 1.2.b del Decret 84/1985, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya,⁵ preveia que les especialitats mèdiques dels àmbits territorials corresponents al sector sanitari s'estructuressin en serveis jerarquitzats i es dividissin en dos grups. El primer, amb les especialitats que, per la seva entitat i les seves característiques, són pròpies de l'àmbit extrahospitalari i serveixen de suport i referència a les àrees bàsiques de salut del sector sanitari. I el segon, amb aquelles altres que, independentment de la seva localització física, quedarien adscrites funcionalment i orgànicament a una institució hospitalària.

Posteriorment, amb la finalitat d'optimitzar els recursos sanitaris, l'article 47 de la Llei 15/1990, d'ordenació sanitària de Catalunya,²⁴ indicava que els mecanismes oportuns que havien de permetre l'adscripció de les especialitats mèdiques que es desenvolupessin en l'àmbit extrahospitalari, s'havien d'establir per reglament.

Mitjançant el Decret 284/1990, de 21 de novembre,⁶ es van fixar els termes i les condicions pels quals les especialitats mèdiques compreses en el segon grup d'especialitats a què es referia l'article 1.2.b del Decret 84/1995, de 21 de març, restarien adscrites als centres inclosos en la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de referència del sector sanitari de què es tracti, a través dels serveis jerarquitzats corresponents.

Aquest decret preveia l'elaboració d'un pla director per a cada sector sanitari, amb una memòria detallada dels mitjans personals i materials i els recursos econòmics afectes als diferents serveis d'especialitats i també amb la proposta d'adscripció de cadascuna d'aquestes especialitats al centre i al servei jerarquitzat de què es tracti, i els terminis previstos per dur-ho a terme. A partir d'aquesta informació, per mitjà d'una resolució del conseller de Sanitat i Seguretat Social, es van fer les adscripcions per a tots els sectors sanitaris de Catalunya.

En aquesta nova etapa es considera convenient que el CatSalut adopti una instrucció que reguli la necessitat d'elaboració d'un pla funcional territorial d'ordenació de l'atenció especialitzada ambulatoria en cada GTS, que plasmi els acords entre les entitats proveïdores implicades en l'atenció especialitzada i l'atenció primària, i d'acord amb els continguts apuntats en l'apartat 7.2.

8. Seguiment i avaluació

En la fase operativa dels plans estratègics, cal desplegar les actuacions previstes en el pla d'acció i conduir la gestió del canvi per part del Servei Català de la Salut, amb la implicació de les regions sanitàries i les entitats proveïdores de serveis. Aquesta fase ha d'anar acompanyada de les dinàmiques de seguiment i avaluació que facin possible conèixer l'estat de desenvolupament de les accions i els resultats assolits, de manera que en cada moment es puguin impulsar, reorientar o prioritzar les mesures que n'afavoreixin la implantació.

A continuació s'apunten els indicadors que constitueixen el nucli bàsic per al seguiment i l'avaluació del pla estratègic, d'acord amb els objectius operatius establerts en el pla d'acció.

Indicadors del Pla estratègic d'ordenació de l'atenció especialitzada ambulatoria

Indicador	Periodicitat del seguiment	Font d'informació
Aprovació de la Instrucció CatSalut sobre elaboració del Pla funcional territorial d'ordenació de l'atenció especialitzada ambulatoria	2011	Registre d'instruccions CatSalut
Percentatge de GTS amb pla funcional territorial aprovat per la Comissió d'Entitats Proveïdores	Semestral	Regions Sanitàries
Percentatge de població amb serveis d'atenció especialitzada pendents d'integració	Anual	Regions sanitàries
Freqüentació de primeres visites per GTS i especialitat	Anual	Facturació
Índex de reiteració de visites per GTS i especialitat	Anual	Facturació
Índex de cobertura interna per GTS de primeres visites per especialitat	Anual	Facturació
Nombre de persones en llista d'espera per consulta externa i temps d'espera per GTS i especialitats	Anual	Registre de llistes d'espera
Grau de satisfacció i fidelitat	Biennal	Enquestes PLAENSA
Nombre de consultories per GTS i especialitat (en territoris amb Pla funcional territorial aprovat)	Anual	Declaració entitats proveïdores
Nombre d'especialitats amb definició d'orientacions per millorar l'organització del procés assistencial (documents de model d'atenció), elaborades pel Departament de Salut amb la participació de professionals de l'especialitat i d'atenció primària	Anual	Departament de Salut
Grau d'implantació del CMBD d'atenció especialitzada ambulatoria	Anual	CatSalut

Els indicadors esmentats seran de seguiment regular i s'inclouran en els quadres de comandament com a projectes de planificació operativa del CatSalut.

Així mateix, es recomana analitzar periòdicament els aspectes qualitius de la provisió dels serveis, el grau de comunicació i assessorament entre professionals i la informació clínica compartida. Aquesta anàlisi s'haurà de basar en *audits* i altres metodologies qualitatives.

9. Acrònims

• ABS	Àrea bàsica de salut
• ACSC	Ambulatory care sensitive conditions
• AE	Atenció especialitzada
• AEA	Atenció especialitzada ambulatoria
• AH	Atenció hospitalària
• AP	Atenció primària
• APiSC	Atenció primària i salut comunitària
• AVC	Accident vascular cerebral
• BOE	Boletín Oficial del Estado
• CAP	Centre d'atenció primària
• CatSalut	Servei Català de la Salut
• CE	Consultes externes
• CHC	Consorti Hospitalari de Catalunya
• cma	cirurgia menor ambulatoria
• CMBD	Conjunt mínim bàsic de dades
• COMB	Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
• COT	Cirurgia ortopèdica i traumatologia
• CUAP	Centre d'urgències d'atenció primària
• DAFO	Debilitat, amenaces, fortaleces i oportunitats
• DGPA	Direcció General de Planificació i Avaluació
• DM	Diabetis <i>mellitus</i>
• DOGC	Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya
• DS	Departament de Salut
• EAP	Equip d'atenció primària
• ECG	Electrocardiograma
• EMG	Electromiograma
• ESCA	Enquesta de Salut de Catalunya
• ETC	Especialista a temps complet
• FTE	Full time equivalent
• GTS	Govern territorial de salut
• ICS	Institut Català de la Salut
• MPOC	Malaltia pulmonar obstructiva crònica
• NTI	Noves tecnologies de la informació
• OAE	Ordenació de l'atenció especialitzada
• OG	Obstetrícia i ginecologia
• OTR	Otorinolaringologia
• PC	Prova complementària
• PIAPiSC	Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària
• PLAENSA	Pla d'enquestes de satisfacció
• PPE	Plantilla de personal equivalent
• PSA	Antigen específic de la pròstata
• PV	Primera visita
• RAE	Reordenació de l'atenció especialitzada
• RH	Recursos Humans
• RS	Regió sanitària
• SI	Sistemes d'informació

- SSIBE **Serveis de Salut Integrats Baix Empordà**
- TA **Tensió arterial**
- TIC **Tecnologies de la informació i la comunicació**
- UCH **Unió Catalana d'Hospitals**
- UDEN **Unitat de Diabetis, Endocrinologia i Nutrició**
- UP **Unitat proveïdora**
- VIH **Virus de la immunodeficiència humana**
- VS **Visites successives**
- XHUP **Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública**

10. Annexos

Annex 1. Resum del diagnòstic de situació de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya a l'inici del projecte (anys 2005 i 2006)

A. Característiques de la demanda

- *El context demogràfic és cada cop més dinàmic (augment de població) i complex (immigració i envelliment)*

El creixement de la població de Catalunya és suau fins a l'any 1996 (variació 1986-1996 d'un 1,86%). A partir d'aquell any comença a créixer i passa de 6.090.040 habitants a 7.105.324 l'any 2005 (creixement del 16,67%). La immigració és un factor determinant en el creixement de la població catalana (la taxa bruta de creixement migratori passa de 0,67 habitants per 1.000 l'any 1996, a 19,31 per 1.000 l'any 2004), cosa que incrementa considerablement el seu pes relatiu sobre el creixement de la població catalana (del 1996 al 2004 hi va haver un creixement brut de 108 habitants per 1.000, el 84,88% del qual va ser degut a la immigració).

L'envelliment de la població de Catalunya s'ha estabilitzat durant els últims anys. Segons dades del Registre Central d'Assegurats del Servei Català de la Salut, l'índex d'envelliment^g va passar de 141 l'any 2002 a 113 l'any 2005 i a 108 l'any 2006. Segons les mateixes dades, l'índex de sobreenvelliment^h va passar de 16 l'any 2002 a 12 l'any 2005 i a 13 l'any 2006.

- *L'aplicació de les noves tecnologies de la informació (NTI) modificarà les relacions entre proveïdors de salut (AP i AE) i ciutadans*

La informació sobre el procés i la malaltia ja no està en possessió única dels metges, principalment a causa de la disponibilitat d'Internet. Els pacients tenen més informació sobre la seva patologia i demanen resultats més ràpidament que fa uns anys. Alhora, cada vegada es tendeix a demanar i promoure decisions compartides (metge-pacient) en la gestió dels problemes de salut. Finalment, els usuaris donen a la seva salut un valor afegit molt elevat respecte al cost que paguen per la seva atenció, la qual cosa incrementa també la demanda de serveis.

- *El nivell de satisfacció en relació amb el temps d'espera, la proximitat del metge i la disponibilitat de tecnologia mèdica és baix i està disminuint*

El problema més important detectat en el Sistema Nacional de Salut durant els últims anys són les llistes d'espera, i la població relaciona directament aquest problema amb una manca de personal en el sistema sanitari.²⁵ Respecte a l'any 1991, s'observa un increment de la població que considerava que no hi havia prou metges a la seva ciutat; que passa d'un 45% a un 53% l'any 2005.²⁵ El "baròmetre sanitari" de l'any 2005 posava també de manifest que el 41,5% de la població tenia la percepció que l'atenció especialitzada ambulatoria havia empitjorat durant el darrer any (xifra superior a la de l'any 2004 d'un 38,2%).²⁶ Això no obstant, a Catalunya es va produir un increment en el nombre de consultes a l'AE (amb una variació 2000-2004 del 14%)^{27, 28, 29, 30, 31}. L'any 2004, el percentatge de persones que opinava que tenia accés a tecnologia sanitària moderna va disminuir respecte a l'any 1991, i va passar

^g Índex d'envelliment: relació entre els assegurats de 65 o més anys i els de < 15 anys (percentatge).

^h Índex de sobreenvelliment: relació entre els assegurats de 85 o més anys i els de 65 o més anys (percentatge).

d'un 61% a un 57%. Pel que fa a la proximitat, l'any 2004 Catalunya era una de les tres comunitats autònomes amb el percentatge més baix de població que tardava menys de quinze minuts a arribar a la consulta mèdica des del seu domicili i un 7,06% de la població tardava més de trenta minuts.²⁶

- *Les regions sanitàries presenten unes característiques sociodemogràfiques molt heterogènies i amb necessitats diferents*

La distribució de la població pel territori català és molt desigual entre regions sanitàries (RS). L'RS Barcelona és, amb diferència, la més poblada (l'any 2004 concentrava el 67,57% de tota la població de Catalunya). La densitat de població presenta una tendència creixent en totes les RS. Les RS que proporcionalment van augmentar més la densitat de població des de 1986 fins al 2004 han estat la regió sanitària Camp de Tarragona (37,15%), l'RS Girona (29,98%) i l'RS Catalunya Central (15,09%). La dispersió de la població en el territori i l'estructura etària de la població són altres característiques diferencials entre RS: l'RS Terres de l'Ebre i l'RS Alt Pirineu i Aran són les RS més envellides. Les característiques topogràfiques del territori, amb desnivells diversos entre RS, dificulten l'accés als serveis entre poblacions. Finalment, la demanda de serveis d'AE també presenta una variabilitat important entre RS (any 2004: 1,7 visites/100.000 habitants; rang 1,3-2,3),³⁰ i les zones de Barcelona Ciutat i Barcelonès Nord i Maresme de la regió sanitària Barcelona eren les que presentaven una taxa superior de visites (2,3 i 1,9, respectivament).

B. Organització de l'oferta

- *L'oferta d'atenció especialitzada ambulatoria és desigual entre les regions sanitàries*

L'oferta d'atenció especialitzada ambulatoria és desigual entre RS. L'any 2004, la regió sanitària Terres de l'Ebre i la regió sanitària Alt Pirineu i Aran eren les RS amb menys oferta d'especialitats (oferien el 67% de les especialitats); alhora, l'oferta d'especialistes a temps complet (ETC) per especialitat també era heterogènia entre RS i variava entre les diferents regions sanitàries de 0,35 a 1,32 per 100.000 habitants (l'RS Lleida era la que presentava una oferta superior, un 1,32 per 100.000 habitants). El lloc de provisió de l'AE també era diferent en les diferents regions sanitàries, i variava entre un 100% de provisió als hospitals (RS Alt Pirineu i Aran) i un 37% de provisió als hospitals (RS Barcelona – Barcelona Ciutat). No es pot oblidar tampoc el dèficit progressiu en recursos humans especialitzats, especialment en les àrees més rurals, que fan necessari organitzar i proveir l'AE amb una visió més flexible entre les estructures organitzatives i territorials, de forma que es garanteixi la qualitat de l'atenció, tot assegurant una massa crítica qualificada.

- *La continuïtat assistencial i la coordinació entre nivells esdevenen els eixos clau de la política sanitària*

Durant la dècada dels anys vuitanta i noranta, la separació entre les funcions de compra i provisió, així com la introducció de mercats interns mitjançant la diversitat de proveïdors, es va convertir en una de les reformes sanitàries més promogudes en els sistemes nacionals de salut, entre els quals hi havia Catalunya. L'any 2005, la integració dels nivells assistencials es trobava entre les prioritats de Catalunya i n'és un exemple la progressiva creació d'organitzacions sanitàries integrades. Aquestes organitzacions estan generalment constituïdes al voltant d'un hospital comarcal, que es responsabilitza de la cobertura d'un conjunt de serveis per a una població geogràfica definida. Alhora, cal esmentar les polítiques que està impulsant el Departament de Salut per promocionar la coordinació i la integració

entre nivells assistencials. Aquestes polítiques són el desenvolupament d'un sistema de finançament capitatiu i els governs territorials de salut.

- *L'atenció especialitzada tendeix a ser cada cop més ambulatoria, i l'atenció primària més resolutiva*
Els avenços en el camp científic de les tecnologies mèdiques,ⁱ l'augment en el coneixement, les competències i les habilitats dels professionals de l'AP i de l'AE i l'evolució de les TIC, permeten fer més ambulatoria l'activitat especialitzada. Dades de l'any 2005 de l'AP de la ciutat de Barcelona mostren una disminució en el nombre de derivacions per 100 visites de l'AP cap a l'AE.³²
- *El model dual de provisió (ICS i concertats) ha influenciat el desplegament de la RAE*
La diversitat d'incentius percebuts pels diferents proveïdors a l'hora d'integrar els especialistes condiona el seu grau d'integració segons l'RS, i és superior en les RS on predominen els hospitals concertats i la diversitat de proveïdors.

C. Gestió i resultats de la reforma

- *La implantació de la RAE es caracteritza per una divergència de visions, una implementació dèbil i un temps d'execució massa llarg*
Des de l'any 1990, la RAE s'ha desenvolupat i implantat de manera desigual en el territori, per la qual cosa en aquests moments hi ha variabilitat quant a la integració d'especialitats (i dels seus especialistes) a la XHUP entre les diferents regions sanitàries. Les dades analitzades procedents del Departament de Salut i de les regions sanitàries, indiquen que l'any 2005 totes les ABS de Catalunya tenien una resolució d'integració d'especialitats en un hospital de la XHUP o en el cas d'alguna especialitat (per exemple, psiquiatria) en algun altre centre especialitzat. Aquesta existència de resolucions sobre integració d'especialitats no sempre ha comportat que s'hagin integrat, de fet, els especialistes. També s'observen diferències quant a la comprensió de la visió de RAE entre RS. És a dir, alguns professionals conceben la RAE com la "integració dels especialistes/de les especialitats" i d'altres com la "definició d'un model d'atenció especialitzada".
- *Les estratègies d'implantació de la RAE es poden agrupar en quatre tipologies*
Aquestes estratègies han estat:
 - a) Integració ràpida i normativa: es caracteritza perquè és una aplicació de la normativa estricta i ràpida; no cerca el pacte ni la cooperació dels diferents agents; sinó la implantació de la reforma tal com està establerta legalment.
 - b) Integració lenta i consensuada: la integració s'ha dut a terme de manera progressiva, mitjançant l'assoliment de pactes entre els diferents agents implicats. Ha estat un procés d'integració lent però consensuat, que ajuda a reduir conflictes.
 - c) Oportunista en relació amb l'hospital: la integració es duu a terme en aquells casos en què les circumstàncies per si mateixes provoquen la integració; és activa perquè el professional hi participa voluntàriament.

ⁱ Tecnologia mèdica: fàrmacs, productes, dispositius i procediments mèdics i quirúrgics adreçats a la prevenció, el diagnòstic, el tractament i la rehabilitació de problemes de salut.

- d) Oportunista en relació amb les jubilacions: la integració és passiva ja que el professional no hi participa directament. L'activitat l'assumeix l'hospital directament per causes de jubilacions, defuncions o places vacants.
- *Les formes organitzatives d'atenció especialitzada ambulatoria resultants de la RAE es poden caracteritzar en sis grans tipologies*
A continuació es descriuen les formes "pures", tot i que en la vida real les organitzacions utilitzen un mix dels elements:
 - a) AE centralitzada: l'hospital és el responsable de donar resposta a la demanda d'AE de la població que té assignada. L'activitat es duu a terme totalment dins de l'espai físic de l'hospital. Els especialistes no es desplacen a l'AP.
 - b) AE descentralitzada: l'hospital ha integrat l'activitat d'AE del seu territori de referència. Gestiona les agendes i l'activitat dels especialistes integrats. L'AE s'estructura en dos nivells: l'AE de suport a l'atenció primària i l'AE pròpia de l'hospital. Ambdues estan gestionades pel cap de servei de l'hospital.
 - c) L'AP compra l'AE: l'AP contracta directament l'AE als proveïdors. El proveïdor d'AE garanteix un servei de 365 dies l'any a l'AP, i aquesta es compromet a pagar un import determinat per cada hora d'especialista realitzada.
 - d) Un tercer agent proporciona l'AE d'especialitats no troncal: l'hospital de referència és el responsable de cobrir la demanda d'AE de la població que té assignada; però quan la demanda per determinats serveis és baixa o hi ha una manca d'especialistes; un tercer agent (especialista o hospital) pot proveir l'AE de les especialitats no troncal.
 - e) AE en base territorial: es tracta d'una unitat funcional que dóna servei d'AE d'una determinada especialitat a tot un territori prèviament delimitat (normalment superior a l'àmbit de referència de l'hospital).
 - f) AE en consorci de proveïdors: es tracta de crear un consorci entre proveïdors que involucrin tant l'AP com l'AE. Es defineixen qui i quins centres seran referents per a determinats problemes de salut dins de l'àmbit del consorci.
 - *El grau de desenvolupament de la RAE està condicionat per l'existència d'elements facilitadors del canvi i de barreres per a la implantació*
Entre els elements facilitadors s'han identificat la definició clara dels rols i els criteris de derivació comuns i compartits; el lideratge del projecte per part de l'hospital (voluntat dels caps de servei) que manté una alta receptivitat i comunicació amb l'AP; l'acceptació que la integració s'ha de fer efectiva en un temps determinat; la predisposició dels responsables d'AP i de l'hospital a cooperar i compartir el model d'atenció especialitzada que cal seguir, tot prioritant la gestió integrada de processos clínics; la segmentació dels especialistes per integrar i flexibilitzar la negociació de les integracions, i la disponibilitat d'informació clínica compartida entre l'AP i l'hospital.

Entre les barreres per produir el canvi s'han identificat els processos de reforma de la xarxa hospitalària que han contribuït a endarrerir en alguns casos la reforma; l'evolució de les polítiques sanitàries en el temps també hi han interferit; els especialistes que s'han d'integrar no tenen actualitzades les seves competències; els especialistes que s'han d'integrar són reticents per conflicte d'interessos (exclusivitat); alguns hospitals no tenen l'espai físic per integrar l'activitat dels especialistes; l'absència i el poc lideratge de l'agent regulador per impulsar la reforma i resoldre conflictes i situacions estancades, etc.

D. Recursos Humans

- *Els pròxims anys la tendència serà que s'accentui i es generalitzi el dèficit d'especialistes*
La ràtio de metges per habitant ha disminuït durant els darrers anys (2000-2003). Alhora, també ha disminuït l'índex de cobertura de places d'especialista (l'índex de cobertura de l'any 2000 era del 61,49% i l'índex de cobertura del 2003 era del 36,53%).³³ La producció absoluta de nous professionals ha disminuït en el període 1992-2002, en què s'observa que el nombre d'estudiants que es van matricular en les facultats de medicina espanyoles va disminuir un 19,1%. L'any 2004, a Catalunya, el 23,3% de metges tenien més de 55 anys d'edat. Això implica la jubilació a curt i mitjà termini d'un nombre important de metges. Finalment, cal esmentar la feminització de la professió (l'any 2004 el 40% dels col·legiats són dones i dues terceres parts dels estudiants també ho són), això probablement provocarà més necessitat de persones físiques per fer la feina d'un professional equivalent a temps complet, a causa de les baixes per maternitat i a més discontinuïtat de la carrera professional.
- *Finalitzar la reforma afecta 245,86 especialistes "equivalents a temps complet", segons l'estudi realitzat (any 2004). Segons dades de l'ICS (any 2006), finalitzar la integració afecta 714 especialistes de "contingent" + 200 "jerarquitzats" no integrats orgànicament [que equival a 838.500 hores d'especialista]*
 - a) El 81,39% es concentren a l'RS Barcelona.
 - b) Els especialistes pendents d'integrar es reparteixen en dinou especialitats.
 - c) Les tres especialitats amb més especialistes per integrar són: cirurgia ortopèdica i traumatologia (COT), obstetrícia i ginecologia (OG) i oftalmologia.
 - d) El 74% dels especialistes pendents d'integrar es concentren en set especialitats: COT, OG, oftalmologia, dermatologia, otorinolaringologia (OTR), cardiologia i aparell digestiu.

Annex 2. Resum de l'estudi d'identificació de les especialitats amb més possibilitats de concentració o descentralització i anàlisi de les propostes de millora organitzativa per a aquestes especialitats

L'estudi que s'ha dut a terme identifica, en primer lloc, les especialitats amb més possibilitat de concentració (hospital) o descentralització (AP o altres centres amb serveis d'AEA). A continuació analitza aquestes especialitats per confirmar si la descentralització és factible i posteriorment proposa els processos propis de l'especialitat (que ha d'atendre el professional especialista) i aquells que es poden resoldre des de l'AP. També analitza la relació de l'AE amb l'AP que s'hauria d'assolir per a cadascuna de les especialitats i els requeriments tecnològics que haurien d'estar disponibles en els centres amb serveis d'AEA per augmentar el nivell de resolució.

Per identificar les especialitats amb més possibilitat de concentració o descentralització s'ha fet una recerca de les fonts d'informació disponibles sobre el tema; s'han analitzat els resultats del diagnòstic de situació comentats anteriorment¹¹ i altres estudis identificats sobre capacitat de resolució ambulatoria^{34, 35} i també s'ha dut a terme una revisió de la literatura publicada (vegeu l'apartat de bibliografia).

A continuació s'han seleccionat les especialitats en què el percentatge de visites totals fetes de manera descentralitzada era més elevat (i superior al 20%) i, per evitar que la manca d'oferta afectés aquesta distribució, només s'han considerat les dades de les zones amb prou oferta (GTS amb ABS urbanes i semiurbanes).

En la taula 12 s'han inclòs les especialitats amb consultes predominantment en entorn hospitalari i es mostra el nombre de visites totals per 100.000 habitants de cada especialitat i la distribució del percentatge d'aquestes visites totals (percentatge de visites al CAP o descentralitzades i percentatge de visites a les CE de l'hospital).

Les mateixes dades, però per a les especialitats que s'han seleccionat amb més possibilitats de descentralització, es detallen en la taula 13. Es considera que, en zones amb prou oferta, aquestes especialitats es podrien plantejar amb un abordatge descentralitzat, sempre que hi hagi una bona coordinació entre l'AP i l'AE i es disposi del suport necessari.

Taula 12. Especialitats amb visites predominantment en entorn hospitalari (CE) segons dades de les àrees bàsiques de salut urbanes i semiurbanes

Especialitat	Visites totals x 100.000h (Rang GTS)	% Visites totals	
		CAP	Hospital CC EE
Al·lèrgologia	1.104 (821 - 7.515)	9,9	90,1
Anestesiologia i reanimació	3.551 (652 - 6.882)	0,6	99,4
Angiologia i cirurgia cardiovascular	2.160 (93 - 5.800)	1,9	98,1
Cirurgia oral i maxil·lofacial	643 (119 - 3.172)	1,6	98,4
Cirurgia pediàtrica	568 (125 - 5.353)	1,0	99,0
Cirurgia plàstica, estètica i reparadora	806 (123 - 2.032)	-	100,0
Cirurgia toràcica	139 (274 - 674)	-	100,0
Geriatría	190 (56 - 1.474)	-	100,0
Hematologia i hemoteràpia	5.999 (397 - 25.386)	-	100,0
Immunologia	66 (155 - 317)	-	100,0
Medicina interna	4.193 (1.151 - 14.255)	-	100,0
Medicina nuclear	21 (55 - 183)	-	100,0
Neurocirurgia	465 (24 - 2.346)	-	100,0
Neurofisiologia clínica	155 (158 - 1.418)	-	100,0
Oncologia mèdica	3.752 (137 - 24.869)	-	100,0
Oncologia radioteràpica	1.447 (3.943 - 9.013)	-	100,0
Psicologia clínica	395 (24 - 2.038)	5,7	94,3
Psiquiatria	3.081 (272 - 9.022)	4,5	95,5

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació (DGPA). Estructura i utilització de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya. Any 2004. Barcelona. Febrer 2006.

Taula 13. Especialitats amb major percentatge de visites descentralitzades segons dades de les àrees bàsiques de salut urbanes i semiurbanes

Especialitat	Visites totals x 100.000h (Rang GTS)	% Visites totals	
		CAP	Hospital CE
Aparell digestiu	5.973 (2.805-13.301)	47,7	52,3
Cardiologia	7.133 (2.167-15.159)	52,8	47,2
Cirurgia general i aparell digestiu	8.280 (3.553 - 18.739)	28,6	71,4
Cirurgia ortopèdica i traumatologia	20.250 (12.139 - 39.318)	39,3	60,7
Dermatologia	9.161 (3.968 - 16.945)	51,8	48,2
Endocrinologia i nutrició	5.713 (513 - 10.459)	36,2	63,8
Neurologia	4.287 (1.486 - 8.659)	24,5	75,5
Oftalmologia	15.698 (7.038 - 34.540)	43,9	56,1
Otorinolaringologia	9.667 (3.321 - 17.263)	45,8	54,1
Pneumologia	3.953 (837 - 8.074)	32,6	67,4
Reumatologia	3.551 (687 - 6.586)	32,0	68,0
Urologia	8.330 (4.055 - 21.326)	31,0	69,0

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació (DGPA). Estructura i utilització de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya. Any 2004. Barcelona. Febrer 2006.

Així doncs, les especialitats seleccionades com a susceptibles de provisió descentralitzada són les següents:

- Aparell digestiu.
- Cardiologia.
- Cirurgia general.
- Cirurgia ortopèdica i traumatologia.
- Dermatologia.
- Endocrinologia i nutrició.
- Neurologia.
- Oftalmologia.
- Otorinolaringologia.
- Pneumologia.
- Reumatologia.
- Urologia.

A continuació, per assolir els objectius d'aquest estudi i identificar propostes de millora organitzativa, s'ha dut a terme una anàlisi més específica mitjançant entrevistes estructurades a professionals de l'atenció especialitzada, per conèixer el funcionament de la seva especialitat, els processos més freqüents que han de tractar, quina formació haurien de rebre els professionals d'atenció primària sobre l'especialitat, quins problemes detecten, etc. D'altra banda, aquesta visió s'ha complementat amb la de l'atenció primària, obtinguda mitjançant grups focals amb professionals d'atenció primària, per conèixer quins són els casos que atenen i deriven, quina és la seva relació amb els professionals d'atenció especialitzada, quina és la seva opinió sobre el que podrien fer i els requeriments tecnològics i el tipus de suport que necessitarien i també quina relació seria l'adequada per augmentar la resolució i millorar la continuïtat assistencial. Els resultats més generals sobre la relació entre l'AP i l'AE d'ambdós treballs s'han comentat anteriorment en l'apartat d'anàlisi de situació. A continuació es presenten els relacionats més directament amb el funcionament de les especialitats i la seva organització.

Els trets més importants que cal remarcar des de la visió de l'atenció especialitzada ambulatoria obtinguda mitjançant les entrevistes amb els especialistes d'atenció especialitzada són els següents:

- Fluxos entre AP i AE:
 - El retorn de l'AEA a l'AP varia entre un 20% i un 80% (en general, en especialitats amb un diagnòstic basat en proves complementàries, és menor del 50% i en especialitats amb diagnòstic clínic, és superior al 50%).
 - La derivació a l'AE hospitalària des de l'AEA varia entre un 1% i un 30% i és superior en les especialitats quirúrgiques que en les especialitats mèdiques.
- Funcionament de l'atenció especialitzada:
 - Hi ha especialistes amb diferents modalitats de contracte i diferent dedicació dels professionals.
 - El mitjà de comunicació més utilitzat entre l'AP i l'AE és el telèfon.
 - No hi ha problemes amb la derivació hospitalària des de l'AEA descentralitzada.
 - Seria desitjable disposar d'altres professionals sanitaris específics per treballar en equip (per exemple, optometristes, fisioterapeutes, podòlegs, etc.).

- S'haurien de consensuar protocols de derivació i seguiment dels processos i les proves complementàries més prevalents amb l'AP i dur a terme consultories per als casos dubtosos.
- Hi ha dificultat en la comunicació amb l'AP i es detecten derivacions inadequades.
- En general, no és possible compartir informació clínica ni amb l'AP ni amb l'hospital.

Dels resultats obtinguts a partir de l'opinió dels professionals de l'AP (grups focals) es pot destacar:

- La manca de coneixement de la distribució de competències entre l'AP i l'AE.
- La manca de criteris de derivació i la poca coordinació.
- S'han de definir els rols dels professionals.
- La relació amb l'hospital és complicada i es produeixen lluites de poders.
- El pacient ha de ser el centre d'atenció i també ha de ser responsable.
- El CatSalut ha d'intervenir més en la coordinació de la integració assistencial.
- Les tecnologies de la informació no són compatibles.
- Manca personal de suport.
- Es detecta la necessitat d'una cartera de serveis i de més capacitat de resolució de l'AP.
- S'ha de considerar l'augment de la pressió assistencial dels últims anys.
- Falta motivació i reconeixement social de l'AP.
- Hi ha una necessitat de formació continuada.

S'han elaborat també una sèrie de recomanacions perquè es puguin orientar les accions que s'han de dur a terme segons la situació actual del tema en els diferents territoris. Aquestes recomanacions s'han resumit a continuació i detallen més específicament els punts analitzats per a cadascuna de les dotze especialitats estudiades.

S'apunten aquells processos que es proposa atendre juntament amb l'AP (diferenciant motius de consulta i processos de seguiment de patologia crònica) i els propis de l'atenció especialitzada (diferenciant aquells que es podrien descentralitzar a centres amb serveis d'AEA dels que s'atendrien preferentment en les consultes externes dels hospitals). També s'ha resumit la relació que s'hauria d'aconseguir entre l'AE i l'AP (consultoria presencial, consultoria virtual, reciclatge del professionals d'AP amb els especialistes i les sessions clíniques) i, finalment, amb el nom de tecnologia en els centres amb serveis d'AEA, s'indiquen les necessitats de material, d'espais i de professionals que s'haurien de considerar perquè un centre amb serveis d'atenció especialitzada ambulatoria assoleixi una bona capacitat resolutiva.

Resum de l'anàlisi dels processos, la relació de l'atenció especialitzada amb l'atenció primària i la tecnologia en els centres amb serveis d'atenció especialitzada ambulatoria per a cadascuna de les especialitats seleccionades

APARELL DIGESTIU

Processos	AMB AP		PROPIS	
	Motius de consulta	Seguiment de patologia crònica	CE Hospital	Centres amb serveis d'AEA
	Alteració analítica hepàtica Epigastràlgia Dolor abdominal Alteració del ritme intestinal	Hepatitis crònica Hepatopatia crònica estable MII estable Còlon irritable Malaltia esofàgica per reflux	MII complexa Hepatocarcinoma Poliposi	Malaltia crònica amb clínica
Relació amb AP	Consultoria presencial	Consultoria virtual	Reciclatge amb especialista	Sessions
	1 / mes per a casos dubtosos	Per a pacients crònics ja coneguts		1/any per consensuar o revisar protocols i criteris de prioritització
Tecnologia en els centres amb serveis d'AEA	Material*	Espai	RH	
	Test de l'aler			

*Segons la tipologia del centre amb serveis d'AEA, cal valorar l'endoscòpia.

CARDIOLOGIA

Processos	AMB AP		PROPIS	
	Motius de consulta	Seguiment de patologia crònica	CE Hospital	Centres amb serveis d'AEA
	Bufs Dispnea Dolor toràcic Alteracions ECG Síncope Palpitacions	Cardiopatia isquèmica crònica Fibril·lació auricular crònica Valvulopaties	IQ i trasplantament Portadors de DAL i de revascularització complexa	Marcapasos Cardiopatia isquèmica subaguda Fibril·lació auricular paroxística Valvulopaties greus Miocardiopaties
Relació amb AP	Consultoria presencial	Consultoria virtual	Reciclatge amb especialista	Sessions
	1/mes per a casos dubtosos	per pacients crònics ja coneguts	+	1/any per consensuar/revisar protocols i criteris de prioritització
Tecnologia en els centres amb serveis d'AEA	Material	Espai	RH	
	Ecocardiograma Proves d'esforç Holter cardíac Desfibril·lador		Infermer/a pera proves complementàries i optimització de tractament farmacològic	

CIRURGIA GENERAL I DE L'APARELL DIGESTIU

Processos	AMB AP		PROPIS	
	Motius de consulta	Seguiment de patologia crònica	CE Hospital	Centres amb serveis d'AEA
	Rectorràgia Varius Tm. parts toves Adenopaties	Hèrnies Litiasi vesicular Malaltia esofàgica per reflux	Pancreatopaties Patologia tumoral	Patologia anal Eventracions Colecistectomies
Relació amb AP	Consultoria presencial	Consultoria virtual	Reciclatge amb especialista	Sessions
	1/mes per a casos dubtosos			1/any per consensuar/revisar protocols i criteris de prioritziació
Tecnologia en els centres amb serveis d'AEA	Material	Espai	RH	
	Material per cures i sutures	Quiròfan cma amb monitor, llum adequada i material de reanimació	Infermer/a per a cures i retirada de punts	

CIRURGIA ORTOPÈDICA I TRAUMATOLOGIA

Processos	AMB AP		PROPIS	
	Motius de consulta	Seguiment de patologia crònica	CE Hospital	Centres amb serveis d'AEA
	Artrosi Cervicàlgia subaguda Lumbàlgia subaguda Radiculopaties Lesions de parts toves	Escoliosi Peus plans Hernia discal	IQ esquena Radiculopaties que requereixen col·laboració del anestesista	Pròtesi Malaltia crònica amb clínica
Relació amb AP	Consultoria presencial	Consultoria virtual	Reciclatge amb especialista	Sessions
	1/mes per a casos dubtosos		+	1/any per consensuar o revisar protocols i criteris de prioritziació
Tecnologia en els centres amb serveis d'AEA	Material	Espai	RH	
	Material pera cures, embenatges, guixos ...	Despatx comunicat amb infermeria i espai per fer infiltracions, embenatges, guixos, ...	Infermer/a formada per fer cures, guixos, embenatges, ... Accés a fisioteràpia	

DERMATOLOGIA

Processos	AMB AP		PROPIS	
	Motius de consulta	Seguiment de patologia crònica	CE Hospital	Centres amb serveis d'AEA
	Èczemes crònics Berrugues Condilomes <i>Moluscum</i> Queratosi actínica Lesions pigmentades Consells estètics	Berrugues <i>Moluscum</i> Queratosi actínica Èczemes seborreics	Malalties autoimmunitàries Melanomes	Psoriasi Èczema atòpic C. cutani no melanoma Queratosi actínica
Relació amb AP	Consultoria presencial	Consultoria virtual	Reciclatge amb especialista	Sessions
	1/mes per a retroalimentació	Per a situacions de població dispersa o enllitada	+	2/any per consensuar / revisar protocols i criteris de prioritització
Tecnologia en els centres amb serveis d'AEA	Material	Espai	RH	
	Crioteràpia, Electrocoagulació, Material per a petita cirurgia	Quiròfan cma amb monitor, llum adequada i material de reanimació	Infermer/a per cures i retirada de punts i re-tractaments	

ENDOCRINOLOGIA I NUTRICIÓ

Processos	AMB AP		PROPIS	
	Motius de consulta	Seguiment de patologia crònica	CE Hospital	Centres amb serveis d'AEA
	Alteracions funcionals i morfològiques tiroïdals Diabetis <i>mellitus</i> Obesitat	Diabetis <i>mellitus</i> Hipotiroidisme Obesitat	DMT1 DM gestacional Patologia tumoral Obesitat. mòrbida amb IQ Alteracions de l'eix Hipotàlam /Hipòfisis	DMT 2 en < de 50anys DMT 2 de difícil control DMT 2 amb complicacions Hipertiroidisme Obesitat moderada
Relació amb AP	Consultoria presencial	Consultoria virtual	Reciclatge amb especialista	Sessions
	1/mes per a casos dubtosos	Per a pacients crònics i alteracions analítiques		1/any per consensuar/revisar protocols i criteris de prioritització
Tecnologia en els centres amb serveis d'AEA	Material	Espai	RH	
	Accés "on time" al Holter de TA i monitorització de glicèmia, bàscula, tensiòmetre	Despatx comunicat amb infermeria. Sala d'educació grupal	Infermera educadora en el centre amb AEA (referent) i infermeres educadores en les ABS	

NEUROLOGIA

Processos	AMB AP		PROPIS	
	Motius de consulta	Seguiment de patologia crònica	CE Hospital	Centres amb serveis d'AEA
	Psicosomàtic Vertígens Tremolor Mal de cap Oblits Alteracions de la força / sensibilitat	Epilèpsia Migranya AVC	Epilèpsia rebel al tractament Parkinson evolucionat Patologia neuromuscular Esclerosi lateral amiotròfica Esclerosi múltiple	Epilèpsia en fase d'estabilització Mal de cap per abús de analgèsics Tractament de demències Parkinson
Relació amb AP	Consultoria presencial	Consultoria virtual	Reciclatge amb especialista	Sessions
	1/mes per a casos dubtosos		+	1/any per consensuar/revisar protocols i criteris de prioritziació
Tecnologia en els centres amb serveis d'AEA	Material	Espai	RH	
	EMG		Accés a psicòlegs i fisioterapeutes	

OFTALMOLOGIA

Processos	AMB AP		PROPIS	
	Motius de consulta	Seguiment de patologia crònica	CE Hospital	Centres amb serveis d'AEA
	Disminució de la visió Ull vermell Dolor ocular Sequedat ocular, ...	Conjuntivitis Blefaritis Patologia annexal Retinopatia DM	Patologia retiniana	Cataractes Glaucoma
Relació amb AP	Consultoria presencial	Consultoria virtual	Reciclatge amb especialista	Sessions
		Per a casos dubtosos, per imatges de fons d'ull, ...		1/any per consensuar/revisar protocols i criteris de prioritziació
Tecnologia en els centres amb serveis d'AEA	Material	Espai	RH	
	Làmpada de fenedura i fresa corneal Oftalmoscopi D/I Lupes, lents... Auto refractòmetre Queratómetre Topògraf Tonòmetre Retinoscopi	Despatx optometrista comunicat Quiròfan cma amb monitor...	Increment del temps de l'optometrista per fer estudis preoperatoris i controls postoperatoris. També per utilització de càmeres amidiàtiques i per fer campimetries i tonometries.	

OTORINOLARINGOLOGIA

Processos	AMB AP		PROPIS	
	Motius de consulta	Seguiment de patologia crònica	CE Hospital	Centres amb serveis d'AEA
	Hipoacúsia Amigdalitis i otitis en nens Rinitis i faringitis crònica Roncadors Vertígens i mareig	Presbiacúsia	Tumors malignes	Hipoacúsia < 60 anys

Relació amb AP	Consultoria presencial	Consultoria virtual	Reciclatge amb especialista	Sessions
				+

Tecnologia en els centres amb serveis d'AEA	Material*	Espai	RH
	Microscopi quirúrgic Fibroscope flexible Otoscope Audiometries	Despatx comunicat amb infermeria (audiometries)	Infermer/a format/ada en audiometries, otoscòpia i extracció de taps de cera

*Segons la tipologia del centre amb serveis d'AEA, cal valorar l'endoscòpia.

PNEUMOLOGIA

Processos	AMB AP		PROPIS	
	Motius de consulta	Seguiment de patologia crònica	CE Hospital	Centres amb serveis d'AEA
	Tos crònica Alteracions de la són MPOC Asma	MPOC Asma	P. Intersticial Pacients pluripatològics	MPOC greu Asma greu Patologia laboral SAOS

Relació amb AP	Consultoria presencial	Consultoria virtual	Reciclatge amb especialista	Sessions
			per casos clínics, imatges radiològiques, ...	

Tecnologia en els centres amb serveis d'AEA	Material*	Espai	RH
	Capnògraf Poligrafia respiratòria Oxímetre Espirometria	Despatx comunicat amb infermeria i per fer proves complementaries	Infermer/a format/ada en proves funcionals respiratòries

*Segons la tipologia del centre amb serveis d'AEA, cal valorar l'endoscòpia.

REUMATOLOGIA

Processos	AMB AP		PROPIS	
	Motius de consulta	Seguiment de patologia crònica	CE Hospital	Centres amb serveis d'AEA
	Poliartràlgia Artrosi Osteoporosi Espanlla dolorosa Lumbàlgia cardialgia	Artrosi Osteoporosi Reumatisme de parts toves Artritis per microcristalls Malatia de Paget Fibromiàlgia	Malalties autoimmunitàries greus	Malaltia crònica amb clínica
Relació amb AP	Consultoria presencial	Consultoria virtual	Reciclatge amb especialista	Sessions
	1/mes per a casos dubtosos		+	1/any per consensuar/revisar protocols i criteris de prioritització
Tecnologia en els centres amb serveis d'AEA	Material	Espai	RH	
	Ecografia de parts toves	Millorar adequació dels espais per fer infiltracions, artrocentesi ...	Accés a fisioteràpia	

UROLOGIA

Processos	AMB AP		PROPIS	
	Motius de consulta	Seguiment de patologia crònica	CE Hospital	Centres amb serveis d'AEA
	Proteinúria Alteracions de la urea/ creat / sediment orina Hematúria Lumbàlgia Síndrome miccional Alteracions de la PSA	Infecció urinària Litiasi renal HBP	Patologia tumoral amb tractament de quimioteràpia Seguiment d'IQ mutilants	HBP complicada Litiasi renal complicada PSA>4 amb biòpsia no diagnòstica Control de la patologia tumoral
Relació amb AP	Consultoria presencial	Consultoria virtual	Reciclatge amb especialista	Sessions
	1/mes per a casos dubtosos	Per a alteracions analítiques		1/any per consensuar/revisar protocols i criteris de prioritització
Tecnologia en els centres amb serveis d'AEA	Material*	Espai	RH	
	Ecografia i biòpsia Prostàtica Sondes i dilatadors	Millorar l'adequació dels espais per fer sondatges Dilatacions ... i cma		

*Segons la tipologia del centre amb serveis d'AEA, cal valorar l'endoscòpia.

11. Actors del Pla

Direcció del pla estratègic d'ordenació

María Luisa de la Puente Martorell
Directora
Direcció General de Planificació i Avaluació - DS

Josep Fusté Sugrañes
Cap de la Unitat de Mapa Sanitari
Direcció General de Planificació i Avaluació - DS

Dolors Costa Sampere
Adjunta a la Direcció
Direcció General de Planificació i Avaluació - DS

Laura Sampietro Colom
Plans Estratègics d'Ordenació de Serveis (fins al setembre del 2007)
Direcció General de Planificació i Avaluació - DS

Responsable operatiu del pla estratègic d'ordenació

Anna Busqué Gili
Unitat Mapa Sanitari
Direcció General de Planificació i Avaluació - DS

Grup tècnic de seguiment del pla estratègic d'ordenació

Josep Fusté Sugrañes	Mapa Sanitari - Direcció General de Planificació i Avaluació - DS
Margarita Admetlla Falgueras	Mapa Sanitari - Direcció General de Planificació i Avaluació - DS
Herminia Biescas Prat	Mapa Sanitari - Direcció General de Planificació i Avaluació - DS
Anna Busqué Gili	Mapa Sanitari - Direcció General de Planificació i Avaluació - DS
Josep Maria Argimon Pallas	Gerent de Compra i Avaluació de Serveis Assistencials – Servei Català de la Salut
Josep M. Jimenez Arnau	Divisió d'Avaluació de Serveis - Servei Català de la Salut
Àlex Guarga Rojas	Planificació – Regió Sanitària Barcelona – Servei Català de la Salut
Roser Martínez Méndez	Planificació - Regió Sanitària Catalunya Central – Servei Català de la Salut

Grup directiu de seguiment del pla en la fase estratègica (anys 2005-2006)

M. Luisa de la Puente Martorell	Directora general de Planificació i Avaluació i subdirectora del Servei Català de la Salut
Josep Fusté Sagrañes	Cap de la Unitat de Mapa Sanitari. Direcció General de Planificació i Avaluació - DS
Dolors Costa Sempere	Adjunta a la Direcció. Direcció General de Planificació i Avaluació - DS
Enric Agustí Fabré	Subdirector del Servei Català de la Salut
Mateu Huguet Recasens	Cap de la Divisió d'Hospitals de l'Institut Català de la Salut
Josep Casajuana Brunet	Divisió d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut
Joan Farré Calpe	Consorti Hospitalari de Catalunya
Genís Roca Figueras	Consorti Hospitalari de Catalunya
Lydia Padró Pitarch	Unió Catalana d'Hospitals
Esther Pérez Velasco	Unió Catalana d'Hospitals
Roger Pla Farnos	Coordinador Plans Directors. Direcció General de Planificació i Avaluació - DS
Roser Martínez Mèndez	Planificació. Regió Sanitària Catalunya Central – Servei Català de la Salut
Àlex Guarga Rojas	Cap de Planificació. Regió Sanitària Barcelona - Servei Català de la Salut
Daniel Fernández Ponce	Cap de la Divisió de projectes del Servei Català de la Salut
Laura Sampietro Colom	Unitat de Plans Estratègics d'Ordenació de Serveis – Direcció General de Planificació i Avaluació - DS

Grup directiu de seguiment del pla en la fase de definició del Pla d'acció

M. Luisa de la Puente Martorell	Directora general de Planificació i Avaluació i subdirectora del Servei Català de la Salut
Josep Fusté Sagrañes	Direcció General de Planificació i Avaluació - DS
Francesc Brosa Llinares	Direcció Àrea de Serveis i Qualitat - CatSalut
Josep Maria Argimon Pallas	Gerència de Compra i Avaluació de Serveis Assistencials - CatSalut
Montserrat Figuerola Batista	Institut Català de la Salut
Ramon Cunillera Grañó	Consorti de Salut i Social de Catalunya
Roser Fernández Alegre	Unió Catalana d'Hospitals

Grup tècnic de Planificació de les Regions Sanitàries del Servei Català de la Salut

Felip Benavent Viladegut	Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran
Marta Miret Montané	Regió Sanitària Lleida
Gerard Ferrer Valdes	Regió Sanitària Lleida
Pilar Magrinyà Rull	Regió Sanitària Camp de Tarragona
Paulina Viñas Folch	Regió Sanitària Camp de Tarragona
Lluïsa Brull Gisbert	Regió Sanitària Terres de l'Ebre
Lluís Granero Vilarasau	Regió Sanitària Terres de l'Ebre
Meia Faixedas Brunsoms	Regió Sanitària Girona
Remei Juncadella Planell	Regió Sanitària Catalunya Central
Roser Martinez Domenech	Regió Sanitària Catalunya Central
Alex Guarga Rojas	Regió Sanitària Barcelona

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

Eva Abadia, Margarita Admetlla, Rosa Aguilera, Alicia Aguiló, Enric Agustí, Carme Albinyana, Monica Almiñana, Estanis Alonso, Xavier Altimiras, Olinda Ania, Albert Aranda, Enric Argelagués, Armand Arilla, Albert Ariza, Jaume Auleda, Fèlix Badia, Josep Ma. Badosa, Eudald Ballesta, Jordi Barnola, Sebastià Barranco, Joan Barrubés, Josep Basora, Fernández Bayón, Alba Benaque, Felip Benavent, Jaume Benavent, Joan Berenguer, Miquel Maria Biarnes, Herminia Biescas, Montserrat Boqué, Josep Maria Borràs, Manel Borrell, Sara Bosch, Margarita Bou, Azucena Bravo, Pilar Brugulat, Lluïsa Brull, Anna Busqué, Carme Busqué, Xavier Caballero, Carmen Caja, Maria Antonia Calsina, Helena Calvo, Lourdes Camp, Maria Teresa Campanera, Salvador Campasol, Josep Carreres, Josep Casajuana, Montserrat Casamitjana, Carme Casas, Ramon Casas, Manel Castells, Gabriel Coll, Antonio Collado, Cristina Colls, Lluís Colomé, Hector Corominas, Dolors Costa, Antoni Curós, Josefa de Castro, Meritxell Devant, Josep Lluís Díez, Aurora Dueñas, Joan Escarrabill, Jaume Estany, Carme Esteve, Margarita Esteve, Josep Fabà, Francesc Fàbrega, Meia Faixedas, Josep Farrés, Fina Felisart, Ana Belen Fernández, Daniel Fernández, Maria Lluïsa Fernández, Sofia Ferré, Gerard Ferrer, Montserrat Figuerola, Maria Foglia, David Font, Ramón Fontova, Ricard Frigola, Josep Fusté, Gisela Galindo, Miquel Gallofré, Carles Garcia, Ferran Garcia, Genís Garcia, Maria José Garcia, Carme González, Miquel González, Jordi González, Rafael Gracia, Josep Ma. Grego, Jaume Grifoll, Montserrat Grivé, Àlex Guarga, Inka Guixá, Anna Gutierrez, Mateu Huguet, Antoni Iruela, Marisa Jimenez, Gloria Jodar, Albert Josa, Jordi Jové, Remei Juncadella, Carme Lacasa, Maria Teresa Lapiedra, Francesc Larrosa, Marta Larrosa, Alberto León, Tona Lizana, Montserrat Llavallol, Joan Llongueras, Josep Ramon Llopart, Rafael Lopez, Marisol López, Victor López, Anna Lucas, Pilar Magrinyà, Enric Mangas, Albert Marin, Francisco Martín, Maria Teresa Martín, Amando Martín Zurro, Carme Martínez, Roser Martínez, Teresa Martínez, Rafael Masià, Marc Matarradona, Xavier Mateu, Pilar Mateu, Mercè Mercader, Cristina Molina, Anna Mompert, Jordi Monedero, Ramon Morera, Pilar Morón, Miguel Angel Muñoz, Inma Navazo, Xavier Oliach, Lydia Padró, Joaquim Pallejà, Joan Parellada, Ferran Pastor, Joaquim Pallejà, Joan Victorià Peralta, Vicenç Perelló, Miquel Perona, Ramon Piñol, Josep M. Piqué, Josep Manel Picas, Albert Planas, Aina Plaza, Francesc Porta, Montserrat Portas, Alfonso Pozuelo, Joan Prieto, Luis Puello, Maria Jesús Pueyo, Carles Puig, Nuria Puig, Francesc Pujol, Ramon Pujol, Claustre Rafart, Isabel Ramón, Antoni Riba, Anna Ribé, Gisela Ribera, Carme Riera, Rosa Riera, Francina Riu, Genis Roca, Jaume Roca, Teresa Rodríguez, Ismael Roldán, Pere Romero, Jaume Rosal, Josep M. Sabaté, Teresa Sabater, Laura Sampietro, Margarita Sanchez, Yuri Sánchez, Marta Sancho, Plácido Santafé, Javier Santillana, Ramón Sanz, Jordi Segarra, Jordi Serra, Isabel Serrano,

Rosa Maria Serrasolsas, Ana Solano, Pilar Soria, Xavier Surís, Maria José Tarredelles, Rafael Toribio, Ricard Treserras, M. Luisa Vázquez, M. Dolors Vega, Maria Vilagrassa, Montserrat Vilalta, Maria Carme Vilardell, Mercè Vilarrubi, Ramón Vilatimó, Paulina Viñas

El nostre agraïment a les organitzacions sanitàries, les societats científiques, les entitats i els professionals que, amb la seva col·laboració, han fet possible l'elaboració d'aquest document.

Suport administratiu i coordinació de l'edició del document

Imma Ariete Camacho
Rosa Zapata Campos

Mapa Sanitari - Direcció General de Planificació i Avaluació - DS
Mapa Sanitari - Direcció General de Planificació i Avaluació - DS

12. Bibliografia

¹ Ministeri de Sanitat i Seguretat Social. Llei 14/1986. Llei general de sanitat, del 25 d'abril. BOE núm. 102, de 26 d'abril de 1986.

² National Institute of Medicine. Washington: National Academy Press. "Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century". 2001.

³ Gervas J, Rico A. "Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada". Med Clin 2006; 126:658-661.

⁴ World Health Organization Gröne O, Garcia-Barbero M. "Trends in integrated care: reflections on conceptual issues". Copenhagen 2002, EUR/02/5037864.

⁵ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Decret 84/1985, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut de Catalunya. DOGC núm. 527, de 10 d'abril de 1985; pàg. 872-874.

⁶ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Decret 284/1990, de 21 de novembre, pel qual es dicten normes per a la reordenació de l'atenció de les especialitats mèdiques compreses en el segon grup d'especialitats a què es refereix l'article 1.2.b del Decret 84/1985, de 21 de març. DOGC núm. 1374, de 30 de novembre de 1990; pàg. 5451-5452.

⁷ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Decret 139/1995, de 18 d'abril, pel qual es dicten normes per a la reordenació de l'atenció de diverses especialitats mèdiques. DOGC núm. 2045, de 3 de maig de 1995; pàg. 3462-3464.

⁸ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, Decret 38/2006, de 14 de març, pel qual es regula la creació dels governs territorials de salut. DOGC núm. 4594, de 16 de març del 2006; pàg. 12348-12350.

⁹ <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2390/piapisc11febrer2010.pdf>.

¹⁰ Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut i Servei Català de la Salut. Demanda d'atenció sanitària en xifres. Setembre 2010.

¹¹ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. Estructura i utilització de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya. Any 2004. Barcelona. Febrer 2006.

¹² <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir505/ecs.pdf>.

¹³ Inoriza, JM, Coderch, J, Carreras M, Vall-Llosera L, Lisbona JM, Ibern P, Garcia Goñi M. La despesa sanitària segons morbiditat. Estudis d'economia de la salut (volum II). Direcció General de Planificació i Avaluació. Abril del 2008.

¹⁴ <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/pediatria2007.pdf>.

¹⁵ <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2384/plamatinf.pdf>.

¹⁶ www.gencat.cat/salut/mapasanitari.htm.

¹⁷ Ministeri de Sanitat i Seguretat Social. Decret 2766/1967, de 16 de novembre, pel qual es dicten normes sobre prestacions d'assistència sanitària i ordenació dels serveis mèdics en el règim general de la Seguretat Social. BOE núm. 284, de 28 de novembre de 1967, i correcció d'errors en el BOE núm. 20, de 23 de gener de 1968.

¹⁸ Le Fur Ph, Lengagne P. Modes d'accès aux spécialistes: état des lieux avant la mise en place du parcours de soins coordonnés. *Questions d'Économie de la Santé*; 2006; 106.

¹⁹ Blanes i Llorens A, Menacho Montes T. Centre d'Estudis Demogràfics. Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. Projeccions de població per al mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública de Catalunya. Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2005.

²⁰ Generalitat de Catalunya. Decret 213/1999, de 27 de juliol, pel qual es crea la xarxa de centres, serveis i establiments de salut mental d'utilització pública de Catalunya. DOGC núm. 2944, de 3 d'agost de 1999; pàg. 10407-10408.

²¹ Generalitat de Catalunya. Decret 170/2010, de 16 de desembre, de regulació del sistema de pagament dels convenis i els contractes de gestió de serveis assistencials en l'àmbit del Servei Català de la Salut. DOGC núm. 5.764, de 26 de novembre de 2010; pàg. 86643–86649.

²² Generalitat de Catalunya. Decret 66/2010, de 25 de maig, pel qual es regula l'establiment dels convenis i els contractes de gestió de serveis assistencials en l'àmbit del Servei Català de la Salut. DOGC núm. 5.638, de 28 de maig de 2010; pàg. 41498-41505.

²³ De la Puente Martorell ML, Gomàriz i Parra R. El sistema d'atenció a la salut a Catalunya: evolució i orientacions estratègiques des de la perspectiva del Servei Català de la Salut. Barcelona: Servei Català de la Salut. 2010.

²⁴ Generalitat de Catalunya. Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària a Catalunya. DOGC núm. 1.324, de 30 de juliol de 1990; pàg. 3660-3673.

²⁵ Fundación Josep Laporte, Blendon JR, Jovell AJ, *et al.* Confianza en el Sistema Nacional de Salud-Resultados del estudio español. Abril 2006.

²⁶ Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro sanitario. 2005.

²⁷ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 2001. La xarxa sanitària d'utilització pública.

²⁸ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 2002. La xarxa sanitària d'utilització pública.

²⁹ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 2003. La xarxa sanitària d'utilització pública.

³⁰ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 2004. La xarxa sanitària d'utilització pública.

³¹ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 2005. La xarxa sanitària d'utilització pública.

³² Josep Casajuana. Projecte FIS. Efectividad de una intervención formativa para mejorar la capacidad resolutive de los equipos de atención primaria. IP: (dades pendents de publicar).

³³ Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Servei d'ocupació del COMB. Anuari 2003.

³⁴ Consorci Sanitari de Barcelona. Resum de l'informe sobre la RAE (reforma de l'atenció especialitzada) a la Regió Sanitària Barcelona ciutat. Any 2003.

³⁵ "Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel". Aten Primaria 2005; 36:137-43.