

Informe anual
del Sistema Nacional
de Salud 2013
Cataluña



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice	
Demografía y entorno económico	2
Resumen	3
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013	4
1. Garantizar la asistencia sanitaria de cobertura pública universal	4
2. Atención a la cronicidad	4
2.1. Ejes principales	4
2.2. Proyectos	4
3. Plan Interdepartamental de Salud Pública (PINSAP)	6
3.1. Objetivos	6
3.2. Actividades	7
3.3. Actuaciones	7
4. Observatorio sobre los efectos de la crisis en la salud de la población	8
5. Codi Infart	9
6. Codi Ictus	9
7. Codi Risc Suïcidi	10
7.1. Objetivos	10
7.2. Fases e implantación	11
8. Proyecto Essencial. Añadiendo valor a la práctica clínica	11
9. La Central de Resultados del sistema sanitario catalán	12
10. Compra pública innovadora y riesgo compartido	13
10.1. Modelo y ámbitos de especial interés	14
10.2. Compra pública innovadora en esquemas internacionales	14
Abreviaturas, acrónimos y siglas	16

Demografía y entorno económico

	Catalunya	España	Fuente
Población	7.443.574	46.593.236	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	49,2	49,2	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	50,8	50,8	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	15,9	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	66,4	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	17,7	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	9,6	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	4,9	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

El 21 de mayo de 2013, el Gobierno de la Generalitat aprobó por Acuerdo de Gobierno la creación de la Comisión para la elaboración del documento de bases para el Pacto Nacional de Salud en Cataluña.

El principal objetivo de dicha Comisión fue definir la base de las propuestas para asegurar el futuro del sistema sanitario público catalán, garantizando su calidad y excelencia, partiendo de rasgos diferenciales.

La Comisión se constituyó el 30 de mayo con representantes del Gobierno, los partidos políticos, el mundo local, la patronal, los sindicatos y los representantes de los profesionales, los usuarios y el mundo académico. Los trabajos se desarrollaron en el marco de doce reuniones plenarias centradas en ocho grandes ámbitos temáticos a partir de los que se produjo la discusión.

Estos ámbitos se definieron a partir de los seis bloques iniciales que, según la Organización Mundial de la Salud, deben constituir un sistema sanitario (financiación y cobertura, profesionales, prestaciones y catálogo de servicios, modelo de servicios, evaluación y gobernanza) junto con otros ámbitos identificados como clave para el sistema, como la investigación e innovación y el compromiso ciudadano.

El desarrollo del Documento de bases presentado en el Parlamento de Cataluña servirá de punto de partida para definir las actuaciones para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario.

1. Garantizar la asistencia sanitaria de cobertura pública universal

Ante los cambios introducidos en la cobertura de la asistencia sanitaria a raíz de la aprobación del RDL 16/2012, Cataluña ha aprobado una Instrucción 10/2012 que habilita los mecanismos necesarios para garantizar la asistencia sanitaria de cobertura pública del CatSalut a los ciudadanos extranjeros empadronados en Cataluña que no tienen la condición de asegurado.

2. Atención a la cronicidad

Uno de los retos principales del Pla de salut 2011-2015, con el apoyo del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC), es convertir un modelo de atención centrado en la enfermedad en uno centrado en la persona. Para hacerlo, se debe pasar de un modelo asistencial –social y sanitario– poco o nada integrado y fraccionado por niveles, a un modelo asistencial integrado social y sanitario de base territorial que se plantee dar respuesta a las necesidades sociales y sanitarias de las personas desde una visión territorial, con objetivos comunes, evaluados en términos de salud y con dispositivos asistenciales adecuados y compartidos por los profesionales de todos los ámbitos.

2.1. Ejes principales

La estrategia de implementación del modelo tiene cuatro ejes principales:

- La corresponsabilización de las personas a tener cuidado de su propia salud, participando en este proceso de forma conjunta con el resto de agentes.
- La integración funcional de los servicios sociales y sanitarios y la ordenación de los dispositivos donde interactúen ambos.
- La promoción del trabajo compartido de los profesionales de los diversos ámbitos de atención en el proceso de asistir a las personas en situación de complejidad para hacer de la comunidad el lugar preferente para atender a las personas.
- La priorización de la protección, promoción y prevención de la salud como instrumento más eficiente para reducir el impacto de los factores de riesgo y las enfermedades crónicas. Tanto en el ámbito sanitario o social como en acciones interdepartamentales que actúen sobre los determinantes de salud.

2.2. Proyectos

Hasta el año 2013, se ha avanzado en los siguientes proyectos:

- a) Implantación de procesos clínicos integrados para diez enfermedades:

- Más del 80% de los territorios han redactado e iniciado la implementación de las rutas asistenciales de diabetes, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y depresión. Prácticamente el 100% de territorios dispone de rutas redactadas de como mínimo tres de estas patologías.
- b) Potenciar los programas de promoción, protección de la salud y prevención de las enfermedades crónicas:
- La prevención y el control del tabaquismo continúa avanzando.
 - Impulso del Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable en colaboración con todos los sectores implicados.
 - Potenciación de las estrategias para la disminución del consumo de alcohol en el marco de la cronicidad.
 - Adecuación y estabilización de las coberturas de vacunación.
 - Impulso al Programa de cribatge neonatal a Catalunya.
- c) Potenciar la auto-responsabilización de los pacientes y los cuidadores con su salud y fomentar el autocuidado:
- Impulso y extensión del Programa Pacient Expert Catalunya (PPE-CAT) a más pacientes y a los problemas de salud priorizados en el contexto de cambio de orientación de la atención a la cronicidad.
 - En relación con la implantación del programa se observa una mejora de todos los parámetros evaluados: conocimientos, hábitos y estilos de vida, autocuidado y calidad de vida. También se observa una mejora en la utilización de servicios sanitarios relacionados con la enfermedad de base o su descompensación.
- d) Atención a los pacientes crónicos en situación de complejidad y modelos alternativos de atención:
- Habilitación en la historia clínica compartida de Cataluña (HCCC) para la identificación de las personas con necesidades complejas de atención.
 - El 100% de los territorios están implementando la ruta asistencial de atención a las personas en situación de complejidad.
 - Diseño e implementación del Pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC).
 - Se ha diseñado un modelo de estratificación de riesgo de toda la población catalana que se basa en la agrupación de la información de morbilidad, ingresos hospitalarios y consumo de farmacia.
 - En 8 territorios se ha empezado a desarrollar un modelo colaborativo de atención social y sanitaria de ámbito comunitario que ha de permitir compartir información de interés común y definir de forma conjunta indicadores transversales y comunes.
 - Se está introduciendo un nuevo modelo de atención en las residencias de personas mayores que incorpora diferentes elementos de mejora.
 - Se han definido los criterios de planificación en relación a las alternativas asistenciales a la hospitalización en el ámbito de atención a la cronicidad.
- e) Implantar programas de uso racional del medicamento:

- Se ha priorizado la revisión/conciliación de la medicación crónica, y particularmente la de los pacientes crónicos complejos (PCC), de forma sistemática, garantizando la adecuación de los planes de medicación.

3. Plan Interdepartamental de Salud Pública (PINSAP)

La ley de Salud Pública de Cataluña (18/2009) establece que el Plan Interdepartamental de Salud Pública (PINSAP) coordinado con el Plan de Salud, ha de ser la herramienta básica para desarrollar las acciones de salud pública en Cataluña y sus propuestas son vinculantes para el gobierno.

Para elaborarlo se constituyó una Comisión Interdepartamental de Salud por acuerdo de gobierno del 20 de noviembre de 2012, en la que estaban representados todos los departamentos del gobierno, liderada desde salud pública del Departament de Salut.

Además en el Departament de Salut se formó un grupo de trabajo que revisó las acciones sectoriales e intersectoriales que influyen la salud de la población de forma relevante por parte de cada departamento del gobierno, y en segundo lugar y con su participación y la de otros agentes sociales ha elaborado una propuesta de intervenciones.

3.1. Objetivos

Los objetivos del PINSAP son:

- Incorporar efectivamente la salud como uno de los ejes de la política gubernamental (salud en todas las políticas).
- Implicar a todos los departamentos del gobierno para que puedan capitalizar su influencia positiva sobre la salud.
- Mejorar la coordinación y promover sinergias que conlleven un incremento de la efectividad, la eficiencia y la equidad de las políticas intersectoriales sobre la salud y el bienestar.

El diseño de la propuesta se ha elaborado teniendo en cuenta el modelo de determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead que por su simplicidad permite una visualización fácil de la influencia de los diversos sectores de la sociedad sobre la salud de la población.

El modelo ha sido adaptado a la realidad actual con aportaciones referidas a las desigualdades sociales que influyen la salud, los efectos de la crisis en los ámbitos locales y los criterios del Instituto de Salud Urbana de la Universidad Johns Hopkins.

Se han tenido en cuenta en el modelo experiencias internacionales como la de California o la del Kings Fund. La elección de las intervenciones propuestas ha tenido en cuenta la factibilidad, el tratarse de medidas que los departamentos del gobierno responsables habían propuesto, el impacto potencial en la protección y la promoción de la

salud, y el valor añadido en cuanto a su alcance e intersectorialidad que incorpora su selección como actividades PINSAP horizonte 2020.

3.2. Actividades

Las actividades del PINSAP se desarrollan en dos dimensiones:

- Las que promueve cada uno de los departamentos en el ejercicio de su propia responsabilidad y competencias. La comisión interdepartamental en este caso procede al análisis de las actividades y servicios de cada departamento que tienen un impacto relevante sobre la salud de la población tanto en la promoción como en la protección de la salud.
- Nuevas actividades intersectoriales de promoción de la salud, sobre todo en el marco de las condiciones de vida y otros determinantes de la salud.

El PINSAP incorpora la perspectiva de género en su planteamiento y ha contado con el asesoramiento del Instituto Catalán de las Mujeres.

Se hizo un proceso de consulta en el que han participado 42 entidades de ámbito local, sociedades científicas y colegios profesionales, entidades del tercer sector y representantes de la ciudadanía.

Se han planteado un conjunto de 30 actuaciones interdepartamentales e intersectoriales concretas para el horizonte 2020, agrupadas en dos ejes y 14 ámbitos:

- Eje 1: Incrementar los años en buena salud de la población de Cataluña.
- Eje 2: Incorporar la visión de salud en el diseño y la evaluación de las políticas públicas.

Por otra parte se plantean 5 retos, que incluyen algunas actuaciones universales y otras específicas en colectivos prioritarios o en situación de especial vulnerabilidad:

1. Afrontar la epidemia de exceso de peso, tanto en población infantil como adulta.
2. Controlar las infecciones, con especial énfasis en las de transmisión sexual y el virus de la inmunodeficiencia humana.
3. Promover la salud mental y mitigar los efectos de la crisis económica sobre la salud, con especial atención a las desigualdades.
4. Reducir el impacto de las adicciones, sobre todo en personas jóvenes.
5. Aglutinar y promover el esfuerzo del país para mejorar el entorno, las condiciones de vida y trabajo y el trabajo intersectorial y en red sobre los determinantes estructurales y sociales de la salud.

3.3. Actuaciones

Hasta el momento se han implementado 11 actuaciones:

1. Ampliar la disponibilidad de alimentos saludables potenciando la opción de fruta fresca, fácil y de proximidad en los establecimientos de restauración.
2. Ampliar el acceso a una alimentación saludable a través del Proyecto AMED de restaurantes promotores de dieta mediterránea, con el objetivo de extenderlo a

- todos los comedores laborales de los hospitales del sistema público de Cataluña y al máximo número de restaurantes.
3. Impulso a la calidad sanitaria como criterio de prestigio de los alimentos destinados al mercado internacional.
 4. Mejorar la salud de la población ocupada mediante la creación de una marca de empresa promotora de la salud y su consideración en los contratos públicos.
 5. Mejorar las condiciones promotoras de salud en los edificios, sobre todo en los públicos.
 6. Impulsar el deporte para la promoción de la salud en adolescentes de riesgo.
 7. Promover la movilidad activa, comenzando por los caminos escolares y por la potenciación de líderes comunitarios.
 8. Promoción de la salud a través de la participación en actividades culturales: Ciclo Letras y Salud organizado en conjunción con la Institució de les Lletres Catalanes y la red de Centros Sanitarios Promotores de la Salud.
 9. Impulso a la realización de la prueba rápida del virus de la inmunodeficiencia humana en centros de atención primaria.
 10. Prescripción de actividades sociales y culturales en personas en situación de vulnerabilidad.
 11. Impulso a la salud comunitaria, trabajando conjuntamente los servicios de salud pública (municipal y autonómica), servicios asistenciales (principalmente de atención primaria), con el tercer sector y la comunidad en general.

4. Observatorio sobre los efectos de la crisis en la salud de la población

En diciembre de 2013 el gobierno de la Generalitat acordó impulsar la constitución de un observatorio, en el marco del Observatorio del Sistema de Salud de Catalunya, con el fin de conocer cómo está afectando la crisis económica en la salud de la población y cuáles son los grupos sociales con mayor riesgo para orientar las políticas sanitarias y las actuaciones impulsadas para paliar los efectos de la crisis.

Como primer paso el observatorio sobre los efectos de la crisis en la salud de la población ha realizado una selección de un conjunto de indicadores sobre los determinantes de salud y utilización de servicios sanitarios que se han analizado para toda la población y para colectivos de riesgo.

El Observatorio sobre los efectos de la crisis continuará monitorizando la evolución de los principales indicadores de salud, de accesibilidad y de utilización de los servicios sanitarios en Cataluña.

A partir de los resultados, el Gobierno orientará las políticas sanitarias y articulará las actuaciones necesarias para mejorar los resultados en salud y garantizar la equidad en el acceso a unos servicios públicos de salud de calidad. (<http://observatorisalut.gencat.cat>).

5. Codi Infart

El Codi Infart es un proyecto de integración asistencial implementado en Cataluña en junio de 2009 con la finalidad de mejorar la atención y el tratamiento, durante la fase aguda, de los pacientes con sospecha de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST).

El programa Codi Infart se basa en la creación de una red multidisciplinar en la que participan diferentes centros y entidades, de diferentes niveles asistenciales, con la finalidad de integrar y coordinar la atención en la fase aguda del IAMEST.

La implantación de la red se ha traducido en unos resultados cuantificables que muestran una mejora significativa de la calidad de la atención de estos pacientes en términos de:

- Incremento en el porcentaje de personas con IAMEST que son reperfundidas.
- Incremento en el porcentaje de personas que reciben el mejor tratamiento disponible (angioplastia primaria).
- Incremento en el porcentaje de personas que reciben angioplastia primaria dentro de los intervalos de tiempo recomendados internacionalmente (menos de 120 minutos desde el primer contacto médico).
- Disminución de las diferencias territoriales en los indicadores de accesibilidad. La consecución de estos objetivos se ha visto acompañada una reducción de la mortalidad, tanto a los 30 días del episodio como al cabo de un año.

La fortaleza principal del Codi Infart es que la red se creó y se mantiene gracias a los acuerdos alcanzados por parte de todos los agentes implicados y que todos ellos participan en su gestión y seguimiento. Los criterios, protocolos de actuación y circuitos asistenciales han sido consensuados y el programa tiene un elevado grado de formalización.

El registro exhaustivo de casos, el plan de evaluación de la calidad y las auditorías han permitido evaluar los resultados del Codi Infart, detectando puntos de mejora y planificando acciones correctoras como lo fue, por ejemplo, en octubre de 2012 la ampliación a 12 horas de tres de los servicios de hemodinámica de los 10 hospitales que integran la red del Codi Infart.

Los resultados obtenidos a través del Codi Infart ejemplifican la importancia del impacto de las medidas organizativas por encima de las meramente estructurales.

6. Codi Ictus

El ictus es la primera causa de mortalidad en las mujeres catalanas, la tercera en los hombres y la principal causa de discapacidad médica o adquirida en el adulto.

El Codi Ictus es un sistema de emergencia que comprende la activación de una red de dispositivos asistenciales del sistema público de salud de Cataluña dirigidos a dar una atención inmediata a los pacientes con sospecha de ictus. El tratamiento depende del origen

isquémico (taponamiento de una arteria) o hemorrágico (rotura de una arteria) del ictus, por lo que es fundamental que el paciente llegue en el menor tiempo posible a un centro con capacidad técnica y tecnológica para diagnosticarlo y tratarlo.

Con el objetivo de reducir el tiempo entre el inicio de los síntomas y el tratamiento adecuado a todos los pacientes candidatos, el Codi Ictus está basado en la cooperación entre los profesionales del Sistema de Emergencias Médicas (SEM) y los de la atención hospitalaria.

El Codi Ictus se implementó en el 2006 en 13 hospitales de agudos catalanes con la capacidad tecnológica para la detección y el tratamiento específico del ictus. Actualmente, la red de atención a los ictus isquémicos está compuesta por 25 hospitales, 14 de ellos son de referencia y los 11 restantes son comarcales con tecnología teleictus.

La implantación del TeleIctus 2.0 a partir de marzo de 2013 ha permitido que hospitales comarcales, conectados a sus centros de referencia, se añadan a la red de hospitales con capacidad para evaluar y tratar pacientes con ictus isquémico. La aplicación de este cambio tecnológico y organizativo mejora la accesibilidad de aquellos pacientes ubicados en áreas muy distantes a un hospital de referencia. Este servicio consta de un sistema de videoconferencia a través del cual el especialista en neurología vascular del hospital de referencia examina y evalúa al paciente en directo a la vez que revisa la imagen de la tomografía computada (TC). De esta manera, el neurólogo puede decidir instaurar el tratamiento trombolítico in situ y ganar tiempo. El paciente puede permanecer en el hospital comarcal o ser trasladado al de referencia según su estado clínico y la opinión del neurólogo experto.

El 6 de marzo de 2013 se aprobó la Instrucción 01/2013 del Servei Català de la Salut (CatSalut) sobre la ordenación y configuración del modelo organizativo y dispositivos para la atención inicial a la persona paciente con ictus isquémico agudo, que regula la actuación ante un paciente con ictus y establece los hospitales de referencia para la atención del paciente y su sectorización.

7. Codi Risc Suïcidi

De acuerdo a las recomendaciones de la OMS, también recogidas en el Plan de Acción de la Región Europea para los próximos años, el Departament de Salut ha priorizado la prevención del suicidio y está desarrollando la implantación del Codi Risc Suïcidi (CRS). Las políticas definidas pretenden disminuir la mortalidad, aumentar la supervivencia de la población atendida por conducta suicida y prevenir la repetición de tentativas autolíticas en pacientes de alto riesgo.

7.1. Objetivos

La activación de un código conlleva un conjunto de actuaciones asistenciales protocolizadas, dirigidas a personas en riesgo, que tienen los siguientes objetivos:

1. Definir un procedimiento de actuación específica urgente de todos los agentes sanitarios implicados, cuando se detecta un caso con alto riesgo de suicidio.
2. Implementar un procedimiento homogéneo de actuación para mejorar la seguridad de los pacientes atendidos por conductas suicidas en los servicios de urgencias hospitalarias y para potenciar la continuidad asistencial post-alta de todos los pacientes atendidos por conductas suicidas tanto en adultos como en menores.
3. Asegurar el seguimiento y vinculación a los centros de salud mental de los pacientes durante el período crítico después de la tentativa autolítica para prevenir la repetición (atención preferente en un plazo máximo de 10 días en caso de población adulta y 72 horas en población infantil y juvenil).
4. Asegurar desde cualquier punto de atención sanitaria una atención proactiva, adaptada al nivel de gravedad.
5. Seguimiento telefónico a los 30 días desde 061 CatSalut Respon o el equipo especializado de apoyo (EMSE) para valorar el estado de salud y su seguimiento desde el sistema sanitario.
6. Disponer de un registro sanitario de casos atendidos que permita el envío de información entre los dispositivos implicados y evaluar la efectividad del CRS en Cataluña.

7.2. Fases e implantación

El Codi Risc Suicidi consta de 3 fases:

Fase 1. ALERTA. Activación CRS desde el servicio de urgencias del hospital que atiende la persona por conducta suicida de alto riesgo.

Fase 2. Seguimiento proactivo por un centro especializado, una vez completada la atención hospitalaria, con cita previa y seguimiento telefónico.

Fase 3. Seguimiento integral preventivo del estado de salud, por parte de atención primaria o cualquier recurso sanitario.

En Cataluña se ha implantado el Codi Risc Suicidi en el 40% del territorio.

8. Proyecto Essencial. Añadiendo valor a la práctica clínica

Para contribuir a la mejora de la calidad de la atención sanitaria y favorecer la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario, en marzo de 2013 se creó el "Proyecto Essencial. Añadiendo valor a la práctica clínica", promovido por l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS) con el apoyo del Departament de Salut y de la Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears.

El Proyecto Essencial es una iniciativa que identifica prácticas clínicas de poco valor y elabora recomendaciones para evitarlas, bien porque no hay evidencia científica sobre su efectividad, o hay evidencia sobre su ineffectividad, bien porque el riesgo es superior a los beneficios o hay alternativas más efectivas a un coste similar. La mayor parte de las

recomendaciones hacen referencia a prácticas relacionadas con situaciones de sobreutilización de pruebas diagnósticas y tratamientos, tanto en prevención primaria como secundaria de tratamientos médicos y quirúrgicos y de rehabilitación.

El Proyecto Essencial se alinea con iniciativas internacionales como la lista de recomendaciones 'Do not do' del NICE o la campaña "Choosing Wisely". Comparte con estas experiencias la promoción de la práctica clínica basada en la evidencia y la colaboración estrecha con las sociedades científicas en la identificación de las prácticas clínicas rutinarias de poco valor. Sin embargo, a diferencia de las iniciativas anteriores, para el Proyecto Essencial es tan importante identificar prácticas clínicas como implementar las recomendaciones para evitarlas en los centros sanitarios y evaluar su impacto en la práctica clínica.

Desde el inicio del proyecto y en colaboración con 15 sociedades científicas se han publicado 27 recomendaciones (<http://essentialsalut.gencat>). Cada recomendación se acompaña de una ficha explicativa para profesionales y de un vídeo en que el profesional contextualiza la recomendación. También se han elaborado fichas para pacientes por su implicación en la demanda, en ocasiones, de intervenciones innecesarias. Paralelamente a la elaboración de recomendaciones se lleva a cabo una intensa campaña de comunicación y actualmente se está colaborando con centros piloto de atención primaria para su implementación.

El proyecto Essencial realiza una evaluación anual de un conjunto de indicadores relacionados con las recomendaciones propuestas. Una parte de estos resultados han sido publicados en la Central de Resultados (<http://observatorisalut.gencat.cat>).

9. La Central de Resultados del sistema sanitario catalán

Es uno de los proyectos estratégicos del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, y tiene la misión de medir, evaluar y difundir los resultados obtenidos en el ámbito de la asistencia sanitaria por los integrantes del sistema sanitario de Cataluña para facilitar una toma de decisiones con responsabilidad compartida al servicio de la calidad de la atención sanitaria prestada a los ciudadanos.

Aunque sus orígenes se remontan a los años 90, no es hasta el año 2003 que se crea formalmente la Central de Resultados. A finales del año 2008 se aprobaron las bases de su sistema de información y una primera batería de indicadores consensuada por los agentes del sistema. Desde entonces se han publicado 4 informes anuales con los indicadores seleccionados (2008, 2009, 2010 y 2011) y desde el año 2012 se publican informes de ámbitos específicos (atención primaria, atención hospitalaria, atención sociosanitaria y ámbito de salud mental y adicciones) identificando nominalmente a los centros prestadores de servicios. En Junio de este año se añadió el informe del ámbito de investigación en ciencias de la salud.

Estos informes tienen el objetivo de presentar un conjunto de indicadores de calidad de la atención de los centros del sistema sanitario catalán, tanto aquellos en los que participa

la Generalitat de Catalunya (Institut Català de la Salut, empresas públicas y consorcios) como del resto de centros que, voluntariamente, se han adherido a este ejercicio de transparencia y rendición de cuentas.

Los indicadores se presentan agrupados en temas (atención centrada en el paciente, efectividad, adecuación, seguridad, eficiencia, sostenibilidad, e investigación y docencia) e identificando la unidad proveedora de servicios (es decir, se identifican cada uno de los centros). Los resultados se acompañan de las experiencias de algunos de los centros con mejores resultados y con la opinión de personas expertas en cada uno de los temas tratados. Además todos los informes cuentan también con una versión para la ciudadanía, que facilita la difusión de los principales resultados a las personas usuarias menos profesionalizadas, y están traducidos al español y al inglés.

La Central de Resultados continúa siendo una iniciativa pionera en el estado español y está alineada con los países más adelantados en políticas de transparencia y rendición de cuentas. En relación con esto, vale la pena mencionar que según la organización no gubernamental Transparency International, Cataluña lidera el ranking de transparencia de las comunidades autónomas, con una puntuación de cien puntos sobre cien. Esto es el resultado de un cambio de mentalidad en la administración y uno de los ejes de gobierno prioritarios de esta legislatura. El gobierno de la Generalitat apuesta por la máxima transparencia y rendición de cuentas en su acción de gobierno y por garantizar el acceso efectivo a la información pública.

De hecho, con la finalidad de concretar estas líneas de actuación ha creado una página web sobre transparencia (<http://transparencia.gencat.cat/>).

Además, los datos contenidos en los informes se ponen también a disposición de los usuarios en un conjunto de tablas dinámicas que permiten a los usuarios interactuar para la consulta y el análisis de datos de acuerdo a sus necesidades y preferencias. También se ha desarrollado la aplicación informática que permite consultar los indicadores de la Central de Resultados a los profesionales del sector sanitario. Finalmente, en coherencia con el compromiso de fomentar la utilización de datos procedentes de la administración, los datos de los informes se publican en formatos estándar en la página web de datos abiertos de la Generalitat de Catalunya (<http://dadesobertes.gencat.cat>).

Todos estos informes pueden encontrarse en la página web del Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña (<http://observatorisalut.gencat.cat>).

10. Compra pública innovadora y riesgo compartido

El creciente desarrollo de la innovación incrementa la necesidad de gestionar correctamente su acceso y ponerla a disposición de los ciudadanos garantizando la equidad. En su gestión intervienen una serie de elementos que deben considerarse de acuerdo con el valor añadido que aportan: la preservación de la sostenibilidad económica, la inclusión de la innovación en los diferentes ámbitos a los que va dirigida, los posibles interlocutores implicados en su acceso, la propia definición de las vías de acceso, la posible interacción y/o afectación a otros

ámbitos más allá del que se presenta o el alcance final que puedan suponer a medio plazo en el sistema sanitario.

10.1. Modelo y ámbitos de especial interés

Para dar respuesta a estos requerimientos se consideró necesario el desarrollo de un “Modelo innovador en la adopción y evaluación de instrumentos para la mejora de la eficiencia en la prestación de servicios sanitarios” que garantizará el correcto tratamiento de la evaluación y la adopción de las propuestas de instrumentos que se presenten y a disposición del sistema sanitario.

Los ámbitos de especial interés que cubre el modelo son el ámbito del medicamento, la farmacia y la prestación farmacéutica; el ámbito de las tecnologías de la información y la comunicación; el ámbito de la compra pública innovadora y el ámbito de la contratación de servicios sanitarios.

El ámbito de la compra pública innovadora reúne aquellas actuaciones administrativas de fomento de la innovación orientadas a potenciar el desarrollo de nuevos mercados innovadores desde la demanda mediante los instrumentos de la contratación pública. Se han considerado básicamente tres instrumentos: la compra pública de tecnología innovadora, la compra pública pre-comercial y la innovación en los procesos de compra.

10.2. Compra pública innovadora en esquemas internacionales

Más allá de los proyectos de compra pública innovadora en esquemas básicamente nacionales, se ha procedido desde la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS) al desarrollo de proyectos de compra pública innovadora en esquemas internacionales, con procesos de contratación conjuntos entre instituciones públicas de distintos países miembros de la Unión Europea bajo el marco de financiación del 7 Programa Marco o del Horizonte 2020.

En esta nueva tipología de procesos de licitaciones internacionales coordinados, AQuAS dispone de una situación de liderazgo a nivel internacional con la participación y coordinación de proyectos como:

- DECIPHER (Distributed European Community Individual Patient Healthcare Electronic Record)
http://aquas.gencat.cat/ca/projectes/innovacio_projectes_internacionals/compra_publica_innovadora/decipher/
- INSPIRE (International Network Supporting Procurement of Innovation via Resources and Education)
http://aquas.gencat.cat/ca/projectes/innovacio_projectes_internacionals/compra_publica_innovadora/inspire/
- UNWIRED Health(Innovation in mobile ICT solutions)

<http://www.ticsalut.cat/actualitat/flashticsalut/article/1/la-fundacio-ticsalut-coordinara-a-nivell-europeu-el-projecte-unwired-health>

- THALEA (Highly interoperable telemedicine-platform developed for detection of ICU-patients at increased risk)

http://aguas.gencat.cat/ca/projectes/innovacio_projectes_internacionals/compra_publica_innovadora/thalea/

- ENIGMA (Innovative solutions for cities using next generation of ICT applications)

http://cordis.europa.eu/fp7/ict/pcp/projects_en.html

- STOP and GO (Sustainable Technologies for Older People – Get Organised)

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AMED: Alimentación Mediterránea

AQuAS: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries

C

CatSalut: Servei Català de la Salut

CRS: Codi Risc Suïcidi

D

DECIPHER: Distributed European Community Individual Patient Healthcare Electronic Record

H

HCCC: Historia Clínica Compartida de Catalunya

I

IAMEST: Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del segmento ST

INSPIRE: International Network Supporting Procurement of Innovation via Resources and Education

ICT: Information Communication and Technology

N

NICE: Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica

O

OMS: Organización Mundial de la Salud