



El Plan de Salud de Cataluña: instrumento transformador del sistema de salud

Carles Constante i Beitia

Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

RESUMEN

Palabras clave:

Plan de Salud de Cataluña
Planificación sanitaria
Equidad
Accesibilidad
Reordenación de servicios
Indicadores de salud

El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya elabora periòdicament el Plan de Salut, un document estratègic que articula el marc de referència per a totes les actuacions públiques en matèria de salut en el àmbit de la administració sanitària catalana. El Plan de Salut, en su edició 2011-2015, incorpora elements clau de caràcter assistencial i de governança del sistema que, aïdats a les objectius de salut, configuren una visió completa de lo que té que ser el sistema sanitari en Catalunya fins a 2015. Se tracta d'un plan que se elabora en unas condicions de entorn molt especials amb la gran crisi econòmica que se inicia en el any 2007. Este hecho ha obligado a abordar los problemas de salud de la población con una reducción muy significativa de los recursos económicos, al mismo tiempo que se planteaban los objetivos de mantener el nivel de las prestaciones asistenciales, tanto cuantitativa como cualitativamente, y de preservar la sostenibilidad del sistema con sus características definitorias de universalidad, equidad y amplio abanico de prestaciones. El Plan de Salud se centra en 3 ejes de acción, 9 grandes líneas de actuación y 32 proyectos estratégicos, con el fin de dar respuesta a las nuevas necesidades sociales: el abordaje de las enfermedades más comunes, la atención integral a los pacientes crónicos y la modernización organizativa.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

The Health Plan for Catalonia: an instrument to transform the health system

ABSTRACT

Keywords:

Health plan for Catalonia
Healthcare planning
Equity
Accessibility
Services reordering
Health indicators

The Department of Health of the Generalitat in Catalonia periodically draws up the Health Plan, which is the strategic document that brings together the reference framework for initiatives concerning public health in terms of the Catalan health administration. The 2011-2015 version of the Health Plan incorporates key care and system governance-related elements, which, in conjunction with health goals, make up the complete picture of what the health system in Catalonia should look like until 2015. The Plan was drawn up at a time when the environmental conditions were extremely particular, given the major economic crisis that began in 2007. This has meant that the system has been forced to address public health problems using a significant reduction in the economic resources available, while aiming to maintain the level of care provided, both quantitatively and qualitatively, and preserve the sustainability of the system whose defining traits are its universality, equity and the wide range of services on offer. The Health Plan focuses on three areas of action, 9 major courses of action and 32 strategic projects designed to respond to new social needs: addressing the most common health issues, comprehensive care for chronic patients and organizational modernization.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El Plan de Salud de Cataluña es la expresión formalizada, y proyectada hacia el futuro, de la voluntad del Gobierno de la Generalitat de Catalunya en materia de salud. Es la formulación explícita de unas

aspiraciones que se concretan en forma de objetivos de salud y calidad de vida y que son un compromiso para la ejecución de las actividades que se considera que los harán posibles, según los conocimientos disponibles en cada momento. Es un ejercicio que pretende que el sistema sanitario, complejo como es y en el contexto de un entorno que no lo es menos, se oriente hacia la consecución de objetivos de salud y bienestar de la población. Aunque en nuestro entorno el proceso de planificación se concreta en el documento del Plan

Correo electrónico: oficinapladesalut@gencat.cat

de Salud, que actualmente tiene una vigencia de 5 años, no deja de ser una actividad enormemente dinámica y un proceso de aprendizaje permanente.

En Cataluña, la planificación sanitaria tiene su origen antes de la elaboración de los planes de salud¹, el primero de los cuales se publicó en el año 1993² sobre la base de un borrador de 1991³, pero es a partir de entonces que se comenzó a planificar según objetivos de salud, siguiendo las recomendaciones de la estrategia de la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud: "Salud para Todos en el Año 2000"⁴. Desde entonces, las cosas han cambiado mucho, así como los contenidos y la forma de diseñar el Plan de Salud.

El Plan de Salud de Cataluña 2011-2015² es un plan que se elaboró en unas condiciones de entorno muy especiales. La gran crisis económica que se inicia en el año 2007, y que alcanza su grado máximo en 2010, obliga a abordar los problemas de salud de la población con una reducción muy significativa de los recursos económicos y con la idea de mantener el nivel de las prestaciones asistenciales, tanto cuantitativa como cualitativamente, y preservar la sostenibilidad del sistema con sus características definitorias de universalidad, equidad y amplio abanico de prestaciones. Esta situación tan restrictiva seguramente ha sido un elemento decisivo para determinar que el Plan de Salud vigente sea también un plan de servicios y, además, muy focalizado en un número reducido de prioridades.

Cuando se elaboró el Plan de Salud de Cataluña 2011-2015, la situación de partida mostraba una población que había crecido mucho después de una oleada migratoria de más de 1 millón de personas en menos de una década⁵ y con unas necesidades de salud crecientes y, en buena medida, diferentes a las previas. Crecientes a causa del envejecimiento de la población y con un incremento de la esperanza de vida⁶. Diferentes porque las necesidades vienen condicionadas por una mayor incidencia de las enfermedades crónicas relacionadas con el aumento de la esperanza de vida, la pluripatología que afecta a las personas mayores y, en definitiva, a la complejidad que representa dar cobertura a estas necesidades en un entorno económico tan difícil y un contexto sociocultural tan diverso, probablemente sin precedentes en nuestra historia reciente.

El Plan de Salud 2011-2015 se ha estructurado en 3 ejes de transformación, 9 grandes líneas de actuación y 32 proyectos estratégicos que conforman la hoja de ruta del sistema sanitario hasta 2015 (fig. 1). El marco de trabajo, las prioridades y aspiraciones que el Departament de Salut definió en su momento ampliaban sus contenidos a cambios estructurales del modelo de atención y de la organización, sin renunciar a unos objetivos de salud finales de incremento de la esperanza de vida en buena salud.

Llegando al final de la vigencia del Plan de Salud 2011-2015, e iniciando los trabajos para diseñar el próximo, es el momento idóneo para preguntarse: ¿qué elementos han sido transformadores y han estimulado la innovación y la introducción de nuevos procesos asistenciales? ¿Qué ha hecho posible cambios organizativos y a la vez mantener el nivel de desempeño de nuestro sistema público de salud?

El propósito de este artículo es aportar algunos ejemplos de iniciativas que se han generado en el contexto del Plan de Salud, o que han surgido del desarrollo de este, y que han sido transformadores por la forma de abordar, tratar o resolver diversos retos propios de nuestro sistema. Se trata de dar una visión general de un sector complejo, evitando ser reiterativos con el resto de artículos de esta monografía, algunos de los cuales también son ejemplos claros que dan respuesta a la pregunta planteada más arriba.

Cambios organizativos orientados a la mejora del acceso, la resolución y la equidad

El Plan de Salud 2011-2015 propone el desarrollo de iniciativas que cambien la forma de prestación de los servicios y estimula cambios en el modelo asistencial. Se busca la implantación de modelos

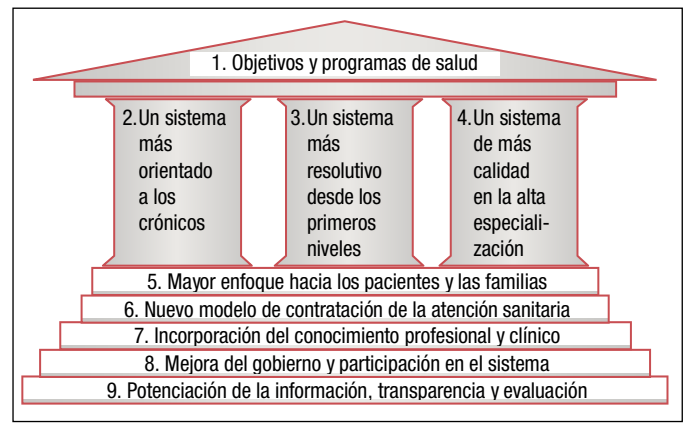


Figura 1. Las 9 líneas de actuación del Plan de Salud de Cataluña 2011-2015.

demostrativos que obtengan mejoras en la efectividad de las prestaciones y, en su caso, generalizarlos para el conjunto del sistema. El Plan de Salud pretende crear el contexto idóneo donde estas transformaciones sean posibles, partiendo de la base de que los profesionales asistenciales son los que hacen las propuestas de cambio, algunas de ellas muy disruptivas, que suponen mejoras de atención a problemas de salud concretos, pero que en ocasiones son aplicables a otras patologías, o a las mismas pero en distintos contextos.

Las redes terciarias para tratar problemas urgentes

Seguramente, el ejemplo más claro de cambio global en la forma de abordar un problema haya sido la forma de dar solución a algunos procesos graves, en los cuales la inmediatez de la intervención marca de forma determinante el resultado final, tanto en términos de supervivencia como en términos de reducción de complicaciones y de calidad de vida. Estas redes implican la activación en cascada de diversas actuaciones que posibilitan el tratamiento óptimo en tiempo y forma, y consiguen reducciones de mortalidad y de complicaciones en procesos como el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST⁷ o el ictus⁸ o el paciente politraumático⁹. Estas redes actúan como una unidad y consiguen unos resultados finales muy superiores a los que se obtienen con los centros actuando por separado y están contribuyendo a acercarnos cada vez más al nivel de los resultados que obtienen los países más avanzados de nuestro entorno. En muchas de estas redes, el elemento transformador no ha sido el esfuerzo inversor, que sin duda es importante, sino un cambio de visión, sobre todo desde el lado de los profesionales, de las potencialidades del trabajo conjunto. La aplicación de las redes para el abordaje de problemas urgentes ha sido positiva desde el punto de vista de la accesibilidad a servicios de calidad y de alta especialización de forma más equitativa. También ha contribuido a la capacidad de resolución del sistema para problemas de salud graves que pueden ser causa de muerte o de importante deterioro de la calidad de vida y, sin embargo, también están planteando nuevos retos para conseguir alcanzar niveles de excelencia en todos los casos, en todo momento y en todos los lugares¹⁰.

Reordenación de servicios para la atención a procesos comunes

Para mejorar la resolución ante problemas frecuentes se han desarrollado líneas de trabajo que establecen mecanismos de coordinación entre la atención primaria y la atención especializada en los procesos asistenciales más prevalentes. En este sentido se han desarrollado modelos de atención específicos como es el caso de la oftalmología¹¹, donde se han definido las patologías abordables en atención primaria y los circuitos de derivación a la atención especializada compartiendo criterios e imágenes a través de la historia clínica

compartida y favoreciendo las visitas no presenciales, consiguiendo una reducción del 50% en la demora de programación para las primeras visitas. Un caso de reordenación parecido es el de la atención en dermatología¹², donde el uso de la teledermatología¹³ permite consultar al especialista a través de imágenes y datos clínicos con un tiempo de respuesta inferior a 48 h y una reducción del tiempo de demora para programación superior al 50%. Otras iniciativas están relacionadas con la patología alérgica¹⁴, las enfermedades del aparato locomotor¹⁵ o la atención en salud mental¹⁶.

Además, la redefinición de la cartera de servicios en especialidades como la cirugía vascular¹⁷, la cirugía pediátrica¹⁸ o la atención nefrológica¹⁹, ha permitido establecer dónde se ha de atender a los pacientes según niveles y capacidad de respuesta y garantizar la máxima seguridad al ser tratados allí donde los profesionales tienen la experiencia y el volumen de actividad óptimos. Se trata pues de aumentar la capacidad de solucionar problemas en los niveles más accesibles, porque es mejor para el ciudadano y más eficiente para el conjunto del sistema, siempre y cuando el volumen de actividad y la experiencia que puedan adquirir los profesionales lo permitan.

A raíz de estos ejemplos se puede mencionar la elaboración e implementación de las rutas asistenciales para el abordaje de las principales patologías crónicas (insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], diabetes y depresión), con un componente territorial muy relevante o el desarrollo de alternativas asistenciales donde destaca la telemedicina, la hospitalización domiciliaria o la creación de modelos asistenciales para patologías subagudas y para la recuperación funcional en unidades de postagudos.

Implicación de los profesionales en el desarrollo de las intervenciones del Departament de Salut

Los profesionales son el activo más valioso del sistema de salud y uno de los elementos clave para hacerlo sostenible y que a la vez mantenga la máxima calidad asistencial. El papel y la posición de los profesionales dentro del sistema han cambiado, pero es necesario conservar su rol de profesionales comprometidos con los valores que han hecho del sistema público de salud el referente de equilibrio social que actualmente es. La incorporación del conocimiento clínico en la toma de decisiones es elemento clave para mantener el compromiso y los valores mencionados y, además, ha de contribuir a mejorar el desempeño del sistema desde la perspectiva del conocimiento experto de aquellos que, junto a los pacientes, se encuentran más cerca de la prestación asistencial y, por tanto, pueden captar más y mejor las necesidades de salud. Esto comprende un gran abanico de elementos que van desde la seguridad de los pacientes hasta el respeto de sus deseos y creencias.

El Departament de Salut y el Servei Català de la Salut (CatSalut) disponen de diferentes tipos de estructuras y organismos destinados a incorporar el conocimiento clínico en la toma de decisiones: desde los consejos asesores de los planes directores, los consejos de salud de las regiones sanitarias, las comisiones específicas creadas ante situaciones concretas, los grupos de trabajo y comisiones técnicas, hasta niveles más macros como, por ejemplo, el recientemente creado Consejo de las Profesiones Sanitarias²⁰.

La participación de los profesionales en estos grupos ha permitido llevar a cabo iniciativas que de otro modo no hubieran sido posibles, especialmente por la importancia que se da al soporte de las sociedades científicas a las que representan y que les representan. Proyectos como los mencionados más arriba sobre las redes de atención urgente se han beneficiado de la contribución de los equipos profesionales que han puesto sus conocimientos clinicoasistenciales al servicio de la Administración Sanitaria, para la implantación de las intervenciones desde las primeras fases de su diseño, contando con el aval de las sociedades científicas. En todos los casos mencionados, estos grupos de profesionales han continuado colaborando con la Administración para establecer los mecanismos de control de los

programas y, en muchos, han continuado colaborando para hacer, en primera persona, la monitorización.

Otros ejemplos de proyectos que se han desarrollado en estrecha colaboración con los profesionales pueden ser la estrategia sistemática de grupos de discusión con líderes clínicos implicados en las rutas asistenciales como coautores, en la que han participado referentes en la totalidad del territorio, o bien la acción de colaboración entre la atención primaria y la atención especializada, para definir los nuevos modelos de atención en el contexto de los acuerdos territoriales.

A modo de ejemplo cuantitativo podemos mencionar que unos 400 profesionales participan en el proyecto de reordenación de los procedimientos de alta especialización o cerca de 10.000 han contribuido presentando experiencias en las jornadas anuales del Plan de Salud entre los años 2012 y 2014²¹, y que más de 450 han respondido a la invitación de participar en los grupos de trabajo del Plan de Salud.

Nuevo rol de los pacientes

Hoy, el rol de los pacientes está evolucionando bajo la influencia de los mismos elementos que están cambiando la sociedad. Generalmente, estos cambios tienen que ver con el acceso a la información y al conocimiento sobre cómo mantener la salud, sobre las enfermedades y la mejor forma de evitarlas o, si es el caso, sobre cómo convivir con ellas. Todos estos elementos determinan una nueva actitud de los pacientes ante todo lo que tiene que ver con su salud y con su relación con el sistema sanitario. Sirvan de ejemplo la creación del Consejo Consultivo de los Pacientes, el Programa del Paciente Experto Cataluña[®], el proyecto de acceso a los datos personales de la historia clínica La Meva Salut (Mi Salud), la iniciativa Decisiones Compartidas, etc. Todos los agentes del sistema deberían entender que los pacientes están cambiando y también sus expectativas y que, en general, esperan tener un rol mucho más activo en la gestión y manejo de su salud. Así, no solo la satisfacción del paciente²², sino también la autorresponsabilidad y el autocuidado, y saber cómo abordarlos, es una parte relevante de la atención a las personas. Además, parece cada vez más claro que facilitar la participación de los pacientes en la toma de decisiones ha de formar parte del modo de actuar de los profesionales y administraciones sanitarias.

El Programa Paciente Experto Cataluña[®] demuestra que los pacientes son capaces de responsabilizarse de su salud y de compartir su experiencia con otras personas que se encuentran en una situación parecida, facilitándoles los conocimientos de autocuidado necesarios. Actualmente se dispone de una experiencia de trabajo con más de 4.000 pacientes en patologías como insuficiencia cardíaca, EPOC, asma, tratamiento con anticoagulantes orales, diabetes, fibromialgia, deshabitación tabáquica y ansiedad. Los resultados obtenidos del análisis de la información del período 2008-2013 para evaluar el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad 1 año después de su implantación en todo el territorio de Cataluña, muestran una reducción muy significativa de las visitas de control y urgencias en patologías como EPOC e insuficiencia cardíaca²³.

La accesibilidad a la información que facilita el mundo globalizado está generando un cambio social y cultural que obliga a replantear el modelo de relación entre los ciudadanos y los profesionales de la salud y del ámbito social, que fomenta la participación, la corresponsabilización y un rol más activo de las personas en la toma de decisiones. El Canal Salut, instrumento digital impulsado por el Departament de Salut, ofrece contenidos informativos rigurosos y contrastados de los principales temas relacionados con la mejora de la salud de los ciudadanos.

Decisiones compartidas es una iniciativa que se ha elaborado a partir de una herramienta para tomar decisiones conjuntas y consensuadas entre el paciente y el profesional sobre alternativas diagnósticas y terapéuticas. La toma compartida de decisiones supone

llegar a un acuerdo sobre el tratamiento entre profesionales sanitarios y las personas, a partir de compartir el conocimiento científico y las preferencias de los pacientes.

Monitorización permanente de los indicadores vinculados a los objetivos del Plan de Salud

El Plan de Salud es un instrumento orientado a la acción y, por lo tanto, necesita disponer de mecanismos de evaluación y seguimiento permanentes. Los objetivos del Plan se formulan de modo que obligan a disponer de una fuente de información que permita su seguimiento, tanto para los objetivos de salud, de disminución de riesgo y de calidad de vida, como para los objetivos operativos (tabla 1). Este seguimiento se realiza con una periodicidad anual y da lugar a su publicación en el Informe de Salud de Cataluña²⁴. Esto permite tener información puntual y ha exigido transformaciones en algunas fuentes de información, como es el caso de la Encuesta de Salud de Cataluña, que desde 2010 es de carácter continuo con 2 olas semestrales cada año²⁵. El seguimiento de estos indicadores, que se realiza desde el Departament de Salut, se ve constantemente reforzado por la publicación periódica de informes específicos de unidades del propio

Departamento, de CatSalut y por informes elaborados por la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) de forma periódica.

Discusión

En este artículo se han presentado diversos ejemplos de actividades que se han desarrollado en el marco del Plan de Salud y que se considera que han supuesto cambios relevantes en la forma de actuar del sistema público de salud de Cataluña. Nunca como ahora los órganos directivos habían valorado tanto ni se habían implicado tan claramente en el Plan de Salud, tanto central como periféricamente. Desde su elaboración, el Plan de Salud 2011-2015 ha sido monitorizado desde el nivel más alto de la Dirección del Departament de Salut y, además de forma ininterrumpida, se ha establecido un seguimiento cada 3 semanas por parte del Comité Operativo, constituido específicamente para el control por parte del máximo nivel directivo. Todas estas acciones se han complementado con el seguimiento semanal de una comisión técnica bajo la dirección del Director General de Planificación e Investigación en Salud. Por otro lado, algunas de las reuniones del Comité Operativo se han realizado a nivel territo-

Tabla 1

Situación actual de los 27 objetivos de salud y de disminución de riesgo del Plan de Salud de Cataluña 2011-2015. Cataluña, junio de 2015

Horizonte 2020		Punto de partida	Situación actual*	Objetivo 2020	Valoración	
1. Aumentar en un 5% la proporción de esperanza de vida vivida en buena salud en varones y en mujeres	Varones	82,3	83,9	86,4	Evolución favorable. Actualmente conseguido	
	Cociente entre la esperanza de vida con buena salud y la esperanza de vida por sexo (%)	Mujeres	74,1	80,1		77,8
	Total	78	81,9	81,9		
2. Reducir en un 20% la tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio	Varones	202,4	176,4	161,9	Evolución favorable. Actualmente conseguido	
	Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes estandarizada por edad de las enfermedades del aparato circulatorio	Mujeres	124,4	104,6		99,5
	Total	158,6	136,3	126,8		
3. Reducir en un 10% la tasa de mortalidad por cáncer	Varones	275,3	255,8	247,8	Evolución favorable. Actualmente conseguido	
	Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes estandarizada por edad de cáncer	Mujeres	125,6	120,7		113
	Total	189,5	179,2	170,6		
4. Incrementar en un 15% la tasa de supervivencia por cáncer a los 5 años	Varones	46	50,3	52,9	Evolución favorable. Actualmente conseguido	
	Supervivencia relativa por cáncer a los 5 años (%)	Mujeres	56,4	60,9		64,9
	Total	50,2	nd	57,7		
5. Reducir en un 10% la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias	Varones	87,6	79,2	78,8	Evolución favorable. Actualmente conseguido	
	Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes estandarizada por edad de las enfermedades del sistema respiratorio	Mujeres	31,2	29		28,1
	Total	53,3	48,9	48		
6. Reducir en un 10% la tasa de mortalidad por enfermedades mentales	Varones	24,7	25,8	22,2	Evolución desfavorable. No conseguido actualmente	
	Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes estandarizada por edad de las enfermedades mentales	Mujeres	24	23,9		21,6
	Total	24,6	25,1	22,1		
7. Reducir la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en un 15%	Varones	71,3	60,4	60,6	Evolución favorable. Actualmente conseguido	
	Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes estandarizada por edad de las enfermedades isquémicas del corazón	Mujeres	26,8	22		22,8
	Total	45,8	38,5	38,9		

(Continúa)

Tabla 1
Situación actual de los 27 objetivos de salud y de disminución de riesgo del Plan de Salud de Cataluña 2011-2015. Cataluña, junio de 2015 I (Cont.)

Horizonte 2020		Punto de partida	Situación actual*	Objetivo 2020	Valoración
8. Reducir la tasa de mortalidad por ictus en un 15%	Varones	41,6	37,7	35,3	Evolución favorable. Actualmente conseguido
<i>Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes estandarizada por edad de las enfermedades cerebrovasculares</i>	Mujeres	30,6	26,1	26	
	Total	35,4	31,2	30,1	
9. Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de mama en un 10%	Mujeres	21,4	19,3	19,2	Evolución favorable. Actualmente conseguido
<i>Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes estandarizada por edad de tumor maligno de mama</i>					
10. Reducir la tasa de mortalidad por cáncer colorrectal en un 5%	Varones	36,5	34,9	34,7	Evolución favorable. Actualmente conseguido
<i>Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes estandarizada por edad de tumor maligno colorrectal</i>	Mujeres	17,1	17	16,2	
	Total	25,3	24,8	24,1	
11. Mantener por debajo del nivel actual la tasa de mortalidad por suicidio	Varones	8,5	10,1	< 8,5	Evolución desfavorable. No conseguido actualmente
<i>Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes estandarizada por edad de suicidios y autolesiones</i>	Mujeres	2,4	2,9	< 2,4	
	Total	5,3	6,3	< 5,3	
12. Reducir la incidencia de la fractura de cuello de fémur en un 10% en personas de 65 años y más	Varones	48,7	38,6	43,9	Evolución favorable. Actualmente conseguido en el total y en varones
<i>Tasa de ingreso hospitalario por 10.000 habitantes estandarizada por edad por fractura de cuello de fémur en población de 65 años y más</i>	Mujeres	83,2	86,3	74,9	
	Total	70,5	66,1	63,4	
13. Reducir en un 10% las amputaciones en personas con diabetes de 45 a 74 años	Varones	39,6	40,7	35,6	Evolución favorable. Actualmente conseguido en mujeres
<i>Tasa de amputaciones por 10.000 habitantes en personas con diabetes de 45 a 74 años</i>	Mujeres	10,8	10,5	9,7	
	Total	27,4	28,5	24,7	
Horizonte 2015		Punto de partida	Situación actual*	Objetivo 2015	Valoración
14. Reducir la prevalencia de tabaquismo por debajo del 28%	Varones	35,8	31,8	np	Evolución favorable. Actualmente conseguido
<i>Prevalencia de consumo de tabaco en la población de 15 años y más (%)</i>	Mujeres	23,4	20,3	np	
	Total	29,5	25,9	< 28,0	
15. Reducir la prevalencia de sedentarismo por debajo del nivel de 2010	Varones	15,4	19,9	< 15,5	Evolución desfavorable. No conseguido actualmente
<i>Prevalencia de sedentarismo en población de 18 a 74 años (%)</i>	Mujeres	18,3	24,4	< 18,7	
	Total	16,8	22,2	< 17,1	
16. Incrementar en un 10% la proporción de personas adultas que siguen las recomendaciones de actividad física saludable por semana	Varones	74,1	70,5	81,5	Evolución desfavorable. No conseguido actualmente
<i>Prevalencia de actividad física saludable (moderada y alta de la IPAQ) en población de 15 a 69 años (%)</i>	Mujeres	69	65,1	75,9	
	Total	71,6	67,8	78,8	
17. Reducir la prevalencia de peso (sobrepeso u obesidad) en la población por debajo de los niveles de 2010	Varones	57,4	55,5	< 55,6	Evolución favorable. Actualmente conseguido en varones
<i>Prevalencia de exceso de peso declarado en población de 18 a 74 años (%)</i>	Mujeres	41,5	40,7	< 37,3	
	Total	49,5	48,1	< 46,5	
18. Incrementar en un 15% la proporción de pacientes hipertensos atendidos en la APS con valores de PA < 140/90 mmHg	Total	63,3	70,5	72,8	Evolución favorable. Actualmente conseguido
<i>Porcentaje de pacientes hipertensos atendidos en la APS con valores de PA < 140/90 mmHg (%)</i>					

(Continúa)

Tabla 1

Situación actual de los 27 objetivos de salud y de disminución de riesgo del Plan de Salud de Cataluña 2011-2015. Cataluña, junio de 2015 I (Cont.)

Horizonte 2015		Punto de partida	Situación actual*	Objetivo 2015	Valoración
19. Incrementar en un 15% la proporción de pacientes de 35 a 74 años atendidos en la APS con cifras de colesterolemia > 200 mg/dl con valoración del riesgo cardiovascular	Total	84	90,2	96,6	Evolución desfavorable. No conseguido actualmente
<i>Porcentaje de pacientes de 35 a 74 años atendidos en la APS con cifras de colesterolemia > 200 mg/dl con valoración del riesgo cardiovascular (%)</i>					
20. Reducir en un 15% la proporción de los reingresos a los 30 días en pacientes con diabetes	Total	5,5	5,7	4,7	Evolución favorable. Actualmente, pero no conseguido
<i>Porcentaje de pacientes con diabetes con reingreso a los 30 días (%)</i>					
21. Reducir en un 15% la proporción de los reingresos a los 30 días en pacientes con EPOC	Total	17,1	16	14,5	Evolución favorable. Actualmente, pero no conseguido
<i>Porcentaje de pacientes con EPOC con reingreso a los 30 días (%)</i>					
22. Reducir en un 15% la proporción de los reingresos a los 30 días en pacientes con ICC	Total	15,5	14	13,2	Evolución favorable. Actualmente conseguido
<i>Porcentaje de pacientes con ICC con reingreso a los 30 días (%)</i>					
23. Reducir la tasa media de prevalencia de la infección nosocomial global por debajo del 7%	Total	6,6	7,1	< 7,0	Evolución favorable. Actualmente, pero no conseguido
<i>Prevalencia de infección nosocomial global (%)</i>					
24. Reducir la tasa de infección quirúrgica en prótesis de rodilla por debajo del 3,5%	Total	3	2,7	< 3,5	Evolución favorable. Actualmente conseguido
<i>Tasa global de incidencia de ILQ en cirugía programada de prótesis de rodilla (%)</i>					
25. Reducir la tasa de infección quirúrgica en prótesis de cadera por debajo del 3%	Total	2,8	2,3	< 3,0	Evolución favorable. Actualmente conseguido
<i>Tasa global de incidencia de ILQ en cirugía programada de prótesis de cadera (%)</i>					
26. Reducir la tasa de infección quirúrgica en cirugía colorrectal por debajo del 21%	Total	20,6	19,4	< 21,0	Evolución favorable. Actualmente conseguido
<i>Tasa global de incidencia de ILQ en cirugía programada de colon y recto (%)</i>					
27. Reducir la tasa media de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica por debajo de los 12 episodios por 1.000 días de ventilación	Total	5,6	4,8	< 12	Evolución favorable. Actualmente conseguido
<i>Densidad de incidencia de neumonías asociadas a ventilación mecánica</i>					

APS: atención primaria de salud; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva; ILQ: infección de localización quirúrgica; PA: presión arterial.

*Datos del año 2014. Los datos de mortalidad correspondientes a los objetivos 1-3, 5-11 son del año anterior (2013).

rial, contando con la presentación de las experiencias locales y también con la presencia del Consejero de Sanidad en la práctica totalidad de estas reuniones periféricas. Esta implicación ha sido un acicate y un fuerte estímulo que ha incentivado a las personas que han liderado los proyectos del Plan de Salud. No cabe duda que la participación activa y el liderazgo alrededor del Plan de Salud han sido elementos clave a la hora de implementar las acciones previstas y han maximizado su capacidad transformadora.

Otro elemento que cabe destacar como motor de cambio es el planteamiento del plan vigente como un plan de salud y de servicios. De este modo se ha hecho muy visible y patente la conexión de los objetivos de salud con las actividades realizadas desde las unidades de servicios asistenciales, dando coherencia al planteamiento general del plan y justificando la necesidad de una priorización estricta. La priorización, a su vez, ha permitido destacar muy claramente, y como primera necesidad, el que probablemente era vivido como el principal problema que debían encarar los profesionales, que es la atención a la cronicidad. Esta formalización de la necesidad por un lado y la prioridad por el otro, puede haber sido un estímulo para que

los profesionales buscasen nuevas formas de mejorar la atención a estas personas que, a todas luces, necesitan un abordaje diferente del tradicional. En este sentido, el profesional durante este período de planificación ha demostrado un alto nivel de capacidad de innovación, como se pone de manifiesto en el gran número de experiencias presentadas (más de 2.000) en las jornadas del Plan de Salud en los años 2012, 2013 y 2014²⁶. Muchas de estas propuestas de cambio, dados los resultados positivos obtenidos, han generado que desde el propio Departament de Salut y el CatSalut se hayan planteado para su generalización y hayan contribuido a orientar las decisiones en política sanitaria. De alguna forma pues, los profesionales, en su afán por resolver los problemas de sus pacientes, han facilitado la labor de aquellos que tienen que tomar decisiones ofreciéndoles soluciones expertas con resultados positivos que, aunque locales, suelen abordar problemas que son de un alcance general.

Naturalmente, aspectos como la compra, el gobierno del sistema y la implantación de las tecnologías de la información y la comunicación se convierten en elementos transformadores del sistema porque permiten orientar los incentivos, formalizar la participación de

ciudadanos y profesionales, o bien el intercambio de información entre todos los agentes. Además, la potenciación decidida de la evaluación y de los sistemas de monitoreo de los indicadores relacionados con los objetivos de salud y operativos son una herramienta transformadora y dinamizadora del cambio.

La experiencia del Plan de Salud vigente y la colaboración de los profesionales en los grupos de trabajo de la jornada de 2014 han marcado el camino para las propuestas del próximo Plan de Salud 2016-2020. Sus demandas y sugerencias, que se han concretado en 57 propuestas²⁷, han orientado un nuevo plan que, manteniendo la estructura básica del vigente, amplía los contenidos de salud y los hace mucho más visibles. No obstante, esto no implica que deje de existir la vinculación de los objetivos de salud con los servicios sanitarios cuando sea necesario. La misión del Plan de Salud es el incremento de la proporción de esperanza de vida que se vive en buena salud. A día de hoy, los resultados muestran que, a pesar de las condiciones adversas, en diversos aspectos estructurales del propio sistema de salud y de su entorno, se está avanzando en el camino correcto. Entre los años 2010 y 2013 se ha registrado un incremento de la proporción de la esperanza de vida vivida con buena percepción de salud de alrededor del 5%.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Séculi E, Brugulat P, Martínez V, Medina A, Juncà S, Martínez D, et al. La planificación de la salud en Cataluña, 1990-2000. Algunas claves para afrontar el futuro. *Med Clin (Barc)*. 2003;121 Supl 1:4-9.
- Plan de Salud de Cataluña 2011-2015. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012 [consultado 20-6-2015]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/pla_de_salut/documents/arxius/plan_de_salud_catalunya_es.pdf
- Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 1991 [consultado 20-6-2015]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/pla_salut_catalunya/anys_anteriors/document_marc_per_a_laboracio_del_pla_de_salut_de_catalunya_1991/
- World Health organization (WHO). Global strategy for health for All by the year 2000. Geneva (Switzerland): WHO; 1991 [consultado 20-6-2015]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>
- Idescat. Estructura de població per sexe i grup d'edat. Dades absolutes i relatives (%). Catalunya, 2011. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat) [consultado 20-6-2015]. Disponible en: www.idescat.cat
- Anàlisi de la mortalitat a Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [consultado 20-6-2015]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/dades_de_salut_i_serveis_sanitaris/mortalitat
- Codi Infart. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [consultado 20-6-2015]. Disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_professionals/temes_de_salut/codi_iam/
- Codi Ictus. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [consultado 20-6-2015]. Disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_professionals/temes_de_salut/codi_ictus/
- CatSalut. Instrucció 04/2011 Ordenació i configuració del model organitzatiu i dispositiu per a l'atenció inicial a la persona pacient traumàtica greu. Barcelona: Servei Català de la Salut (CatSalut). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011 [consultado 20-6-2015]. Disponible en: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/documents/arxius/instruccio_04-2011.pdf
- Colls C, Abilleira Castells S, García-Altés A, Gallofré M. Beneficis de l'organització de l'atenció sanitària a les persones amb ictus: mortalitat evitada i impacte econòmic. *Monogràfics de la Central de Resultats, número 1*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2013 [consultado 20-6-2015]. Disponible en: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/osscc_central_resultats/informes/fixers_estatics/monografic_ictus.pdf
- Model d'atenció en oftalmologia i criteris de planificació. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [consultado 20 Junio 2015]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_atencio_sanitaria_cartera_serveis/model_atencio_ofthalmologia_i_criteris_planificacio/
- Model d'atenció en dermatologia i criteris de planificació. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [consultado 20 Junio 2015]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_atencio_sanitaria_cartera_serveis/model_atencio_dermatologia_i_criteris_planificacio/
- Model d'atenció en teledermatologia i criteris de planificació. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [consultado 20 Junio 2015]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_atencio_sanitaria_cartera_serveis/model_atencio_dermatologia_i_criteris_planificacio/
- Model d'atenció a l'al·lèrgia. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [consultado 20 Junio 2015]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_atencio_sanitaria_cartera_serveis/model_atencio_alergologica_a_cat/
- Malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor. Barcelona: Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [consultado 20 Junio 2015]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/plans_directors/malalties_reumatiques_i_de_laparell_locomotor/
- Salut mental i addiccions. Barcelona: Pla director de salut mental i addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [consultado 20 Junio 2015]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/plans_directors/salut_mental_i_addiccions/
- CatSalut. Instrucció 09/2014 Reordenació d'angiologia i cirurgia vascular d'alta especialització. Barcelona: Servei Català de la Salut (CatSalut). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [consultado 20 Junio 2015]. Disponible en: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2014/instruccio_09_2014/instruccio_09_2014_ordenacio_angiologia_i_cirurgia_vascular.pdf
- Ordenació de la cartera de serveis de cirurgia pediàtrica a Catalunya. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [consultado 20 Junio 2015]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_atencio_sanitaria_cartera_serveis/ordenacio_de_la_cartera_de_serveis_de_cirurgia_pediatria_a_catalunya/
- Pla estratègic d'ordenació de l'atenció al pacient nefrològic. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [consultado 20 Junio 2015]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_atencio_sanitaria_cartera_serveis/pla_estrategic_ordenacio_atencio_pacient_nefrologic/
- El Departament de Salut constitueix el Consell de Professions Sanitàries de Catalunya. Nota de premsa de 25/02/2015. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [consultado 20-6-2015]. Disponible en: http://premsa.gencat.cat/pres_fs/vp/AppJava/notapremsavw/280779/ca/departament-salut-constitueix-consell-professions-sanitaries-catalunya.do
- Oliete C, en nom de l'Oficina Tècnica del Pla de salut. La participació dels professionals a les jornades anuals del Pla de salut de Catalunya. *Annals de Medicina*. 2015;98:50-2 [consultado 20-6-2015]. Disponible en: <http://www.acmb.es/files/499-308-FITXER/vim1.pdf>
- Enquestes de satisfacció. Barcelona: Servei Català de la Salut (CatSalut). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [consultado 20 Junio 2015]. Disponible en: <http://catsalut.gencat.cat/ca/ciutadania/serveis-atencio-salut/valoracio-serveis-atencio-salut/enquestes-satisfaccio/>
- González- Mestre A. La autonomia del pacient con enfermedades crónicas: de paciente pasivo a paciente activo. *Enferm Clínic*. 2014;24:67-73.
- Informe de Salut 2013. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014 [consultado 20-6-2015]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/pla_de_salut/documents/arxius/Informe_salut_2013.pdf
- Enquesta de salut de Catalunya (ESCA). Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014 [consultado 20-6-2015]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/enquesta_salut_catalunya
- Participació dels professionals. Avaluació de les experiències presentades a les jornades del Pla de salut. Quadern núm. 2 del Pla de Salut; 2015. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015 [consultado 20-6-2015]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/pla_de_salut_2011_2015/quaderns/q2_pds_participacio.pdf
- Propostes per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Quadern núm. 1 del Pla de Salut; 2015. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015 [consultado 20-6-2015]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/pla_de_salut_2011_2015/quaderns/Q1Pds_Propostes2020.pdf