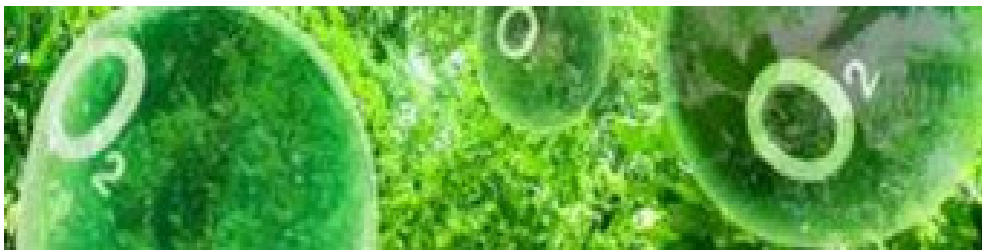


Pla d'innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària

Elements estratègics i operatius



**Generalitat de Catalunya
Departament de Salut**

ÍNDEX

INTRODUCCIÓ	4
1. RESUM EXECUTIU	9
2. JUSTIFICACIÓ	15
3. ANÀLISI DE SITUACIÓ	20
3.1 El model actual	21
3.2 Antecedents per la innovació.....	33
3.3 Els reptes principals	36
4. EIXOS PER A LA INNOVACIÓ	40
4.1 Persones: el pla, els ciutadans i els professionals dins les seves organitzacions	42
4.2 Recursos	57
4.3 Instruments	68
5. EL PROCÉS D'ELABORACIÓ I IMPLANTACIÓ.....	75
5.1 Calendari general	76
5.2 Implantació en el territori.....	77
5.3 Pla de comunicació, formació i gestió del canvi. Bases.....	78
6. METODOLOGIA D'ELABORACIÓ DEL PLA.....	79
7. ORGANISMES I GRUPS DE TREBALL DEL PLA D'INNOVACIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I SALUT COMUNITÀRIA	83

**La salut és aquella manera de viure que és
autònoma, solidària i joiosa.**

(X Congrés de metges i biòlegs en llengua catalana)

Perpinyà 1976

INTRODUCCIÓ

El model sanitari català, d'accés universal en l'assistència, ha tingut històricament unes característiques diferenciadores que alhora li han atorgat una personalitat pròpia: la proximitat dels serveis a la ciutadania, la participació de la societat civil i el municipalisme en moltes institucions sanitàries, la tradició mutualista i la diversificació en la provisió de serveis.

Catalunya disposa d'un sistema sanitari de qualitat, ben valorat per la ciutadania i amb uns resultats en salut i qualitat de vida que es col·loquen entre els més elevats dels països desenvolupats. En els darrers anys el Govern de la Generalitat ha fet un esforç considerable en el pla pressupostari, inversor, planificador i assistencial, amb l'objectiu de mantenir els elevats nivells de satisfacció ciutadana i qualitat sanitària.

Malgrat tot, el nostre sistema sanitari ha de fer front a un conjunt de reptes que ens obliguen a vetllar per la seva sostenibilitat, en termes de qualitat i equitat, a mig i llarg termini. La multiplicitat de variables canviants, com ara l'augment constant de la demanda, la ràpida i continuada innovació tecnològica i farmacològica, la necessitat d'articular incentius per als professionals, la necessitat de formació continuada, l'envelliment de la població, la immigració, els moviments de població de les grans ciutats cap a les seves àrees perifèriques, el creixement demogràfic i la necessitat creixent de dedicar-hi els recursos econòmics suficients són alguns dels factors més rellevants a prendre en consideració.

La ferma voluntat política de mantenir la qualitat i l'equitat del nostre sistema de salut és el que motiva la necessitat d'establir les bases d'un acord social i polític per a la seva modernització. L'aposta per la reforma està indefectiblement vinculada a la voluntat de mantenir un sistema de salut basat en la col·laboració de tots els agents que hi participen; transversal en el marc de les polítiques públiques; transparent i centrat en les persones, les famílies i les comunitats; orientat a l'excel·lència; equitatiu individualment i territorial, a més de compromès amb els professionals com a principals actius del sistema.

S'ha d'evolucionar vers un nou concepte de salut i atenció sanitària emmarcat en els valors de l'autonomia personal, les xarxes comunitàries, la solidaritat, l'equitat i el reconeixement de la diversitat dels determinants de la salut, que incorpora la salut

pública com a eix fonamental per promoure i protegir la salut i prevenir la malaltia. Amb un model de provisió que estimuli la qualitat, l'eficiència i la transparència mitjançant la cooperació i les sinergies del treball en xarxa territorial a partir de les premisses bàsiques d'establir l'atenció primària i comunitària com a eix vertebrador d'una atenció integral, integrada, equitativa i d'excel·lència.

El Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària (PIAPiSC) s'ha de situar com un element més en aquest context de canvi i modernització que està en procés i que necessita el conjunt de serveis sanitaris i sociosanitaris que reben els ciutadans.

Des del seu començament, el sistema sanitari català s'ha caracteritzat per la seva especificitat i dinamisme. Durant els anys vuitanta es va dissenyar el primer Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública, va començar la reforma de l'atenció primària i va veure la llum la Llei General de Sanitat. La dècada dels noranta es va caracteritzar pel desenvolupament de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya, amb la creació del Servei Català de la Salut i la separació del finançament, la compra i la provisió de serveis sanitaris. És també en aquesta dècada que comença un procés robust de planificació en salut (Plans de Salut) i es crea la xarxa de responsabilitat pública d'hospitalització i les xarxes sociosanitària i de salut mental. L'any 1990 es va crear el Programa sanitari d'atenció a la dona que es crea com una estructura de suport als equips d'AP, i l'any 2004 passen a anomenar-se unitats d'atenció a la salut sexual i reproductiva.

L'any 2002 comença la prova pilot de l'assignació territorial de recursos amb la voluntat d'avançar en el continuum assistencial mantenint la sostenibilitat del sistema.

És a partir de l'any 2004, coincidint amb el canvi de govern, que es dona un fort impuls a la planificació sanitària. A partir d'una millora en el coneixement del conjunt del país i dels territoris, de la salut i les desigualtats, i també del funcionament i els resultats del sistema sanitari (amb l'experiència acumulada en l'Enquesta de Salut de Catalunya, els diversos registres d'activitat assistencial, de monitoratge de l'accés als serveis, l'anàlisi d'oferta i demanda o de les enquestes de satisfacció en els serveis), s'elaboren nous instruments de planificació estratègica. Aquests són, fonamentalment, el nou Pla de

Salut a l'horitzó 2010; el nou Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública; els plans directors i els plans estratègics d'ordenació de serveis.

En aquests últims anys s'orienta el model sanitari cap al reforç de l'autoritat sanitària i el paper rector del Departament, el suport a la salut pública (nova Llei), la garantia de transparència i rendiment de comptes (amb la posada en marxa de la central de resultats i la futura Agència d'informació, Avaluació i Qualitat, la governança compartida amb els municipis (amb la creació dels governs territorials de salut, GTS) i la participació ciutadana (amb la creació dels consells assessors sectorials i dels consells de salut dels GTS). El Servei Català de la Salut, com assegurador de l'accés de tota la població als serveis i les prestacions que configuren la cartera de responsabilitat pública, reforça els mecanismes de concertació i compra de serveis assistencials que es regeixen pels criteris de transparència, qualitat, seguretat clínica, continuïtat de l'atenció, eficiència, satisfacció dels ciutadans i motivació dels professionals.

Es reforça el sector sanitari en el marc d'un nou procés de descentralització i assignació de base poblacional. Es crea el govern territorial de salut, que incorpora la comissió de proveïdors i el consell de participació ciutadana (la governança, la provisió i la participació).

S'aposta per un nou model assistencial amb una organització territorial (regions i GTS) basada en xarxes i en el foment del lideratge dels salubristes i clínics, recollint-ne les experiències. El territori es converteix en un escenari de cooperació que cerca la qualitat, l'eficiència i la satisfacció per mitjà del treball articular de les entitats proveïdores i el fet de compartir els equips professionals.

Per una banda, el nou model assistencial implica incorporar sistemes de treball basats en pactes i pràctiques col·laboratives entre institucions i professionals que afavoreixin el reconeixement recíproc del àmbits d'actuació, l'aportació de valor dels diversos actors i que requereixen del foment de lideratges clínics en el territori. El SCS ha de promoure les aliances entre proveïdors sobre la base del procés i la continuïtat assistencial en un marc de concertació i de finançament de base poblacional que s'estén a tot el territori.

Per altra banda, i perquè el procés d'innovació i modernització de l'atenció primària i la salut comunitària tingui èxit, cal facilitar la tasca dels professionals a les organitzacions. El professional necessiten el marc de les organitzacions capacitat per autogestionar el seu temps, reforçar el professionalisme, compartir els riscos i estimular els incentius; és a dir, gaudir del grau d'autonomia suficient per fer possible el procés d'encaix en aquest sistema sanitari en xarxa i que les organitzacions proveïdores assoleixin els objectius de sostenibilitat i qualitat.

El Pla d'Innovació que us presentem és un component central d'aquestes dinàmiques innovadores i, per tant, no pot sorprendre que les seves propostes no solament tinguin una incidència directa en l'atenció primària de salut, sinó sobretot en el sistema sanitari. Les apostes i les estratègies que planteja són un pas vers la coherència del model sanitari que impulsa el Departament de Salut. És un Pla orientat a donar una millor resposta als nous requeriments de salut de la ciutadania; a garantir una major satisfacció dels nostres professionals; que aposta per la qualitat de les nostres institucions i per la sostenibilitat del nostre sistema sanitari, tant en termes de qualitat com en termes d'equitat, avançant en l'equilibri entre disponibilitat pressupostària i despesa.

Marina Geli i Fàbrega
Consellera de Salut

1. RESUM EXECUTIU

El Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària (PIAPISC) apareix com a conseqüència i evolució del nostre sistema sanitari, i la necessitat permanent d'adaptació a l'entorn canviant per tal d'oferir la millor resposta possible als problemes de salut dels ciutadans. Amb aquesta finalitat, les propostes del Pla tant en l'àmbit estratègic com operatiu (algunes d'aquestes sorgides en alguns territoris) volen facilitar progressivament la modernització dels serveis d'atenció primària. És un projecte a curt, mig i llarg termini.

LA SITUACIÓ ACTUAL

L'atenció primària gaudeix majoritàriament d'un model organitzatiu uniforme i rígid, que limita la capacitat de resposta a les demandes i genera, en la majoria dels professionals assistencials, una marcada insatisfacció plurifactorial.

Malgrat els avenços assolits persisteixen la descoordinació i la desconfiança recíproca de l'atenció primària amb els altres nivells d'atenció.

L'increment de la demanda i la burocratització creixent són factors afegits, al temps que la disponibilitat de professionals suficients en el mercat laboral. Alhora el vigent sistema de contraprestació o d'assignació pressupostaria de fort component estructural facilita poc el millorar els nivells de resolució i la incentivació de la coordinació orientada al continuum assistencial. En aquest context la recerca també es troba limitada.

L'existència d'un proveïdor abastament majoritari, l'Institut Català de la Salut, sotmès a instruments reguladors d'administració pública i fins ara fortament centralitzat i organitzat divisionalment, ha marcat profundament el model d'atenció primària vigent.

ELS REPTES

Els principals reptes que tenia que afrontar l'atenció primària a Catalunya, després de 25 anys de reforma segons les recomanacions del Consell Assessor de la Consellera de Salut de l'any 2004, eren dotar de major autonomia als centres, millorar el continuum assistencial, incrementar la capacitat resolutiva, potenciar el lideratge i les competències de les infermeres, ampliar el perfil competencial del metge de família i millorar la coordinació amb l'àmbit de salut pública.

La vigència d'aquests reptes porta al Departament de Salut entre altres actuacions i a través del Consell de Direcció del Servei Català de la Salut, a l'aprovació de la creació del Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària a Catalunya el dia 27 de març de 2007.

Un Pla d'innovació que fomenti l'atenció primària com a element nuclear del sistema sanitari tant pel que fa al seu paper de primer nivell especialitzat d'atenció al ciutadà, com pel seu paper de dipositori del continuum assistencial de les accions de promoció, prevenció, assistència i rehabilitació realitzades en altres línies i nivells assistencials per les institucions sanitàries i els professionals sanitaris en un marc territorial determinat.

Els reptes principals als que el PIAPISC es vol afrontar són:

- La demanda i la utilització adient dels serveis;
- l'accessibilitat a l'atenció primària;
- el continuum assistencial mitjançant l'atenció en xarxa i no divisional;
- la consideració del metge de família i de la infermera com a professionals de referència per al ciutadà;
- l'organització flexible de l'assistència en l'atenció primària orientada a la demanda, l'accessibilitat i la resolució;
- el desenvolupament professional en les entitats proveïdores d'atenció primària;
- el finançament i la contraprestació adients dels serveis;
- la resolució, la qualitat i la seguretat de l'atenció clínica en el marc d'una cartera de serveis pròpia de l'atenció primària;
- la recerca com una activitat reconeguda; i,
- la docència de pregrau i postgrau.

La innovació de l'atenció primària s'aborda des de tres eixos principals: 1) Les persones (ciutadans/nes i professionals en les seves institucions); 2) els recursos (els proveïdors de serveis d'atenció primària i salut comunitària i de la xarxa sanitària d'utilització pública); i, 3) els instruments de referència de suport pel Pla amb l'objectiu de millorar l'atenció als pacients mitjançant una planificació i funcionament integrat i conjunt dels diferents nivells assistencials del territori.

ELS PRINCIPALS OBJECTIUS

L'atenció primària és la pedra angular del sistema sanitari, per tant aquest document pretén innovar en aquest àmbit i alhora en el conjunt del sistema.

El Pla es planteja els següents objectius:

1. Objectius de millora en relació a la participació:

- Dinamització dels Consells de Salut dels Governos Territorials de Salut (GTS) per la participació col·lectiva;
- utilització de les Tecnologies de la Informació i la Comunicació (TIC) per la participació individual; i,
- desenvolupament dels programes del malalt expert pel compromís solidari.

2. Objectius en relació a la millora de l'accessibilitat:

- Determinació de la cartera de serveis de l'atenció primària i el seu accés
- promoure al metge de família i la infermera com a professionals de referència per al ciutadà;
- accés del ciutadà a la seva història clínica;
- garantia d'accés a l'atenció presencial o virtual dels ciutadans al seu equip de salut o als seus professionals de referència en el mateix dia; i,
- garantia de disminució progressiva del temps d'accés a proves i especialistes consultors per les visites preferents pactades entre l'atenció familiar i comunitària i l'atenció especialitzada de suport

3. Objectius de millora en relació a la prestació dels serveis, els professionals i els proveïdors:

- En relació a la cartera de serveis;
- en relació a les institucions proveïdores;
- en relació als professionals i la organització del treball; i,
- en relació a l'avaluació dels resultats.

A) En relació a la cartera de serveis:

- Integrar una cartera de serveis assistencial orientada a resoldre i/o orientar la demanda assistencial des del moment del primer contacte coincidint dins dels límits racionals, les funcions curatives, les de promoció de la salut, les rehabilitadores i les que fan referència a la salut comunitària en grau bàsic.

B) En relació a les institucions proveïdores i els professionals:

- Adequar en el marc del model d'assignació pressupostària en base poblacional, un sistema de contraprestació que faci assumible el desenvolupament del Pla, d'acord amb les disponibilitats pressupostàries;
- regular per aquells proveïdors que sigui precís, instruments que millorin l'autonomia de gestió i faciliti la connexió funcional amb els altres nivells assistencials i la transferència de coneixements entre especialistes com a consultors;
- establir els outputs en atenció primària amb oportuns indicadors per l'avaluació i la incentivació que configuraran els objectius d'accessibilitat i resolució com objecte del contracte amb el Servei Català de la Salut; i,
- la proximitat del centre de salut a les comunitats és el valor afegit. Per aquesta gestió operativa cal gaudir de l'equilibri adient entre dotació estructural, personal i pressupost en relació al volum assistencial i a les seves oscil·lacions estacionals, la seva ubicació urbana o rural i els serveis especialitzats existents per a la seva comunitat.

C) En relació als professionals i a través d'acords amb les organitzacions proveïdores:

- Incentivar l'autonomia i responsabilitat en l'exercici dels professionals de referència per organitzar-se assegurant l'accessibilitat;
- incentivar el lideratge clínic de l'equip de salut;
- promoure el desplegament de totes les competències dels professionals, especialment les de la infermeria;
- reduir els requeriments burocràtics;
- promoure i incentivar el rol dels professionals de referència com a garants del continuum assistencial; i,
- establir l'actuació professional integrada amb tots els nivells de la XSUP de l'àmbit territorial del GTS.

ELS INSTRUMENTS PRINCIPALS DE SUPORT AL PLA

Legislatius:

- La Llei d'ordenació sanitària de Catalunya
- La Llei de l'Institut Català de la Salut
- La Llei d'Ordenació de les Professions Sanitàries

De govern i organitzatius:

- Els Governos Territorials de Salut
- El Catsalut i la seva organització
- Les Àrees Bàsiques de Salut i els Centres d'Atenció Primària, proveïdors i professionals
- La Xarxa Sanitària d'Utilització Pública
- Els Plans directors i el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública

Instrumentals:

- Les Tecnologies de la Informació i Comunicació: La història clínica d'AP i la història clínica compartida, la recepta electrònica
- El finançament en base poblacional
- La contractació dels serveis
- La Central de Resultats i Agència d'informació, Avaluació i Qualitat
- El Portal de salut

Altres instruments a desenvolupar en el futur:

- Les normes d'acreditació d'atenció primària
- El Pla de comunicació del PIAPISC
- El Pla d'implantació i desenvolupament del PIAPISC
- Indicadors i ítems d'accessibilitat i resolució (futur pacte)
- L'avaluació del Pla d'innovació
- Les comissions de seguiment del Pla
- Pla d'innovació com a Programa d'Interès del Departament de Salut

2. JUSTIFICACIÓ

Cal situar el Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària en el marc dels processos de canvi que necessita el conjunt de serveis sanitaris i socio-sanitaris que reben els ciutadans. El Pla, encara que en una situació central o nuclear en el sistema de salut, és un component més d'aquestes dinàmiques innovadores i, per tant, no pot sorprendre que les seves propostes tinguin una incidència directa en la resta dels serveis i línies d'atenció del territori.

L'increment de les expectatives i demandes de la ciutadania; els nous requeriments tecnològics i altres factors, com l'envelliment i la dependència; els canvis en el model clàssic d'estructura familiar; el ràpid augment de la població nouvinguda procedent d'altres països, amb la necessitat d'incorporar nous models culturals, valors i creences; la presència, cada cop més important, de conductes relacionades amb estils de vida poc saludables, especialment en la població jove (tabaquisme, alcoholisme, sedentarisme, etc.); i la major prevalença dels problemes de salut mental en tots els grups d'edat, són alguns dels factors que justifiquen la necessitat d'abordar, amb la profunditat necessària, canvis en el conjunt del nostre sistema sanitari i, en especial, en els àmbits de l'AP i la SC. L'actual divisió del sistema sanitari en nivells ha facilitat l'organització sectorial dels serveis i els professionals, però calen noves visions més integrades que ajudin a **millorar la qualitat** de l'atenció als ciutadans. El model actual i les seves limitacions ho fan necessari.

El Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària neix per la necessitat de donar resposta a aquestes noves necessitats i demandes dels **ciutadans**, que impulsen a dissenyar noves polítiques i estratègies amb **visió de futur**, per alinear els serveis sanitaris amb les seves necessitats canviants. Aquest Pla es planteja tant a curt com a mig i llarg termini,

En aquest marc general, els objectius estratègics del Pla pel que fa a la planificació i la prestació dels serveis d'atenció primària s'han de centrar en:

- a. Introduir una nova manera de prestar els serveis, per a que resultin més accessibles i resolutius, amb la participació i total implicació dels professionals i dels proveïdors en aquest canvi.
- b. Compartir el coneixement entre professionals i el desenvolupament de les seves competències.

- c. Fer més permeables entre si els diferents nivells i àmbits d'atenció, principalment l'atenció especialitzada familiar i comunitària de l'AP amb els altres nivells d'atenció especialitzada de la xarxa.
- d. Millorar la resolució a partir del compartir, de la cooperació i del treball en **xarxa** amb totes les línies de serveis del territori.

El disseny d'aquest Pla valora suficientment totes les fites assolides en salut fins ara, com per exemple:

- l'elevat coneixement de la població i de l'entorn comunitari derivat dels prop de vint-i-cinc anys d'aplicació de la Reforma de l'Atenció Primària de Salut;
- el bon coneixement dels resultats en salut generats pels professionals dels equips d'atenció primària (disseny d'indicadors de qualitat assistencial);
- els resultats de satisfacció dels usuaris, que mostren la confiança dels ciutadans en el sistema públic de salut, els seus proveïdors i els seus professionals;
- i totes les accions de millora endegades i descrites en el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública, i també en els diferents Plans directors i Plans estratègics d'ordenació de serveis que s'estan posant en marxa.

Aquesta valoració retrospectiva demana també una nova mirada, des de i cap a les **professions sanitàries**. Els professionals de referència directa per a la població (metge i infermera d'atenció primària i pediatres) i els d'atenció al ciutadà conformen el nucli de l'equip de salut i promouen un abordatge integrat i biopsicosocial de l'atenció de la població, establint una relació de llarg termini que els proporciona una visió única sobre el conjunt de serveis prestats als ciutadans.

Els professionals, en el seu conjunt, es coresponsabilitzen, mitjançant el treball en equip i en xarxa, de la prestació d'una atenció integral al conjunt de la població del territori, aportant el valor afegit i l'especificitat de les seves competències.

També cal revalorar el paper del **professional d'atenció al ciutadà en l'AP**, ja que ha de ser capaç d'estandarditzar el servei i, alhora, personalitzar-lo en cada contacte i, el més important, afegir valor a l'organització en cadascuna de les seves activitats augmentant la polivalència de les seves funcions.

Cal admetre la necessitat dels canvis, posar-los en marxa i reactivar els elements positius que ha aconseguit el model al llarg de tot el procés de reforma de l'atenció primària començat a mitjans dels anys vuitanta. Cal innovar i no solament millorar, i aquesta afirmació comporta la introducció de canvis profunds en els paradigmes actuals de l'AP i del sistema sanitari, canvis que han de permetre aconseguir avenços suficients, flexibles i amb perspectives a mitjà i llarg termini.

Els canvis innovadors de l'AP i SC solament seran possibles en un marc de transformació del conjunt del sistema i aquesta fita necessita, com ja s'ha assenyalat abans, una voluntat política decidida, potent i continuada en el temps, i que tingui una traducció operativa en el funcionament dels serveis, en el context d'activitat de les entitats proveïdores de serveis i dels professionals i en la percepció de millora que tinguin els ciutadans i els pacients.

El Pla d'Innovació vol donar resposta a aquests nous reptes, traduïts en necessitats i expectatives de la població que no estaven presents fins ara, almenys en un nivell protagonista. Actualment es disposa de proves suficients per demostrar que el fet que l'AP, amb una perspectiva comunitària, es configuri com a nucli vertebrador del conjunt del sistema sanitari té una incidència clara i directa en la millora de la salut de la població i en la racionalització de la despesa, cosa que ha de contribuir a garantir la sostenibilitat del sistema.

El Pla d'Innovació ha volgut definir uns eixos estratègics per implementar accions innovadores adreçades a:

- orientar el sistema sanitari cap a les necessitats de la població i promoure la coresponsabilització personal en la cura de la pròpia salut;
- promoure més canvis en la gestió de serveis d'atenció primària i salut comunitària, fent ús de les noves tecnologies i altres mesures com millorar l'autonomia de gestió dels centres i la qualitat de l'atenció al ciutadà;
- introduir en l'oferta de serveis d'atenció primària i salut comunitària els serveis que demostrin ser rendibles;
- promoure el desenvolupament professional continuat i individual;
- potenciar el paper dels professionals en els processos de presa de decisions;

- redimensionar els centres des de la perspectiva del centre de salut integrat;
- disposar d'un model d'atenció en xarxa que permeti una integració funcional de serveis, centrada en els ciutadans;
- contribuir a definir els criteris de finançament, compra, contractació i avaluació que incentivin la integració funcional dels serveis i els professionals dels proveïdors en el territori.

3. ANÀLISI DE SITUACIÓ

Conceptualment, la Reforma de l'Atenció Primària (en endavant, RAP) va néixer a la Conferència d'Alma-Ata de l'any 1978, i es va desenvolupar de manera desigual a les diferents comunitats autònomes de l'Estat espanyol al llarg de més de vint-i-cinc anys. Encara avui hi ha ciutadans (si bé és cert que en un nombre poc significatiu) que són atesos per metges i infermeres que treballen seguint les normes del model anterior a la RAP.

Aquest procés, endegat als anys vuitanta, es va fonamentar en el canvi d'orientació conceptual de la capacitat d'acció dels professionals i de l'organització del treball en el marc d'equips de salut d'atenció primària (EAP). No es pot negar que la reforma va incrementar la dedicació laboral i, el que és més important, la capacitat resolutiva dels professionals que treballen al sistema.

En aquest marc, els professionals del sistema sanitari i especialment els de l'AP i SC, van necessitar noves visions i propostes realitzades des de diferents punts, com ara des de la mateixa formació pre i postgraduada, el desenvolupament professional continuat i la carrera professional.

En aquest apartat del document s'aborden, amb algunes dades numèriques de context, les accions i les tendències principals del nostre sistema sanitari al llarg dels darrers anys, amb referència especial a l'atenció primària i comunitària.

3.1 EL MODEL ACTUAL

A Catalunya s'ha desenvolupat, des del principi dels anys noranta, un model sanitari mixt que separa la planificació, la compra i l'avaluació, de la provisió de serveis. Les fórmules de gestió són diverses i susceptibles de contractació per part del SCS, i van des de els establerts pel proveïdor majoritari (ICS) als consorcis, les fundacions i les mútues, que habitualment gestionen serveis d'internament i d'AP, com també ho fa l'ICS, fins a les entitats de base associativa (EBA), que gestionen exclusivament equips d'AP.

La significativa dimensió de l'ICS en la provisió de serveis d'atenció primària porta sovint a barrejar situacions derivades del seu procés de reforma com institució, amb els processos necessaris d'adaptació de l'atenció primària en sí mateixa. Per tant, l'adaptació de l'ICS en el desenvolupament del Pla esdevé un element clau d'èxit.

L'AP, a hores d'ara, està prestant serveis assistencials i preventius clínics personals. La concepció original de la RAP, amb una clara perspectiva comunitària i d'interacció amb altres sectors de serveis al ciutadà, no s'ha desenvolupat encara suficientment.

El conjunt de professionals dels equips d'AP responen a les demandes dels ciutadans, les resolen o les deriven a altres nivells del sistema, però, en molts casos sense retorn. Cal que actuïn de manera més proactiva i integrada amb la resta de recursos comunitaris d'atenció. És cert que cada cop hi ha més experiències de coordinació amb recursos de salut mental, d'atenció urgent o altres especialitzats, però també ho és que l'AP i els seus professionals, en diverses situacions, no assumeixen la globalitat de l'atenció de determinats processos.

Molts pacients amb malalties cròniques que han ingressat a l'hospital per una agudització del seu procés continuen sent atesos a les consultes externes i solament tornen al centre de salut per demanar justificants de baixes o receptes. Tampoc no podem oblidar que l'atenció a la dependència és un camp nou que farà imprescindible, cada cop amb més intensitat, una interacció profunda amb el Departament d'Acció Social i Ciutadania.

En general, la coordinació amb els serveis de salut pública és escassa i centrada en el compliment de procediments com la declaració de malalties.

Encara hi ha un marge important de millora en el camp de la necessària adaptació de l'organització dels serveis i de l'estructura dels equipaments disponibles en cada territori a les característiques d'aquest, en la perspectiva d'una millor correspondència amb l'entorn que possibiliti millorar el servei prestat al ciutadà i faciliti la longitudinalitat i la continuïtat de l'atenció.

L'anàlisi dels diferents models de gestió de l'AP a Catalunya permet observar la importància de dotar del major grau d'autonomia de gestió, compatible amb la cohesió del sistema, als centres i equips de salut per aconseguir, entre altres coses, incrementar la motivació i satisfacció dels professionals i la seva percepció de proximitat a la presa de decisions que els afecten. A l'anàlisi també s'objectiva que els equips autònoms gestionen de forma més eficient els recursos humans, les proves complementàries i les derivacions a altres especialistes, que poden incidir més sobre la política de prescripció de medicaments, i que tenen un menor temps d'espera per a l'atenció dels pacients.

Diversificació de la provisió de serveis d'atenció primària. Entitats proveïdores d'equips d'atenció primària (31/12/2008).

Entitats proveïdores		Nombre d'EAP		% sobre total EAP	
Públiques	ICS	324	280	90,3	78,0
	altres (conveni)		44		12,3
Participació privada	EBA (concurs)	35	12	9,7	3,3
	altres (concurs)		23		6,4
			359		

Font: Base de dades d'atenció primària
Servei Català de la Salut

L'anàlisi realitzat per l'Institut d'Estudis de la Salut (IES), per encàrrec de l'SCS (2005), evidència que a la majoria de les dimensions considerades (pràctica clínica, coordinació, accessibilitat) existeixen diferències estadístiques no significatives entre els models de gestió de l'atenció primària.

Si que, en aspectes organitzatius, implicació dels professionals, gestió de la prestació farmacèutica, etc. es poden veure diferències que podrien ser d'utilitat al conjunt de l'atenció primària mitjançant polítiques de benchmarking.

3.1.1 L'organització dels serveis en el nostre entorn

Molts dels sistemes sanitaris dels països desenvolupats s'estructuren en dos nivells d'assistència: d'una banda l'atenció clínica i comunitària, i de l'altra l'atenció clínica de més complexitat i amb més requeriments tecnològics. Aquesta diferenciació no justifica, la manca de coordinació entre nivells i una deficient continuïtat de l'atenció. Cal potenciar els mecanismes d'integració operativa dels nivells i línies de serveis per facilitar l'accés del ciutadà i del pacient als recursos sanitaris i socio-sanitaris.

Diferents experiències a nivell nacional i internacional (Anglaterra, EUA, Portugal, Puertollano,..) estan treballant per superar el repte actual dels sistemes d'atenció de salut,

d'aconseguir una integració de l'atenció per satisfer les necessitats d'envelliment de la població i l'augment de la prevalença de les malalties cròniques. El punt de partida és la integració clínica i de serveis enfocada a millorar l'experiència del pacients, els resultats clínics i l'eficiència.

3.1.2 Apunts sobre les visions de ciutadans, professionals o gestors.

L'any 2007, el Departament de Salut va encarregar "*L'estudi de les visions de ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya*". Aquest estudi sobre la visió del sistema sanitari en general i del serveis d'atenció primària en particular, que es recull en les enquestes que es van realitzar en l'elaboració del Mapa Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública de Catalunya, parla de la necessitat d'aprofitar al màxim el sostre competencial dels professionals dels equips de salut i d'aprofundir en la multidisciplinarietat de les actuacions, a partir d'una major integració dels serveis i els recursos que actuen a l'àmbit comunitari. Insisteix en la necessitat de potenciar el desenvolupament de les competències de la infermera, reconsiderar els papers d'altres professionals com l'auxiliar d'infermeria i altres, i promoure intervencions d'Atenció Comunitària. En el camp de la gestió, el Mapa reforça la sintonia amb el Pla d'Innovació quan parla de la potenciació de fórmules d'autogestió dins el sistema de provisió pública. Per acabar, en els camps de l'Atenció Domiciliària i les Urgències aposta decididament pel protagonisme directiu i central de l'AP, igual que ho fa el Pla d'Innovació.

De l'estudi mencionat i d'una manera més concreta cal esmentar els apunts que es van recollir des de la perspectiva del ciutadans:

- demanen informació entenedora i comprensible sobre el seu estat de salut i les seves conseqüències, el procés assistencial i l'organització dels serveis;
- els itineraris a seguir sovint són massa complexos i poc explicats;
- detecció de problemes de manca d'escolta per part dels professionals i del sistema;
- la duració dels processos és excessivament llarga, hi ha una diferència entre el temps dels usuaris i els temps del sistema;

- percepció de deficiències en la coordinació entre xarxes i professionals, i fan un ús sistemàtic dels serveis d'urgències com a alternativa a altres serveis; i,
- reclamació de drets (a la informació, a ser ben atesos, a discrepar, a no ser discriminat, a ser respectats, a una atenció adaptada a les seves especificitats...). Es mostra una tendència creixent a prendre part activa en les decisions que afecten la seva salut.

Entre les demandes explícites identificades de l'estudi sobre visions, els ciutadans plantegen la necessitat de millora de la xarxa d'atenció primària com a mecanisme de dinamització del sistema sanitari en general.

Apunts recollits des de la perspectiva dels professionals:

- es fonamental la interacció amb els usuaris, la receptivitat cap a la demanda, l'atenció i l'escolta;
- l'augment del temps disponible per a la consulta és cabdal per transformar una assistència que es caracteritza per una activitat tecnològica, en una activitat d'atenció;
- l'envelliment i la immigració generen pressió afegida sobre la pràctica quotidiana;
- la descoordinació entre atenció primària i hospitalària l'origina les expectatives que hi ha respecte al funcionament de l'atenció primària per part de l'hospitalària, juntament amb el desconeixement del funcionament real de les condicions en les que es desenvolupa. Observen que la descoordinació entre diferents nivells i xarxes del sistema té efectes sobre l'usuari;
- la pressió assistencial crea tensió entre la pràctica professional i les demandes, i condiona el treball en equip;
- la provisionalitat i la rotació laboral com a elements que generen disfuncionalitat;
- hi ha divergència entre els criteris d'avaluació del sistema i els dels professionals, distingint entre criteris quantitius (predominants) i qualitius (més relacionats amb la pràctica professional).

Apunts recollits en l'estudi des de la perspectiva dels gestors dels serveis de salut:

- necessitat de reorientar el model de gestió, cap a un model que posi a l'usuari com a prioritat i remarquen la necessitat d'adaptació del sistema a les noves necessitats i les tendències de futur;

- la coordinació és un element central del sistema sanitari tant pel que fa a l'organització de serveis com a la pràctica dels professionals;
- els problemes associats a la falta de coordinació tenen a veure amb el gran nombre d'usuaris/cuidadors que han de relacionar-se amb un elevadíssim nombre d'interlocutors professionals i amb la pèrdua de contacte i control que l'atenció primària pateix quan els usuaris entren a la xarxa hospitalària.

Els resultats mostren que la tendència a la sobremedicalització és valorada de forma diferent entre els professionals, els usuaris i els gestors. El primers aprecien aquesta tendència com un problema que afecta molt el seu treball i indirectament responsabilitzen els usuaris, atribuint-los manca de competència i de capacitat de contenció. Els usuaris no consideren que estiguin construïnt com a problemes de salut gran part dels malestars que comporta viure i els gestors emfatitzen aquestes demandes com a greus problemes per al sistema.

En relació als resultats de *l'Enquesta de satisfacció d'assegurats del Servei Català de la Salut* per línia de servei de l'any 2006 caldria destacar tres aspectes: un 33.7 dels enquestats valoren com no satisfactòria l'organització de l'atenció al centre de salut; un 88.9% dels enquestats tornaria al mateix centre de salut per ser atès; i un 93% dels enquestats manifesten tenir un alt grau de confiança amb els professionals d'atenció primària

3.1.3 El marc de treball i de desenvolupament dels professionals

Els metges i les infermeres dels equips de salut i la resta de professionals de l'AP i SC realitzen la seva activitat en un context d'organització del treball hereu de l'anterior a la reforma començada als anys vuitanta. Les inèrcies pròpies de sistemes molt administratives han primat l'homogeneïtat en les dedicacions sobre l'adaptació a les necessitats i la cerca de solucions diversificades als problemes de l'entorn laboral. L'organització de l'activitat als centres de salut, a hores d'ara, no facilita en la majoria dels CAP l'autonomia en el disseny de les agendes de treball de cada professional. La instauració del treball en torns de matí i tarda ha facilitat en molts casos la divisió de l'equip de salut en dues organitzacions gairebé independents.

El confort i les possibilitats de personalització dels llocs de treball, tant des de la perspectiva del ciutadà com dels professionals, es pot millorar molt. També cal abordar amb decisió l'excessiva burocratització dels processos assistencials, que continua absorbint una part important del temps laboral dels professionals. Ni les noves tecnologies de la informació i la comunicació, ni l'organització de les activitats, no han estat capaces fins ara de donar una resposta suficient a aquest problema.

Els processos de desenvolupament professional continuat individual i la carrera professional s'han barrejat i no han millorat prou la motivació, la incentivació ni el reconeixement de l'excel·lència en la tasca realitzada, ni al centre ni a l'equip, ni tampoc des del punt de vista individual, malgrat les accions laborals i les polítiques de gestió. La millora de la qualitat de vida dels professionals i la necessària conciliació de la vida laboral i familiar no han trobat encara respostes plenament satisfactòries en la complexitat de l'atenció sanitària i es troben en l'origen del desencís i l'esgotament d'una part dels nostres professionals d'AP i hospitalaris.

El procés de la RAP va focalitzar molt la seva atenció en l'estructura (centre d'AP) i l'organització del treball (equip d'AP), però va descuidar un tant la perspectiva individual del professional, que s'ha trobat diluït i amb una projecció insuficient envers el pacient, qui no sempre el percep com el referent i el gestor dels seus problemes de salut.

L'AP presenta encara un tipus de lideratge massa centrat en l'administració de recursos i poc en els terrenys assistencial, docent i de recerca. Els clínics de l'AP, compromesos amb la innovació i el canvi a les seves organitzacions, volen motivar i capacitar els professionals, a partir de la delegació de poder i l'assumpció de responsabilitat. Volen tenir el mateix accés que els clínics dels hospitals a determinades posicions de prestigi o de responsabilitat, per mitjà de mecanismes de competència transparents.

La revisió dels models de gestió existents de recursos humans de les diferents entitats proveïdores permetria generalitzar fórmules de contractació laboral i de règim de dedicació intensiva i parcial dels professionals, encara insuficientment desenvolupades en el nostre sistema, malgrat les possibilitats normatives.

L'avaluació de competències nuclears, específiques, transversals i compartides no és el mecanisme principal per a la selecció de personal, malgrat la situació del mercat de professionals. La incentivació de les organitzacions en tots aquests sentits és capital per

orientar les activitats de formació continuada en el marc del desenvolupament professional continuat.

3.1.4 Les estructures

La xarxa de centres de salut a Catalunya cobreix amb garanties d'accessibilitat i capil·laritat geogràfica el conjunt del territori. D'acord amb l'estudi d'accessibilitat als serveis sanitaris de Catalunya¹, el 98,0% de la població té un Centre d'Atenció Primària (CAP) a menys de 10 Km, amb una distància mitjana del conjunt de nuclis de població de 7,2 Km i una distància mitjana ponderada per població d'1 Km. En temps de desplaçament, el 96,8% de la població es troba a menys de 10 minuts. En incloure en el model també els consultoris locals, només un 0,05% de la població es troba a més de 10 Km del centre més proper i un 0,35% a més de 10 minuts.

El propi desenvolupament del procés de reforma de l'atenció primària iniciat a mitjans dels anys 80 ha anat evidenciant situacions d'insuficiència quantitativa i funcional de les infraestructures, essencialment dels centres de salut, que necessiten canvis importants per poder incorporar satisfactòriament una part de les transformacions que s'han anat introduint en el sistema.

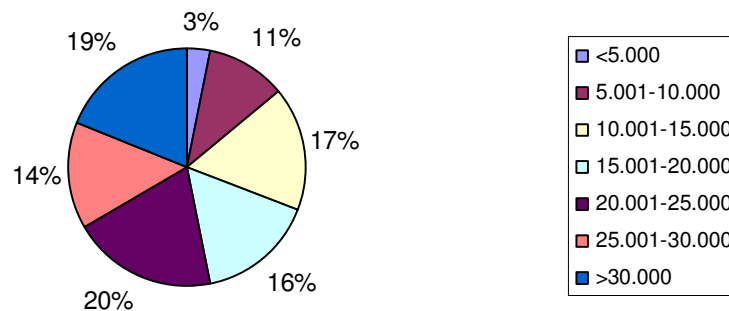
L'origen dels problemes dels centres de salut rau en els aspectes funcionals i en el dèficit d'espais, com ara la recepció dels usuaris, les consultes i les sales de treball o reunions. Als dèficits quantitius cal afegir els relacionats amb l'accessibilitat, pel que fa a la telefonia i a la comunicació telemàtica amb altres centres del sistema, a la senyalització (externa i interna) i a la poca privacitat de determinades àrees com la de recepció i atenció al pacient.

Cal millorar el manteniment de les dotacions i el confort del mobiliari general, a més de l'instrumental clínic i de la infraestructura de serveis generals del centre. Moltes vegades, la mateixa ubicació i estructura del centre en fa difícil l'ampliació o l'adaptació per acollir nous serveis i activitats.

En el cas dels altres centres comunitaris cal també realitzar les adaptacions estructurals i organitzatives i millores de dotacions necessàries per garantir la prestació de la seva oferta de serveis.

Des dels inicis de la RAP fins a l'actualitat la distribució de les ABS segons el volum de població ha variat força, augmentant sensiblement les de més de 25.000 habitants, les quals representaven el 19% inicialment i han passat a ser el 33% (2008).

Distribució ABS segons població, 2008



3.1.5 Finançament i criteris d'assignació dels recursos

Hi ha una contradicció entre un discurs que no deixa d'insistir en el paper central i imprescindible que ha de jugar l'AP en el sistema sanitari, i l'assignació dels recursos necessaris per fer operatiu aquest missatge, la qual cosa ha contribuït a un cert desencís i desconcert entre els professionals i els proveïdors pel que fa a la percepció de la situació general de l'AP i al seu paper en particular.

No solament el finançament ha estat insuficient sinó que, a més, els recursos disponibles no han estat assignats amb criteris corregits en base territorial i orientats a la prioritització de les necessitats. Es compra estructura i activitat, sense valorar suficientment la utilitat social i els resultats en termes de millora de la salut. La compra de serveis hospitalaris, d'aguts i d'altres centres d'internament combina el manteniment estructural amb el pagament de l'activitat acordada. La compra de serveis d'AP contempla essencialment l'estructura.

No és excepcional que les entitats proveïdores de serveis que actuen en el mateix territori treballin en un context que no facilita la complementaritat de les actuacions ni l'acumulació d'experiència suficient per mantenir i millorar la qualitat de les actuacions assistencials.

La compra de serveis d'internament i comunitaris que fa actualment per línies de serveis no afavoreix la integració assistencial .

3.1.6 Qualitat i seguretat de l'atenció clínica

Els professionals han de treballar en organitzacions que els permetin prestar una atenció de qualitat i segura per als pacients i per a ells mateixos. La qualitat dels processos assistencials es garanteix a partir de premisses relacionades amb la disponibilitat de recursos, l'organització adequada del treball i la prioritització de la reflexió sobre la pràctica professional, col·lectiva i individual, amb l'objectiu de detectar problemes i introduir els corresponents elements de millora, malgrat la bona opinió dels ciutadans sobre l'atenció rebuda. La seguretat implica, d'una banda, l'aplicació de les mesures d'atenció que tenen una efectivitat comprovada, sobre les quals els professionals que les fan servir tenen també una experiència suficient; i, d'una altra, una cultura de la seguretat clínica a partir de la prevenció dels efectes adversos que es poden evitar i que són d'etiologia multicausal: ús de fàrmacs, comunicació amb el pacient, cures i procediments tècnics. En definitiva, cal aplicar les accions preventives, diagnòstiques, terapèutiques i de planificació de cures en els llocs i pels professionals amb els graus de preparació idonis per fer-ho amb qualitat, seguretat i eficiència, sense ultrapassar el seu sostre competencial.

Cal reflexionar sobre si els serveis comunitaris actuals responen a aquestes premisses o si, al contrari, s'ha de realitzar un exercici d'autocrítica pel que fa a millorar les garanties d'accés dels professionals a les accions formatives i de millora contínua de la seva competència actual, a més de l'ampliació necessària de coneixements per assumir nous reptes plantejats per l'oferta de serveis generals i l'específica del seu centre, servei o equip.

Cal insistir més que fins ara en la potenciació d'estratègies d'aliança entre diferents centres i equips amb objectius de suport mutu i aconseguir posar més èmfasi en la informació dels professionals per conèixer la situació real de les actuacions dels diversos centres, equips i professionals del seu entorn territorial, i poder així prendre una decisió fonamentada en l'elecció del recurs més adequat.

La qualitat i la seguretat de l'assistència no es poden desenvolupar en un context d'utilització inadequada o excessiva dels recursos del sistema, en què els pacients no gaudeixen d'un grau suficient de responsabilització en l'autocura de la seva salut. La

sobremedicalització actual també dificulta l'elaboració d'estratègies de millora de la qualitat i la seguretat de l'atenció i no indueix més salut, ni individualment ni col·lectivament.

3.1.7 Utilització de serveis i activitat assistencial

L'ESCA 2006 també ens ha proporcionat dades importants sobre la utilització dels recursos d'AP pels ciutadans, i de l'opinió que tenen sobre els professionals de referència.

- El 88,6% de la població declara que, almenys una vegada en el darrer any, ha visitat un professional de la salut (87,5% de la població adulta i 95,4% de la població infantil.)
- Les visites al metge de capçalera en els darrers 12 mesos són les més freqüents entre la població adulta (72,2%) i entre la població infantil les visites al pediatre (84,9%)
- Al voltant del 17,8% de la població adulta i el 14,5% de la pediàtrica, manifesta haver visitat a la infermera al menys una vegada en el darrer any.
- Tres de cada deu persones de 15 anys i més declara haver visitat un servei d'urgències en l'any anterior a l'entrevista. En els menors de 15 anys, aquesta proporció és de 4 de cada 10

Segons l'Enquesta de salut de Catalunya de l'any 2006, el 91,3% de la població de 15 anys i més identifica el seu metge de capçalera o el centre on acostuma a anar quan està malalta o necessita consells sobre la seva salut. Poc més de la meitat d'aquesta població té el mateix metge des de fa, com a mínim, cinc anys.

El 94,6% de la població declara que quan té un problema de salut nou visita el metge de capçalera o pediatre abans d'anar a un altre lloc. El 78,7% manifesta que l'atén sempre el mateix metge de capçalera o professional d'infermeria i el 73,4% que el seu metge sap quins són els problemes de salut més importants que té. El 80,2% el recomanaria a un amic o a un parent.

El 76,5% de entrevistats respon que quan es posen malalts i el seu centre és obert, els visita algun professional de la salut del centre el mateix dia. El 58,5% també afirmen que, quan es posen malalts i el seu centre és obert, els poden aconsellar ràpidament per telèfon, i si el centre és tancat, el 72,7% de les persones declara que hi ha un

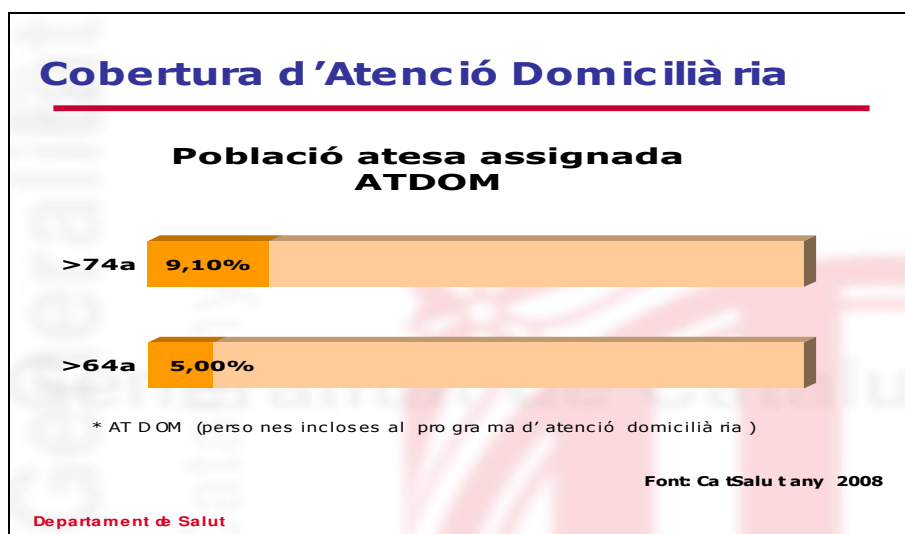
número de telèfon on poden trucar. Així mateix, el 51,4% manifesta que si té cap pregunta pot parlar-ne per telèfon amb el metge o el professional d'infermeria que els coneix millor

El volum de visites i sol·licitud de proves i consultes realitzades pels EAP de Catalunya l'any 2008 es mostren a la taula següent:

Visites totals	51.082.637
Visites M. Família	27.395.923
Visites Pediatria	5.088.196
Visites Odontologia	1.176.352
Visites Infermeria	17.059.991
Visites A. Social	362.175
Sol. Anàlisis clíniques	3.005.975
Sol. Diagnòstic imatge	1.177.802
Interconsultes	1.628.760

Font: Base de dades d'atenció primària
Servei Català de la Salut

L'activitat desenvolupada pels equips d'Atenció Primària en termes de cobertura, per exemple, en el cas de l'Atenció Domiciliària i les activitats preventives i de control dels principals problemes crònics de salut es mostren a les gràfiques següents:



Maneig dels problemes de salut més prevalents

RESULTAT SOBRE EL PROBLEMA DE SALUT	% OBSERVAT
Hipertensos amb òptim control de la PA	47.8%
Diabètics amb un bon control de xifres d'HbA1c	61.8%
Persones fumadores que han deixat de fumar	49.7%

Font: Servei Català de la salut 2008

Pel que fa a l'ús racional del medicament, s'observa una utilització creixent de les especialitats farmacèutiques genèriques i una disminució de les prescripcions de medicaments sense valor afegit.

3.2 ANTECEDENTS PER LA INNOVACIÓ

El PIAPiSC no parteix de zero. Durant els darrers anys, el Departament de Salut, el SCS i les entitats proveïdores han posat en marxa tot un seguit d'accions amb l'objectiu d'analitzar-ne els problemes i avançar en l'elaboració de noves línies estratègiques i propostes d'acció.

El Servei Català de la Salut va encarregar a l'Institut d'Estudis de la Salut la realització d'un informe sobre l'avaluació dels diferents models de provisió de serveis d'AP a Catalunya, que es va entregar a final de l'any 2006. Ja hem comentat abans que l'anàlisi va permetre observar la importància de dotar els centres i els equips de salut amb el major grau d'autonomia de gestió, compatible amb la cohesió del sistema, per aconseguir, entre altres coses, incrementar la motivació i la satisfacció dels professionals i la seva percepció de proximitat a la presa de decisions que els afecten.

A principis de l'any 2004, el Consell Assessor de la consellera de Salut va elaborar un informe sobre l'AP i, posteriorment, l'informe conegut com *Informe Vilardell* també n'abordava els principals problemes.

Recomanacions del Consell Assessor per a la millora de l'Atenció Primària (2004)

- Major autonomia dels centres.
- Millora del continuïum assistencial.
- Completar la reforma de l'Atenció Primària.
- Increment de la capacitat resolutiva.
- Potenciar el lideratge i les competències de les infermeres de l'Atenció Primària.
- Ampliar el perfil competencial del metge de família.
- Millorar la coordinació amb l'àmbit de salut pública.

Departament de Salut

Font: presentació Consell Assessor de la Consellera

Al primer trimestre de l'any 2007 van ser aprovades pel Consell de Direcció del Servei Català de la Salut les línies principals del Pla d'innovació.

La Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut ha desenvolupat al llarg d'aquests anys un conjunt de plans estratègics i directors sobre àmbits directament relacionats amb l'AP, com són el de Pediatria, Salut Sexual i Reproductiva, Salut Mental, Malalties Cardiovasculars, Malalties de l'Aparell Locomotor i Sociosanitari.

També sota l'autoritat d'aquesta Direcció General s'han acabat els treballs del nou Mapa Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública de Catalunya, amb moltes dades referents a la visió dels ciutadans, professional i gestors, a les que s'ha fet referència en paràgrafs anteriors, i als recursos i l'activitat de l'AP i amb una orientació de planificació de futur.

L'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) de l'any 2006 ha estat també una iniciativa de gran relleu i ens ha permès d'obtenir dades importants sobre la visió dels ciutadans envers els serveis i els professionals de l'AP, i en relació amb la utilització que en fan, comentades anteriorment.

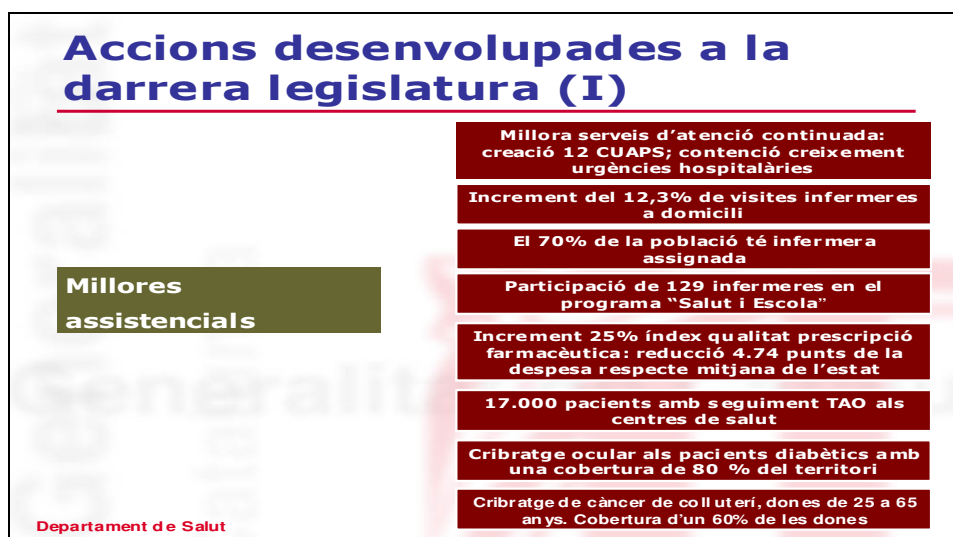
També hem d'esmentar l'anàlisi conjunta i de propostes de millora que la Direcció General de Planificació i Avaluació, el Servei Català de la Salut i la Divisió d'Atenció Primària de l'ICS van realitzar sobre el present i el futur de l'AP a Catalunya i que va ser objecte de dues sessions monogràfiques del Comitè de Direcció del Departament de Salut al mes de juliol de 2004 i al novembre de 2005.

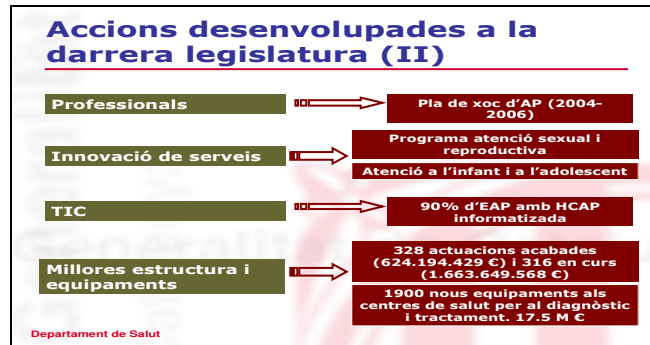
Aquestes fites, exposades sense cap pretensió de ser exhaustius, s'han complementat amb altres iniciatives originades en el marc de les associacions de proveïdors i de professionals i societats científiques, i en els consells de les professions sanitàries mèdica i infermera, que també han contribuït a fer possible l'elaboració de les diferents propostes del PIAPiSC.

Més endavant es comenten algunes de les dades principals d'aquests i altres estudis, sempre amb l'objectiu essencial de proporcionar un millor marc de comprensió dels eixos del Pla, tant des d'una vessant estratègica com operativa.

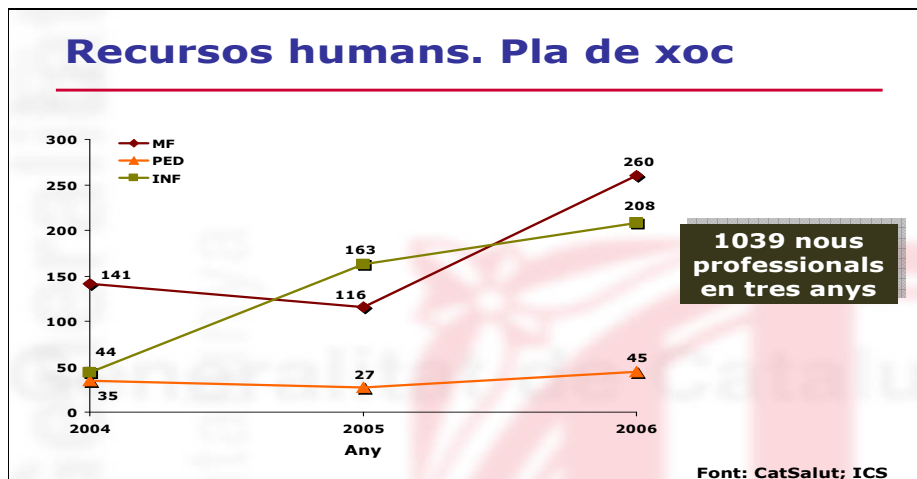
El Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció de Pediatria a l'Atenció Primària introdueix uns nous criteris organitzatius, d'àmbit d'actuació i de coordinació funcional d'aquests especialistes, que continuen essent de referència per a la població menor de quinze anys i, al mateix temps, s'organitzen en equips de base territorial. Les infermeres dels equips d'AP incrementen significativament la seva responsabilitat en el Programa d'activitats preventives i de la promoció de la salut en l'edat pediàtrica i en l'atenció de diversos problemes de salut. El Pla en preveu una implantació progressiva i estableix que l'any 2011 hauria d'estar implantat en tot el territori català.

El Departament de Salut ha desenvolupat, a partir de l'any 2004, tot un ampli conjunt d'actuacions reflectides en les gràfiques següents:





El Departament de Salut ha promogut de forma significativa a l'increment de la quantitat de professionals contractats per proveïdors d'Atenció Primària. A la gràfica es pot observar aquest creixement produït en el període comprés entre els anys 2004-2006 (Pla de Xoc). Les dades provisionals d'increment de professionals corresponents a l'any 2007 han estat de 190 metges, 22 pediatres i 194 infermeres.



3.3 ELS REPTES PRINCIPALS

L'anàlisi de l'evidència científica disponible i dels documents generats per diferents organismes i institucions del propi Departament de Salut, entre ells els Consells de les Professions Mèdica i d'Infermeria, permet identificar els reptes principals que ha d'afrontar l'actual atenció primària i el conjunt del nostre sistema sanitari per avançar en un camí d'excel·lència sostenible.

El ciutadà necessita encara percebre millores significatives en relació a la informació que rep sobre el sistema sanitari i l'organització dels centres i serveis, i més en concret de l'atenció primària. En la nova perspectiva de descentralització territorial (GTS) cal donar un nou enfocament als mecanismes i recursos d'informació i participació de la ciutadania en els processos d'atenció de salut desenvolupats a l'àmbit comunitari.

Les dades disponibles (ESCA) ens indiquen que el ciutadà visualitza una complexitat excessiva del sistema i dificultats per utilitzar amb rapidesa i simplicitat els recursos dels diferents proveïdors del territori.

També s'evidencia que continua havent-hi problemes en l'accés als centres i professionals d'AP, per exemple a través del telèfon o a que el ciutadà sigui atès pel seu professional de referència en l'atenció no programada, i que el desenvolupament i utilització massiva de les TIC a l'àmbit comunitari encara és un tema no suficientment resolt.

Si bé és cert que s'ha incrementat la capacitat d'elecció del ciutadà pel que fa als centres i professionals de referència, cal avançar en el futur dins del marc de planificació i de compra de serveis, l'elecció de serveis i especialistes consultors d'acord amb el metge de família.

Tant els ciutadans com els professionals de referència manifesten de forma clara la necessitat de corregir el retard en l'accés a les proves complementàries i als especialistes consultors, al menys en els casos que siguin catalogats com preferents, en raó de la importància i/o urgència del problema a abordar

El professional, tant els de referència d'atenció primària como la resta, explicita tot un seguit de problemes que influeixen de forma negativa sobre la seva motivació i sentiment d'orgull de pertany a un centre, servei o equip. L'evidència sobre aquests problemes abunda en el articles de les revistes científiques i en els documents de les societats científiques i organitzacions professionals. S'evidencia també la necessitat de potenciar el paper com a professional de referència de la infermera d'atenció primària, que contrasta amb el poc volum de contactes amb la infermera referent que es detecta en l'ESCA.

A l'atenció primària són clares les dificultats creixents per a una conciliació satisfactòria de les vides professional i familiar, la rigidesa de l'organització del treball, les polítiques d'incentivació a vegades no massa discriminants en relació a la dedicació i qualitat del treball realitzat, la manca, a vegades, de lideratges clars i d'autonomia professional, la

sobrecàrrega de treball i els desequilibris en les tasques assistencials derivades en molts casos d'una indefinició dels rols i competències professionals i els problemes que poden tenir per accedir o poder realitzar activitats formatives o de recerca, conformen un marc que necessita ser abordat amb decisió. També cal fer esment de la necessitat de potenciar el paper i proporcionar noves eines de formació a alguns professionals com les auxiliars d'infermeria i els d'atenció a l'usuari, fins ara no suficientment prioritzats.

L'organització dels recursos sanitaris en el territori del GTS no ha aconseguit encara eliminar els problemes de continuïtat dels procés assistencial percebuts tant pels professionals com pels pacients. A l'estudi de la Fundació Josep Laporte de percepcions i expectatives dels pacients d'atenció primària a Catalunya, finalitzat al juliol de 2008, s'afirma que "la manca de mitjans tècnics i dificultats per establir interconsultes amb els especialistes, està portant a una situació de desmotivació creixent dels professionals d'aquest sectors entres d'altres". La gestió de la provisió de serveis d'atenció primària encara mostra problemes pel que fa a l'autonomia de gestió dels centres, equips i professionals. Aquest tema (amb algunes excepcions) encara no s'ha abordat de forma decidida i general. Aquestes qüestions han estat objecte de diferents documents i accions desenvolupats per les organitzacions professionals, societats científiques i els consells de les professions sanitàries. El professional assistencial no vol una implicació directa en la gestió però sí que reclama influir de forma més o menys directa en les decisions que afecten al seu treball diari.

Les tasques burocràtiques que acompanyen a l'activitat assistencial a l'atenció primària són visualitzades com excessives pels professionals. Les organitzacions i societats professionals venen reclamant des de fa temps un abordatge decidit d'aquest problema a través de diferents declaracions i informes.

L'organització de l'atenció pediàtrica i de la salut sexual i reproductiva sota una perspectiva territorial és una de les recomanacions essencials dels Plans d'Ordenació d'aquests àmbits assistencials realitzats en el marc de la Direcció General de Planificació i Avaluació, proposta que s'ha de desenvolupar en el marc de les que realitza el Pla d'Innovació.

Els recursos d'atenció primària i la resta dels serveis existents en cada territori GTS funcionen encara amb poca perspectiva de xarxa i aquest problema incideix de forma negativa sobre el desenvolupament dels processos d'atenció. Encara cal avançar molt en la

operativització d'aquesta estratègia a partir de les actuacions de les diferents institucions de l'àmbit del GTS.

Un dels reptes més importants que han d'afrontar els sistemes sanitaris dels països desenvolupats, i per tant el nostre, és el de l'atenció als malalts complexos i fràgils amb estratègies proactives operativitzades en el marc de l'atenció primària i de la comunitat. Aquest àmbit de problemes, encara no resolts, enllacen amb el de la necessitat de promoure vincles molt potents entre els serveis sanitaris i socials comunitaris per operativitzar una integració progressiva de l'atenció a la dependència i assumir el caràcter intersectorial d'un nombre cada cop més important de les actuacions en el camp de la salut a partir de la integració/coordinació dels recursos comunitaris assistencials i de salut pública.

Els centres de salut, com estructures nuclears de l'atenció comunitària, necessiten ser analitzats de nou en la seva estructura i funcionalitat per a que puguin desenvolupar, en un marc de major flexibilitat i polivalència, les funcions assistencials i de l'àmbit de la salut pública que els siguin assignades d'acord amb les necessitats i prioritats del territori GTS en el que es troben radicats.

Els instruments necessaris per poder portar a terme totes aquests propostes han de fer referència inevitablement a camps que ultrapassen els límits de l'atenció primària i comunitària i que cal ubicar en nivells superiors o centrals del sistema sanitari de Catalunya.

En el marc de la Comissió Coordinadora d'Entitats Proveïdores cal desenvolupar mecanismes de pacte entre els recursos comunitaris existents en el territori per garantir la màxima efectivitat i eficiència sota perspectives de millora de l'accessibilitat i capacitat resolutiva.

En els darrers anys estem assistint en el sistema sanitari a progressos important en el camp de les tecnologies de la informació i comunicació. Instruments com la història clínica compartida, la prescripció electrònica, la visita virtual o la telemedicina son condicionants per al desenvolupament de les propostes d'aquest Pla d'Innovació d'AP i SC.

El conjunt de mecanismes i indicadors per a l'avaluació dels processos i resultats de l'atenció necessiten també ser analitzats de nou amb una perspectiva territorial i d'integració funcional de les línies d'atenció.

4. EIXOS PER A LA INNOVACIÓ

En aquest apartat del document abordarem els punts nuclears que delimiten la innovació amb una triple perspectiva. En primer lloc, la innovació en l'àmbit de les persones, ciutadans i professionals en les seves organitzacions, que són els protagonistes principals dels processos d'atenció de salut. En segon lloc, la innovació en l'àmbit del sistema sanitari, de la planificació, avaluació, provisió i gestió dels serveis així com en la conceptualització de les carteres de serveis en relació al territori i en les pròpies estructures del sistema. En tercer lloc, la dels instruments que es necessiten per operativitzar les propostes d'innovació enunciades com nous atributs dels processos de finançament, compra i contractació, la interacció entre proveïdors del territori dels diferents nivells i línies assistencials. També les tecnologies de la informació i comunicació, al servei de l'agilitat i la cooperació, han d'actuar com elements facilitadors i de suport de la innovació.

Les propostes d'innovació del Pla no parteixen de zero; arreu de Catalunya, fa anys que s'estan desenvolupant iniciatives i projectes assistencials que tradueixen a la pràctica diària alguns dels conceptes i estratègies enunciades. Aquest Pla és un component central d'aquestes dinàmiques innovadores i les estratègies que proposa són un pas vers la coherència del model sanitari global que impulsa el Departament de Salut.

Les repercussions del PIAPISC requereixen la implicació del conjunt del sistema sanitari per raó de la seva concepció de l'atenció com integral i sense solució de continuïtat en el marc de l'evolució del model que impulsà el Departament de Salut i desenvolupi el Servei Català de Salut. Es tracta de reforçar la visió del conjunt de serveis sanitaris que fan operativa l'atenció de salut que es presta a la persona individual, a la seva família i a la comunitat radicada en l'àmbit de cada Govern Territorial de Salut (GTS). El concepte de treball en xarxa promou i incentiva per a la coordinació en el territori de tots els serveis de tots els proveïdors i dels seus professionals, i amb la perspectiva d'orientar les accions als resultats de salut i de millora de l'efectivitat i l'eficiència de les seves actuacions. Aquest continuum assistencial requereix un treball en xarxa.

El desenvolupament del concepte d'atenció proactiva* en relació amb el nivell de risc de salut, la maximització de les competències dels metges d'atenció primària, el desplegament de les competències de les infermeres i una major transversalitat en l'organització i la integració dels serveis sanitaris i socials en el territori són exemples operatius d'aquestes estratègies.

* Atenció anticipatòria, no reactiva o posterior a l'esdeveniment

4.1 PERSONES: EL PLA, ELS CIUTADANS I ELS PROFESSIONALS DINS LES SEVES ORGANITZACIONS

4.1.1. Ciutadans

Conèixer i entendre **les expectatives de les persones** sobre la salut i les malalties permet predir i ajustar la demanda a les necessitats reals i, secundàriament, assignar i organitzar els serveis assistencials.

Cal dissenyar estratègies de **capacitació de les persones** i les seves famílies, a partir d'intervencions al llarg del seu cicle vital i amb l'objectiu que puguin aconseguir el màxim **nivell de control** sobre el conjunt de determinants de salut provinents de diferents sectors socials i no solament del sanitari.

D'altra banda, és necessari que els ciutadans coneguin els recursos de què poden disposar en el seu àmbit de residència i treball i que els **utilitzin adequadament**, en una perspectiva desmedicalitzadora de la vida quotidiana i d'acord amb l'axioma que estableix que més intervencions sanitàries no signifiquen més salut.

El conjunt de recursos del sistema sanitari i de la mateixa comunitat ha de prioritzar la **visió integradora** dels processos assistencials i comunitaris, des de les unitats d'atenció a l'usuari o pacient fins als grups de malalts, els grups de treball amb famílies i les farmàcies comunitàries.

Situar el ciutadà en una posició central del sistema sanitari, més enllà de les declaracions d'intencions, significa prioritzar al més alt nivell les **accions operatives** en els àmbits principals següents:

- Informació i comunicació
- capacitat d'elecció i decisió,
- participació, i
- accés als serveis i els professionals.

4.1.1.1 Informació i comunicació

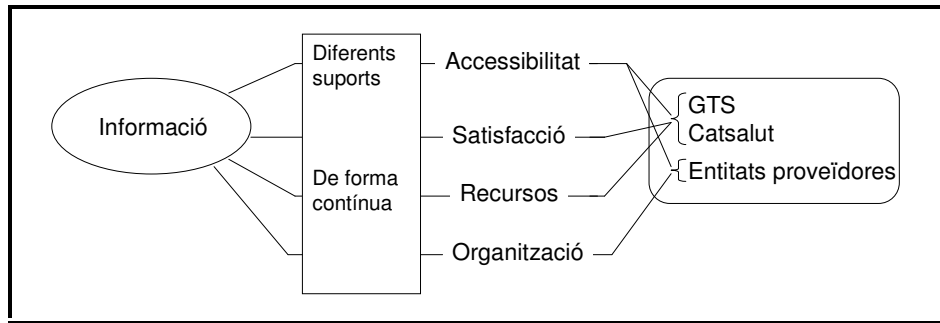
Els ciutadans han de percebre i saber que són atesos en uns centres sanitaris amb uns serveis acreditats, per uns professionals que els ofereixen una assistència amb un bon nivell de qualitat i en un marc de confort i seguretat. Han de tenir uns professionals, metges i infermeres de referència en l'equip de salut que els proporcionin una informació i atenció personalitzada, continuada i integral, que els ajudin a gestionar els seus contactes amb els diferents recursos del sistema sanitari i en la utilització de tots els serveis del territori (inclosos els serveis hospitalaris).

Un objectiu a assolir es disposar de portals de salut com a espais d'interacció per als ciutadans i les seves famílies.

Els ciutadans han de rebre informació suficient, intel·ligible i contínua sobre:

- la seva salut;
- els recursos del sistema sanitari en l'àmbit general i del territori, facilitada pels GTS i el SCS mitjançant els diferents suports i metodologies disponibles;
- les dades curriculars bàsiques dels professionals de referència dels equips de salut i dels altres especialistes;
- l'organització de la provisió en el territori, facilitada per les entitats proveïdores;
- l'accessibilitat dels diferents tipus de recursos, facilitada pels GTS, SCS i les entitats proveïdores i especificant els temps de demora i les llistes d'espera progressivament per especialitat i per professional.
- les dades de satisfacció amb els serveis, facilitada pel SCS a partir dels indicadors de les enquestes (i altres instruments) realitzades a usuaris que han rebut aquests serveis anteriorment; i
- l'accés a les dades de la seva història clínica personal.

La ciutadania té un accés cada vegada més ampli a dades relatives a la salut mitjançant els mitjans de comunicació social i de la xarxa d'internet. Els professionals han de ser capaços de donar una resposta adequada a aquests pacients que no sempre tenen la informació correcta.



L'estructura del GTS i alhora territorial del SCS han de realitzar les accions informatives de què són responsables, adaptant els seus continguts, suports i mètodes a les necessitats i les característiques de cada àmbit comunitari (vegeu la figura).

Les **accions informatives** que calgui operativitzar a través de les entitats proveïdores es contemplaran de manera específica i concreta en els **contractes** establerts amb l'SCS.

Des de la perspectiva del Pla d'Innovació es proposa establir els elements mínims concrets d'informació dirigida als ciutadans amb independència de la instància a la que aquests s'adrecin.

- Totes les línies d'atenció del territori.
- Organització dels serveis:
 - o institució proveïdora,
 - o ubicació física,
 - o horaris, i
 - o professionals.
- Com utilitzar els recursos en cas de demanda:
 - o d'atenció ordinària,
 - o d'atenció urgent,
 - o d'atenció domiciliària,
 - o d'atenció social, i
 - o d'atenció administrativa.

4.1.1.1.2 Capacitat d'elecció i decisió

Un ciutadà amb capacitat d'elecció i decisió ha de tenir els elements d'informació i les facilitats imprescindibles per poder escollir els serveis i els professionals més adients per a l'abordatge de les seves necessitats de salut tal com el punt anterior descriu. Els ciutadans tenen dret a una segona opinió sobre els seus problemes de salut i a la elecció de ABS, CAP i professionals dins d'aquests.

Aquestes premisses s'han de traduir operativament en possibilitats efectives d'elecció del centre de salut, dels professionals mèdics i de les infermeres de referència.

El Pla proposa avançar en que els ciutadans, juntament amb els seus professionals de referència, participin en els processos d'elecció dels serveis i dels professionals que han d'intervenir en àmbits específics d'atenció, quan hi hagi arguments que així ho justifiquin. Cal establir els mecanismes que permetin avançar en aquest procés, dins del marc de les organitzacions i de les normatives vigents, especialment per al que fa a la segona opinió.

Cal realitzar les accions necessàries per a que els ciutadans juguin el paper clau que els correspon, tant pel que fa a les informacions com als tractaments i altres intervencions diagnòstiques que poden rebre.

4.1.1.1.3 Participació

La participació dels ciutadans s'ha de considerar des d'una perspectiva institucional i formal, i també des d'una perspectiva més individual i relacionada amb la interacció quotidiana amb els serveis del sistema sanitari i, per tant, també amb l'atenció primària.

La responsabilitat compartida del pacient en la presa de decisions clíniques ha provat la importància d'aconseguir el **compromís** del pacient per entendre les causes del seu problema de salut i l'adhesió al tractament. Aquest compromís participatiu aporta millors resultats clínics, de satisfacció i fins i tot econòmics.

El decret 38/2006, de 14 de març, pel qual es regula la creació de governs territorials de salut, reconeix com a òrgan de participació el Consell de Salut.

El Consell de Salut del GTS és un òrgan de participació ciutadana per a l'assessorament, consulta, supervisió i seguiment de l'activitat del consorci, integrat per les organitzacions sindicals, empresarials, veïnals, de persones usuàries, professionals i de familiars de malalts més representatives en el territori de referència. El Consell de Salut estarà presidit per la persona que exerceixi la presidència del consell rector del consorci.

És l'àmbit de l'atenció primària en què esdevé capital la participació activa i l'intercanvi de coneixements dels pacients experts cap a la resta de pacients, amb l'objectiu de transferir coneixement, canvi d'hàbits i millora de la qualitat de vida. Cal prioritzar en les malalties cròniques i més prevalents el desenvolupament operatiu d'aquesta estratègia des d'una perspectiva de centre i equip de salut.

4.1.1.1.4 Accés als serveis i els professionals

Els ciutadans han de poder accedir als serveis que necessiten en el lloc i el moment adequats. Aquest objectiu implica **l'eliminació de les barreres** burocràtiques, d'horaris, geogràfiques i d'altres tipus que dificultin de significativament una utilització racional i no consumista dels recursos del sistema.

Aconseguir el nivell adequat d'accessibilitat als serveis i els professionals del territori és un objectiu irrenunciable que, en el marc de les societats amb un elevat grau de desenvolupament de les TIC, s'ha d'assolir. Des d'un punt de vista operatiu, això vol dir que en cada territori es destinen els **recursos materials i humans necessaris** per a dissenyar i implementar els sistemes de comunicació i informació i la seva interconnectivitat.

Cal garantir que tot ciutadà sigui atès en el mateix dia per l'equip de salut o els professionals de referència, si així ho requereix el tipus de problema que presenta.

La demora per ser atès amb visita preferent (demanda d'atenció que requereix una resposta diagnòstica o terapèutica en un termini més breu que l'habitual) per un servei especialitzat bàsic, o per accedir a una prova complementària bàsica indicada pel professional de referència de l'equip de salut, de forma pactada amb el professional especialista de referència consultor, hauria de garantir la disminució progressiva del temps d'accés fins a arribar a un termini de referència no superior als 15 dies. Aquest objectiu requereix de la seva adequació en la compra de serveis i de la interacció de tota la xarxa.

És necessari abordar decididament la **desburocratització** de l'activitat de l'atenció primària eliminant-hi una gran part dels procediments actuals o fent-los virtuals.

En l'àmbit de l'accessibilitat i en l'àmbit de responsabilitat dels proveïdors també és important generar noves dinàmiques de funcionament de les **agendes dels professionals** de referència i del territori, identificant les demandes programades, possibilitant la incorporació d'altres no previstes, eliminant les de tipus burocràtic i generant espais específics per a l'atenció no presencial.

A partir de la millora dels recursos disponibles cal garantir una millor **accessibilitat telefònica i per mitjà d'Internet**, tant als professionals de referència de l'equip de salut com a la resta de professionals i serveis de la xarxa sanitària d'utilització pública en l'àmbit del GTS (atenció urgent, tràmits administratius, informació dels serveis, comunicació dels resultats d'exploracions i proves complementaries, etc.).

Cal implementar **consultories entre els professionals** de referència de l'equip de salut i els altres serveis especialitzats del territori per tal de resoldre determinades demandes sense necessitat d'una visita presencial, amb l'oferta de serveis que es basen en les TIC, com per exemple les consultes per internet o la comunicació de resultats per SMS o correu electrònic.

4.1.2. Professionals i organitzacions

Correspon a les entitats titulars de la provisió de l'atenció primària millorar les condicions objectives de l'entorn laboral dels professionals i la potenciació de la seva autonomia i participació en les decisions que afecten, directament o indirecta, les seves actuacions. El compliment de la missió essencial del sistema sanitari de proporcionar als ciutadans una atenció de salut amb el grau òptim de qualitat i seguretat sols es podrà assolir plenament en un context de motivació i satisfacció dels professionals sanitaris en el si de les organitzacions.

Cal que les propostes del Pla d'Innovació incloguin, a més de canvis a mitjà i llarg termini, accions immediates dirigides a solucionar alguns dels problemes actuals amb què s'enfronten les organitzacions i els professionals de l'atenció primària que tenen la

responsabilitat d'atendre les necessitats de salut i serveis plantejades pels ciutadans i els usuaris dels centres sanitaris.

4.1.2.1 Lideratge i competències

Potenciant el lideratge i l'autonomia professional

Aquests conceptes s'han de relacionar amb el de potenciació del professionalisme, en definitiva, amb el del **desenvolupament professional continuat individual (DPCi) dels professionals de l'atenció primària i salut comunitària en el marc dels acords laborals necessaris**. Aquesta relació entre lideratge i DPCi no implica que s'hagi de supeditar el desenvolupament del primer al del segon, actualment encara en fases preliminars pel que fa a la seva implantació per part de les institucions i organitzacions professionals.

Correspon als proveïdors dissenyar estratègies i accions que potenciïn el concepte de **conciliació de la vida professional i la familiar**, i flexibilitzar els règims de dedicació laboral en funció de les necessitats i les disponibilitats de les entitats proveïdores dels equips i els serveis i dels mateixos professionals. Aquesta flexibilització s'ha de traduir, en l'àmbit de les responsabilitats de les organitzacions, en una diversificació de les jornades contractuals i dels horaris que permeti que els professionals puguin treballar als matins i a les tardes a partir de diferents fórmules de distribució i amplitud de la jornada laboral. Les consideracions anteriors relatives a la flexibilització laboral han de ser analitzades en el marc dels àmbits de negociació previstos amb les organitzacions sindicals i patronals.

L'accessibilitat dels pacients als serveis i professionals s'ha de protegir a partir d'uns horaris dels centres que la garanteixin i de la potenciació de l'atenció continuada i domiciliària.

L'ús adequat de les TIC facilitarà aquesta adaptació i, al mateix temps, permetrà establir contactes més àgils, efectius i continuats en el territori del GTS, entre els professionals i entre aquests i els ciutadans, introduint-hi noves concepcions de disponibilitat.

Correspon a les entitats proveïdores vetllar pel manteniment d'un **clima laboral** adequat. En aquest incideixen notablement la motivació i la satisfacció, la potenciació de

l'autonomia per organitzar la seva agenda i la garantia d'espais de temps no assistencials dins la jornada de treball, juntament amb el disseny de sistemes d'incentivació individual que valorin la qualitat i la quantitat de l'activitat realitzada pel professional i el seu grau d'implicació en el projecte assistencial, docent i de recerca del seu centre o servei. Tots aquests són instruments que contribuiran a la construcció de la carrera professional.

També els hi correspon considerar les **polítiques d'incentivació** amb una perspectiva més professional i personalitzada, relacionant-les amb els resultats, prioritàriament en termes d'eficiència, qualitat, seguretat i satisfacció de l'usuari, i no amb el lloc de treball.

El lideratge clínic i de gestió s'ha de traduir operativament en la capacitat per **maximitzar el desenvolupament competencial** i definir el **principi de subsidiarietat** per possibilitar que cap professional faci tasques i assumeixi responsabilitats que pugui realitzar un altre.

El líder de l'equip o del servei d'atenció primària, exercint la seva autoritat i responsabilitat reconeguda (sense autoritarisme ni paternalisme), ha d'aconseguir que tots els professionals assumeixin els **objectius marcats per al conjunt** de l'organització, respectant, al mateix temps, l'autonomia professional individual. Exercir el lideratge implica també la capacitat per definir amb precisió els camins a seguir per arribar als resultats (com) i assignar les responsabilitats de cada professional (qui). Cal que els líders no estiguin centrats principalment en la burocràcia administrativa, sinó en la **innovació de les formes de relació interpersonal** en els diferents grups d'interès, **activant un nou marc de valors, recursos i motivacions de tots els professionals que comparteixen l'objectiu d'oferir una atenció integrada als ciutadans**. Els líders i els professionals, juntament amb els responsables de les seves organitzacions, han de poder **influir en els processos de decisió de les estructures de govern** territorial del GTS, mitjançant la participació activa en la Comissió d'Entitats Proveïdores, per compartir les seves prioritats estratègiques per mitjà de convinguts reglats de participació.

L'autonomia professional dins de l'atenció primària s'ha d'entendre no solament des de la perspectiva del maneig dels recursos, sinó també en l'àmbit de l'organització de les activitats individuals i de l'equip, i també de les decisions clíniques en el procés d'atenció

dels problemes i necessitats de salut, assolint-hi l'equilibri imprescindible entre autonomia i responsabilitat.

En aquest marc d'autonomia personal i grupal, els professionals treballen en organitzacions en xarxa per facilitar el continu assistencial. El **treball en xarxa** i participatiu ha de contribuir també a facilitar l'atenció integral de les diferents línies de servei en l'àmbit del GTS, amb referència especial a les assistencials i de salut pública i comunitària. Cal facilitar aquesta dinàmica de treball amb la generació d'àmbits institucionals i quotidians en què es puguin compartir iniciatives, experiències organitzatives i actuacions assistencials, docents i de recerca.

La disponibilitat i la utilització intensiva de les TIC i la instauració d'espais comuns de treball seran elements operatius essencials per donar suport a aquests nous enfocaments.

Desenvolupant i mantenint les competències

Una organització de serveis integrats en xarxa necessita un nou **equilibri de competències** del conjunt dels professionals en les seves organitzacions. Partint del respecte a les singularitats pròpies de cada disciplina o professió, s'han de generar **noves dinàmiques de treball**, individualment i en equip, en l'àmbit de l'atenció primària i salut comunitària.

Els professionals han de treballar proactivament des de la perspectiva de l'atenció individual, familiar i del conjunt de la població, i en funció de les necessitats i els riscos.

L'atenció integral de salut requereix que els professionals comparteixin decisions preventives, diagnòstiques, terapèutiques i rehabilitadores. En definitiva, que a partir de les competències específiques i comunes siguin capaços d'establir relacions de confiança amb objectius i valors compartits.

El desenvolupament màxim de les competències de cada grup professional i del principi de subsidiarietat s'ha de traduir operativament en la incorporació plena i efectiva de diferents professions que complementin la cartera de serveis d'Atenció Primària en la xarxa sanitària d'utilització pública de l'àmbit territorial del GTS o d'un conjunt de GTS. Algunes de les quals encara no estan presents i altres s'hi podran incorporar progressivament en el

futur, en funció de l'evolució de la cartera de serveis i el nivell de resolució a assolir (tècnics de formació professional, transport, podòlegs, fisioterapeutes, dietistes i nutricionistes, terapeutes ocupacionals, etc.)

Cal caminar envers la substitució del model competencial actual (fonamentat en funcions i tasques) per un altre que permeti el ple desenvolupament de les capacitats, els coneixements, les habilitats i les actituds de cada àmbit professional específic, i amb una perspectiva de potenciació màxima de les competències pròpies i compartides de cada grup professional. Amb referència especial a la professió infermera en els camps que la capaciten per valorar, definir la situació de salut i planificar, prescriure en totes les situacions que afecten al manteniment de la salut i condicions de vida i a la resolució de problemes de salut. També cal desenvolupar amb major intensitat que fins ara el paper com agents de salut de primer accés dels farmacèutics comunitaris.

Cal garantir l'accés als programes i les activitats de formació continuada en el marc del desenvolupament continuat individual de tots els professionals d'AP i SC. També és imprescindible caminar envers la instauració de sistemes de recertificació periòdica de la competència i, a més, cal garantir en els contractes amb els proveïdors les condicions que facilitin la disponibilitat per a l'adquisició dels crèdits de formació continuada i d'altres tipus necessaris per a l'assoliment d'aquest objectiu, i conceptualitzar-lo com un dret i deure en el marc del desenvolupament professional continuat individual (DPCi)

Potenciant la docència i la recerca

La universitat ha d'incrementar significativament els recursos docents en l'àmbit dels territoris per possibilitar el canvi d'orientació, continguts i metodologia que necessita la formació pregraduada i desenvolupar programes de formació i estructures acadèmiques d'atenció primària i comunitària.

En relació amb el postgrau, cal incrementar-ne els recursos i dedicar-los de manera finalista per millorar la qualitat dels programes docents i, al mateix temps, ampliar el contacte amb els diversos centres i recursos territorials de les diferents professions i especialitats.

L'atenció primària disposa d'uns valors propis per a la recerca: l'accessibilitat a la població en general, la relació continuada al llarg del temps especialment com a garant del continuum assistencial i l'actuació en estadis de precocitat de la malaltia entre d'altres. La seva posició per al que fa a la recerca en salut es privilegiada.

Cal considerar la recerca com una activitat més del proveïdor, i els seus professionals han de poder disposar dels recursos necessaris que facin compatibles la seva dedicació assistencial i la recerca.

S'ha de garantir la disponibilitat de temps i recursos per a la realització de les activitats de docència i recerca, a més de potenciar l'acreditació docent dels centres, els serveis i els professionals i generar nuclis operatius de recerca aplicada, clínica i de salut pública i comunitària

La recerca en l'àmbit de l'AP i SC es troba encara en una fase inicial de desenvolupament. Cal millorar intensament l'accés dels professionals d'AP a aquests tipus d'activitats i finançar els projectes d'investigació de recerca que permetin avançar en la cultura de recerca. En aquest terreny és important comptar amb el concurs i implicació de les institucions i els professionals per consolidar el desenvolupament d'entitats pròpies de l'atenció primària i salut comunitària que promoguin i gestionin la investigació específica d'aquest àmbit. Cal promoure també el reconeixement de la comunitat científica.

4.1.2.2 Organització

Els professionals de referència i els professionals consultors

Els metges i les infermeres d'atenció primària són els professionals responsables del conjunt de l'atenció de salut que reben les persones que tenen assignades, incloent-hi la prestació directa de l'atenció familiar i comunitària i la gestió i el seguiment dels contactes que mantenen els seus pacients amb els altres recursos del sistema sanitari. Constitueixen el «punt de trobada» principal entre la societat i els serveis de salut i la transcendència de les seves decisions poden condicionar la millor utilització de les competències del conjunt de professionals que treballen en la xarxa sanitària d'utilització pública en el territori, aportant elements de valor i expertesa.

El centre i l'equip de salut formen els elements estructurals i organitzatius, respectivament, dels serveis bàsics de referència de la població de l'àmbit del GTS. El nucli dels centres de salut integrats el formen metges i infermeres d'atenció primària, pediatres, auxiliars d'infermeria, professionals d'atenció a l'usuari i administratius sanitaris. Els pediatres actuen com professionals de referència per a l'atenció de determinats problemes de salut de la població infantil (menor de quinze anys) i, al mateix temps, com consultors en el marc dels serveis territorials; i les llevadores actuen com a referents dins de les ABS pel que fa a l'atenció del procés normal de l'embaràs, part i postpart i de les activitats de prevenció i promoció de la salut sexual i reproductiva, i conjuntament amb els obstetra-ginecòlegs com a consultors referents en el marc dels serveis territorials. En els centres també treballen, de manera constant o puntual, diversos professionals. Els tipus i la quantitat de tots aquests professionals dependrà de les necessitats de salut i socials, de la cartera de serveis, de les característiques geogràfiques i sociodemogràfiques i dels recursos existents en el territori, bé siguin físics o tecnològics i correspondrà al proveïdor la determinació més adient per una resposta sanitària de qualitat.

Cal desenvolupar, sempre d'acord amb les necessitats de cada territori, les competències de tots els components dels centres i els equips i prestar una atenció especial als professionals auxiliars d'infermeria, els quals han de contribuir significativament a la prestació de moltes de les tasques pròpies del centre. El mateix es pot dir en relació amb els administratius sanitaris, essencials en l'àmbit de l'atenció a l'usuari i en la gestió dels processos de citacions i agendes.

El disseny organitzatiu dels serveis bàsics de referència ha d'afavorir l'atenció integrada i compartida en un marc de cooperació interprofessional i interdisciplinari que permeti definir i atribuir responsabilitat sobre els resultats de les actuacions de cada professional. La definició concreta dels aspectes organitzatius, incloent-hi la ubicació física dels professionals i les seves interaccions quotidianes, s'ha d'establir en l'àmbit de la organització de cada proveïdor d'AP.

La planificació general dels serveis de suport als centres i als professionals de referència s'ha de fer amb una perspectiva territorial, (tot respectant la diferent dependència institucional i d'entitat proveïdora). És clar que no tots els territoris disposaran de la globalitat dels serveis en el seu àmbit i que, per tant, caldrà establir acords o convenis de col·laboració amb altres per garantir-ne la prestació.

Des d'una perspectiva de reconeixement i d'igualtat de totes les especialitats sanitàries, considerem adequat **atenuar progressivament la tradicional distinció entre els nivells d'atenció primària i especialitzada** i parlar del conjunt d'especialitats actuen, en aquest cas, en el marc territorial dels GTS. Els especialistes, que actuen amb una perspectiva territorial, mitjançant organitzacions de proveïdors en xarxa, ho fan desenvolupant en primer terme de **consultors** dels que componen els serveis de referència.

L'autonomia de gestió dels professionals

L'autonomia de gestió, entesa en el seu concepte més ample, en la perspectiva de desenvolupament de totes les potencialitats del binomi autonomia-responsabilitat, és un element central de moltes de les estratègies de canvi dels sistemes sanitaris, també a l'àmbit hospitalari i altres línies assistencials .

La diversitat, la participació i la transparència han d'ésser els tres principis bàsics de l'organització que ha de donar suport a les estructures de gestió dels serveis de l'àmbit territorial de GTS. L'aplicació d'aquests principis és perfectament compatible amb la cohesió del sistema i, en el cas dels professionals sanitaris, ha de permetre la potenciació de les seves capacitats de lideratge.

Els professionals, individualment i en grup (equip), s'han de sentir protagonistes dels projectes assistencials, docents i de recerca, i han d'elevat el seu grau d'orgull pel fet de pertànyer a una entitat i a un projecte organitzatiu i de treball concret.

Cal analitzar les possibilitats de desenvolupament de l'autonomia de gestió que ofereixen els marcs legals, tant la LOSC com l'estatuari i d'empresa pública de l'ICS, com el de les entitats concertades que constitueixen la xarxa sanitària d'utilització pública de provisió de serveis.

En l'actualitat ja s'han posat en marxa a Catalunya diverses experiències d'autogestió (EBA), a més, l'Institut Català de la Salut ha dissenyat un projecte d'autonomia de gestió que s'ha començat a implantar en fase demostrativa en diversos EAP i, en els tres anys vinents, es preveu estendre'l progressivament a la resta dels EAP gestionats per l'ICS.

Altres entitats proveïdores dins de la seva autonomia de gestió també han dissenyat diversos projectes que contemplen majors graus d'autonomia dels equips de salut. Tenint en compte aquests antecedents, cal continuar analitzant diferents formulacions jurídiques que permetin la implantació progressiva de diferents models d'autonomia de gestió a tots els equips de salut que ho formen, sempre en un marc de garantia de l'equitat en l'accés als serveis per part de la ciutadania, de la qualitat i seguretat de l'atenció prestada i de responsabilitat envers els resultats de la gestió realitzada.

Les entitats proveïdores presents en el GTS no s'han d'estructurar segons una perspectiva territorial pròpia, sinó de facilitadors de prestació de serveis en xarxa en l'àmbit dels GTS o del conjunt de GTS. El fet que l'ICS s'hagi transformat en una empresa pública ha de propiciar l'establiment d'acords i convenis per a la gestió i la prestació de serveis amb altres proveïdors públics del GTS.

La combinació de les estratègies d'autonomia de gestió i de col·laboració operativa entre els proveïdors en el marc del GTS necessita la garantia d'interconnectivitat i compatibilitat del sistema o sistemes d'informació. L'autoritat sanitària definirà els criteris bàsics que les diferents entitats proveïdores han de complir en aquest terreny.

Ajustar l'organització a les necessitats de salut

En el marc de l'autonomia de gestió del proveïdor cal analitzar amb deteniment les càrregues assistencials que assumeixen els professionals, fugint de plantejaments uniformadors que no tinguin en compte les característiques concretes de cada territori, centre i equip. L'establiment apriorístic d'una proporció fixa d'usuaris adscrits a cada professional i la seva aplicació universal poden ser font d'errors i de desigualtats injustes. És imprescindible estudiar l'evolució històrica, la situació actual i les perspectives de futur de l'evolució de la demanda assistencial i la seva repercussió en els diferents tipus de professionals que integren els centres i els equips. A més, aquesta anàlisi s'ha de fer tenint en compte el nou context competencial i de tasques que han de assumir aquests professionals i sempre amb la doble perspectiva de garantir l'accessibilitat, la qualitat i la seguretat de les actuacions assistencials, d'una banda, i de millorar la satisfacció dels ciutadans i els professionals, de l'altra per la obtenció dels millors resultats possibles en l'atenció a les demandes plantejades.

Desburocratitzar l'activitat assistencial

És necessari actuar en tots aquells processos burocràtics i administratius que no tinguin una relació directa amb els actes assistencials, que generin una càrrega de treball significativa i que, innecessàriament, sostreguin temps de l'atenció als pacients.

Per implantar aquestes accions que desburocratitzen l'assistència s'han de seguir estratègies i procediments que no perjudiquin els ciutadans i siguin coherents amb el marc de responsabilitats propi de cada tipus de professional i organització. D'una banda, abans de la posada en marxa efectiva d'accions cal informar tots els actors implicats, dins i fora del sistema sanitari, i realitzar les consultes legals i les reunions de consens amb els diferents organismes professionals i de l'administració. D'altra banda, cal adaptar a cada àmbit assistencial la dinàmica concreta d'aplicació de les mesures proposades.

La implantació de la història clínica compartida i de la recepta electrònica, a més de la potenciació de les comunicacions telemàtiques interprofessionals i amb els ciutadans, incidirà decisivament en la solució de molts dels problemes generats actualment per l'excés de càrrega burocràtica en l'activitat assistencial. Per tant, cal tenir en compte aquestes perspectives en el moment de decidir les actuacions concretes.

En qualsevol cas, cal considerar els següents àmbits per a la desburocratització:

- la prescripció induïda, els visats i els estupefaents;
- els certificats, els informes i els justificants (inclosa la IT); i
- les sol·licituds de proves complementàries i les derivacions.

Cal eliminar els procediments innecessaris, simplificar-los i redistribuir-los. Els professionals de referència dels ciutadans i els pacients (el metge i la infermera d'atenció primària) han d'assumir les càrregues burocràtiques que siguin inherents i proporcionin informació imprescindible en relació amb el seu paper de garants de la continuïtat assistencial i de gestors dels diferents contactes dels seus pacients amb altres recursos del sistema.

4.2 RECURSOS

4.2.1 El Pla i la xarxa sanitària d'utilització pública en l'àmbit del GTS o del conjunt de GTS

El Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària s'insereix en el marc dels processos de canvi organitzatiu del conjunt del sistema sanitari de Catalunya i dels seus proveïdors, els quals s'han endegat els darrers anys. És per això que les línies d'actuació descrites en aquest apartat incorporen diversos elements conceptuals provinents dels processos esmentats.

4.2.1.1 El model de serveis en el territori: la xarxa sanitària d'utilització pública en l'àmbit del GTS i la cartera de serveis

Els governs territorials de salut (GTS) són els instruments nuclears per al procés de descentralització de les decisions en el marc del Departament de Salut. Les prioritats i les directrius establertes per a l'atenció sanitària de la població de l'àmbit del GTS s'han de traduir en accions que tindran un desenvolupament més efectiu en un context d'integració operativa del conjunt dels serveis que actuen en el territori.

L'òrgan de govern del GTS defineix les prioritats de l'atenció de salut en el marc d'un pla estratègic plurianual, amb les propostes generades pel director de sector o director executiu del GTS, la contribució de la Comissió d'Entitats Proveïdores i del Consell de Salut.

Per assolir un nivell adequat de treball en xarxa de les diferents línies de serveis incloses en la cartera territorial és necessària la generació d'estímul i fórmules organitzatives i de treball en xarxa que l'afavoreixin. Per tant, és imprescindible situar nuclearment, dins d'aquesta xarxa, l'atenció primària i la salut comunitària.

Els serveis propis de cada GTS poden variar en funció dels tipus de recursos radicats en el seu territori, però, en qualsevol cas, han de cobrir els requeriments marcats per la cartera de serveis comuna. Aquests serveis també poden ser referents de la població d'altres GTS, adjacents o no.

Caldria que el SCS estableixi d'acord amb els acords presos pels GTS les corresponents carteres de serveis, d'acord amb el nou model a establir de treball en xarxa fruit de les experiències actuals i de les noves iniciatives orientades a maximitzar l'eficiència dels recursos assistencials disponibles a cada àmbit territorial.

Aquest model en xarxa s'orientarà prioritàriament a la millora de l'accessibilitat al servei i a la resolució dels problemes de salut d'acord amb els principis de subsidiarietat garantint el continuum assistencial.

4.2.1.2 Els serveis bàsics de referència en atenció primària i salut comunitària

- **Cartera de serveis bàsica.** L'equip de salut és el nucli de referència per a l'atenció familiar i comunitària. Els metges, les infermeres i els pediatres de l'equip de salut tenen població assignada i es responsabilitzen de l'atenció de les necessitats de salut de la població de la qual són referents tant pel que fa a la seva atenció directa com el seguiment i coordinació de la rebuda en altres nivells assistencials mitjançant una història clínica compartida.

- **Atenció familiar i comunitària (s'hi inclou la pediatria), serveis bàsics de referència individual** (professionals amb població assignada) i

- **Altres serveis (s'hi inclouen els pediatres consultors):**
 - Altres serveis d'atenció ambulatoria *
 - Especialitats mèdiques i d'infermeria*
 - Salut sexual i reproductiva (ASSIR)*
 - Urgències i atenció continuada *
 - Fisioteràpia i rehabilitació*
 - Logopèdia*
 - Atenció a la complexitat i a la fragilitat (atenció proactiva a les persones amb pluripatologia greu o problemes de dependència; s'hi inclouen el PADES i les cures paliatives sense internament)*
 - Transport*
 - Odontologia*
 - Salut Pública*
 - Òptics i optometristes*

- Farmàcia comunitària*
- Podologia*
- Salut laboral*
- Dietètica i nutrició*
- Serveis socials *

*Serveis susceptibles d'articular dins del treball territorial en xarxa.

El conjunt de les línies d'atenció actua amb una perspectiva territorial. Per facilitar el treball en xarxa es considera convenient, com ja s'ha dit en l'apartat dels professionals i les organitzacions, l'atenuació progressiva de la separació entre els nivells tradicionals d'atenció primària i especialitzada en l'àmbit dels GTS.

Les farmàcies comunitàries són els recursos sanitaris amb més capil·laritat i accessibilitat. L'oficina de farmàcia i el farmacèutic com a recurs que pot oferir cada vegada més serveis. Actuant com agents de salut que han de contribuir de forma decisiva al desenvolupament dels programes d'actuació en l'àmbit de la salut.

Amb la vista posada en la garantia de la qualitat i la seguretat de l'atenció, cal aprofitar les noves potencialitats de col·laboració entre els diferents tipus de professionals en l'àmbit del GTS en el marc de les organitzacions de la xarxa sanitària que ofereix el desenvolupament de les TIC.

L'increment de la prevalença de les malalties de l'aparell locomotor i de les malalties neurològiques associades a l'envelliment i a l'activitat laboral, a més de la necessitat de fomentar l'activitat física i els hàbits d'alimentació saludable de les persones, fan que sigui imprescindible atorgar una prioritat alta al paper dels fisioterapeutes i d'altres professionals (logopedes, dietistes, nutricionistes, etc.) que actuen en el territori.

D'acord amb el principi general, el concepte de xarxa sanitària d'utilització pública en l'àmbit del GTS, o del conjunt de GTS, inclou tots els serveis de que disposen les organitzacions proveïdores del territori. Aquest concepte integra els centres i els serveis d'atenció familiar i comunitària amb els que configuren les carteres de serveis de les altres línies i específics del territori.

4.2.1.3 Línies d'avenç en la cartera d'atenció primària i salut comunitària

L'atenció als pacients complexos o fràgils

La creació d'una nova línia d'**atenció proactiva** i articulada entre els diferents serveis del territori per als pacients complexos o fràgils té com a objectiu principal la millora de la qualitat de vida d'aquests pacients i la potenciació de la capacitat d'autonomia personal, cosa que possibilita la permanència en el seu àmbit habitual de residència. Aquest objectiu moltes vegades necessita recursos potents d'atenció personal i domiciliària i la integració efectiva del treball de diferents serveis i professionals sanitaris i dels àmbits social i comunitari.

Cal identificar les persones amb pluripatologia i major risc, per elaborar línies d'atenció proactiva i circuits assistencials específics per a cada grup de necessitats i problemes i amb diferents graus d'intensitat en termes d'actuacions professionals i recursos tecnològics. Aquesta identificació permetrà predir el risc personal a partir de dades provinents de diversos àmbits: cens poblacional, centres i equips de salut, hospitals, centres sociosanitaris, serveis socials, Agència de Salut Pública, farmàcies comunitàries i serveis de salut mental, entre altres serveis de la xarxa sanitària d'utilització pública en l'àmbit del GTS.

Des de l'operativitat organitzativa cal visualitzar aquests tipus d'atenció en el marc del territori. Les formulacions concretes dependran de les característiques locals, però es pot apuntar la proposta de creació d'equips d'atenció a domicili integrats pels professionals dels serveis bàsics de referència i per consultors de l'atenció especialitzada de suport. Els pacients amb requeriments d'atenció intensa o complexa poden rebre accions proactives de seguiment i control, per part dels equips d'atenció domiciliària i dels centres d'atenció telefònica. També s'hauria de permetre que els pacients es poguessin posar en contacte, al llarg de les 24 hores, amb el centre, el qual pot atendre la demanda i resoldre-la directament, o bé pot activar el desplaçament a domicili del professional adequat.

L'atenció a la dependència

Les actuacions en l'àmbit de l'atenció a la dependència tenen, per definició, un caire intersectorial. Les accions combinades sanitàries i socials en formen el nucli, però han d'estar acompanyades de l'activació d'altres serveis i recursos propis de la comunitat i amb vinculacions institucionals diverses.

L'atenció sanitària als malalts dependents és un dels principals reptes de present i futur per l'atenció primària. Tant els aspectes preventius i de promoció de l'autonomia com els assistencials de intervenció entre els dispositius d'atenció primària i d'atenció a la dependència.

Caldria definir el pla d'actuacions pertinent entre les administracions competents per tal d'assolir el repte.

L'atenció continuada, les urgències i les emergències

El concepte d'urgències engloba un conjunt de serveis de naturalesa diversa com l'atenció continuada, les urgències i les emergències. Aquests tipus de demandes responen a la visió dels gestors i els professionals, però moltes vegades el ciutadà no les percep com diferents, almenys les dues primeres.

El conjunt de les entitats proveïdores de serveis (amb els seus centres i els seus professionals) de la xarxa sanitària d'utilització pública en l'àmbit del GTS ha d'assumir les demandes d'atenció continuada i urgent. Cal articular els mecanismes presencials, telefònics i telemàtics d'atenció a aquestes demandes. El model organitzatiu concret dependrà, lògicament, de les necessitats i les característiques de la població de referència de cada GTS (rural, urbà) i els dispositius disponibles, (amb CUAP*, amb serveis hospitalaris, etc.). S'haurien de constituir centres d'atenció telefònica i telemàtica resolutius, proactius i amb capacitat per redirigir la demanda vers el professional (de referència o especialista consultor) i el servei adequats.

* Centres d'Urgències d'Atenció Primària

L'articulació dels procediments assistencials d'urgència de l'atenció primària amb els dels serveis d'urgència hospitalària ha de ser el element substancial de garantia de qualitat en la resolució.

Els recursos necessaris i els serveis de suport propis de l'atenció primària han de respondre a aquesta articulació.

L'atenció a les emergències s'ha de canalitzar per mitjà de centres de resposta ràpida i d'activació immediata del transport sanitari amb medicalització o sense.

Salut Pública

La cartera de serveis de salut pública i comunitària s'ha de definir també amb criteris homogenis per al conjunt de Catalunya, però ajustant-los a les necessitats de salut de les poblacions de cada territori (GTS), d'acord amb el que determinin l'Agència de Salut Pública de Catalunya, les seves estructures descentralitzades de gestió, els ajuntaments i el SCS, en el marc de la promoció i la prevenció.

Farmàcia Comunitària

L'atenció farmacèutica que presta el farmacèutic afavoreix la continuïtat de l'atenció comunitària:

- Cal atorgar al farmacèutic la possibilitat d'incidir en tres eixos d'atenció: en les activitats de promoció de salut, en les de prevenció de la malaltia i sobre grups de risc (maneig de símptomes menors i promoció de l'autocura; i seguiment fàrmacoterapèutic de pacients polimedicats, amb especial atenció al pacient crònic i fràgil)
- Cal fomentar una cartera de serveis acreditada que permeti al farmacèutic d'oficina de farmàcia poder participar en activitats de promoció de la salut, preventives de base poblacional proposades per l'administració sanitària, establint el marc competencial necessari.

4.2.1.4 L'organització descentralitzada del DS i el CatSalut

El Servei Català de la Salut s'ordena en demarcacions territorials denominades Regions Sanitàries tenint en compte l'ordenació sanitària establerta en la LOSC. En un segon nivell territorial la LOSC defineix el sector sanitari. El Decret 122/2009 de modificació parcial de la delimitació de les regions i sectors sanitaris estableix que els sectors sanitaris s'adaptin a l'abast geogràfic dels GTS, d'acord amb la regulació de la creació dels GTS del Decret 38/2006 per tal de reforçar aquest nivell de descentralització.

D'acord amb la LOSC la regió sanitària compta amb els següents òrgans de direcció i participació: el Consell de Direcció i el Consell de Salut.

El director de sector o **director executiu** del GTS té la funció de coordinar la xarxa de proveïdors del territori d'acord a la planificació definida i mitjançant instruments de la compra de serveis, el seguiment dels processos assistencials i l'avaluació de serveis. El director de sector o director executiu pot ser-ho de més d'un territori GTS. És nomenat pel director del SCS i depèn del gerent de la Regió Sanitària. Per exercir les seves funcions, el director rep el suport necessari dels serveis de la Regió Sanitària i dels serveis centrals del SCS.

El director de sector o director executiu, com a responsable del GTS, compta amb el suport de la Comissió Coordinadora d'Entitats Proveïdores, en què participen les diferents entitats del territori. Les entitats i el director de sector o director executiu, a través d'elles i conjuntament amb els professionals, es comprometen amb la gestió clínica a l'àmbit territorial.

Els diferents serveis del GTS han de disposar d'àmbits i instruments per a una interacció que garanteixi l'accessibilitat i la continuïtat de l'atenció prestada al ciutadà des de les perspectives individual, familiar i comunitària.

Al director de sector o director executiu del GTS correspon l'establiment d'objectius i la mesura dels resultats de salut, accessibilitat, qualitat i sostenibilitat dels proveïdors contractats pel CatSalut en l'àmbit del GTS¹. Per fer aquesta funció compta amb el conveni

¹ Amb aquesta finalitat comptaran amb el suport de la Central de Resultats de Salut i l'Agència d'Informació Avaluació i Qualitat

de coordinació del sistema de compra de serveis en base poblacional, que haurà d'incloure entre d'altres aspectes l'assignació de recursos per desenvolupar la cartera de serveis bàsica i específica que l'SCS contracti en l'àmbit territorial del GTS així com els objectius d'accessibilitat i resolució que es marquin des del CatSalut.

4.2.1.5 Intersectorialitat

Hi ha moltes dades que indiquen que el nivell i la situació de la salut individual i poblacional estan relacionats amb actuacions provinents de sectors diferents al sanitari. Aquesta constatació ha de tenir una traducció estratègica i operativa en la planificació i l'organització dels serveis del GTS.

L'avantprojecte de llei de salut pública adjudica a l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) la coordinació i el suport a les actuacions que, en matèria de salut pública, es duen a terme als centres sanitaris de la xarxa assistencial, tenint en compte el marc de finançament, la relació i la col·laboració amb el Servei Català de la Salut, especialment en els àmbits de la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia.

Per actuar sobre els determinants de la situació de salut (biològics, ambientals, laborals i socials) cal que els serveis sanitaris actuïn juntament amb els altres sectors en el marc de la **nova salut pública**, tot desenvolupant instruments i mètodes de treball qualitatiu i participatiu adaptats a les característiques de cada territori. És necessari dinamitzar la participació activa de la població, la coordinació d'activitats amb altres sectors de la societat i altres professionals de la comunitat (educadors, treballadors socials, etc.) i analitzar les diferents experiències d'intervenció comunitària, com el projecte AUPA, el Programa Salut als Barris i el Pla per a la Promoció de la Salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS), que s'estan desenvolupant a Catalunya amb l'objectiu que serveixin com a punt de partida per a la dinamització de la integració intersectorial dels programes i les accions amb incidència clara en la salut.

L'efectivitat de les intervencions comunitàries adreçades als determinants socials que influeixen sobre els estils de vida, com per exemple l'alimentació i l'activitat física, s'ha de garantir a partir de la implicació activa dels agents comunitaris propis i aliens al sistema sanitari, d'aquí que calgui conèixer-los i treballar amb ells.

Atesa la proximitat de l'atenció primària a la comunitat i la naturalesa col·lectiva dels serveis de salut pública, la seva cooperació pot servir per donar una dimensió més comunitària al sistema sanitari en el seu conjunt, que contribueixi a millorar la salut de la comunitat i a reforçar una relació de mútua cooperació entre aquesta i el sistema sanitari.

Cal reiterar que la intersectorialitat en atenció primària ha de contemplar també les interrelacions dels serveis sanitaris i socials, principalment, encara que no exclusivament, al voltant de l'abordatge de la dependència i, per tant, de la promoció de l'autonomia personal. Cal reforçar els serveis comunitaris socials que es presten en l'entorn de residència i també l'ajuda a domicili, els centres de dia i la teleassistència, entre d'altres.

4.2.1.6 Centre i equip de salut

Estructura

Les infraestructures sanitàries han de facilitar l'atenció integrada i l'articulació entre els serveis. En aquest sentit podem concebre els centres de salut com una de les estructures nuclears de la xarxa sanitària d'utilització pública en l'àmbit del GTS on es presten els serveis de referència (atenció especialitzada de medicina familiar i comunitària) i altres especialitats, si s'escau, i de salut pública. Més enllà de l'estructura física (edifici) cal entendre el centre de salut des de la perspectiva d'organització funcional que possibilita la prestació d'una part significativa de l'atenció sanitària i social del territori. Aquesta organització funcional de l'atenció primària i comunitària en un territori pot estructurar-se sobre la base de centres de salut molt polivalents, aglutinant bona part dels serveis de la xarxa territorial. Alternativament, en funció dels llocs i tenint en compte les restriccions urbanístiques i pressupostàries, també és possible que l'organització s'estructuri sobre una constel·lació de centres que en conjunt constitueixin la base física de treball i de relació dels professionals. Ambdues possibilitats poden ser adequades si defugim de la idea de que només l'edifici és el recurs principal i reforcem la idea que la relació entre entitats, serveis i professionals configuren la xarxa. Els centres són el suport físic que ho poden facilitar, juntament amb altres recursos com les TIC.

El dimensionament dels centres de salut i dels altres centres i serveis comunitaris s'ha de definir tenint en compte que cada equip de salut ha d'atendre una població que no hauria de

superar els 20.000 habitants. Es proposa que, partint d'una estratègia d'estructuració modular, el disseny de cada centre de salut respongui tan acuradament com es pugui a les característiques i les necessitats de cada territori. Amb aquesta perspectiva, cal que els criteris centralitzats de dimensionament d'espais en funció de la població tinguin un caràcter exclusivament orientatiu per permetre la seva adaptació territorial. S'han de definir, amb un cert pla funcional, els tipus de serveis i espais que s'hi poden incloure, les característiques essencials de les infraestructures i les garanties d'accessibilitat i seguretat. Tenint en compte la visió de conjunt de cada territori, a nivell de GTS s'haurà de definir les necessitats que han de cobrir els seus centres i, en conseqüència, la seva ubicació, disseny funcional i tipus de serveis que inclouen.

Una part central de l'estructura dels centres de salut és la constituïda pels espais de consulta. En una situació òptima de disponibilitat d'espais de consulta, els metges i les professionals infermeres de referència haurien de tenir una consulta individualitzada, així com els professionals de suport que disposen de consulta permanent en els ABS.

Caldrà adequar finalment de forma progressiva espais a cada centre d'AP d'acord amb la cartera de serveis proposada per l'atenció primària.

Pel que fa a l'àrea d'atenció a l'usuari o al pacient, cal dissenyar-ne els espais de manera que es pugui preservar la confidencialitat de determinades actuacions.

Gestió i organització

La gestió i l'organització del centre de salut s'ha de dur a terme en un marc d'autonomia i flexibilitat suficients per aconseguir la màxima adaptació a les característiques sociològiques i les necessitats de salut de la població, i també a les expectatives i les iniciatives dels professionals, en un equilibri que garanteixi l'accessibilitat adequada als serveis i l'assoliment dels objectius establerts i acordats amb el CatSalut.

El centre i l'equip de salut han de respondre efectivament i eficientment a les necessitats de salut individuals i col·lectives mitjançant una gestió i organització adaptades al context. És necessari aconseguir que els seus professionals funcionin de manera integrada, com veritables equips, on tothom comparteixi els objectius i les responsabilitats

en un marc laboral positiu. La grandària dels equips pot suposar un límit per aquesta integració funcional.

Un altre punt feble per la cohesió dels equips és la persistència dels torns de matí i tarda i, per això, cal analitzar noves formulacions d'organització que, amb els canvis que siguin raonables i possibles laboralment, permetin la seva compensació sense disminuir els horaris d'obertura dels centres de salut garantir la coincidència de tot l'equip durant la jornada.

Cal que els diferents professionals dels centres de salut desenvolupin totes les competències que els són pròpies i s'han d'activar els mecanismes perquè cadascú pugui prioritzar-ne aquelles que li són exclusives i que no poden ser assumides per altres membres de l'equip. En el cas dels metges i les infermeres d'atenció primària no es tracta de passar competències entre ells, sinó de potenciar l'operativització autònoma i compartida, segons el cas, d'aquelles que són possibles en el marc legal vigent i presents en algunes experiències. Amb aquesta perspectiva, cal desenvolupar el paper referent de la infermera d'atenció primària envers l'usuari, a més de les seves funcions com a gestora de pacients complexos i fràgils i el seu lideratge compartit en els àmbits de l'atenció domiciliària i comunitària i de la promoció de la salut i la prevenció.

Ja hem comentat abans la necessitat de desenvolupar les funcions i les tasques de les auxiliars d'infermeria als centres de salut i les dels administratius sanitaris, en el marc d'un debat de totes les professions sanitàries per arribar un consens. Cal valorar en cada cas les accions formatives i altres que puguin ser necessàries perquè aquests professionals perfeccionin la seva competència per assumir diverses actuacions assistencials que fins ara fan altres membres dels equips.

A les organitzacions, les agendes de treball dels professionals han de seguir uns criteris bàsics comuns, però també han de respondre a les propostes que faci cadascú, sempre en un marc de compatibilitat amb les activitats conjuntes de l'equip per comprometre les organitzacions. Cal que els professionals puguin distribuir els seu espais de temps assistencial al llarg de la jornada laboral, sense perjudicar l'accessibilitat dels pacients. En aquest sentit, és necessari donar més importància a l'assistència no presencial per telèfon, internet i correu electrònic i fer possible la reserva d'espais de temps per desenvolupar-la.

Els professionals dels centres i equips de salut de les entitats proveïdores han de tenir unes càrregues de treball que els permetin dedicar el temps suficient a l'assistència de cada tipus de consulta i pacient. Caldrà fer una anàlisi local i continuada de l'evolució de la càrrega que suporta cada CAP i cada professional per gestionar, si s'escau els canvis de tot tipus que permetin assolir-ne l'equilibri necessari.

Els circuits d'atenció a l'usuari tenen una importància cabdal per assolir un nivell òptim de qualitat. Per a la gestió de les peticions de consulta, de les proves diagnòstiques i dels tractaments especials, cal fer-ne un disseny adaptat localment i definir els professionals responsables de cada part d'un procés assistencial que ha de ser conduït pels metges i les infermeres de referència.

4.3 INSTRUMENTS

4.3.1 Normes d'acreditació

Les experiències posades en marxa pel Departament de Salut en models d'acreditació de diversos serveis de la xarxa sanitària pública i, concretament, la darrera experiència d'acreditació de la xarxa hospitalària ha aportat un significatiu pas endavant per avançar en la millora de la qualitat.

El Pla proposa la posada en marxa, per part del Departament de Salut a través de la Direcció General de Recursos Sanitaris, un nou model d'acreditació de la xarxa de serveis d'Atenció primària, començant en una primera fase per l'acreditació de la xarxa de centres de salut. En aquest sentit, entenem que cal tenir molt en compte el Model EFQM (*The European Foundation for Quality Excellence*)

Els serveis d'atenció primària hauran de respectar les normatives que es vagin desenvolupant a l'efecte.

4.3.2 Finançament, compra i contractació

L'any 2010 s'estén el nou model d'assignació territorial de recursos en base poblacional al conjunt de Catalunya, amb una atribució de recursos financers als territoris d'acord amb uns criteris correctors que es troben actualment en fase de definició (estructura poblacional, dispersió, immigració, renda, doble cobertura, etc.).

El finançament territorial de base poblacional corregida és un instrument primordial per a la integració de serveis i ha de contemplar incentius dirigits a propiciar la gestió coordinada i la continuïtat assistencial a partir de les aliances establertes entre les diferents entitats proveïdores en el marc dels objectius d'accessibilitat i resolució i de la compra i la contractació de serveis.

4.3.3 Objectius d'accessibilitat i resolució. Criteris generals

Els objectius d'accessibilitat i resolució que recollirà el futur pacte d'accés i resolució que establirà el SCS com institució compradora de serveis, i el conjunt d'entitats proveïdores de l'àmbit territorial del GTS a través del conveni de coordinació del sistema de compra de serveis en base poblacional i dels contractes establerts amb les diferents entitats del territori, amb la missió de definir els millors criteris i la millor dinàmica d'assignació de recursos per al desenvolupament, amb el major grau possible d'equitat, eficiència i qualitat de les carteres de serveis bàsica i específica del SCS en l'àmbit territorial dels GTS.

L'objectiu general és la orientació de la gestió als resultats mitjançant la delimitació dels indicadors d'accessibilitat, nivell i capacitat de resolució per establir els criteris per a la compra i la contractació de serveis amb cada proveïdor d'AP del SCS.

L'objectiu general s'ha de fonamentar en premisses de transparència, equitat i eficiència. Els seus continguts han de respondre a quatre característiques clau de la provisió de serveis:

- **Accessibilitat:** entesa no solament des de la perspectiva temporal (temps de demora i llistes d'espera), sinó també com l'absència de barreres inadequades per a la utilització dels serveis (geogràfiques, físiques, socioeconòmiques, etc.).
- **Capacitat de resolució** eficient dels problemes i les demandes, posant l'atenció al lloc i al professional més adequat, i promovent el retorn dels pacients envers els professionals de referència de l'atenció primària.
- **Qualitat:** avaluada en termes de resultats de salut, satisfacció i seguretat.
- **Eficiència**

Els objectius, sense perjudici dels que haurien de fer referència al conjunt de línies de servei del territori, pel que fa a l'atenció primària, hauria d'incloure els criteris següents en relació a:

- **Estructura:** relativa a les característiques dels recursos que han de prestar els serveis (acreditació).
- **Tecnologia:** relativa a la disponibilitat dels suports tecnològics necessaris per a la provisió dels serveis, tot garantint la seva interconnectivitat i compatibilitat, en referència especial a la història clínica compartida.
- **Organització** de la prestació dels serveis assistencials i de salut pública (circuitos, sistema d'informació, coordinació interna i externa, guies i rutes assistencials), amb l'objectiu principal de potenciar la proximitat i la integració de les xarxes i els serveis.
- **Gestió clínica:** necessitat i disponibilitat de les organitzacions per assumir la gestió clínica en l'àmbit territorial mitjançant els professionals adequats. Credencials bàsiques d'aquestes organitzacions i d'aquests professionals per assolir la responsabilitat.
- **Qualitat:** determinada a partir de paràmetres provinents de la utilització prèvia dels serveis (reclamacions, satisfacció, resultats, etc.) i de la consideració dels programes de millora contínua de la qualitat.
- **Contraprestació** per unitat de serveis i per procés, i també de la despesa farmacèutica.

Els objectius d'accessibilitat i resolució caldria definir-los a partir dels objectius i les prioritats establerts pel GTS i han de contemplar aspectes genèrics relatius al nivell de salut de la població atesa; a la dinàmica d'utilització dels serveis (primeres o segones visites, visites urgents, etc.); al temps de demora i les llistes d'espera; a l'adequació de les derivacions i la demanda d'exploracions complementàries per part dels professionals de referència; al retorn dels pacients a aquests professionals; a l'abordatge conjunt de pacients amb els especialistes consultors; a la qualitat intrínseca, la seguretat i l'eficiència dels tractaments, amb especial referència als farmacològics; a la durada de les estades d'internament, etc.

A més, hauria de contemplar altres aspectes específics relatius a cada problema o grup de problemes prioritzats (insuficiència cardíaca, MPOC, problemes de salut mental, reumatològics, etc.), en el camp de la promoció i la prevenció individual i comunitària, en el del diagnòstic, el tractament o el seguiment dels processos i la seva evolució i complicacions.

Caldria integrar en el pacte les eines necessàries per al desenvolupament de les polítiques d'ús racional del medicament amb objectius de qualitat, seguretat i eficiència i amb la participació dels diferents tipus de professionals, assistencials, experts en política farmacèutica i dels farmacèutics comunitaris.

Ja s'ha manifestat amb anterioritat la necessitat d'introduir, de manera integrada amb els serveis assistencials i per mitjà de les seves organitzacions, les estratègies de salut pública territorial dirigides al desenvolupament, amb una perspectiva comunitària, del conjunt d'accions de promoció i prevenció i altres potenciadores de l'autonomia i la participació dels ciutadans i les seves agrupacions en l'àmbit de la salut.

Els objectius generals d'accessibilitat i resolució serà objecte d'un disseny i un desenvolupament profunds al marge dels propis de l'AP, ja que és l'element que orienta tots els agents del sistema (l'administració, les entitats proveïdores i els professionals) als resultats, establint-hi les bases per als seus drets i les obligacions que es derivin de la contractació de serveis.

4.3.4 Noves tecnologies (TIC) al servei de l'agilitat i la cooperació

Les TIC són instruments essencials per garantir la viabilitat de l'estratègia d'integració de serveis. Aquesta afirmació adquireix encara més contundència en un marc de diversificació de la provisió de serveis.

Sense un àmbit ampli i ben definit de compatibilitat i interconnectivitat dels sistemes d'informació no serà possible que els processos de planificació, organització, gestió i avaluació dels serveis i actuacions sanitàries es desenvolupin satisfactòriament des de la perspectiva global de Catalunya i les específiques de cada territori GTS.

L'operativització del Pla d'Innovació solament serà possible en el context assenyalat i és per això que considerem prioritàries les línies de treball que està desenvolupant l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en el camp de la història clínica compartida. En relació amb la història clínica electrònica d'atenció primària, caldria valorar la possibilitat que el Departament de Salut promogui un model comú per utilitzar a les organitzacions proveïdores per als seus professionals. La implantació progressiva de la recepta i la prescripció electrònica és un altre element que ha de contribuir a millorar els processos assistencials, a disminuir les càrregues burocràtiques de les consultes i a facilitar al ciutadà un accés més racional i segur als medicaments i altres productes sanitaris.

La unificació, o almenys la garantia de compatibilitat, dels programes de suport a la informació per a la gestió clínica i de les consultories entre els diferents professionals de la xarxa és un altre punt clau per a la millora dels processos assistencials i l'accés a la informació per part dels professionals i els ciutadans.

4.3.5 Sistema d'avaluació i rendició de comptes

L'avaluació, orientada als resultats i en termes d'efectivitat, qualitat, seguretat i satisfacció, necessita assumir nous enfocaments en relació amb l'atenció primària i salut comunitària i amb el conjunt de recursos de la xarxa sanitària d'utilització pública en l'àmbit del GTS (cal complementar les avaluacions sectorials actuals amb les del conjunt de serveis del GTS).

És important constituir un sistema de seguiment i avaluació transparent que permeti que el SCS avaluï la resposta del sistema territorial de salut a les necessitats de salut de la població, a més de l'activitat, la qualitat i l'eficiència del sistema i també la satisfacció dels usuaris i dels professionals. Els mecanismes d'avaluació de la compra de serveis, a més dels indicadors establerts per la futura Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat i la Central de Resultats, contribuiran a l'assoliment d'aquest objectiu.

Per fer-ho, cal garantir la connectivitat i la compatibilitat dels sistemes d'informació dels centres, els serveis i les organitzacions en l'àmbit del GTS.

En relació amb els instruments i els mètodes d'informació, cal aprofundir en la seva diversificació i donar un protagonisme important a la utilització conjunta de metodologies quantitatives i qualitatives.

Per altra banda, caldrà definir el conjunt d'instruments i indicadors que permetrà realitzar el seguiment acurat del procés d'implantació del Pla, des de la perspectiva territorial (GTS) i des de les diferents propostes de canvi que es facin. En un marc de canvis profunds del conjunt del sistema sanitari, és imprescindible avaluar molt estretament els efectes de tot tipus que aquests canvis tindran en els diferents àmbits, des de l'econòmic fins als resultats de salut i qualitat.

4.3.6. Altres instruments de suport al Pla

Legislatius:

- La Llei d'ordenació sanitària de Catalunya
- La Llei de l'Institut Català de la Salut
- La Llei d'Ordenació de les Professions Sanitàries

De govern i organitzatius:

- Els Governos Territorials de Salut
- El Catsalut i la seva organització
- Les Àrees Bàsiques de Salut i els Centres d'Atenció Primària, proveïdors i professionals

- La Xarxa Sanitària d'Utilització Pública
- Els Plans directors i el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública

Instrumentals:

- Les Tecnologies de la Informació i Comunicació: La història clínica d'AP i la història clínica compartida, la recepta electrònica
- El finançament en base poblacional
- La contractació dels serveis
- La Central de Resultats i Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat
- El Portal de salut

Altres instruments a desenvolupar en el futur:

- Les normes d'acreditació d'atenció primària
- El Pla de comunicació del PIAPISC
- El Pla d'implantació i desenvolupament del PIAPISC
- Indicadors i ítems d'accessibilitat i resolució (futur pacte)
- L'avaluació del Pla d'innovació
- Les comissions de seguiment del Pla
- Pla d'innovació com a Programa d'Interès del Departament de Salut

5. EL PROCÉS D'ELABORACIÓ I IMPLANTACIÓ

5.1 CALENDARI GENERAL

El Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària es va començar a construir durant el primer trimestre de 2007. Al llarg de l'any van tenir lloc tot un seguit de reunions de treball amb les institucions, els professionals i els ciutadans, amb l'objectiu d'elaborar els seus elements estratègics. Durant els primers mesos de l'any 2008 es va redactar el document estratègic del Pla, el qual es va sotmetre a la consideració de les estructures directives del Departament de Salut i del Servei Català de la Salut i, posteriorment, de les patronals, els sindicats i el conjunt d'institucions i organitzacions professionals implicades. Aquest període de presentacions es va estendre fins al mes de juliol de 2008.

El mes de maig de 2008 van començar les primeres reflexions sobre com calia abordar l'operativització de les propostes del Pla d'Innovació i es va decidir construir un Grup de Treball Assessor Central del Pla, format per líders professionals provinents dels diferents àmbits temàtics inclosos en el marc dels serveis comunitaris territorials. Aquest grup es va començar a reunir a principi del mes de juny, amb una periodicitat setmanal (quinzenal des del mes d'octubre) i ha acabat la seva tasca en el moment de redactar el document final del Pla, durant el mes de març de 2009.

Entre el 15 de setembre i el 30 d'octubre de 2008 els directors del Pla van mantenir reunions de treball amb els equips de direcció de les regions sanitàries, amb el doble objectiu de compartir amb aquests les principals propostes del Pla i obtenir informació directa sobre les seves expectatives i possibilitats d'acció en relació amb la implantació inicial del Pla en alguns dels GTS de les regions.

Al llarg de tot el període d'elaboració del Pla, el seu Comitè de Direcció ha continuat mantenint reunions de treball amb una periodicitat quinzenal.

El mes de desembre de 2008 es va presentar un primer document operatiu del Pla en què es plasmaven els elements estratègics i els operatius. Aquest document es va sotmetre posteriorment a la consideració i les aportacions de totes les estructures directives i institucions del sector. Durant el 9 primers mesos de 2009 s'ha realitzat una nova ronda de presentacions i de discussió per avançar en la generació de consens, fruit del qual és aquest nou document.

També durant els primers 9 mesos de 2009 s'han dissenyat els components bàsics del Pla de Comunicació, de Formació i Gestió del canvi en què s'han de fonamentar les accions d'implantació progressiva del Pla d'Innovació en els territoris avançats, i s'han començat a definir els criteris per seleccionar els territoris d'implantació inicial.

En l'últim trimestre de 2009, i a partir de la aprovació del Pla pel Consell de Direcció del Servei Català de la Salut, l'SCS dissenyarà el procés de implantació del Pla que definirà, entre d'altres, les prioritats d'actuació i els territoris d'implementació així com el sistema de seguiment i avaluació del Pla. El Consell de Direcció de l'SCS serà informat periòdicament de la implementació. Per altre banda es constituirà una Comissió de Seguiment del Pla amb participació, entre altres, de la direcció del Pla (DGPA, DGSP, Àrea de Serveis i Qualitat de l'SCS) i les associacions proveïdores.

5.2 IMPLANTACIÓ EN EL TERRITORI

Tal com hem comentat el Pla d'Innovació s'ha d'implantar progressivament en els diferents territoris (GTS) a partir de l'any 2010. Cal durant el 2009 escollir aquests territoris amb la perspectiva d'obtenir uns resultats positius (experiència d'èxit) que actuïn amb un «efecte mirall» sobre la resta.

Cal analitzar el mecanisme que s'usarà per escollir els territoris amb el consens establert entre les regions sanitàries i les estructures directives centrals del Departament de Salut, el Servei Català de la Salut i la Comissió de Seguiment del Pla considerant el grau d'acompliment dels requisits establerts per a la instauració del Pla.

Per avançar en el procés d'implantació territorial es considera necessari que cada gerent de regió esculli almenys un professional del seu equip de treball, qui s'encarregarà específicament d'aquesta funció dinamitzadora. Aquest professional amb l'equip de suport que és consideri adient i la comissió de seguiment del Pla ha de mantenir una relació funcional fluïda amb les institucions proveïdores del territori i la direcció del Pla d'Innovació (DGPA, DGSP i Àrea de Serveis i Qualitat del CatSalut)

5.3 PLA DE COMUNICACIÓ, FORMACIÓ I GESTIÓ DEL CANVI. BASES

El Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària té el sobrenom de *Projecte Oxigen*. Amb aquesta denominació es vol posar l'accent en una innovació que aporti aire fresc al sistema, que serveixi per dinamitzar les noves dinàmiques de funcionament i relació entre els professionals, menys mecanicistes, més vitals i «biològiques». En definitiva, es pretén promoure un nou context més flexible i global de l'atenció de salut d'uns ciutadans cada vegada més participatius i coresponsables.

Els canvis que proposa el Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària són profunds i culturals. Cal reforçar la planificació, l'organització, el finançament, la compra i la gestió dels serveis d'atenció primària i, al mateix temps, de la manera com interaccionen en el marc de la xarxa sanitària d'utilització pública en l'àmbit del GTS.

S'aconsella tenir instruments de comunicació i formació, capaços de clarificar al màxim les propostes d'innovació i evitar les interpretacions inadequades o errònies. El Pla de Comunicació, Formació i Gestió del canvi esdevé així un instrument de la major importància per aconseguir un procés d'implantació tranquil i viable en els diferents territoris.

El Pla de Comunicació, Formació i Gestió del canvi s'ha de coordinar amb els diferents plans de comunicació del Departament i del SCS i no ha de generar falses expectatives. Ha de tenir una seqüència temporal correcta en relació amb els canvis de la realitat en la prestació dels serveis (fer i després publicitar) i ha d'identificar i abordar els punts forts d'impacte, les oportunitats i les possibles debilitats i amenaces. El desenvolupament del Pla de Comunicació, Formació i Gestió del canvi s'ha de fer en un marc d'estreta coordinació entre la direcció del Pla d'Innovació i els directius del Departament de Salut i del Servei Català de la Salut responsables d'aquestes àrees.

El Pla de Comunicació, Formació i Gestió del canvi ha d'utilitzar els diferents suports tècnics i metodològics existents amb referència especial als basats en la xarxa d'Internet. També, és necessari que contempli la generació d'accions i instruments dirigits específicament als ciutadans i als pacients, als professionals assistencials i de la gestió, a les organitzacions i als mateixos directius del sistema sanitari.

6. METODOLOGIA D'ELABORACIÓ DEL PLA

El procés d'elaboració del PIAPISC va començar durant el primer trimestre de 2007 amb el nomenament dels tres directors i del president del seu consell assessor. La dependència institucional del Pla és triple, ja que depèn de la Direcció General de Planificació i Avaluació, de la Direcció General de Salut Pública del Departament de Salut i de l'Àrea Sanitària del Servei Català de la Salut. Aquesta triple dependència reflecteix la visió integradora dels serveis assistencials i de salut pública del Pla, a més de la necessitat de traslladar al terreny operatiu les seves propostes d'innovació conceptual i organitzativa.

Amb l'objectiu de donar suport i assessorament als directors es van constituir el Consell Assessor i la Comissió Permanent del Pla, integrats per líders i representants de les diferents institucions implicades. El treball quotidià de direcció del Pla està a càrrec dels directors i del Comitè de Direcció, en què participen les direccions generals del Departament de Salut, del Servei Català de la Salut i de l'Institut Català de la Salut.

La generació d'una dinàmica de participació en els treballs de disseny i elaboració del Pla ha estat una de les preocupacions prioritàries dels seus responsables. Al llarg de tot aquest procés hem rebut contribucions de més de 150 professionals i totes les institucions i les organitzacions sanitàries, científiques i laborals han pogut realitzar les seves aportacions al document de treball del Pla.

Durant l'any 2007 es van constituir sis grups de treball, amb un total de 94 participants, en la seva majoria professionals assistencials i de l'àmbit de la salut pública. Aquests grups, per mitjà del portal virtual e-Catalunya i de reunions presencials, han elaborat els documents temàtics que han servit de base per a l'edició del primer document del Pla (*Elements estratègics per a la innovació*) el mes de març de 2008. Al llarg de 2007 van tenir lloc quatre reunions plenàries dels grups de treball i altres amb els seus coordinadors, amb l'objectiu de promoure la discussió i l'intercanvi de propostes.

Els dos directors i la directora del Pla i altres responsables del Departament de Salut i del Servei Català de la Salut han realitzat visites de treball a països com Portugal i Anglaterra, i a territoris de l'Estat Espanyol (p. ex., Puertollano), on s'estaven desenvolupant projectes d'innovació de l'atenció primària i salut comunitària amb una

perspectiva integradora. També s'ha organitzat reunions de treball amb experts anglesos i americans (Kaiser Permanente) a Barcelona, i hem intercanviat visites de treball amb els responsables de la Conselleria de Saude de Galícia.

Durant l'any 2008, un cop editat el primer document estratègic del Pla, s'han visitat les regions sanitàries de Catalunya i s'han mantingut reunions de treball amb els seus equips directius, amb l'objectiu de conèixer de primera mà les expectatives i les característiques de cadascuna d'aquestes regions. També en aquest període s'ha constituït un Grup Assessor Central del Pla amb professionals, líders i experts en els diferents àmbits que s'hi inclouen. Aquest grup ha mantingut diverses reunions presencials (cada 7-14 dies) a la seu del Departament de Salut, amb l'objectiu de col·laborar en el disseny d'aquest document del Pla de manera coordinada amb la direcció i el comitè de direcció.

Els diferents responsables del Pla i els seus directors i directora han realitzat un gran nombre de presentacions de les seves línies estratègiques en diferents àmbits científics, professionals i docents. Aquestes presentacions i debats han permès potenciar la difusió de les propostes i ens han servit també per recollir les aportacions dels participants en els debats.

Des del començament del procés d'elaboració del Pla s'han mantingut múltiples reunions de treball amb les organitzacions professionals (col·legis i societats científiques), les institucions proveïdores de serveis i les organitzacions laborals (patronals i sindicats), incorporant al contingut del Pla moltes de les propostes sorgides en aquests contactes.

El document que reuneix els elements estratègics i operatius del Pla ha estat sotmès, per tant, a la consideració de tots els organismes, les institucions i els grups implicats per incorporar-hi les seves aportacions i arribar així al major grau de consens possible en relació amb les seves propostes.

Un cop finalitzat aquest procés, tal com ja hem assenyalat abans, començarà la fase d'implantació progressiva de les propostes del Pla en els diferents territoris (GTS) de Catalunya, a partir del treball de prioritització de objectius i territoris durant l'últim

trimestre del 2009 i inici de la operativa a primers de l'any 2010. Seguint les directrius del Departament de Salut i del Servei Català de la Salut i en el marc de la C missió de Seguiment del Pla.

7. ORGANISMES I GRUPS DE TREBALL DEL PLA D'INNOVACIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I SALUT COMUNITÀRIA

COMITÉ EXECUTIU DEL DEPARTAMENT DE SALUT

Marina Geli Fàbrega
Consellera de Salut

Marta Segura Bonet
Secretaria General
Departament de Salut

Josep Maria Sabaté Guasch
Director
Servei Català de la Salut

Miquel Gómez Clares
Secretari d'Estratègia i Coordinació
Departament de Salut

Enric Argelaqués Vidal
Director gerent
Institut Català de la Salut

EQUIP DIRECTIU DEL PLA

María Luisa de la Puente Martorell
Direcció General de Planificació i
Avaluació

Vicenç Navarro López
Universitat Pompeu i Fabra

Antoni Plasència Taradach
Direcció General de Salut Pública

Francesc Brosa Llinares
Servei Català de la Salut

Glòria Jodar Sola
Direcció General de Planificació i
Avaluació

Amando Martín Zurro
Servei Català de la Salut

Ramon Morera Castell
Direcció General de Planificació i
Avaluació

Josep Maria Argimon Pallás
Servei Català de la Salut

Carmen Cabezas Peña
Direcció General de Salut Pública

Manel Ferran Mercadé
Institut Català de la Salut

Josep Fusté Sugrañés
Direcció General Planificació i Avaluació

Lourdes Camp Casals
Servei Català de la Salut

Secretària Tècnica del Pla

Sílvia Fortuny Jiménez
Diana Altabella Arrufat
Anna Larripa

CONSELL ASSESSOR DEL PLA

President

Vicenç Navarro

Vocals

Josep Antoni Bombí Latorre

Josep Bras

Teresa Cabarrocas Sitjes

Mercè Canet Ponsa

Arancha Catalán Ramos

Pilar Cervera

Manel R. Chanovas Borràs

Carles Codina Jané

Dolors Costa Sampere

Mariona Creus Virgili

Empar Cuxart Fina

Josep de Andrés Pizarro

Joan Duran Pou

Francesc Escarmís Costa

M. Pilar Espelt Aluja

Carme Esteve Ortí

Josep Falgàs Franco

Montserrat Figuerola

Dolors Forés García

Montserrat Guitart Ibáñez

Judith Ibáñez Vives

Jaume Iglesias Solà

Eduard Jaurrieta Mas

Albert J. Jovell Fernández

Cristina Molina Parrilla

Cristina Martínez Bueno

Rosa M. Masvidal

Anna Maria Miró

Vicenç Ortún Rubio

Manuel Ribera Uribe

Joaquima Ribot Puig

Rosa M. Riera Escoda

Helena Ris Romeu

Genís Roca Salvatella

M. Carme Sabaté

Emília Sánchez Ruíz

Marta Selva Masoliver

Jaume Sellarés Sallás

Maria Rosa Torres Subies

Núria Vallcorba Plana

Angel Vidal Milla

Miquel Vilardell Tarrés

Elisabet Vives Vives

COMISSIÓ PERMANENT

President

Vicenç Navarro

Vocals

Alícia Aguiló Regla

Francesc Borrell Carrió

Margarita Bou Vendrell

Alba Brugués Brugués

Carmen Caja López

Lourdes Camp Casals

Jordi Cebrià Andreu

Joan Carles Contel Segura

Carmen del Olmo Macià

Gonçal Foz Gil

Joan Gené Badia

Carme Graboleda Poch

Marisa Jiménez Ordóñez

Eulàlia Juvé Udina

Albert Ledesma Castelltort

Amalia Luna Moya

Cristina Martínez Bueno

Jordi Martínez Roldán

Jordi Masqué Tell

M. Dolors Navarro Rubio

Laura Palacios Llamazares

Olga Pané Mena

Ana Pedraza Anguera

Ricard Peiró Navarro

Joaquim Pellejà Pellejà

Miquel Quesada Sabaté

José Luís Remón

Helena Ris Romeu

Andreu Segura Benedicto

Montserrat Ureña Tapia

Concepció Violan For

GRUP DE TREBALL ASSESSOR CENTRAL DEL PLA

Antoni Anglada Arisa

Albert Casasa Plana

Esther Jordà Sampietro

Joan Carles Contel

Francesc Brosa Llinares

Ferran Galí

Joan Gené Badia

Ingrid Bullich Marín

Margarita Bou Vendrell

Maria Rovira

Maribel Pazarín Rúa

Palmira Borràs Campadal

Salvador Garcia

Sergi Ariño Blasco

Xavier Sibera

Pascual Solanas Saura

GRUPS DE TREBALL. DOCUMENT ESTRATÈGIC

- *GT Finançament i contractació*
- *GT Competència i desenvolupament professional*
- *GT Integració funcional de serveis*
- *GT Salut Comunitària*
- *GT Infraestructures i plans funcionals*
- *GT Gestió i organització de serveis*

MEMBRES DELS GRUPS DE TREBALL PER ORDRE ALFABÈTIC

Alícia Aguiló Regla	Jaume Fort
Mònica Anguela	Daniel Ferrer-Vidal Cortella
Fina Araque Serradell	Gonçal Foz Gil
Teresa Areny Ribera	Josep Fusté Sugrañes
Jaume Benavent Areu	Beni Fontoba
Francesc Bobé Armant	Àngel Garcés
Lluís Bohigas Santasusagna	Lourdes García
Mireia Boixadera Vendrell	Rosa García
Pilar Boixareu	Joan Gené Badia
Margarita Bou Vendrell	Cèlia García Gutiérrez
Francesc Brosa Llinares	Jordi Jiménez Guirado
Lourdes Camp Casals	Josep M. Grego
Josep M. Casanovas Gordó	Francisco González Carrión
Carme Casas Puig	Dolors Guix Llistuella
Esther Casanovas	Montserrat Jover Mallol
Jordi Cases Miñarro	José Luísbáñez Pardos
Joan Carles Contel Segura	Montserrat Inglés
Francisco Cegri Lombardo	Yolanda Lejardi Estévez
Xavier Corbella Virós	Susanna Lleti Estupiñá
Trinidad de la Iglesia Garrido	Amalia Luna Moya
Cinta Daufí Subirats	M. Dolors Navarro Rubio
Meritxell Devant Altimir	Laurentino Martí Aguasca
Manel Enrubia Iglesias	Jordi Martínez Roldan
Maria Escartin	Josep Roma Millan
Mati Ezquerria Lezcano	Montserrat Molas Puigvila
Mireia Fàbregas Escurriola	Glòria Molins Pérez
Gemma Falguera	Jordi Monedero Boado
Ferran Fanlo de Diego	José Luísb Moreno Bella

Glòria Muniente Pérez de Tudela
Àngels Ondiviela
Miquel Olivet Montaner
M. Isabel Pasarin Rua
Laura Palacios
Josep Lluís de Peray Baiges
Olga Pané Mena
Joaquim Pellejà Pellejà
Antoni Peris
Albert Planes Magriñà
Ivan Planes Miret
Frederick Miller
Joan Antoni Ponsà Asencio
Ricard Peiró Navarro
M. Teresa Pérez Vidal
Carmina Poblet

Elisenda Prats Ribera
Marcel Prats Vilallonga
Encarna Ramos
Sara Ribera Freixes
M. Luisa Ridaó March
Josefina Rovira Coromina
M. Teresa Romera Punzano
Albert Salazar Soler
Andreu Segura Benedicto
Eric Sitjas
Montserrat Ureña
Cinta Villó Vallés
Corinne Zara Yahni
J. Maria Zapater

*ordre alfabètic

REGIONS SANITÀRIES

Mònica Almiñana Rique
Sebastià Barranco Tomàs
Jaume Estany Ricart
Carme Esteve Fernández
Ricard Frigola Perez
Antoni Iruela López
Felipe Infiesta Guasch

Enric Mangas i Monge
Marta Pedrerol Mas
Joaquim Pellejà Pellejà
Joan Victorià Peralta Biosca
Ismael Roldán Bermejo
Antoni Sans Miret

CONSELL DIRECCIÓ SERVEI CATALÀ DE LA SALUT I CONSELL CATALÀ DE LA SALUT

Josep Abelló Padró	Rosa Maria Pérez Pérez
Miquel Argenté Giralt	Montserrat Peña Arenas
Francesc Brosa Llinares	Francesca E. Pons Pons
Andreu Banús Guerrero	Joan Puigdollers Fargas
Lluís Cabado Vázquez	Maria Ramoneda Rona
Lourdes Camp Casals	David Rovira Minguella
Ramon Casanovas Prior	Manuel Royo Santiago
Bernat Costas Castilla	Boi Ruiz Garcia
Jordi de Dalmases Balañà	Carme Sabaté Sanchez
Mariona Creus Virgili	José Miguel Sanz Martínez
M ^º Luisa de la Puente Martorell	Juan Sánchez Osete
David Elvira Martínez	Emília Sánchez Ruiz
Roser Fernandez Alegre	Feliu Sucarrats Margarit
Montse Figuerola Batista	Gonçal Serrate Cunill
Sara Jaurrieta Guarner	Carlos Sisternas Suris
Joan Farré Calpe	Eduard Spagnolo de la Torre
Manel J. Ferré Montañés	Antoni Tua i Molinos
Antonio Gallego Zurdo	M ^ª Assumpció Vilarnau Salip
Isabel Garcia Ripoll	Roberto Villaescusa Sáiz
Joan Guanyabens Calvet	Joan Viñas Sala
Javier Ibars Alvaro	Dolores Gómez Fernández
Paqui Izquierdo Torres	
Dolors Llobet Maria	* ordre alfabètic
Salvador Maluquer Amorós	
Rafael Manzanera	
Glòria Matas i Montmany	
Glòria Matas Montmany	
Lluïsa Montes Pérez	
Frederic Monell Liró	
Lluís Monset Castells	
Ivan Planas Miret	

En les diferents etapes de l'elaboració d'aquest document del Pla d'Innovació han participat moltes persones i institucions que han realitzat importants aportacions. Volem agrair especialment les que ens han enviat les següents institucions i organitzacions: Consell, Assessor de la Consellera de Salut, Institut Català de la Salut Consorci Hospitalari de Catalunya, Unió Catalana d'Hospitals, Institut Estudis de la Salut, Institut Català Avaluacions Mèdiques, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat, Agència Salut Pública, IDIAP Gordi Gol i Gorina, Servei d'Emergències Mèdiques, Institut Català de les Dones, Consell de la Profesió Mèdica de Catalunya, Consell de la Profesió Infermera de Catalunya, Col·legis Oficials de Metges, Farmacèutics, Infermeres, Treballadors Socials, Fisioterapeutes, Podòlegs i Òptics/Optometristses, Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears, Societats Científiques de Metges i Infermeres de Família, de Pediatria, de Llevadores, d'Infermeria de Catalunya, de Dietistes-Nutricionistes, de Salut Pública, d'Odontostomatologia, Sindicat Comissions Obreres, Sindicat UGT i Sindicat de Metges de Catalunya, Fòrum Espanyol de Pacients, Fòrum Català de Pacients, Societat Catalana de Rehabilitació, Societat Catalana d'Emergències, Universitat de Barcelona, Universitat de Lleida i Coordinadora d'Usuaris de la Salut.

Finalment volem deixar constància del nostre agraïment específic a tots els membres del Consell Assessor del Pla i a totes les persones que han participat com a coordinadors i components del diferents grups de treball que es van constituir durant les diverses etapes del procés d'elaboració estratègica i operativa del Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària.

