

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2008 Cataluña



1 Descripción del Sistema de Salud de la Comunidad

1.1 Organización del Sistema Sanitario de la Comunidad

El modelo sanitario catalán se define como mixto, ya que separa la planificación, en manos de la autoridad sanitaria (Departamento de Salud), la compra y la evaluación, responsabilidad del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), y la provisión de los servicios, proporcionados por la red de proveedores. El CatSalut es una pieza clave en el sistema sanitario y así se refleja en la proporción del presupuesto que gestiona. El 31,10% del presupuesto de la Generalitat de Cataluña para el año 2009 (9.412,90 millones de euros) se destina a las políticas sanitarias, y de esta cantidad, el CatSalut gestiona más del 97%.

Cataluña fue la primera comunidad autónoma a la que se traspasaron las competencias en salud, en el año 1981. Con esta transferencia se sentaron las bases del llamado «modelo sanitario catalán». En ese momento, algunos de sus elementos significativos y diferenciadores eran la transformación de los hospitales comarcales (1979) y el primer Mapa sanitario de Cataluña, impulsado en 1980 y desplegado con el traspaso de competencias. El modelo sanitario catalán, que se acabó de definir con la Ley 15/1990 de ordenación sanitaria de Cataluña, es el resultado de una realidad histórica singular que ha permitido la consolidación de un sistema de financiación público de provisión plural, edificado sobre un amplio consenso social y político, y caracterizado por la integración de todos los recursos en una única red sanitaria de responsabilidad pública (XSUP, por sus siglas en catalán).

Tras casi 30 años de transferencia de las competencias podemos decir que la descentralización ha favorecido la proximidad de los servicios al ciudadano, la adaptación del sistema a la realidad local (marcada en la actualidad por grandes cambios demográficos, sociológicos y culturales), la mejora de la eficiencia y la eficacia, y la garantía de la equidad territorial e individual. Además, la descentralización sanitaria se ha convertido en el motor de las reformas sanitarias.

La Ley de ordenación sanitaria (LOSC) y la organización del modelo

La LOSC (1990) formalizó la separación de las funciones de planificación, compra de servicios y provisión, permitiendo el desarrollo del actual sistema catalán de salud, que se organiza en torno a las siguientes instituciones y funciones:

- El *Departamento de Salud* es el encargado de definir la política sanitaria. A partir de las directrices establecidas por el Gobierno de la Generalitat en el Plan de gobierno, elabora las políticas de salud (Plan de salud, Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública y planes estratégicos) y también ejerce la función de financiación al asignar y priorizar el presupuesto que le ha sido concedido por el Gobierno de la Generalitat.
- El *Servicio Catalán de la Salud* actúa como una agencia aseguradora pública que garantiza la asistencia sanitaria integral de los ciudadanos a través de la contratación de servicios a una serie de proveedores de distinta naturaleza jurídica. Éstos, a su vez, son responsables ante el CatSalut y ante la sociedad de los servicios prestados, sin perjuicio de la gestión autónoma de los centros bajo criterios de complementariedad y eficiencia. El CatSalut orienta su tarea sanitaria desde la aproximación a la ciudadanía. Esto implica el despliegue de la estructura territorial

en siete regiones sanitarias, delimitadas a partir de factores geográficos, socioeconómicos y demográficos y que cuentan con una dotación adecuada de recursos sanitarios de atención primaria y de atención especializada para atender las necesidades de la población.

- La función de provisión de servicios la ejercen los distintos proveedores que configuran la *red sanitaria de utilización pública (XSUP)*. Al tratarse de un modelo mixto, el modelo sanitario catalán integra en una sola red de uso público todos los recursos sanitarios, sean o no de titularidad pública, y recoge una tradición de entidades (mutuas, fundaciones, consorcios, organizaciones religiosas, etc.) históricamente dedicadas a la atención de la salud, así como centros de propiedad pública en los que se hace una cesión de la gestión, por ejemplo, a una entidad de base asociativa (EBA) para que gestione un centro de atención primaria.
- En la presente legislatura el Gobierno de la Generalitat ha dado un importante paso para la modernización del proveedor público de referencia de la red asistencial catalana, con la aprobación de la Ley de reforma del *Instituto Catalán de la Salud (ICS)*, aprobada en julio de 2007. Con esta nueva ley se apuesta por una reforma asistencial y organizativa del ICS, que deja de ser exclusivamente una entidad gestora de la Seguridad Social y pasa a constituirse como empresa pública. Uno de los propósitos principales de la ley es la descentralización territorial de la institución, dando mayor autonomía de gestión a los centros y servicios para incrementar su efectividad.

1.2 Órganos de participación y de gestión

El Gobierno de la Generalitat de Cataluña ha asumido, entre sus ejes de gobierno, la necesidad de compartir objetivos y estrategias en salud con el resto de administraciones locales que tienen competencias en esta materia. Asimismo, se planteó la necesidad de incrementar la participación de los ayuntamientos y los consejos comarcales en la toma de decisiones que afectan a la población, debido a la proximidad que estas instituciones tienen con la ciudadanía y con la finalidad de recoger la diversidad del territorio. Con este objetivo nacieron los *gobiernos territoriales de salud* (GTS), que se constituyen como consorcios entre el Gobierno de la Generalitat (Departamento de Salud) y los gobiernos locales, con la voluntad de compartir el gobierno del sistema de salud con los municipios, en su rol de administración más próxima a la ciudadanía.

Estos consorcios se componen de tres órganos: de *gobierno*, de *participación* y de *gestión*.

Como órganos de participación cabe destacar, además, los diferentes Consejos Asesores de los Planes Directores la composición y funciones de los cuales se establecen mediante los oportunos Decretos.

Órganos de dirección

Comité Ejecutivo del Departamento de Salud

Es el órgano encargado de asistir a la consejera en la elaboración de las políticas del Departamento. El comité está presidido por la consejera e integrado por la secretaria general, el secretario de Estrategia y Coordinación, el director del Servicio Catalán de la Salud, el director gerente del Instituto Catalán de la Salud y la jefe del Gabinete del Consejero o la Consejera.

Consejo de Dirección del Departamento de Salud

Tiene como función asistir a la consejera en el seguimiento de la ejecución de las políticas del Departamento. El consejo está presidido por la consejera y lo componen, además, la secretaria general, los directores y directoras generales, al director del Servicio Catalán de la Salud, el director gerente del Instituto Catalán de la Salud, el director del Instituto de Estudios de la Salud, los directores de los servicios territoriales, y los gerentes de las regiones sanitarias del Servicio Catalán de la Salud, así como el resto de personas que la consejera designe.

Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud

Es el órgano superior de gobierno y de dirección del CatSalut. Sus funciones consisten en establecer los criterios de actuación del CatSalut, de acuerdo con las directrices del Departamento de Salud, en el marco de la política sanitaria de la Generalitat de Cataluña, y establecer los criterios generales de coordinación del dispositivo sanitario público, especialmente en relación con las actividades que realizan las regiones sanitarias. Los miembros del Consejo de Dirección son la consejera de Salud, que es la presidenta; la secretaria general del Departamento de Salud y el director del CatSalut, como vicepresidentes; la secretaria, que es la jefa de la Secretaría Técnica del CatSalut, y diecisiete vocales, distribuidos de la siguiente manera: un representante del Departamento de Economía y Finanzas, cuatro representantes de las regiones sanitarias del CatSalut, cuatro representantes del Departamento de Salud, dos representantes de los consejos comarcales de Cataluña, dos representantes de los ayuntamientos, dos representantes de las organizaciones sindicales y dos representantes de las organizaciones empresariales sanitarias.

Consejo de Dirección de las regiones sanitarias

Es el órgano superior de gobierno de cada región sanitaria y está formado por representantes del Departamento de Salud, de los consejos comarcales y de los ayuntamientos.

Consejo de Dirección de los sectores sanitarios

La LOSC preveía la creación de este órgano de gobierno de los sectores sanitarios, formado por representantes del Departamento de Salud (del sector sanitario), de los consejos comarcales y de los ayuntamientos. En su lugar se han desarrollado los Consejos Rectores de los GTS.

Consejo Rector de los gobiernos territoriales de salud

Es el máximo órgano de gobierno del consorcio y tiene una composición equilibrada que garantiza la paridad en la adopción de decisiones entre los miembros designados a iniciativa de las entidades locales que lo integran y los miembros designados a iniciativa del Departamento de Salud, mediante los oportunos mecanismos de ponderación de voto que establecen sus estatutos. Las funciones básicas de los GTS son ordenar, priorizar y coordinar los recursos de salud en su territorio de referencia. El Consejo Rector, como máximo órgano de gobierno, va asumiendo progresivamente estas funciones a partir de su constitución y de la consolidación de los instrumentos que les confiere el Decreto de descentralización. La puesta en funcionamiento de los GTS se realiza en diferentes momentos, que se corresponden con su progresiva asunción de responsabilidades y trabajos. Tiene una composición equilibrada entre la Generalitat y las entidades locales (50% cada parte), con un número a definir por los estatutos de cada GTS. La selección de los representantes de la Generalitat combina tanto representantes locales como autonómicos.

La representación de la Generalitat combina miembros del Departamento de Salud y del CatSalut, bajo la presidencia del delegado del departamento el territorio (que coincide en la mayoría de casos con el gerente de región), más los representantes de las entidades locales asesorados por la Federación Catalana de Municipios (FCM) y la Asociación Catalana de Municipios (ACM).

Órganos de participación

Consejo Catalán de la Salud

El Consejo Catalán de la Salud ejerce funciones de asesoramiento, consulta, seguimiento y supervisión y, entre éstas, las siguientes:

- asesorar al Consejo de Dirección del CatSalut en todos los asuntos relacionados con la atención sanitaria, sociosanitaria y la protección de la salud, y formulación de propuestas;
- velar para que las actuaciones de todos los servicios, los centros y los establecimientos sanitarios que satisfacen necesidades del sistema sanitario público catalán se adecuen a la normativa sanitaria correspondiente y se desarrollen de acuerdo con las necesidades sociales y con las posibilidades económicas del sector público;
- informar del anteproyecto del Plan de salud de Cataluña, previamente a su aprobación;
- conocer la propuesta de anteproyecto del presupuesto del CatSalut e informar sobre ésta, previamente a su aprobación; y
- conocer la memoria anual del CatSalut y elaborar el informe sobre ésta, previamente a su aprobación.

El CatSalut debe facilitar al Consejo la documentación y los medios materiales y personales necesarios para el cumplimiento de las funciones encargadas. El Consejo Catalán de la Salud está compuesto por el presidente, que es el titular del Departamento de Salud y puede delegar en el director del CatSalut, y no computa como vocal representante de la Generalitat, y los siguientes vocales: nueve representantes de la Generalitat de Cataluña, cuatro representantes de los consejos comarcales de Cataluña, cuatro representantes de los ayuntamientos de Cataluña, cuatro representantes de las organizaciones sindicales más representativas de Cataluña, tres representantes de las organizaciones sindicales más representativas del ámbito sanitario de Cataluña, cuatro representantes de las organizaciones empresariales más representativas de Cataluña, tres representantes de las corporaciones empresariales más representativas en el ámbito sanitario de Cataluña, tres representantes de las organizaciones de consumidores y usuarios más representativas de Cataluña, tres representantes de las corporaciones profesionales sanitarias de Cataluña, dos representantes de las 4 universidades catalanas, un representante de las entidades científicas, un representante de la Diputación de Barcelona, y la secretaria del Consejo Catalán de la Salud.

Consejo de Salud de las regiones sanitarias

Los consejos de salud de las regiones son órganos de participación comunitaria formados por representantes de la Generalitat de Cataluña, los consejos comarcales, los ayuntamientos, las corporaciones de profesionales sanitarios y las organizaciones sindicales, empresariales y de consumidores y usuarios más representativas.

Consejo de participación de los sectores sanitarios

También la LOSC previó la creación de los consejos de participación de los sectores sanitarios como órganos de asesoramiento, consulta y participación comunitaria formados por representantes del Departamento de Salud y las organizaciones sindicales y de consumidores y usuarios más representativas. De nuevo, en su lugar se han desarrollado los Consejos de Salud de los GTS.

Consejo de Salud de los gobiernos territoriales de salud

Las principales funciones de los consejos de salud son formular propuestas de actuación en el Consejo Rector del GTS y articular el diálogo entre la sociedad civil y los órganos de gobierno. El proceso de trabajo y la acción de los participantes en el Consejo de Salud se desarrollará mediante un reglamento interno. El Consejo de Salud presenta una composición mixta de entidades y ciudadanía para equilibrar representatividad y pluralidad. Se designa una persona representante como secretaria, que es la encargada de la preparación de las reuniones del Consejo de Salud.

1.3 Políticas y planes sanitarios

Cataluña ha impulsado y fortalecido la planificación sanitaria como herramienta para abordar los retos que plantea el futuro. Planificar para anticiparse a los problemas es más necesario que nunca en un sistema con responsabilidad sobre la totalidad de la población a lo largo de toda la vida. Actualmente se atienden más de 60 millones de contactos anuales con los dispositivos asistenciales de la red de atención pública.

La evolución de la atención a los problemas de salud que sufren las personas comporta la necesidad de dar respuestas. Esta evolución también implica el paso de una prestación pasiva de servicios a una oferta proactiva. Esta última sólo puede ser eficiente si se basa en el conocimiento o la predicción de las necesidades y los problemas que pueden tener las personas y, de esta manera, determinar el tipo de atención que tenemos que ofrecer para responder a sus necesidades.

Los instrumentos de mayor relevancia de que se dota el Departamento de Salud de Cataluña para llevar a cabo dicha planificación son el Plan de salud de Cataluña 2006-2010, el Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública (horizonte 2015), los planes directores y los planes estratégicos o planes de reordenación de servicios.

El Plan de Salud de Cataluña en el horizonte 2010 es el instrumento estratégico principal que integra y da coherencia a las políticas sanitarias del gobierno de la Generalitat. Se elaboró por primera vez en 1993, en el marco de la estrategia de la Organización Mundial de la Salud, y hasta la actualidad se han llevado a cabo cinco ediciones. En relación con las ediciones anteriores, el Plan de salud de Cataluña 2006-2010 presenta cambios en el enfoque, el contenido y el formato. Incorpora una visión amplia en la cual los determinantes de salud adquieren la importancia de las actuaciones preventivas y asistenciales que ofrecen los servicios y, además, tiene la ambición de contribuir a reducir las desigualdades de salud por razón de sexo, clase social o territorio. Para poder alcanzar estos objetivos hemos articulado las propuestas sobre la base de cinco ejes: la salud en las políticas, las políticas de salud, las políticas de servicios, los profesionales de la salud y los ciudadanos y la participación. La elaboración del Plan de salud utiliza como elemento de referencia destacado la Encuesta de salud de Cataluña, la cual refleja exhaustivamente la percepción de los ciudadanos y las ciudadanas de Cataluña sobre la salud.

El Plan de salud se complementa, para la función de planificación sanitaria, del Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública. El mapa actual, bajo el lema Los servicios para la salud: mirando hacia el futuro, regula un aspecto poco concretado en la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña: la necesidad de sincronizar la planificación de salud con la planificación de servicios. Se reinstaura un sistema de planificación de los servicios, al que se le da un enfoque renovado y dinámico y, 18 años después de la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña, se acaba de desplegar un instrumento que hace posible relacionar la planificación de salud y la planificación de servicios, un instrumento necesario y previsto en el primer Plan de salud, pero que no se había elaborado suficientemente hasta el momento.

El Departamento de Salud de Cataluña utiliza el mapa sanitario para determinar las directrices que faciliten el desarrollo de los servicios que conforman el sistema público de salud. Los contenidos principales que configuran el mapa sanitario son el análisis de situación y las tendencias, las líneas estratégicas de orientación de los servicios, los criterios de planificación,

los escenarios de desarrollo y adecuación de los servicios en el territorio y la identificación de los servicios de alta especialización y concentración que tienen que dar cobertura al conjunto de la población.

Es importante remarcar que el Plan de salud y el Mapa sanitario se ven reforzados y complementados con los planes directores y los planes estratégicos o planes de reordenación de servicios.

Los planes directores dirigen y organizan las políticas en torno a un problema de salud o a un ámbito de actuación en salud que, por su impacto en el sistema sanitario, tiene especial relevancia y requiere especial dedicación. Estos planes son los siguientes:

- Plan director de enfermedades del aparato circulatorio. Este plan pretende mejorar la atención a las enfermedades vasculares mediante la reordenación de los recursos y las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Las áreas de actuación más relevantes son la prevención vascular, el abordaje de las enfermedades congénitas del corazón en niños y adultos, el seguimiento y el control de la insuficiencia cardiaca, el síndrome coronario agudo y la atención al ictus o a la patología vascular cerebral aguda.
- Plan director de oncología. El objetivo de este plan es conseguir un máximo control del cáncer teniendo en cuenta los recursos disponibles. Las directrices y las actuaciones definidas en este plan se orientan a los objetivos y las intervenciones determinados por el Plan de salud para la prevención y el control del cáncer, al concretar y facilitar los elementos de operatividad de las actuaciones.
- Plan director sociosanitario. Instrumento de información, estudio y propuesta mediante el que el Departamento de Salut determina las líneas directrices para impulsar, planificar y coordinar las actuaciones en los ámbitos de la atención de salud a personas que necesitan atención geriátrica, cuidados paliativos, que padecen la enfermedad de Alzheimer y otras demencias o enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad.
- Plan director de salud mental y adicciones. Instrumento del Gobierno de Cataluña que define las políticas y estrategias en materia de la atención a la salud mental. Se inspira en el principio de que se deben enfocar los graves problemas de salud mental desde las políticas públicas, con respeto a los derechos humanos y con el rechazo del estigma y la discriminación. Este Plan director se formula con un impulso decidido por la promoción de la Salud mental y prevención de las enfermedades y la definición de un modelo de atención multidisciplinar, de base comunicaría e integrador.
- Plan director de inmigración en el ámbito de la salud. Este plan fija los objetivos de la atención a la población inmigrante y las acciones que harán posible que éstos se alcancen, especialmente el avance de la competencia intercultural de los profesionales, de manera que se mejore el acceso a los servicios y la salud de la población inmigrada.
- Plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor. Este plan director se crea para definir las actuaciones relativas a la promoción de la salud y la prevención, la atención y la rehabilitación de los problemas reumáticos y del aparato locomotor, así como promover una prestación asistencial adecuada y eficiente dentro del sistema sanitario.
- Se ha comenzado a trabajar en la elaboración del Plan director del aparato respiratorio y como propuesta de futuro inmediato se pretende comenzar la elaboración del Plan director de enfermedades del aparato digestivo.

Los planes estratégicos o de reordenación más destacados que ordenan ámbitos de actuación y los servicios que actúan en dichos ámbitos son:

- Plan estratégico de ordenación de la atención de pediatría en la atención primaria, que se ha elaborado con el objetivo de ordenar la atención pediátrica para continuar

dando asistencia de alta calidad, un modelo más resolutivo y coordinado entre los distintos niveles asistenciales, como para acercar la atención al entorno natural del niño y el adolescente, fundamentalmente a las escuelas y la comunidad.

- Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico, que plantea las bases para la mejora de la calidad de la prestación de servicios de diálisis y establece los criterios de planificación para el desarrollo de nuevos puntos de atención.
- Plan estratégico de atención especializada, cuyo objetivo es diseñar un nuevo modelo de ordenación de la atención especializada que se adecue a las necesidades de salud y de servicio de la población catalana actual.
- Plan estratégico de ordenación de la atención maternoinfantil y a la salud sexual y reproductiva, del que cabe destacar la implantación progresiva del modelo territorial en las 42 unidades de atención a la salud sexual y reproductiva y en los 43 hospitales maternoinfantiles, así como el nuevo protocolo de diagnóstico prenatal de las anomalías congénitas fetales en el primer trimestre.
- Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente con politraumatismo y traumatismo grave, que permite mejorar la atención a estos pacientes a través de una reordenación territorial de los servicios y los flujos de manera integral, reglada. Las mejoras también tendrán su impacto sobre la calidad y permitirán la recogida de información sobre los pacientes.
- Programa de diagnóstico por la imagen, cuyos objetivos son mejorar la accesibilidad de los ciudadanos a la imagen médica digital; favorecer su utilización bajo criterios de calidad, seguridad y eficiencia; fomentar la coordinación y la cooperación entre centros; y potenciar los sistemas de información.

Para completar el sistema de planificación en un contexto de cambio y modernización del conjunto de servicios sanitarios y sociosanitarios, Cataluña apuesta por un modelo asistencial basado en una organización territorial descentralizada en siete regiones sanitarias y 37 gobiernos territoriales de salud (GTS), que facilita la alianza entre proveedores de servicios sanitarios, en un marco de contratación de servicios y financiación en base poblacional. Ésta implica incorporar sistemas de trabajo basados en pactos y prácticas colaborativas entre instituciones y profesionales que favorecen el reconocimiento recíproco de los ámbitos de actuación, la aportación de valor de los varios actores y que requieren del fomento de liderazgos clínicos en el territorio.

Para asegurar el éxito de este proceso de cambio y modernización, se crea el Plan de innovación de atención primaria y salud comunitaria que pretende estimular 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.

1.4 Fórmulas de Gestión de servicios sanitarios

Las fórmulas de gestión empleadas en nuestro sistema sanitario son diversas. El CatSalut, para gestionar y administrar los servicios y las prestaciones del sistema sanitario público, puede emplear diversas formulas que le permiten avanzar en la incorporación de mecanismos de gestión empresarial adecuados al carácter prestacional de los servicios sanitarios, y avanzar también en la puesta en funcionamiento de nuevas estructuras organizativas que garanticen la calidad de los servicios y la potenciación de instrumentos de eficacia y eficiencia en el sistema sanitario.

El conjunto de los consorcios y las empresas públicas adscritas o participadas por el CatSalut constituyen uno de los ámbitos de la estructura corporativa para la gestión de la sanidad pública con criterios de actuación empresarial creados al amparo del artículo 7.2 de la LOSC, que permite al CatSalut crear entidades o participar en ellas, para la gestión y la ejecución de los servicios y las prestaciones del sistema sanitario público.

El contrato firmado entre el CatSalut y los diferentes proveedores sanitarios está basado en los objetivos fijados en la cartera de servicios de cobertura pública (Sistema Nacional de Salud y cartera complementaria catalana) y en el Plan de salud de Cataluña.

Los contratos con los proveedores se renuevan anualmente a través de la firma de una cláusula adicional, en la que se asignan los objetivos, la actividad, el sistema de pago, las tarifas aplicables para cada tipo de actividad, el sistema de facturación y el sistema de evaluación de resultados.

Respecto a la Atención Primaria de Salud, de los 359 equipos de atención primaria (EAP) en funcionamiento el 90,2% son entidades públicas, de las cuales 280 (78%) pertenecen al ICS y 44 (22%) son fruto de convenios firmados con otro tipo de entidades. La provisión del 9,8% restante de la atención primaria corre a cargo de entidades con Empresas Públicas y Consorcios participados por el CatSalut o el Departamento de Salud, Entidades de Base Asociativa (EBA) y otras formas organizativa como fundaciones privadas y mutuas, contratadas vía concurso.

En el ámbito de la atención hospitalaria especializada, la red de proveedores está constituida por los centros integrados en la red hospitalaria de utilización pública (XHUP), ordenada en diferentes niveles asistenciales. En el 2008 han sido 65 los centros hospitalarios que han prestado asistencia pública y ofrecido servicios de hospitalización general aguda. Durante este año, otros cuatro centros autorizados pasan a formar parte de la XHUP. Del total de centros, 20 pertenecen a fundaciones privadas o sociedades municipales; 5 a organizaciones religiosas; 6 a mutualidades; 11 a sociedades privadas; 13 a empresas públicas y consorcios y 10 pertenecen a la administración autonómica y están adscritos al Instituto Catalán de la Salud (ICS).

Por otra parte, el Servicio Catalán de la Salud puede comprar actividad adicional. En esta contratación adicional de servicios se enmarcan los convenios firmados, con carácter excepcional y por un tiempo limitado, con centros hospitalarios que no pertenecen a la XHUP, para la atención de enfermos agudos de cobertura pública, en aquellos supuestos en que los hospitales de la red no sean suficientes (previsto en el artículo 43.2 de la LOSC). En la misma línea, el CatSalut contrata la gestión de determinados servicios altamente especializados (principalmente neuroangiografía intervencionista y atención a determinadas enfermedades como acondroplasia y otras displasias) a entidades ajenas a la red pública. Finalmente, se contratan determinados servicios adicionales al Hospital General de Cataluña, según el acuerdo de gobierno del 22 de julio de 2003, que autoriza al Servicio Catalán de la Salud la suscripción de determinados convenios de prestación de servicios con dicho hospital, en el periodo 2003-2011.

La atención geriátrica, la atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias o con enfermedades neurológicas, así como la atención al final de la vida, se presta a través de la red sociosanitaria. Esta red, constituida de forma mayoritaria por centros de titularidad privada, se regula en base a programas especiales o planes que se elaboran en Cataluña desde el año 1986, como el “Programa Vida als Anys” o el actual Plan Director Sociosanitario. La red dispone tanto de centros con internamiento (larga estancia, convalecencia o cuidados paliativos) como centros de atención ambulatoria (hospital de día, unidades de diagnóstico y seguimiento) así como equipos de soporte tanto para la atención primaria, como hospitalaria.

La atención en psiquiatría, salud mental y adicciones se organiza en tres niveles asistenciales: atención especializada de soporte a la atención primaria (Centros de Salud Mental), servicios de hospitalización psiquiátrica y servicios de rehabilitación comunitaria. Los recursos que componen la red especializada, mayoritariamente de titularidad privada, son: 46 Centros de Salud Mental de atención a la población Infantil y Juvenil (CSMIJ); 73 de atención a adultos (CSMA); 65 de atención a las adicciones; 4 servicios de atención a personas con trastornos mentales y discapacidad intelectual; 59 centros de prescripción de metadona y 67 centros de dispensación; 4.205 camas de psiquiatría; 64 camas de desintoxicación en hospitales de agudos; 413 plazas en Hospitales de día infantil y juvenil; 638 plazas en hospitales de día de adultos; 1823 plazas en *Centres de Dia* y servicios de rehabilitación.

A modo de resumen, el 20,18% de los hospitales, el 77,06% de los centros de atención primaria, el 27,79% de los centros de salud mental y el 38,43% de la atención sociosanitaria son entidades participadas por la Generalitat de Cataluña.

Así pues, el modelo sanitario catalán, que da asistencia a 7.503.118 ciudadanos, se caracteriza por ofrecer una cobertura universal, la financiación pública del servicio, la separación entre la compra y la provisión, la participación de la sociedad civil, la equidad en el acceso, la continuidad de la atención y la integración y la coordinación. Todos estos aspectos contribuyen a alcanzar los principios en los que se basa el sistema sanitario catalán que son la calidad, equidad, descentralización, eficiencia, transversalidad, integración, participación, transparencia, subsidiariedad y sostenibilidad.

Empresas públicas

Según la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña y la Ley del Estatuto de la empresa pública catalana, se han creado diez empresas (ocho entidades de derecho público sometidas al ordenamiento jurídico privado y dos sociedades mercantiles) que demuestran que es posible introducir criterios de actuación empresarial en la gestión de la sanidad pública mediante la remodelación progresiva del sector público administrativo. Las empresas adscritas al CatSalut son las siguientes:

- Instituto de Diagnóstico por la Imagen (1991)
- Energética de Instalaciones Sanitarias, SA (1991)
- Gestión de Servicios Sanitarios (1992)
- Gestión y Prestación de Servicios de Salud (1992)
- Instituto de Asistencia Sanitaria (1992)
- Sistema de Emergencias Médicas, SA (1992)
- Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas (1994)
- Instituto Catalán de Oncología (1995)
- Banco de Sangre y Tejidos (1995)
- Parque Sanitario Pere Virgili (1999)

Consortorios

La creación de los consorcios, de naturaleza pública con entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro, responde a otra fórmula de gestión y permite, fundamentalmente, dar respuesta a unas necesidades concretas de ordenación y de optimización de recursos mediante la compra de servicios por parte de la Generalitat de Cataluña y la aportación de los recursos humanos y la experiencia de gestión de las entidades consorciadas.

Dichos consorcios son los siguientes:

- Consorcio Hospitalario de Vic
- Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell
- Consorcio Sanitario de Terrassa
- Consorcio Sanitario Integral
- Consorcio Sanitario del Alt Penedès
- Consorcio Sanitario del Maresme
- Consorcio Sanitario del Anoia
- Consorcio del Laboratorio Intercomarcal del Alt Penedès, Anoia y el Garraf
- Corporación de Salud del Maresme y la Selva
- Consorcio Sanitario de Mollet del Vallès

Instituto Catalán de la Salud

El ICS, empresa pública adscrita al Departamento de Salud, es el proveedor público de servicios sanitarios más grande de Cataluña. Presta atención a casi seis millones de usuarios, cifra que supone el 76% del total de personas aseguradas en Cataluña.

Actualmente el ICS gestiona 8 hospitales de referencia dentro de la red hospitalaria de utilización pública (32% de las camas hospitalarias públicas); 274 EAP, dos de los cuales con gestión consorciada y compartiendo servicios mediante convenios de alianza con otros proveedores territoriales y el CatSalut; 40 centros de especialidades extrahospitalarias; 24 unidades territoriales de atención continuada y urgencias de atención primaria, que prestan atención mediante 161 dispositivos; 32 servicios de atención a la salud sexual y reproductiva; 9 servicios de laboratorio clínico; 31 servicios de diagnóstico por la imagen; 18 unidades de rehabilitación extrahospitalaria; 14 unidades PADES (Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte) y 7 unidades de salud mental, dos de las cuales son de atención infantil y juvenil y dos más de atención y seguimiento de las drogodependencias.

Como novedad, la Ley 8/2007 del Instituto Catalán de la Salud ha permitido poner en marcha un proyecto de autonomía en la atención primaria que consiste en la implantación de un proceso de cambio en la cultura de gestión y organización de la institución que permite a los equipos de atención primaria (EAP) y a sus líderes tener capacidad de decisión sobre la gestión de los servicios y los recursos, con el objetivo de conseguir una organización adaptada a las necesidades asistenciales, corresponsable de los resultados obtenidos, y motivadora del compromiso y la satisfacción de los profesionales. Actualmente se halla en fase demostrativa; ha empezado con la participación de 10 EAP y se prevé una progresiva extensión territorial del modelo en los próximos tres años.

Entidades de Base Asociativa

La LOSC facultó al CatSalut para establecer contratos para la gestión de los servicios sanitarios con entidades proveedoras de naturaleza jurídica diversa, con lo cual se facilitó el desarrollo del proceso de diversificación de la provisión de los servicios de atención primaria. En este contexto surge el contrato de servicios de atención primaria como instrumento que articula la relación entre el CatSalut, como comprador de los servicios sanitarios, y las entidades proveedoras.

Las EBA están formadas por profesionales que se constituyen como empresa con el fin de autogestionar un equipo de atención primaria. La primera EBA se constituyó en 1996. Estudios comparativos entre los diferentes modelos de gestión de atención primaria permiten observar la importancia de dotar a los centros y los equipos de salud del mayor grado de autonomía de gestión, aumentando la motivación y la satisfacción de los profesionales y su percepción de proximidad a la toma de decisiones que los afectan, para conseguir una mayor implicación en las estrategias de la entidad y en algunos *outputs* asistenciales como la menor cantidad de solicitudes de pruebas complementarias y derivaciones, y un cierto descenso del gasto farmacéutico. En el análisis de determinadas dimensiones (coordinación, práctica clínica y accesibilidad), se observan resultados variables que no permiten establecer diferencias significativas entre los distintos modelos.

Convenios

Durante el año 2008 el Servicio Catalán de la Salud ha suscrito 47 convenios con entidades del sector público y 8 con entidades privadas.

Además, durante este año, se han firmado 11 pactos de ciudad. Estos convenios tienen como común denominador el establecimiento de un marco de referencia compartido entre el Departamento de Salud, a través del CatSalut, y los ayuntamientos de diversos municipios de Cataluña. Tienen como finalidad fijar de común acuerdo los criterios que deben guiar la

colaboración para la mejora de la atención de la salud prestada en estos ámbitos territoriales a través de inversiones en infraestructuras sanitarias, partiendo de la suma de sus esfuerzos en este sentido. La concreción jurídica de los compromisos requerirá la subscripción de los oportunos instrumentos de desarrollo que regulen los derechos y los deberes de las administraciones participantes, así como los detalles de las actuaciones, una vez cumplidos los respectivos procedimientos internos necesarios según la normativa que les sea de aplicación.

2 Aspectos más destacados, tendencias y perspectivas de futuro

Cataluña dispone de un sistema sanitario de calidad, bien valorado por la ciudadanía y con unos resultados en salud y calidad de vida que se colocan entre los mejores de los países desarrollados.

No obstante, existe una multiplicidad de variables cambiantes que impactan en el sistema sanitario y justifican la necesidad de la reforma:

- cambios demográficos y culturales (incremento poblacional, incremento de la esperanza de vida, etc.),
- cambios epidemiológicos y sociológicos,
- innovación tecnológica y farmacológica, y
- sostenibilidad económica.

Los resultados del análisis de la salud reflejan, asimismo, los cambios ocurridos progresivamente en nuestra sociedad. Como consecuencia del envejecimiento se constata un aumento de los trastornos crónicos, las discapacidades y las limitaciones para realizar las actividades de la vida cotidiana. Entre los indicadores de alerta también destaca el sedentarismo, la alimentación y el mantenimiento del peso adecuado. En el caso de los jóvenes preocupa la importancia del tabaquismo y del consumo excesivo de alcohol, así como el aumento de los embarazos en adolescentes. Todos estos factores producen un fuerte impacto en el ámbito social, económico y, especialmente, en la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población.

Ha habido, por tanto, un aumento en la frecuentación de los servicios y el consumo de medicamentos. Se ha conseguido una importante reducción de las listas de espera en determinados procedimientos garantizados en un tiempo preestablecido por el sistema sanitario catalán, pero seguiremos trabajando para mejorar la accesibilidad a los servicios. También es necesario avanzar en la organización y la coordinación de los servicios, y en la información que se facilita a la ciudadanía.

Ante todos estos retos, desde Cataluña vemos necesario reforzar el sistema sanitario para evitar que se ponga en peligro la sostenibilidad de su calidad y equidad a medio o largo plazo. Por ello apostamos por alcanzar un acuerdo para la sostenibilidad de la calidad y equidad del sistema sanitario con todos los agentes implicados. Los puntos clave de este acuerdo pasan por:

- la gobernanza del sistema sanitario,
- los profesionales y el profesionalismo,
- la ciudadanía,
- los modelos de provisión,
- la sostenibilidad financiera del sistema, y
- el sector salud como un sector económico estratégico.

La intervención en cada uno de estos ámbitos requiere la aplicación de distintos instrumentos. Para no extendernos demasiado en las explicaciones, seleccionamos sólo algunos que consideramos más destacables e interesantes.

El *Plan de innovación de atención primaria y salud comunitaria* es uno de ellos.

El Plan nace por la necesidad de dar respuesta a las nuevas necesidades y demandas de los ciudadanos, que nos impulsan a diseñar nuevas políticas y estrategias, las cuales, con visión de futuro, puedan alinear los servicios sanitarios a sus necesidades.

En este marco general, los objetivos estratégicos del Plan con respecto a la planificación y la prestación de los servicios de atención primaria se tienen que centrar en:

- introducir una nueva manera de prestar los servicios para que resulten más accesibles y resolutivos, con la participación y total implicación de los profesionales en este cambio;
- compartir el conocimiento entre profesionales y el desarrollo de sus competencias;
- hacer más permeables entre sí los diferentes niveles y ámbitos de atención, con referencia especial a los de la atención primaria y de internamiento y al asistencial y el de salud pública; y
- mejorar la organización al compartir, cooperar y trabajar en red con todas las líneas de servicios del territorio.
- La atención primaria, con una perspectiva comunitaria, se configura como núcleo vertebrador del conjunto del sistema sanitario y tiene una incidencia clara y directa en la mejora de la salud de la población y en la racionalización del gasto, cosa que tiene que contribuir a garantizar la sostenibilidad del sistema.

Los ejes estratégicos del plan estarán orientados a implementar acciones innovadoras dirigidas a:

- orientar el sistema sanitario hacia las necesidades de la población y promover la corresponsabilización personal en el cuidado de la propia salud;
- promover más cambios en la gestión de servicios de atención primaria y salud comunitaria, haciendo uso de las nuevas tecnologías y otras medidas para mejorar la autonomía de gestión de los centros y la calidad de la atención al ciudadano;
- introducir en la oferta de servicios de atención primaria y salud comunitaria las intervenciones comunitarias que han demostrado ser rentables;
- promover el desarrollo profesional continuado e individual;
- potenciar el papel de los profesionales en los procesos de toma de decisiones;
- redimensionar los centros desde la perspectiva del centro de salud integrado;
- disponer de un modelo de atención en red que permita una integración funcional de servicios, centrada en los ciudadanos; y
- contribuir a definir los criterios de financiación, compra, contratación y evaluación que incentive la integración funcional de los servicios y los profesionales de los proveedores en el territorio.

También cabe destacar la aprobación a lo largo de 2009, y su posterior implementación, de la *Ley de Salud Pública de Cataluña*.

Esta Ley nace del convencimiento que las políticas de salud deben ir encaminadas, no solo a restablecer la salud de las personas enfermas, sino también y sobre todo a promover y proteger la salud y prevenir la enfermedad.

Los objetivos que debe garantizar la futura Ley son:

- erigirse en instrumento vertebrador de una auténtica acción pública en contra de las desigualdades de salud, la mayoría de las cuáles provienen de factores ajenos al sistema sanitario

- fortalecer los recursos físicos, mentales y sociales individuales y colectivos para potenciar la salud, a la vez que reducir los riesgos para la salud, tanto ambientales como sociales o de estilos de vida
- adoptar un compromiso intersectorial desde el conjunto de las políticas públicas, y no solo desde la acción del sistema sanitario, que incorpore las visiones más modernas en el abordaje de la salud, como ya recoge la UE en el Tratado de Ámsterdam
- desplegar los derechos y los deberes de los ciudadanos y de la comunidad hacia su salud, fomentando la autorresponsabilidad de los distintos agentes en la promoción y la protección de la salud
- implementar este conjunto de prestaciones con criterios de efectividad i eficiencia para contribuir a contener la demanda incesante de asistencia sanitaria y ayudando a garantizar una mayor sostenibilidad financiera del sistema sanitario

La articulación de los servicios en el territorio para una atención integrada de salud

En primer lugar, si se hace un breve repaso de la historia de la integración de servicios, en el año 2002 se inició la experiencia del pago capitativo. En los años 2003 y 2004 empezaron las primeras experiencias de constitución de redes integradas, las organizaciones sanitarias integradas (OSI). En los años 2005 y 2006 se potenció el desarrollo de la planificación con el mapa sanitario, la definición de un modelo sanitario en que se potenciaban la gobernanza y la participación ciudadana.

En los años 2009 y 2010, nuestro reto será la integración conceptual y operativa del modelo territorial, la implantación del Plan de innovación en atención primaria y salud comunitaria y el desarrollo de la Agencia de Salud Pública.

Las acciones de integración clínica van dirigidas a fomentar la continuidad asistencial y a garantizar una asistencia eficiente en lo que se refiere al tipo de profesional y al lugar donde se presta la asistencia.

Cuando hablamos de sistemas integrados podemos estar frente a diferentes grados de integración, desde la no integración (fragmentación o no compartición) hasta el grado máximo que implica compartir los recursos, el riesgo y los resultados. Por el camino pueden aparecer diferentes fórmulas (enlaces, coordinación, integración, etc.). Como ejemplo de coordinación encontramos las organizaciones sanitarias integradas (OSI), entendidas como una red de organizaciones que ofrece un conjunto de servicios coordinados a una población y asume la responsabilidad clínica y económica de conseguir unos resultados de salud a la población que sirve.

Para considerar que diferentes organizaciones trabajan de manera integrada hay que cumplir una serie de condiciones:

- **Integración funcional:** nivel de coordinación de las tareas de soporte (finanzas, personal, sistemas de información, etc.) a las unidades, no quiere decir necesariamente centralización.
- **Integración de los profesionales:** nivel de relación entre médicos y profesionales, de acuerdo con los objetivos de la organización y el trabajo en equipo.
- **Integración clínica:** continuidad de la asistencia, longitudinalidad, gestión de la enfermedad, transferencia de información, evitar duplicidades, etc.
- Por último, cabe señalar que disponemos de diversos instrumentos para la articulación de servicios en el territorio para una atención integrada: la asignación capitativa, el liderazgo asistencial, la normativa, los cuadros de mandos (gestión) y las alianzas entre proveedores según diferentes fórmulas jurídicas (Comisión de coordinación de entidades proveedoras de los GTS.)

Sin duda, estos procesos van a determinar el futuro de nuestro modelo sanitario.

3 Experiencias Innovadoras

3.1 Plan estratégico de la atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR)

En Cataluña, la atención a la salud sexual y reproductiva se caracteriza por su calidad. No obstante, en los últimos años, diferentes factores de tipo demográfico, social, profesional y organizativo hacen que sea necesario reorientar los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva con el fin de que puedan dar una respuesta asistencial adecuada. En los últimos años, el perfil de las mujeres embarazadas ha variado: el promedio de edad de la maternidad se ha incrementado; han aumentado los embarazos múltiples como consecuencia del incremento en la utilización de las técnicas de reproducción asistida; y las mujeres piden participar de una manera más activa en todo el proceso de atención al embarazo. Por otra parte, estamos observando un incremento de la tasa de nacimientos, que se opone a las previsiones a la baja efectuadas en el pasado. Al mismo tiempo, nuestra sociedad está evolucionando, tanto en la composición como en los roles familiares: crece la población inmigrada, con valores y comportamientos sanitarios diferentes a los de la población autóctona, y cada vez hay más familias de composición diferente a la fórmula tradicional. Tampoco hay que olvidar la evolución en el conocimiento científico y en las competencias profesionales, que hace replantear tanto la cartera de servicios en la atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) como los roles y las dinámicas de trabajo de los equipos de atención primaria y de los hospitales.

Con el objetivo de garantizar una atención adaptada a las necesidades en relación con estos cambios sociales, y potenciar la atención a la salud integral e integrada, se crea el Plan estratégico de ordenación de los servicios de atención a la salud afectiva, sexual y reproductiva de Cataluña.

Durante el 2008 se presentó el plan estratégico en el sector sanitario y se inició la fase de implantación en el territorio. El nuevo modelo contempla la creación un único equipo funcional que proveerá la atención a la salud maternoinfantil y la ASSIR en los hospitales maternoinfantiles y en las unidades ASSIR de cada gobierno territorial de salud, y cuyo objetivo será garantizar un nivel alto de calidad asistencial. Para conseguir este objetivo se ha actualizado la cartera de servicios de las unidades ASSIR de soporte a la atención primaria, en la que se recogen tres líneas de servicio que integran el conjunto de actividades asistenciales: **informativas, educativas, y formativas**. También se establecen las preferencias de ejecución de las actividades con criterios de preferencia y niveles de competencia profesional.

Una de las prioridades en la provisión de servicios es la atención natural al parto normal en la red de hospitales de la red hospitalaria de utilización pública en Cataluña, y en este sentido se ha actuado para garantizar este servicio en al menos un hospital de cada región sanitaria. Durante el año 2009 se ampliará la oferta de este servicio hasta llegar a 20 de los 42 hospitales maternoinfantiles de Cataluña.

3.2 El código ictus y el código infarto

Las enfermedades del aparato circulatorio son la primera causa de muerte en la población catalana, sobre todo en mujeres (33%). En los hombres representa el 27%. Con todo, dicha mortalidad ha disminuido de manera constante y sistemática durante la última década, tanto la debida al infarto de miocardio como la causada por ictus.

Por todo esto, la mejora del abordaje y el tratamiento de ambos procesos en su fase aguda ha sido una prioridad para el Plan director de enfermedades del aparato circulatorio, y el Código ictus y el Código infarto han sido los instrumentos utilizados para alcanzar este objetivo.

Código ictus

En Cataluña, la atención al paciente con ictus agudo se organizó con una perspectiva territorial a partir del modelo Código ictus, que ya estaba operativo en algunos centros. Para ello se diseñó un modelo territorial, sectorizado en diez áreas o ámbitos independientes, que permitiera reconocer y trasladar con rapidez a los pacientes con ictus agudo y determinadas condiciones clínicas, desde cualquier nivel asistencial (primaria, comarcales y terciarios) al hospital de referencia más cercano con capacidad para evaluar, diagnosticar y tratar, si fuera necesario con fármacos trombolíticos, a estos pacientes. Los ámbitos se diseñaron atendiendo a tres criterios fundamentales: casuística, población residente y tiempos de traslado o isócronas. La definición de los ámbitos y los hospitales de referencia se llevó a cabo asegurando una casuística mínima anual que permitiera garantizar el correcto desarrollo de la curva de aprendizaje del tratamiento trombolítico y que recomienda un mínimo de 5-10 tratamientos por año. Se designaron trece centros de referencia, para lo que se tuvo en cuenta los criterios arriba expuestos y los requisitos especificados a tal fin en la Guía de Práctica Clínica del Ictus.

El protocolo Código ictus de atención urgente cubre todo el territorio catalán. Unos elementos clave en la implementación de este modelo de atención han sido los comités territoriales y la colaboración, la organización y la coordinación entre los profesionales implicados en la atención al ictus agudo en los diferentes niveles asistenciales. La evaluación de la actividad generada a partir de la ejecución del Código ictus se halla recopilada en la publicación de los resultados de las dos auditorías realizadas en 2006 y 2008.

En la actualidad se está trabajando intensamente para presentar la tercera auditoría.

Código infarto

El Código infarto consiste en la activación y la actuación coordinada de un conjunto de agentes y dispositivos asistenciales de diferentes niveles con el objetivo de atender de manera urgente la fase aguda de la enfermedad, administrando los procesos diagnósticos y terapéuticos adecuados en tiempo y manera, con una distribución horaria y territorial unívoca que permita reducir los tiempos de espera que resultan de vital importancia en un proceso agudo y urgente.

El Código infarto se halla actualmente en plena fase de ejecución en todo el territorio catalán. También está en marcha el pertinente sistema de registro de la casuística para detectar posibles espacios de mejora y medidas correctoras del protocolo. Aunque es demasiado temprano para realizar evaluación alguna de su rendimiento, los resultados preliminares apuntan a una mejora asistencial y una alta declaración de los casos, lo que permite pensar que en un futuro podremos seguir mejorando en términos de resultados en salud. Uno de los factores clave que han condicionado la puesta en marcha con éxito de este protocolo ha sido la participación, la implicación y el diálogo de todos y cada uno de los interlocutores, que ha permitido llegar finalmente a un consenso entre todos los agentes implicados.

3.3 Programa de fomento de la innovación en los hospitales

El Programa de fomento de la innovación en los hospitales se creó por acuerdo de gobierno (22 agosto de 2006) como una acción transversal dentro del marco estratégico que definía el Plan de investigación e innovación (PRI) 2005-2008. El Programa se creó a propuesta de la consejera de Salud, la consejera de Trabajo e Industria y el consejero de Educación y Universidades, y está adscrito en el Departamento de Salud.

Sus objetivos generales son:

- conseguir que las empresas sistematicen la innovación como proceso estratégico de negocio;
- incrementar la capacidad de absorción de tecnología en la empresa; e

- impulsar la innovación organizativa, la creatividad, el diseño, la logística rápida, la digitalización de la empresa y la cultura de la calidad mediante los instrumentos siguientes:
- ayudas a la investigación industrial, el desarrollo y la innovación tecnológica,
- ayudas a la innovación de procesos y de diseño,
- ayudas a la innovación organizativa,
- ayudas a la realización de tesis doctorales en entornos empresariales, y
- acciones de difusión de la cultura innovadora y servicios de asesoramiento.

Como objetivos específicos se incluían los siguientes:

- identificar y caracterizar los procesos de innovación que se producen en los hospitales para facilitar su sistematización;
- identificar buenas prácticas de innovación en los hospitales que permitan su reproducibilidad;
- establecer protocolos y guías de actuación que favorezcan la identificación y la gestión de innovaciones en hospitales; e
- implantar sistemas de gestión de la innovación que den respuesta a las necesidades establecidas en los ámbitos de desarrollo de prototipo, soporte a la comercialización de innovaciones y creación de empresas por parte de facultativos y otros profesionales sanitarios.

Diversos hospitales han recibido soporte a las actividades de innovación a través de convenios y otras líneas. Son los que han desarrollado unidades específicas de innovación, muchas de éstas centradas en el ámbito de la innovación de productos como la tecnología médica (equipos de imagen, material protético y quirúrgico, técnicas de diagnóstico por la imagen y de laboratorio, etc.), pero otros centros hospitalarios están valorando su constitución. El programa ha permitido el fortalecimiento de estas iniciativas y el desarrollo de proyectos concretos (también mencionados en el documento previo y que abarcan a otros hospitales).

Dentro de dicho programa, en el 2008 se han realizado, entre otras, las actividades siguientes:

- soporte al desarrollo de un dispositivo de radiofrecuencia para el tratamiento de lesiones hepáticas;
- soporte a un sistema telemático de intervención neuropsicológica;
- seminarios para la preparación de las propuestas presentadas al Séptimo Programa Marco de la UE;
- el curso Valorización de la investigación, transferencia tecnológica y comercialización, a cargo del Dr. Léonard Aucoin);
- soporte específico para las propuestas de investigación presentadas en el ámbito europeo: DemenCare, Open eHealth, Child arrhythmias;
- soporte a la red de gestores de la innovación hospitalaria en la que participan diversos centros hospitalarios públicos de Cataluña;
- evaluación de la propuesta de plataforma de innovación tecnológica, CiMET, Centro de Tecnologías Médicas, con participación pública y privada;
- elaboración de un documento sobre el marco conceptual de la innovación (de productos, procesos y organizativa) en los centros de salud; y
- soporte a redes de telemedicina (proyecto Teleictus, retinopatía neonatal y retinopatía diabética).

El presupuesto dedicado a dichas actividades asciende a más de 100.000 euros.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

www.msps.es