



Govern d'Andorra

PROJECTE PLA NACIONAL DE SALUT 2020

Ministeri de Salut, Afers Socials i Ocupació

Andorra la Vella, 28 de Setembre del 2015

Document de treball

Índex

1	Introducció	3
2	Resum executiu	5
3	Metodologia	11
4	L'anàlisi de situació: la salut i els serveis	12
	4.1 El territori i la població.....	12
	4.2 L'estat de salut	13
	4.3 Els estils de vida	21
	4.4 L'oferta i la utilització de serveis.....	23
	4.5 La despesa sanitària	37
	4.6 Els sistemes d'informació.....	48
	4.7 La governança del sistema	49
5	Principals evidències i prioritats.....	51
6	Principis que inspiren el Pla	57
7	Els 3 eixos que articulen les prioritats del Pla Nacional de Salut 2020.....	71
8	Eix 1: El manteniment i la millora de la salut: Fer front a la cronicitat i la dependència	74
	8.1 Estratègia 1: Reforçament de les polítiques de salut pública i activitats preventives en el procés assistencial.....	77
	8.2 Estratègia 2: Plans integrals per a l'atenció als problemes i condicions de salut de major impacte.....	82
9	Eix 2: Un sistema integrat, equitatiu, sostenible i de qualitat	88
	9.1 Estratègia 3: Transició progressiva cap al MAAS.....	90
	9.2 Estratègia 4: Un sistema integrat per optimitzar la capacitat resolutiva i la qualitat dels serveis	95
10	Eix 3: Enfortiment de la Governança del Sistema	100
	10.1 Estratègia 5: L'enfortiment de la funció de rectoria del sistema	102
	10.2 Estratègia 6: L'enfortiment de la funció de finançament, compra i control dels provisors	104
	10.3 Estratègia 7: L'enfortiment de la funció de provisió de serveis	105
	10.4 Estratègia 8: La generació i gestió de recursos	107
	10.5 Estratègia 9: Una major participació i implicació dels professionals	109
	10.6 Estratègia 10: Transparència i rendició de comptes a la ciutadania i a la societat	110
11	El monitoratge i l'avaluació.....	112
12	El full de ruta	113
13	Calendari estimatiu.....	114
14	Annexos.....	124
	14.1 Annex 1. L'estat de salut	124
	14.2 Annex 2. L'oferta i la utilització de serveis	126
15	Referències bibliogràfiques.....	141
16	Glossari.....	147

1 Introducció

L'article 11 de la *Llei General de Sanitat*¹ disposa que **els plans de salut són l'element de planificació sanitària**, l'eina de Govern que ha de guiar les accions per satisfer les necessitats de salut de la població i les prioritats establertes.

El sistema andorrà de salut i protecció social **necessita una transformació per adaptar-se a un entorn que** presenta els següents reptes:

- ❑ l'atenció a la dependència i a la cronicitat,
- ❑ l'encariment de les tècniques diagnòstiques i de tractament,
- ❑ la necessitat d'assegurar la sostenibilitat del sistema i
- ❑ una ciutadania molt ben informada i exigent.

Aquestes problemàtiques han de ser abordades des d'una **perspectiva conjunta sanitària i social** per poder oferir una resposta integral a les seves necessitats.

En aquest sentit, Andorra ha iniciat un procés de reforma que s'orienta a consolidar el **Model Andorrà d'Atenció Sanitària (MAAS)** com a model d'atenció **coordinada, integral i centrat en les necessitats de les persones**. Aquest pla ha d'esdevenir l'instrument de planificació sanitària, que conjuntament amb el sociosanitari que s'ha d'adoptar, ha de guiar aquesta transformació en base als següents pilars:

- ❑ l'abordatge **integral, intersectorial i interdisciplinar** dels problemes de salut amb la millora de la prevenció, diagnòstic i tractament **de les malalties cròniques i la dependència**
- ❑ la millora dels resultats en termes de salut, qualitat, eficiència i satisfacció mitjançant **l'evolució cap al nou model MAAS**.
- ❑ la **consolidació de la governança** del sistema i dels seus agents, així com la capacitat de les institucions, la millora dels sistemes d'informació i la participació dels ciutadans i dels professionals.

El pla ha de ser fruit d'un **procés participatiu** que tingui en compte les consideracions i els suggeriments que formulin les diverses institucions representatives dels diferents estaments de la comunitat.

A continuació s'adjunta un quadre que resumeix l'estructura del Pla Nacional de Salut 2020 i que pretén orientar i facilitar la seva lectura.

¹ Text refós de l'articulat de la Llei general de sanitat¹, del 20 de març de 1989, amb la incorporació de totes les modificacions, les addicions i les precisions aportades per la Llei 1/2009, del 23 de gener

ESTRUCTURA DEL PLA NACIONAL DE SALUT 2020

1. La primera part conté l'**anàlisi de la situació**
2. La segona part consta de:
 - ❑ Les **principals evidències i prioritats**
 - ❑ Els **principis que inspiren el pla**
3. La tercera conté els **eixos al voltant dels quals s'articulen les propostes**:
 - ❑ **Eix 1: El manteniment i la millora de la salut: fer front a la cronicitat i la dependència** mitjançant el reforçament de les polítiques de salut pública, les activitats preventives en el procés assistencial i la visió integral de les necessitats de la persona.
 - ❑ **Eix 2: Un sistema integrat, equitatiu, sostenible i de qualitat** que pretén fer la transició progressiva cap al nou model MAAS i avançar cap a un sistema integrat per tal d'optimitzar la capacitat resolutiva i la qualitat dels serveis sanitaris i sociosanitaris.
 - ❑ **Eix 3: Enfortiment de la governança del sistema de salut** en relació a les funcions de rectoria, compra i provisió així com la generació i gestió de recursos. També proposa accions per a una major participació i implicació dels professionals i la ciutadania, emfatitzant la transparència i la rendició de comptes.
4. Finalment, a la quarta part s'introdueixen els mecanismes per a la **monitorització, seguiment i avaluació** del pla.

2 Resum executiu

La població andorrana és jove i els principals indicadors mostren que el nivell de salut de la població és bo

1. Andorra té una estructura de **població jove**, amb un índex d'envelliment significativament per sota dels països veïns. L'evolució del nombre d'habitants mostra un descens sostingut a partir del 2010.
2. Els principals indicadors situen Andorra com a un país amb un **bon nivell de salut i d'atenció sanitària**. L'allargament de l'esperança de vida comporta un envelliment de la població que determinarà un increment dels pacients amb malalties cròniques i de la dependència.
3. La mortalitat es concentra en edats avançades i les causes més freqüents es deuen als efectes de **malalties cròniques**. El càncer i les malalties de l'aparell circulatori i respiratori ocupen els primers llocs i suposen el 68% de la mortalitat. Les principals causes de mortalitat prematura són els **accidents de trànsit i els tumors**.
4. En la població adulta els **trastorns crònics** que més prevalen es relacionen amb les malalties de **l'aparell locomotor** o de **l'aparell circulatori**. La freqüència **d'accidents** i dels problemes de salut mental ha augmentat.
5. Les malalties transmissibles, immunoprevenibles i la resta de malalties de declaració obligatòria, presenten una **baixa taxa**, en general.

Hi ha oportunitats de millora pel que fa als estils de vida relacionats amb la salut per prevenir l'aparició dels trastorns crònics més freqüents

6. Quant a **l'activitat física**, gairebé la meitat de la població camina tots els dies 30 minuts o més. En temps de lleure, la prevalença d'activitat física saludable és del 36,6% en els homes i del 30,9% en les dones.
7. Tot i que l'obesitat se situa en la banda baixa dels països de la Unió Europea (UE), cal prestar atenció a la prevalença del **sobrepès**. Prop del 31% dels homes i el 36% de les dones de 15 a 74 anys presenta sobrepès. En els infants a mesura que els grups són de més edat augmenta la prevalença de sobrepès i obesitat.
8. Tot i que el **consum de tabac** continua baixant, el 35,5% dels homes i un 25,5% de les dones es declaren fumadors, amb una prevalença més elevada que l'observada en països de l'entorn. El percentatge de **consum de risc d'alcohol** és superior en els joves envers a la resta de la població. (el 17,4% en homes i el 9,2% en dones de 15-34 anys).

9. Hi ha una bona implantació d'**activitats preventives** com ara la mesura periòdica de la tensió arterial, del nivell de colesterol a la sang, la vacunació de la grip, la pràctica de la citologia vaginal i la mamografia periòdica. La cobertura de primovacunació infantil és elevada.

El sistema de salut andorrà ha d'afrontar el repte de garantir-ne la sostenibilitat, tanmateix hi ha marge per a una major eficiència i efectivitat tot mantenint la satisfacció dels ciutadans

10. El sistema sanitari d'Andorra és altament **accessible** i té una **elevada valoració social**.
11. El sistema ha anat creixent i desenvolupant-se en **absència d'objectius explícits i d'un plantejament estratègic, sense una visió de sistema a mig i llarg termini i amb unes regles del joc poc acordades**. Això no ha estimulat l'actuació col·lectiva i coordinada al voltant dels objectius comuns. Aquest fet revela la necessitat d'introduir en el sistema els canvis necessaris per aconseguir que tinguin la capacitat i els instruments per respondre àgilment a les necessitats d'un entorn en constant evolució.
12. L'**eficiència i la qualitat** es veuen compromesos, principalment pel fet que els nivells especialitzats atenen casos de baixa complexitat que podrien ser atesos a l'atenció primària i a més sense que funcionin els mecanismes de referència i de contrareferència entre nivells. Per altra banda, la **variabilitat de la pràctica clínica** no desitjada es pressuposa significativa i l'ús de guies de pràctica clínica i protocols que garanteixin el continuïum i la qualitat assistencial és baix.
13. La **capacitat resolutiva de l'atenció primària** està per sota del que caldria esperar i això pot dificultar l'**atenció de proximitat** dels problemes de salut que amb més freqüència afecten la població. L'oferta de serveis i procediments mèdics, així com les activitats de cribratge, de promoció de la salut, preventives i comunitàries podria ser més àmplia. En general, sembla que no existeix coordinació o col·laboració entre els metges de capçalera liberals que acostumen a treballar en solitari a les seves consultes ni tampoc amb els professionals d'infermeria, llevadores i treballadores socials dels centres de salut del SAAS.
14. En l'atenció sanitària i sociosanitària existeix una **tendència a la institucionalització** en lloc de l'atenció de proximitat i integrada en la comunitat.
15. L'abordatge dels problemes de salut i de la dependència es fa generalment amb una **visió parcial que no contempla la història natural de la malaltia sense estratègies intersectorials i multidisciplinars** que generin una visió sanitària i social més àmplia. Cal una **atenció integrada social i sanitària**

centrada en les persones en les que aquestes assumeixin un nou rol d'apoderament.

16. S'evidencia un alt grau de **fragmentació de l'atenció que compromet el *contínuum assistencial***. Aquesta fragmentació es dona, en bona part, per manca de coordinació tant horitzontal com vertical, observant-se tant entre proveïdors del mateix nivell com entre proveïdors dels diferents nivells assistencials sanitaris i sociosanitaris. S'identifica la necessitat de **disposar d'una Història Clínica compartida** que permeti la integració de la informació clínica i social entre proveïdors, com a punt clau per possibilitar el canvi de model.
17. **Necessitat de reforçar la salut pública.** Els riscos per a la salut relacionats amb els estils de vida de la població -com ara el sobrepès, el tabaquisme, el consum excessiu d'alcohol i els accidents- són problemes prioritaris. Per assolir un sistema sostenible cal actuar sobre la demanda de serveis de salut, reduint la càrrega de morbiditat mitjançant accions perquè les persones mantinguin hàbits saludables i es facin més responsables de la seva salut i de la utilització dels recursos.
18. **Incipient desenvolupament del model de governança.** Cal que el sistema de salut es doti de la capacitat institucional, dels mitjans i dels instruments que permetin desenvolupar les funcions de rectoria, provisió, control i finançament de manera efectiva.
19. **L'evolució de la despesa sanitària** durant els últims anys es caracteritza per un creixement constant de la despesa sanitària pública. L'import de les prestacions sanitàries pagades pels ciutadans (copagament) ha augmentat i també les transferències des del pressupost nacional destinades a complementar el finançament del SAAS i de la branca general de la CASS.
20. Un dels punts febles és la manca d'un **sistema d'informació sanitària i sociosanitària global** que aporti una visió sobre l'estat de salut, la utilització dels serveis, la seva qualitat i el seu cost. Per una altra part, la **informació assistencial presenta llacunes i una important fragmentació**, esdevenint un dels majors reptes del sistema.

Els principis que actuen com a nuclis de la transformació que es proposa en aquest pla estan basats en les recomanacions internacionals i incorporats plenament en els principis del MAAS.

21. El pla té com a **principis inspiradors**:
 - ☐ L'atenció integral centrada en la persona
 - ☐ L'atenció de primer nivell i de proximitat
 - ☐ L'impuls a la salut pública, la prevenció i la promoció

- ☐ Les intervencions compartides i sota l'evidència científica
- ☐ Un model d'atenció en xarxes
- ☐ La coresponsabilitat dels pacients
- ☐ Preservar els principis i valors del nostre sistema
- ☐ Impulsar les TICS (Tecnologies de la informació i comunicació)
- ☐ Enfortir la governança
- ☐ Aprofitar el coneixement dels professionals
- ☐ Impulsar l'avaluació, la transparència i la rendició de comptes
- ☐ El pla com a instrument del canvi

El Pla Nacional de Salut 2020 estableix les prioritats de salut i de serveis per als propers anys i les bases per l'enfortiment de la governança del sistema de salut andorrà

22. El present pla està en línia amb les estratègies i les orientacions internacionals i és una **eina de govern** en matèria de salut en un context de transformació del sistema sanitari i sociosanitari públic d'Andorra.
23. Articula les seves propostes a l'entorn de 3 eixos. Formula **60 objectius i** proposa **10 estratègies** en funció dels àmbits d'intervenció –la salut, els serveis i la governança del sistema– i **24 línies operatives** que orienten les accions per a l'assoliment dels objectius i propòsits del Pla.
24. **L'eix 1: "El manteniment i la millora de la salut: fer front a la cronicitat i a la dependència"** per millorar els resultats en salut i en qualitat de vida atès que, en el mig i en el llarg termini, un dels principals reptes serà la prevenció i el control de la cronicitat i de la dependència. Per tant, calen mesures per millorar el diagnòstic, el tractament i la rehabilitació de les malalties cròniques i desplegar polítiques de salut pública intersectorials que actuïn sobre els determinants de la salut tant a nivell individual com col·lectiu. De forma paral·lela s'hauran de definir els plans integrals que han de guiar l'atenció a problemes i condicions de salut de major impacte amb una visió global de les necessitats sanitàries i/o sociosanitàries de la persona i amb una perspectiva multidisciplinària.
25. L'eix 1 s'articula mitjançant 2 estratègies. La primera, **"Reforçament de les polítiques de salut pública i de les activitats preventives en el procés assistencial"**. Aquesta primera estratègia desenvolupa intervencions mitjançant polítiques de salut pública adreçades a la població en general incorporant la visió intersectorial per actuar sobre els determinants de la salut. Alhora, potencia el desenvolupament d'intervencions preventives en el procés assistencial, en el que l'atenció primària ha de tenir un paper central, adreçades a persones o grups que ja pateixen malalties cròniques o que presenten factors de risc de patir-ne i donant especial rellevància als pacients com a subjectes actius en l'autocura i en la gestió de la pròpia malaltia. La segona estratègia, **"Plans integrals per a l'atenció als problemes i condicions de salut de**

major impacte”, proposa un plantejament estratègic i operatiu amb la finalitat d’oferir una atenció integral i integrada més centrada en les necessitats sanitàries i sociosanitàries dels pacients.

26. **L’eix 2: “Un sistema integrat, equitatiu, sostenible i de qualitat”** neix per la necessitat de transformar el model sanitari cap a un model amb un enfocament d’acompanyament de la ciutadania en el contínuum salut-malaltia amb una atenció multidisciplinar integral que contempli les necessitats sanitàries i sociosanitàries amb **l’Atenció Primària i l’atenció de proximitat** com a pilar fonamental, amb la finalitat d’ assolir més eficiència, millors resultats en salut i més qualitat.
27. L’eix 2 s’articula mitjançant 2 estratègies. La primera, **“Transició progressiva cap al Model Andorrà d’Atenció Sanitària (MAAS)”** planteja accions per abordar aspectes estructurals, funcionals i d’altres relacionats amb la provisió dels serveis sanitaris i sociosanitaris que són clau pel desenvolupament del MAAS. La segona, **“Un sistema integrat per optimitzar la capacitat resolutiva i la qualitat dels serveis”** planteja accions relacionades amb la millora dels resultats del sistema com ara, l’atenció en xarxes, la millora de la capacitat resolutiva dels serveis, els mecanismes per potenciar una provisió integrada i coordinada i les estratègies per a la millora de la qualitat.
28. **L’eix 3: “Enfortiment de la governança del sistema de salut”** respon a la necessitat, per portar a terme amb èxit la reforma del sistema, de desplegar un fort lideratge i compromís tant a nivell estratègic com en els diferents àmbits de l’organització. S’han de reforçar les **capacitats institucionals** dels diferents agents del sistema per al desenvolupament de les funcions de rectoria, finançament, compra i provisió. A la vegada, és necessari que aquests es dotin dels **mecanismes i dels instruments** que han de permetre dur a terme les accions proposades, el monitoratge i l’avaluació dels resultats.
29. L’eix 3 s’articula mitjançant 6 estratègies. Les tres primeres **“L’enfortiment de la funció de rectoria”, “L’enfortiment de la funció de compra i control dels provisors” i “L’enfortiment de la funció de provisió”** es relacionen amb l’aprofundiment de les atribucions dels actors en relació a les funcions de rectoria (MSASO), compra i control dels provisors (CASS) i provisió dels serveis (SAAS i altres provisors sanitaris i sociosanitaris). L’estratègia **“Generació i gestió de recursos”** persegueix la consolidació d’un sistema d’informació per a la planificació, el finançament, la compra de serveis, la provisió i l’avaluació i d’un conjunt d’accions per avançar en el desenvolupament de les tecnologies de la informació i comunicació (TICS) en el sector sanitari i sociosanitari. De forma paral·lela impulsa la història clínica i social compartida com a eina principal que ha de garantir la continuïtat en l’atenció. Finalment, les estratègies **“Una major participació i implicació dels professionals” i “Transparència i rendició de comptes a la ciutadania i a la societat”** plantegen la necessitat de tenir en compte les consideracions dels professionals en la planificació del sistema i

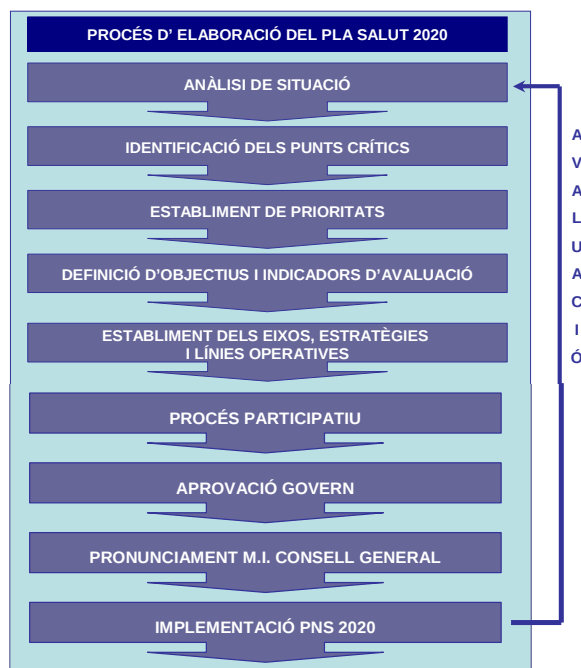
accions per millorar la rendició de comptes a la ciutadania i a la societat, respectivament.

30. Es preveuen els mecanismes que han de fer possible el **monitoratge i l'avaluació** del pla així com anualment, la **rendició de comptes** al Govern i al M.I. Consell General sobre la marxa de les actuacions previstes en el Pla i dels resultats que es vagin obtenint.
31. Com a conseqüència de l'aprovació del Pla es preveu elaborar un **Pla operatiu** que definirà les accions per al desenvolupament de les 24 línies operatives, amb objectius i calendari d'execució, així com **l'estructura de coordinació i l'estratègia de comunicació**.

DOCUMENT DE TREBALL

3 Metodologia

S'inicia amb l'anàlisi de la situació de salut i els serveis, realitzada en base a la informació disponible procedent de fonts rutinàries, informadors claus i estudis específics realitzats al llarg dels darrers anys, tant a nivell del Ministeri de Salut, Afers Socials i Ocupació (MSASO), com de la Caixa Andorrana de Seguretat Social (CASS), com dels provisors i especialment del Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS).



L'anàlisi de la informació ha permès identificar els **principals problemes i punts crítics**. Per a l'establiment de les prioritats s'han tingut en compte com a criteris, la càrrega de morbiditat dels diferents problemes identificats, les seves conseqüències, l'existència d'intervencions d'eficàcia provada per abordar-los i la factibilitat de la seva aplicació.

Un cop definides les prioritats s'han definit **60 objectius** a assolir així com els indicadors d'avaluació per a la seva monitorització i les propostes d'intervenció per al seu assoliment s'articulen entorn a **3 eixos** que agrupen les **10 estratègies** i **24 línies operatives** que han de donar resposta als objectius establerts.

Després del **procés participatiu** per tenir en compte les consideracions i els suggeriments que formulin les diverses institucions representatives dels diferents estaments de la comunitat, el pla es presentarà a **Govern per la seva aprovació**.

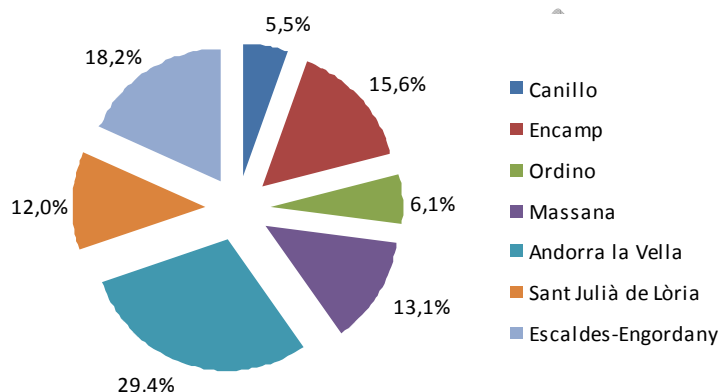
La implementació del pla s'efectuarà mitjançant un **pla operatiu** pel seu desplegament, coordinació i monitoratge. Transcorregut el període de vigència d'aplicació del pla es durà a terme l'avaluació de l'assoliment dels objectius fixats. Aquesta darrera etapa, a l'any 2020, és l' inici del següent cicle.

4 L'anàlisi de situació: la salut i els serveis

4.1 El territori i la població

El Principat d'Andorra se situa al vessant mediterrani dels Pirineus orientals entre Espanya i França, limitant amb Catalunya al sud i amb la regió de Foix al nord. El Principat té una extensió de 468 km² i una altitud mitjana de 1.996 m. Administrativament, el país es divideix en set parròquies. (Gràfic 1)

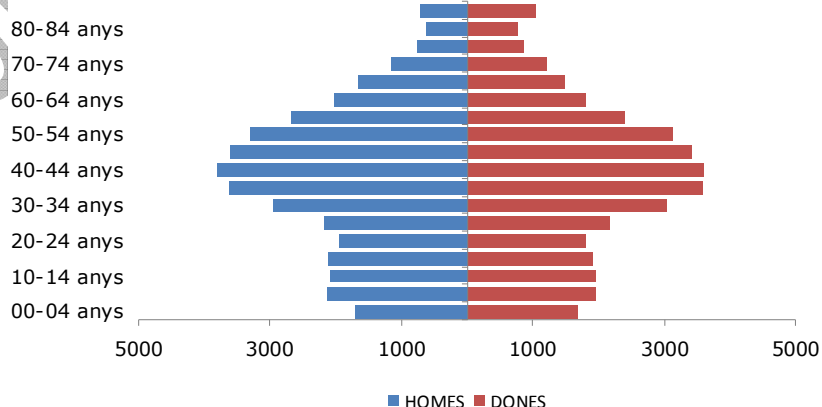
Gràfic 1. Població registrada per parròquia 2014



Font: Departament Estadística .
Govern Andorra

L'any 2014 la població registrada és de **76.949 habitants** (50,9% homes i 49,1% dones). Segons nacionalitat: 46% andorrana, 26,4% espanyola, 13,9% portuguesa i la resta d'altres nacionalitats. Per edats, el 14,9% té entre 0-14 anys, el 71,6% entre 15-64 anys i el 13,4% 65 anys o més. La població **és relativament jove amb una mitjana d'edat de 40,2 anys**.

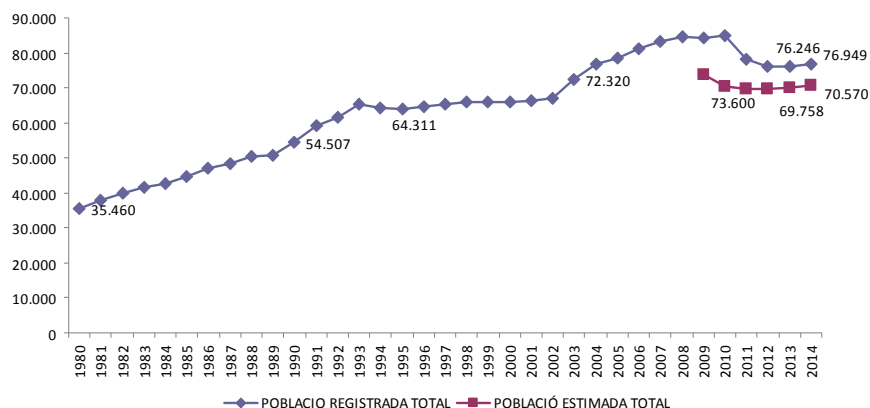
Gràfic 2. Piràmide de població estimada 2014



Font: Departament
Estadística. Govern Andorra

En les tres últimes dècades hi ha hagut un increment sostingut de la població fins l'any 2010, en que s'observa un descens.

Gràfic 3. Població registrada i població estimada 1980-2014



Font: Departament Estadística. Govern Andorra

Les diferències en el nombre d'efectius entre població registrada i població estimada que s'observen en el gràfic es deuen al fet que població immigrant resident a Andorra no declaren el seu retorn al país d'origen o la marxa a un altre destí.

Quant a l'evolució en el nombre de **població registrada** en el període 2010-2014, s'observa la disminució dels menors de 30 anys amb una caiguda del 10,2%. La població masculina de 30 a 64 anys disminueix un 11,8% i la femenina un 6,2%. El total de la població major de 65 anys disminueix un 8,8%, on els homes es redueixen en un 12,2% i les dones en un 5,5%. (Veure Taula 1)

Taula 1 Evolució població registrada per grups edat 2010-2014

	2010			2014			2014/2010		
	H	D	Total	H	D	Total	H	D	Total
MENORS 30 A.	13532	12787	26319	12170	11448	23618	-10,07%	-10,47%	-10,26%
30-64 ANYS	25014	22359	47373	22049	20959	43008	-11,85%	-6,26%	-9,21%
MAJORS 65 ANYS	5651	5672	11323	4963	5360	10323	-12,17%	-5,50%	-8,83%

Font: Departament Estadística Govern Andorra.

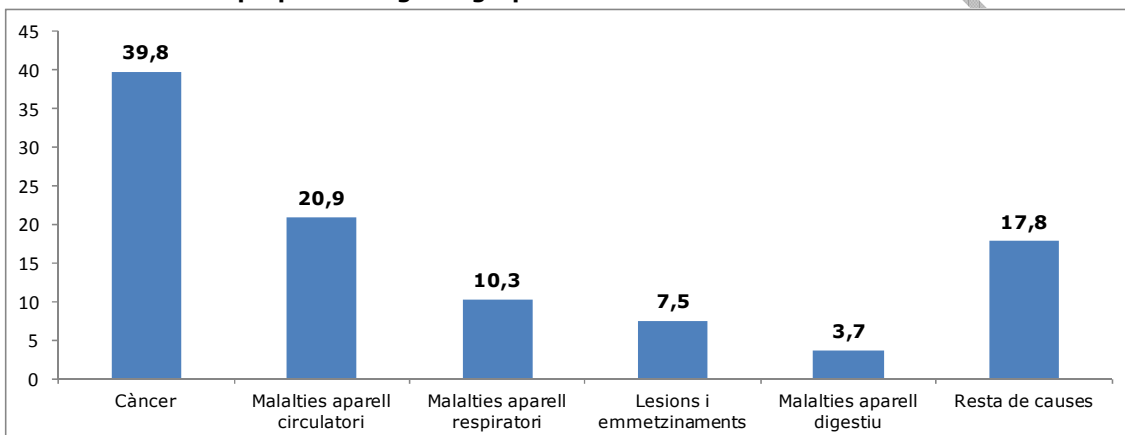
Segons l' Enquesta Nacional de Salut d'Andorra (ENSA 2011), el 51,4% dels homes i el 46,5% de les dones tenen estudis secundaris, mentre que el percentatge es redueix a la meitat en els estudis superiors. Augmenta el percentatge de persones que declaren tenir estudis secundaris o superiors respecte al 2002. La població de classes manuals (IV i V) representa el 56,2% de la població. En canvi, les classes socials més benestants, que equivalen a directius i professionals, científics, intel·lectuals i de suport (I i II), son el 21,4% de la població.

4.2 L'estat de salut

Segons les dades de l'informe "Natalitat i mortalitat al Principat d'Andorra Quinquenni 2010-2014", durant aquest període es van produir **3.634 naixements**. La taxa de fecunditat va ser de 35,3 per 1.000 dones entre 15 i 49 anys. La taxa global de fecunditat se situa en 1,17. En el mateix període, el nombre de **defuncions va ser de 1.332**, el que suposa una taxa bruta de 3,4 defuncions per 1.000 habitants.

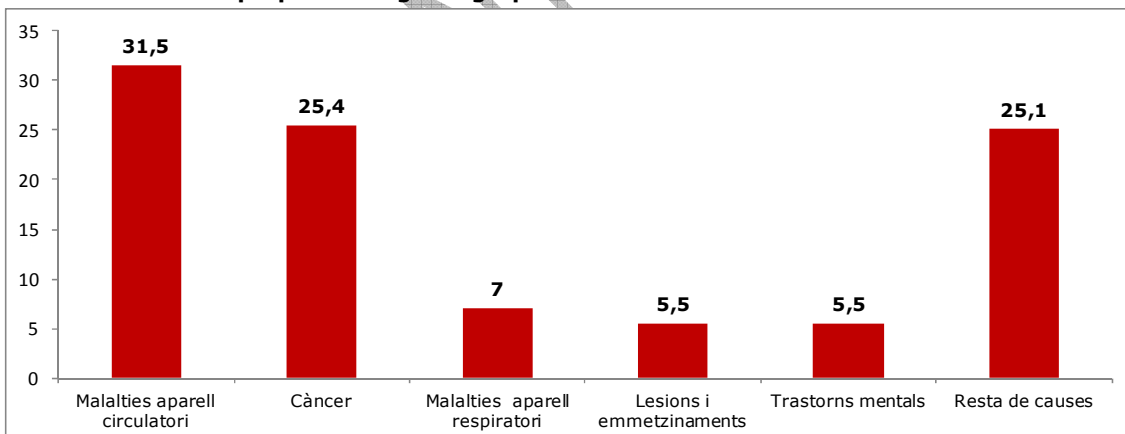
Seguint la distribució dels grans grups de la Classificació Internacional de Malalties l'Organització Mundial de la Salut (OMS), el **68% de les defuncions s'esdevenen com a causa dels càncers i de les malalties de l'aparell circulatori i respiratori**. En els homes, la causa més freqüent van ser els tumors, que representen el 39,8% de totes les causes, seguits de les malalties de l'aparell circulatori (20,9%) i les malalties de l'aparell respiratori (10,3%). En les dones, el 31,5% de les defuncions són com a conseqüència de les malalties de l'aparell circulatori, els tumors (25,4%) i les malalties respiratòries (7%).(Gràfics 4 i 5).

Gràfic 4. Mortalitat proporcional grans grups CIM-10. Homes. 2010-2014



Font: Natalitat i mortalitat al Principat d'Andorra Quinquenni 2010-2014

Gràfic 5. Mortalitat proporcional grans grups CIM-10. Dones. 2010-2014



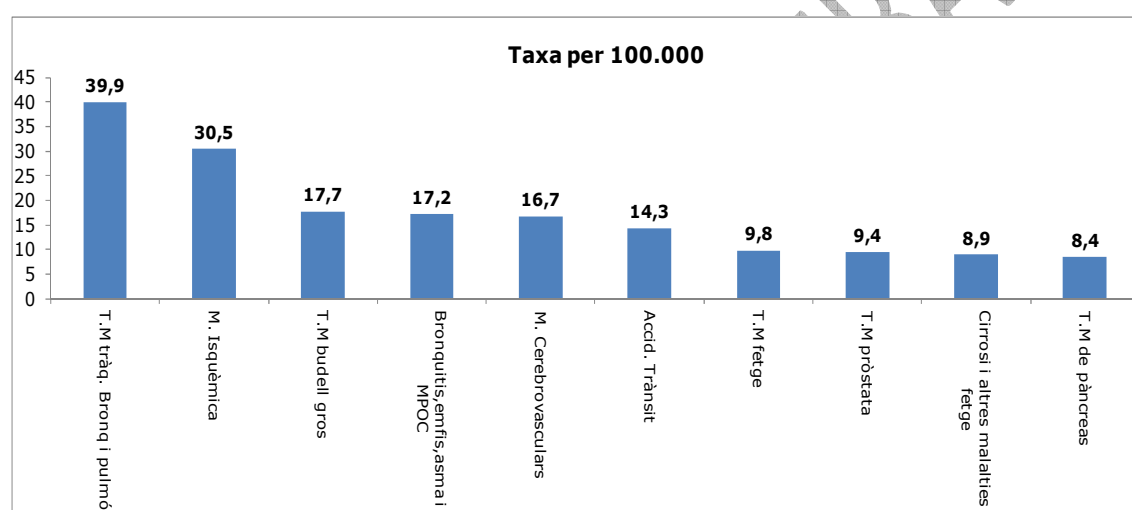
Font: Natalitat i mortalitat al Principat d'Andorra Quinquenni 2010-2014

Per grups d'edat, les causes externes (principalment els accidents de trànsit) són la primera causa de mort en els homes de 5 a 44 anys i en les dones de 5 a 34 anys. Els tumors són la primera causa en els homes de 45 a 84 anys i en les dones de 35 a 74 anys, i les malalties de l'aparell circulatori són la primera causa de mort en els homes més grans de 84 anys i en les dones més grans de 74 anys.

Pel que fa a la distribució per **73 causes específiques**, les causes més freqüents en els homes van ser el tumor maligne de pulmó i les malalties isquèmiques, en tercer lloc el tumor de budell gros, , en quart lloc la bronquitis, l'emfisema i l'asma i en cinquè lloc les malalties cerebrovasculars. Els accidents de trànsit han anat disminuint progressivament en els últims quinquennis i han ocupat en aquest període la sisena posició.

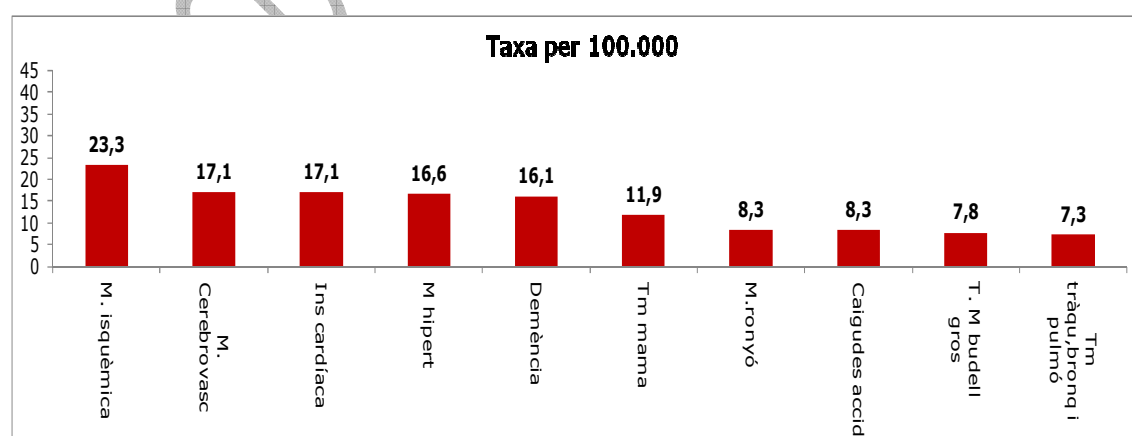
En les dones, la primera causa de mort van ser les malalties isquèmiques, seguides de les malalties cerebrovasculars i la insuficiència cardíaca en segon lloc. En la quarta i la quinta posició, respectivament, hi ha les malalties hipertensives i les demències. El tumor de la mama se situa en la sisena posició i presenta una disminució progressiva en els últims quinquennis estudiats. (Gràfics 6 i 7).

Gràfic 6. Primeres causes de defunció. Homes 2010-2014- Taxa per 100.000



Font: Natalitat i mortalitat al Principat d'Andorra Quinquenni 2010-2014

Gràfic 7. Primeres causes de defunció. Dones 2010-2014- Taxa per 100.000

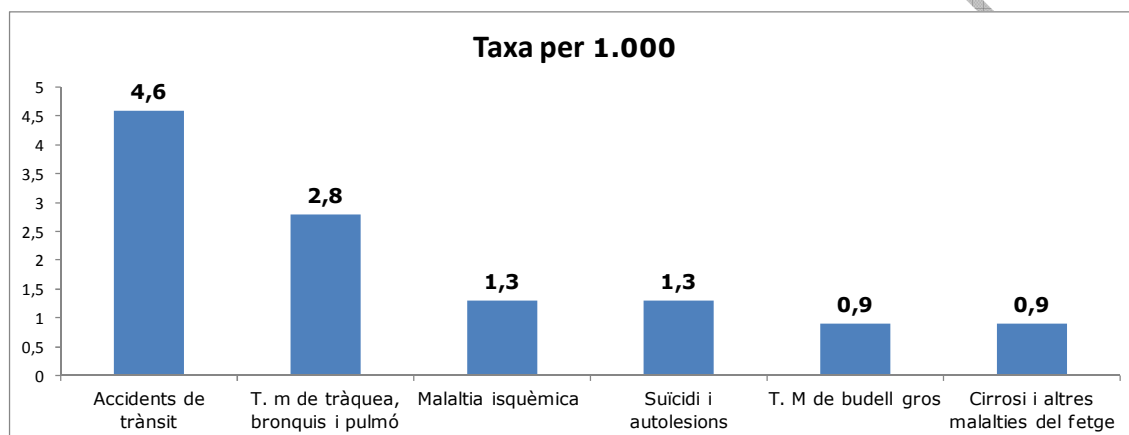


Font: Natalitat i mortalitat al Principat d'Andorra Quinquenni 2010-2014-*

Els accidents de trànsit són la primera causa de **mortalitat prematura**, “anys potencials de vida perduts” (APVP). En els homes la taxa d’APVP va ser de 4,6 x 1.000 i en les dones de 0,9 x 1.000 essent la segona causa d’APVP en aquest grup en que la primera causa va ser el càncer de mama amb una taxa de 1 x 1.000.

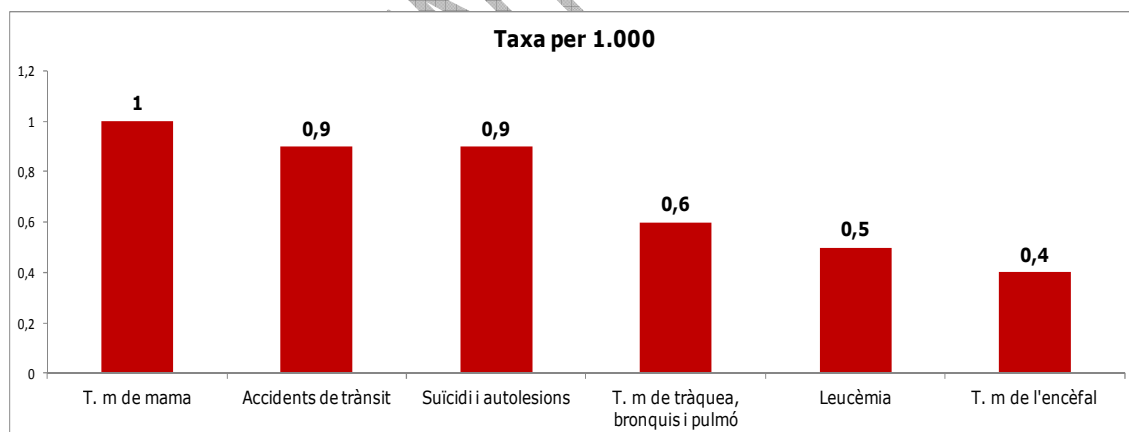
Seguint la distribució dels 21 grups, els tumors són la primera causa d’APVP, amb una taxa de 7,1 x 1.000; i la segona, amb una taxa de 4,7 x 1.000, són el grup de les lesions i els emmetzinaments. (Gràfics 8 i 9).

Gràfic 8. Primeres causes d’APVP Homes. 2010-2014- Taxa per 1.000



Font: Natalitat i mortalitat al Principat d’Andorra Quinquenni 2010-2014

Gràfic 9. Primeres causes d’APVP Dones. 2010-2014- Taxa per 1.000



Font: Natalitat i mortalitat al Principat d’Andorra Quinquenni 2010-2014

L’anàlisi de la **mortalitat infantil i perinatal**, tot i agrupar l’estudi per quinquennis és poc significativa (8 defuncions infantils i 9 perinatals). Les principals causes van ser les alteracions de la placenta, del cordó umbilical o les membranes, prematuritat, anomalies congènites, hipòxia i asfíxia, malalties infeccioses i els fetus afectats per malalties de la mare.

Pel que fa a la “**Mortalitat innecessàriament prematura i sanitàriament evitable**” (MIPSE), el 7,3% de les defuncions van ser suposadament evitables, i el

tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó va ser la primera causa de mortalitat evitable per a tots dos sexes, seguida dels accidents de trànsit.

Respecte **a l'evolució en el temps**, la mortalitat registrada ha anat augmentant² progressivament essent de 1.127 defuncions en el quinquenni 1999-2003 fins arribar a 1.332 en el quinquenni 2010-2014.

En tots els quinquennis estudiats les primeres causes de defunció³ **són els càncers seguits de les malalties de l'aparell circulatori**. En els homes, es segueix el patró de la mortalitat en general mentre que les dones s'inverteix l'ordre de les causes essent la primera les malalties de l'aparell circulatori i els tumors com a segona causa.

Així doncs, els tumors suposen la primera causa de mort en tots els quinquennis essent el **càncer de tràquea, bronquis i pulmó el que ocupa el primer lloc** en la distribució de les defuncions per càncer amb proporcions similars en tots els quinquennis; en l'últim quinquenni estudiat 2010-2014 va suposar el 21,2% de defuncions de tots els càncers. També és aquest tumor el que ocupa la primera posició en els homes amb un 26,6% de defuncions pel total de càncers. En les **dones**, el càncer que encapçala la llista de defuncions en tots els quinquennis pel total de càncers **és el de mama** amb un 16% en l'últim quinquenni.

Pel que fa al **Registre de Càncer d'Andorra (2013)**, tot i que les dades obtingudes reflecteixen només les dades hospitalàries, podem assumir que són força representatives de tota la població perquè són molt similars a la incidència i prevalença de càncer a Andorra estimades a partir dels Registres poblacionals de Girona i Tarragona. En els homes la primera localització tumoral per ordre de freqüència va ser el tumor de pròstata (17,8%) seguit dels tumors de pulmó (14,1%) i colorectal (13,7%). En les dones el càncer de mama va ser la localització principal amb una proporció del 31,1%, la segona el càncer colorectal 11,9% la resta de localitzacions no arriben al 10%.

Segons l'ENSA 2011, un 80,3% dels homes i un 74,5% de les dones tenen una percepció⁴ positiva de la seva salut (excel·lent, molt bona o bona).

També segons dades de l'ENSA i pel que fa a la prevalença de **trastorns crònics** destaquen **els trastorns a l'aparell locomotor, trastorns circulatoris, la hipercolesterolèmia, la hipertensió arterial i els trastorns mentals**. Analitzant per sexes: en els homes, el dolor cervical (14,2%), el mal d'esquena crònic (14,0%) i el colesterol elevat en sang (12,5%) i en les dones el dolor cervical (27,5%), la mala circulació (24,2%) i el mal d'esquena crònic (24,8%), són els trastorns declarats amb més freqüència. En comparació amb l'ENSA-2002 la

² És important tenir en compte que part d'aquest augment probablement s'ha esdevingut per la millora dels registres amb la creació del registre civil on s'ha recuperat en gran mesura les defuncions ocorregudes fora del Principat.

³ Segons els 21 grans grups de l'OMS

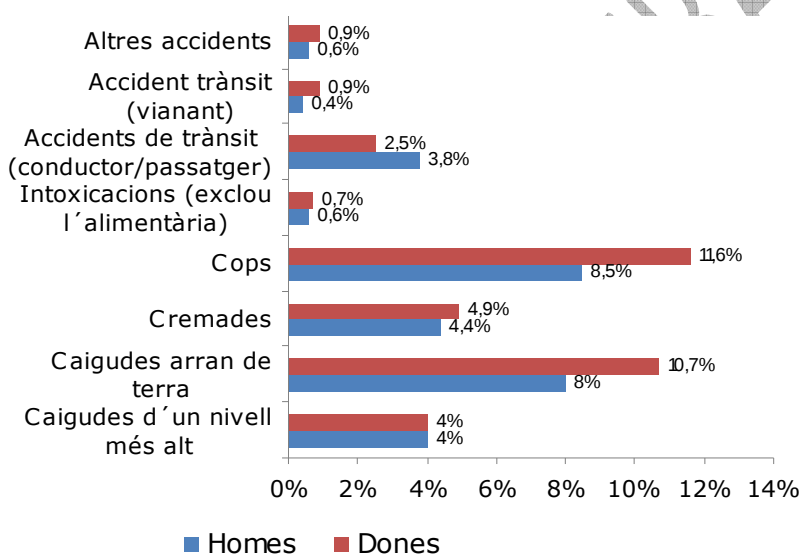
⁴ La percepció de la pròpia salut és un bon predictor de l'estat de salut.

prevalença de trastorns crònics ha disminuït excepte pel que fa als trastorns cardíacs i la diabetis. (veure taula 1, annex 1).

L'any 2011 el 70% dels homes i el 90% de les dones (55-75 anys) declaren patir algun problema de salut crònic. S'observa com el **nombre de trastorns crònics** augmenta a mesura que els grups són de més edat i les dones acumulen més trastorns crònics que els homes.

Un 22,8% de persones han patit alguna **lesió per accident** que ha provocat alguna **restricció en les seves activitats habituals** durant l'últim any. Els accidents estan directament relacionats amb les pèrdues laborals i la despesa sanitària i presenten una tendència creixent en el temps, sobretot en les dones de totes edats i en els homes de 35 a 54 anys. (Gràfic 10).

Gràfic 10. Prevalença accidents segons sexe



Font: ENSA 2011

Segons dades de la ENSA 2011, el 12,5% de la població (15 anys i més) ha tingut en l'últim any alguna **difficultat** per passejar, fer encàrrecs, anar a comprar, etc. com a conseqüència d'algun problema de salut. Pel que fa a la **població dependent**⁵; entre les persones de més de 65 anys un 21% dels homes i el 44% de les dones declaren **difficultats d'autonomia** i necessiten ajuda per fer les activitats quotidianes. Un 10% de les persones de 75 o més anys declaren **limitacions greus** que afecten la seva cura personal i/o de la llar.

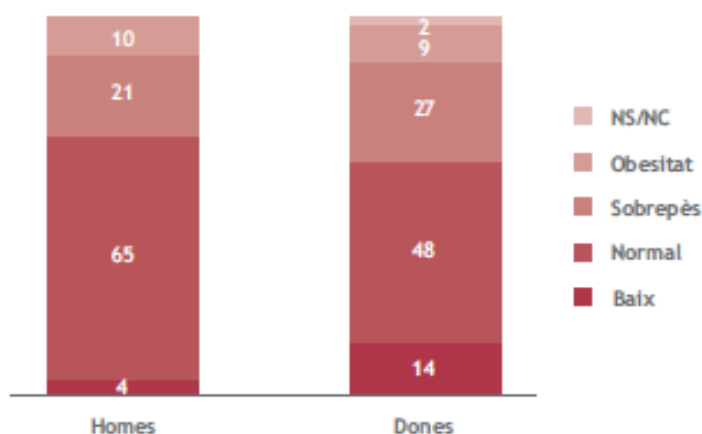
A Andorra **842 persones** (143 són menors de 15 anys) estan valorades per la CONAVA (Comissió Nacional de valoració de la **discapacitat**) amb un grau de

⁵ Estat en que es troben les persones que, per falta o per pèrdua d'autonomia física, psíquica o intel·lectual, tenen necessitat d'assistència o ajudes importants per realitzar les activitats quotidianes de la vida diària AVD i, de manera particular, les referents a la cura personal

menyscabament superior o igual al 33%. De la mateixa forma, s'han valorat aproximadament **830 persones** a la COVASS (Comissió de valoració sociosanitària) amb un grau de **dependència** entre 0-5.

L'excés de pes (sobrepès i obesitat) és un factor de risc per diversos trastorns crònics com ara la hipertensió arterial, la diabetis *mellitus* i les malalties cardiovasculars, així com per la seva relació amb limitacions funcionals de la vida quotidiana. Prop del 31% dels homes i el 36% de les dones de 15 a 74 anys presenta excés de pes. L'obesitat afecta el 10,1% dels homes i el 8,9% de les dones amb una tendència a augmentar respecte del 2002. (Gràfic 11)

Gràfic 11. Índex de massa corporal (IMC) en adults de més de 15 anys, per sexe. Andorra, 2011



Font: ENSA 2011

Pel que fa a la **població infantil** la prevalença d'excés de pes augmenta a mesura que els grups són de més edat en ambdós sexes. (Taules 2 i 3)

Taules 2 i 3 Somatometria 4-5 anys/ 6-7 anys i 11-12 anys. Nens/nenes

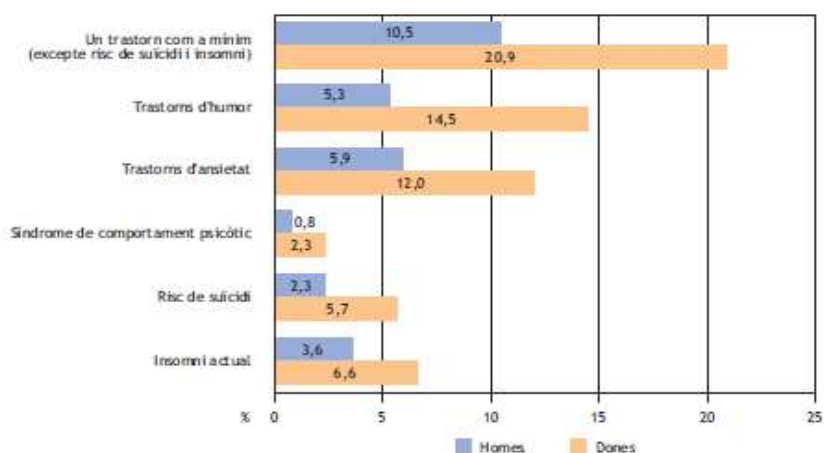
	Totals	Sobrepès	%	Obesitat	%	Sobrepès+Obesitat	%
Nenes							
Maternal mitjans	375	15	4,0%	6	1,6%	21	5,6%
Primer primària	325	21	6,5%	8	2,5%	29	8,9%
Sisè primària	351	42	12,0%	12	3,4%	54	15,4%
Total nenes	1051	78	7,4%	26	2,5%	104	9,9%

	Totals	Sobrepès	%	Obesitat	%	Sobrepès+Obesitat	%
Nens							
Maternal mitjans	350	16	4,6%	14	4,0%	30	8,6%
Primer primària	360	23	6,4%	13	3,6%	36	10,0%
Sisè primària	378	30	7,9%	23	6,1%	53	14,0%
Total nens	1088	69	6,3%	50	4,6%	119	10,9%

Font: Memòria de Servei Salut Escolar del curs 2013-2014. SAAS

Segons l'informe "Salut Mental en la població General, Enquesta de Salut Mental 2010", més del 15% de les persones de 18 anys i més (el 10,5% dels homes i el 21,0% de les dones), tenen un **trastorn de salut mental**, identificat pel qüestionari diagnòstic *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Una de cada deu persones presenta trastorns d'humor i un 9%, trastorns d'ansietat, el 5% pateix d'insomni i el 4% presenta risc de suïcidi. La freqüència d'aquests trastorns és major en les dones. (Veure gràfic 12 i taula 2 annex 1).

Gràfic 12. Prevalença (%) dels trastorns de salut mental segons el sexe. Andorra, 2010



Font: Salut Mental en la població General. Enquesta de Salut Mental 2010

Si s'analitzen els motius de les **baixes per malaltia** de la CASS, l'any 2014 el 23,2% de les baixes van ser per patologies de l'aparell locomotor i teixit conjuntiu, el 14,4% per patologies de l'aparell respiratori, el 12,4% per lesions i efectes adversos i el 6,8% per trastorns mentals. (Veure Taula 3 annex 1).

Pel que fa a les **malalties transmissibles**, l'any 2014 es van notificar 5 casos nous de **tuberculosis** -taxa d'incidència (TI):6,5 casos/ 100.000 hab-. La TI es manté força estable des del quinquenni 2004-2008.

Durant l'any 2014 es van notificar tres casos nous de **VIH**, presentant una TI de 3,92 casos per 100.000 habitants. Des de l' inici de la vigilància l'any 2004 fins a l'any 2014 hi ha hagut 68 casos notificats. Al final del 2014 són 65 el nombre de casos registrats, situant la prevalença de VIH-sida pel 2014 en 0,088%. Durant tot el període en 5 dels casos es va notificar el canvi d'estadi a sida. El factor de risc principal han estat les conductes sexuals.

Durant l'any 2014 s'han notificat 10 casos de **legionel·losi** (TI 13,06 casos/100.000 habitants).

Durant la temporada 2014-2015 es van notificar 478 casos de **grip**, el que va situar la TI acumulada en 627,53 casos/100.000 habitants. El pic màxim d'incidència es va assolir la setmana 6 amb una TI de 116,8/100.000 habitants.

En referència a les **malalties immunoprevenibles**, no s'ha notificat cap cas de diftèria, tètanus i poliomielitis des de l'any 1997, l'últim cas de xarampió va ser notificat l'any 2002 i els darrers casos de rubèola al 2006. Tampoc no hi ha hagut cap notificació d'hepatitis A ni B. L'últim cas confirmat de parotiditis correspon a l'any 2010. Pel que fa a **tos ferina** fins a 2010 no s'havia notificat cap cas i des de l'any 2011 s'han confirmat casos d'aquesta patologia. La TI del 2013 es va situar 7,9/100.000 habitants, molt similar a la dels dos anys precedents, tot i que al 2014 va ser de l'1,3/100.000habitants. Pel que fa a la **malaltia pneumocòccia invasiva** durant el 2014 s'han diagnosticat 8 casos (TI de 10,45 casos/ 100.000 habitants).

Les altres **malalties infeccioses de declaració numèrica obligatòria**⁶ més freqüents per l'any 2014, sense considerar la grip, han estat les **enteritis i diarrees, la varicel·la i l'escarlatina**, presentant un patró similar al dels anys anteriors.

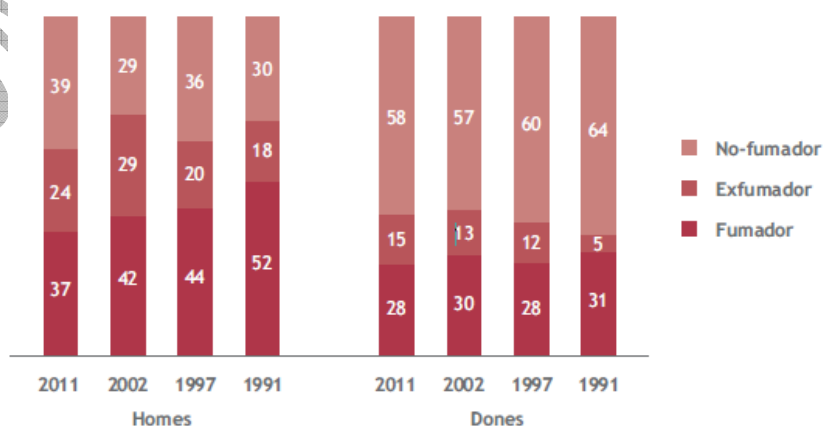
4.3 Els estils de vida

Les conductes o els estils de vida poden tenir conseqüències beneficioses o perjudicials per a la salut. Un aspecte important és el context socioeconòmic dels individus per explicar l'adopció de les conductes relacionades amb la salut, el gènere, el nivell d'estudis i la posició socioeconòmica són determinants en l'adopció d'estils de vida.

Un 16,7% dels homes i un 8,5% de les dones fan una **activitat habitual que requereix un esforç físic important**. Un 42,7% de les dones i un 40,6% dels homes declara que **camina** tots els dies 30 minuts o més. En temps de lleure, la prevalença d'activitat física saludable és del 36,6% en els homes i del 30,9% en les dones.

El **consum de tabac** habitual i ocasional ha disminuït respecte al 2002. Tanmateix, actualment el 35,2% dels homes i el 25,5% de les dones es declaren fumadors habituals. Respecte a l'entorn i els ambients carregats de fum, un 24,3% dels homes i un 13,9% de les dones tenen algun company de feina que fuma a prop seu en el seu lloc de treball, i un 39,5% dels andorrans declara que algun membre de la família fuma a casa habitualment. (Gràfic 13).

Gràfic 13. Consum de tabac segons el sexe. Enquestes 2011, 2002, 1997 i 1991. Percentatges



Font: ENSA 2011

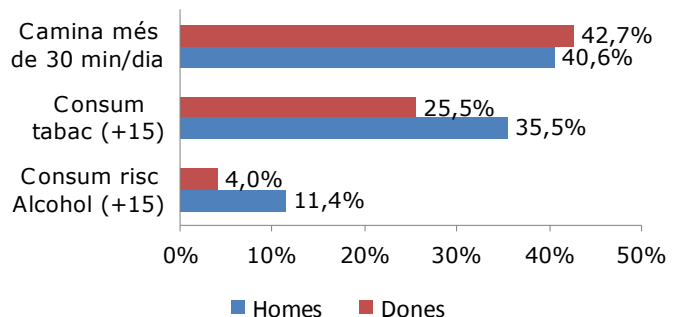
La categoria fumador i exfumador inclou tant els habituals com els ocasionals -menys d'un cigarret al dia

S'observa un lleuger augment dels **bevedors de risc** i una disminució dels abstemis en comparació amb 2002. El 7,9% de la població adulta (més de 15 anys)

⁶ Enteritis i diarrees (T.I: 2.687,3 casos per cada 100.000 hab.), la varicel·la (T.I: 257,3 casos per 100.000 hab.) i l'escarlatina (T.I: 30,2casos/100.000 hab.).

fa un consum de risc d'alcohol⁷ (11,6% els homes i 4% les dones). Cal destacar que un 3,7% de la població ha pres més de 5 consumicions seguides en una sola ocasió almenys una vegada al mes. El consum de risc més important s'observa en el grup de 15 a 34 anys tant en homes com en dones.

Gràfic 14 Estils de vida segons sexe.



Font: ENSA 2011

Segons dades de l'**Enquesta nacional sobre drogues a l'alumnat de segona ensenyança**, l'any 2008 el 73,4% dels estudiants de 14-18 anys havien consumit alcohol alguna vegada a la vida⁸ i el 63,4% els 30 dies anteriors a l'enquesta. Respecte al consum de substàncies il·legals, el 21,7% havien consumit cànnabis, el 2,5% cocaïna i el 3,7% drogues sintètiques en els darrers 30 dies.

Pel que fa a les **activitats preventives**, el 40% dels homes i el 33 % de les dones manifesten que es prenen la tensió arterial periòdicament, millorant les dades respecte el 2002. La mesura periòdica del nivell de **colesterol** a la sang és del 49% en els homes i del 46% en les dones. (Gràfic 15).

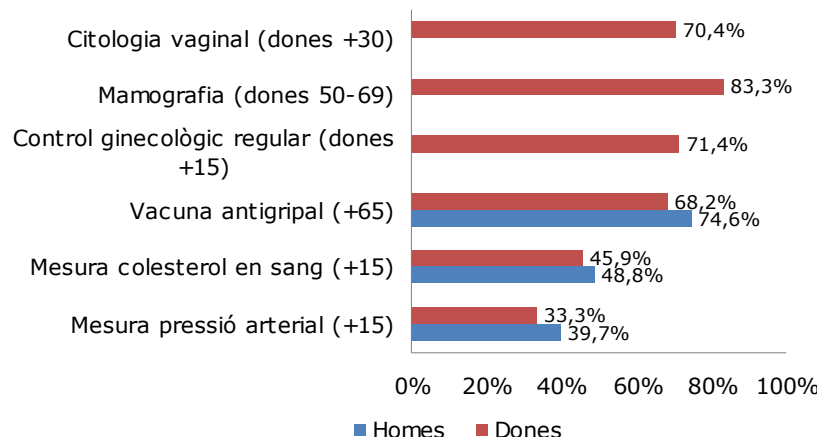
El 83,3% de les dones de 50-69 anys es fan una **mamografia** de forma periòdica (cada dos anys) i el 42,5% d'aquestes dones s'han fet la mamografia a través del Programa de detecció precoç del càncer de mama (PDPCM). El 70,4% de les dones majors de 30 anys es fan una **citologia** amb caràcter preventiu de forma regular, millorant les dades del 2002.

Segons l' ENSA 2011, el 71,5% de la població de 65 anys i més es **vacuna contra la grip** de manera regular (el 74,6% dels homes i el 68,2% de les dones).

⁷ S'ha de considerar la definició adoptada per bevedor de risc: dones que han consumit 17 unitats o més de consum setmanal i homes que han consumit 28 unitats o més de consum setmanal, o persones que han fet 5 consumicions seguides almenys un cop al mes.

⁸ Aquesta dada no inclou els que només ho han provat i no n'han tornat a beure més

Gràfic 15. Activitats Preventives de la població segons sexe

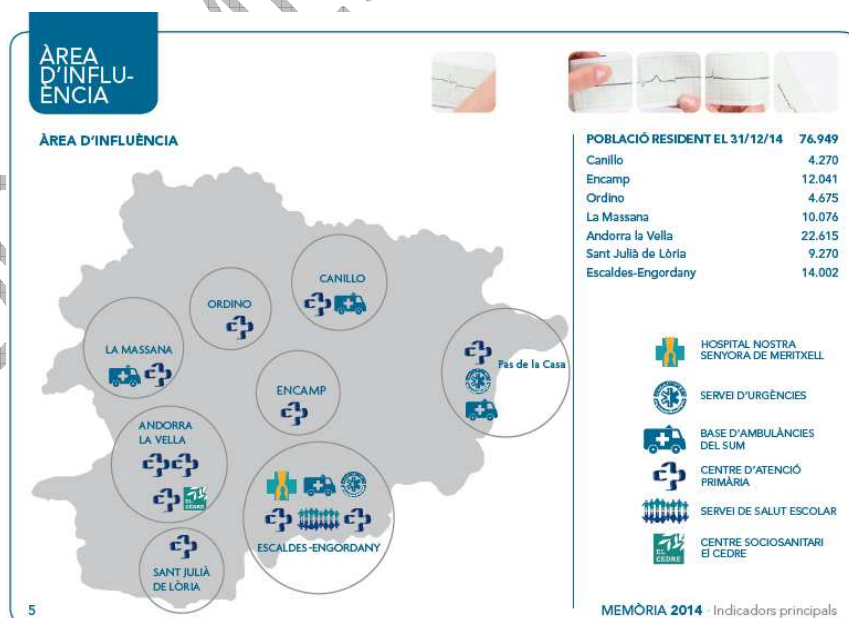


4.4 L'oferta i la utilització de serveis

En aquest apartat es vol fer una aproximació a l'oferta actual de serveis sanitaris i sociosanitaris del Principat així com els aspectes de la seva utilització en els darrers anys. El sistema sanitari i de protecció social Andorra és un sistema mixt on conviuen estructures públiques i privades, finançat segons un model de seguretat social per la CASS, i en el que el pacient gaudeix del dret a la lliure elecció, participa en una part dels costos (copagament). L'exercici professional és de lliure implantació i de lliure convenció amb el sistema públic.

OFERTA DE SERVEIS

Gràfic 16 Àrea influència del SAAS i distribució de la població i dels dispositius assistencials



Font: Memòria reduïda SAAS 2012

La població andorrana compta amb 1 Hospital, 11 centres de salut, 3 residències⁹ de gent gran amb places autònomes i assistides, 1 residència medicalitzada, 1 residència per persones amb discapacitats, 8 centres mèdics d'atenció a pistes esquí, 58 oficines de farmàcia i 7 laboratoris d'anàlisis clíniques.

L'any 2013 al Principat, l'atenció de medicina general es proveïda per **38 metges de capçalera¹⁰ (MC) convencionats amb la CASS** i 3 MC que no tenen conveni. Tots els metges d'atenció primària menys un situat al Pas de la Casa que és personal del SAAS, són liberals, i cobren per acte mèdic.

Per altra banda, hi ha **13 pediatres** convencionats que visiten a les seves consultes i/o a l'Hospital.

El SAAS té 11 centres de salut¹¹ que són atesos per **41 professionals d'infermeria, 12 treballadores socials del MSASO i 2 llevadores** i que proporcionen atenció als pacients crònics fent control i seguiment dels processos, administració de tractaments i cures. També desenvolupen activitats com ara el Programa materno-infantil (PMI), la Consulta jove, el Programa del nen sà, el Programa d'oxigenoteràpia i la gestió i l'assessorament de les ajudes socials i recursos sociosanitaris.

Per una altra part el conjunt de la població compta amb **4 treballadores familiars i una coordinadora que desenvolupen** el Programa d'atenció a domicili (PAD) que es gestionat pel SAAS amb finançament a càrrec del Govern.

L'atenció especialitzada compta amb **218 metges especialistes** repartits en 39 especialitats que treballen o bé per compte del SAAS (132) o bé de forma liberal (71) o sense conveni (15). **Altres professionals de la salut** amb que compta el sistema són: infermers (296), farmacèutics (82), fisioterapeutes (102), odontòlegs (64) i logopedes (29), entre d'altres.

Els recursos sanitaris es concentren en les parròquies de més població (Andorra la Vella, i Escaldes Engordany). Totes les parròquies tenen centre de salut amb la seva dotació d'infermeres i llevadores¹², i com a mínim es disposa la presència d'un metge de capçalera i un odontòleg a totes les parròquies. (Veure taules 4 i 5 de l'annex 1).

L'accessibilitat és una de les dimensions essencials de la qualitat de l'atenció a la salut. A Andorra, totes les persones tenen **el dret¹³** a la protecció de la salut, de

⁹ 2 privades i 1 pública

¹⁰ L'atenció als pacients la proporcionen majoritàriament els MC a la seves consultes privades (22), 10 treballant en grups de 2 a 4 en el mateix centre i 5 en dispositius on també hi ha metges especialistes.

¹¹ Existeix un centre de salut al Pas de la Casa que té un metge capçalera assalariat i les infermeres pròpies del SAAS. Per un altre part els CAPS de Canillo (1), Ordino (1) i Sant Julià (2) compten amb metge de capçalera liberal que comparteix l'espai amb les infermeres del SAAS.

¹² Són 2 llevadores d'atenció primària que realitzen la seva activitat en un sistema rotatiu entre parròquies

¹³ Article 7 de la Llei General de Salut

beneficiar-se de les actuacions de salut pública i d'assistència sanitària amb lliure elecció de professionals i serveis dintre i fora del país. No obstant això, per determinades persones l'accés es podria veure limitat pel nivell de copagament de la despesa generada al que han de fer front.

Segons l' ENSA 2011, **el 98,9% de la població andorrana té algun tipus de cobertura sanitària**. El 46% dels homes i el 50,6% de les dones estan coberts exclusivament per la CASS. A més a més, gairebé la meitat de la població (el 47% dels homes i el 44,7% de les dones) tenen una **dobla cobertura**¹⁴ (proporció que s'ha doblat respecte de 2002).

El 5% de la població enquestada a l' ENSA 2011 declara no haver consultat els serveis sanitaris davant d'un problema que requeria atenció urgent. Entre els motius s'assenyalen no perdre hores de treball, que els hi han donat hora de visita per més endavant i per problemes econòmics. Segons l'informe "*Avaluació de l'estructura i la prestació d'atenció primària del Principat d'Andorra*" de l' OMS 2014, un 11% declara no haver consultat al seu metge de capçalera per raons econòmiques.

Pel que fa a d'altres components de l'accessibilitat, **el temps d'accés** als diferents dispositius assistencials és inferior a 30 minuts¹⁵ amb els mitjans habituals de locomoció i es compta amb diferents dispositius per al transport sanitari urgent.

Quant al **temps d'espera** per rebre visita un cop sol·licitada, segons l'ENSA 2011, el 60% de la població declara que el temps d'espera per a l'especialista va ser inferior o igual a 7 dies i un 16% declara que els van atendre el mateix dia o al dia següent. Aproximadament el 57% declaren que si la consulta del metge de capçalera està oberta el visiten en el mateix dia. Pel que fa a l'atenció d'infermeria el 65% declaren que els visiten durant el mateix dia.

Segons les dades de l'ENSA 2011, el 90% de la població té un **metge de capçalera de referència**. El 74,5% de la població de més de 14 anys ha estat atès pel metge general almenys una vegada en el darrer any. 9 de cada 10 persones quan tenen un problema de salut van al seu metge de capçalera abans d'anar a un altre lloc i d'aquests la meitat fa 10 anys que té el mateix metge. Tanmateix 7 de cada 10 ciutadans declara que no té un **centre d'atenció primària d'infermeria** de referència. Solament el 10,1% declara haver estat atesa per un professional d'infermeria durant el darrer any.

UTILITZACIÓ DELS SERVEIS

L'activitat dels metges de capçalera és bastant estable, la de pediatria augmenta lleugerament mentre que l'activitat a domicili ha disminuït. L'any 2014 el total de **visites de medicina general** (incloent les visites al domicili) va ser de **88.691**

¹⁴ Entenem com a doble cobertura que disposen majoritàriament d'una assegurança complementària a la CASS

¹⁵ Excepte habitants Pas de la Casa

visites. Existeix gran variabilitat entre professionals. La mitjana de visites/any realitzades per professional és de 2.608 i la mitjana de visites/dia és de 13. **Pel que fa als pediatres,** aquests van fer 35.749 visites (inclou les realitzades a l'Hospital), la mitjana de visites/any realitzades per professional és de 2.749 i la mitjana de visites/dia és de 11.

L'any 2014 l'índex de visites/habitant/any és de 1,34 en el cas de la medicina general i de 3,1 en la pediatria. (Taula 4).

Taula 4. Activitat metges capçaleres i pediatres 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	2014/2011
Contactes capçalera convencionats ¹⁶	84.252	81.721	87.977	87.702	4,09%
Contactes capçalera convencionats Domicili	1.048	1.126	1.014	989	-5,63%
Contactes pediatres convencionats (inclou visites CHA)	33.932	34.657	36.099	35.749	5,35%

Font: CASS- Departament Estadística. Només inclou activitat realitzada (C) per metges convencionats per la CASS (no inclou metge assalariat SAAS).

L'activitat d'atenció primària depenent del SAAS és considera bastant estable. L'any 2014 es van produir 118.528 contactes d'infermeria en total, als quals se sumen 4.503 contactes del Programa atenció domicili PAD i 4.247 contactes amb les llevadores, això significa 2.890 visites/infermera/any (11 al dia) el que representa un rati de visites/habitant/any/professional d'infermeria de 1,67. Les visites/llevadora/any van ser 2.123 (8,4 al dia) i 1.125 les visites/treballadora. (Taula 5)

Taula 5 Centres de Salut. Activitat infermeria, llevadores i treballadores familiars 2011-2014

	2011[1]	2012	2013	2014
N contactes Infermeria al CS	99.414	101.969	102.480	104.975
N contactes Infermeria dom	9.655	9.043	7.107	13.553
N contactes Infermeria CHA	76	58	57	34
N contactes Infermeria Escoles			72	223
PAD-Treballadora Familiar (4)	2.871	3.911	4.239	4.503
N contactes Llevadora al CS	766	1.594	4.283	3.719
N contactes Llevadora dom	128	339	19	14
N contactes Llevadora CHA	264	651	542	514
N contactes Llevadora Tfn	154	558	62	0

Font: SAAS. El registre de l'activitat de primària del 2011 pot no ser exacte per canvi de Sistema de Registre.

¹⁶ A l'any 2011 es registren a la CASS 3.650 contactes de metge capçalera com a visita de especialista CS, al 2012 3.065 al 2013 2215 i al 2014 452. Aquests contactes no s'han inclòs a la taula d'activitat de primària

En relació a **diferents atributs de l'atenció primària a Andorra** i seguint els resultats de l'estudi¹⁷ realitzat per l'organització Mundial de la Salut (OMS) "Avaluació de l'estructura i la prestació d'atenció primària al Principat d'Andorra" a l'any 2013 destaca:

ATRIBUTS ATENCIÓ PRIMÀRIA

Respecte a la **governança**: Els metges de capçalera no tenen la posició de *porta d'entrada* del sistema.

En relació als **recursos humans**: Sis del total de metges de capçalera declaren tenir l'especialització en medicina familiar. És molt poc freqüent que al consultori del capçalera hi treballi un professional d'infermeria.

Pel que fa a la **provisió del servei**:

- **L'accessibilitat** al metge de capçalera és satisfactòria¹⁸ i la **càrrega de treball** es mou entre 14-18 visites al dia, treballen una mitja de 37,4 hores/setmana i la durada mitja d'una consulta és de 25 minuts.
- En referència a la **coordinació**:
 - Els metges de capçalera declaren tenir bona connexió amb els metges especialistes.
 - **L'atenció primària està fragmentada entre els capçaleres liberals i les infermeres del SAAS**:
 - Els 50% dels metges de capçalera fan reunions¹⁹ amb altres capçaleres, un 30% es reuneix amb infermeres dels centres d'atenció primària del SAAS i un 17% amb els treballadors socials.
 - Un 20% de les infermeres afirmen fer reunions amb metges de capçaleres, un 85% amb d'altres infermeres, un 22% amb llevadores i un 28% ho fan amb treballadors socials
- **L'orientació comunitària és baixa**: el 8% dels metges de capçalera i el 13% de les infermeres afirmen tenir contacte amb les autoritats locals, el 8% dels metges i el 33% de les infermeres afirmen tenir contacte amb els treballadors socials i el 4% dels metges de capçalera afirmen tenir contacte amb el professorat.
- En referència a la **continuitat i la comunicació**:
 - Els metges de capçalera declaren que utilitzen la **història clínica** per a tots els contactes (92%), en el cas de les infermeres aquest percentatge baixa fins a 75%.
- En referència a la **cartera de serveis**, es detecta la possibilitat d'ampliar els serveis oferts pel metge de capçalera especialment pel que fa als procediments mèdics (per

¹⁷ Basat en enquestes a 26 metges capçaleres, 41 infermeres dels centres d'atenció Primària i a 390 pacients

¹⁸ Visita en el mateix dia en el 96,2% de les vegades

¹⁹ Reunió cara a cara com a mínim un cop al mes

exemple cirurgia menor) i al cribratge i accions de prevenció.

- o Respecte a la implicació dels **capçaleres en les activitats de salut pública**, un 80% declara fer la vacunació contra la grip per grups d'alt risc i fer intervencions per l'abandonament del tabaquisme, un 70% declaren fer atenció domiciliària a la gent gran o a malalts crònics i participar en la detecció del càncer de mama.
- o Pel que fa a **l'infermeria** aproximadament el 90% declaren alta implicació en vigilància rutinària contra la grip, vacunació infants, administració de tractaments parenterals, detecció de problemes de consum de drogues i seguiment de pacients hipertensos o amb sobrepès o obesitat.
- En referència a la **qualitat de serveis**, menys de la meitat dels metges de capçalera i un 60% dels infermers declaren utilitzar sovint guies de pràctica clínica. L'existència de fulls de reclamació pels usuaris és desigual, sent baix a les consultes dels metges de capçalera (19%) i generalitzat en els centre de salut (95%). Respecte a l'ús d'enquestes de satisfacció als seus usuaris és molt baix (8%) en el cas dels capçaleres. Pel que fa a la **satisfacció dels usuaris**, el 82% dels pacients afirmen que després de fer una visita amb el seu metge de capçalera gestionen millor el seu problema de salut.

En relació a **l'activitat d'Hospitalització**, segons l' ENSA 2011, el 15,2% de la població adulta declara que **ha estat hospitalitzada** com a mínim una nit en l'any anterior. Andorra és el lloc d'hospitalització en 8 de cada 10 casos.

L'Hospital Ntra. Sra. de Meritxell (HSNM), l'any 2014 va fer **8.033 altes**, de les quals 1.429 de la Unitat de cirurgia sense ingrés UCSI. El total d'estades va ser de 33.819, l'estada mitjana va ser de 4,2 dies i l'índex d'ocupació de 63,7%. Entre els anys 2011-2014 s'observa una **estabilitat en les altes totals** i un increment notable del 23% en les altes UCSI. La estada mitjana passa de 4,69 al 4,2 i per tant les estades totals s'han reduït en quasi un 10%. Per una altre banda l'índex d'ocupació s'ha reduït en un 8%. (Taula 6)

Taula 6. Evolutiu activitat HNSM 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Altes Totals	7975	8036	8038	8033	0,73%
Altes UCSI	1161	1156	1276	1429	23,08%
Estades	37402	36562	37791	33819	-9,58%
Estada Mitjana	4,69	4,55	4,7	4,2	-10,45%
Índex Ocupació	69,30%	64,90%	61,70%	63,72%	-8,05%

Font: SAAS

Pel que respecta a **l'activitat dels serveis de medicina interna i especialitats mèdiques**, l'any 2014, el nombre d'altes va ser de 1.518: un 61% al servei de medicina interna, un 23,6% al de pneumologia, un 11% al de cardiologia, un 3,3% al de nefrologia, un 0,5% a reumatologia i la resta al servei de dermatologia. La

tendència mostra un augment del 54% en les altes del servei de nefrologia, un 7% en medicina interna i una davallada del 38% en cardiologia i aproximadament un 5% en pneumologia. En referència a la estada mitjana global s'observa una disminució passant de 8,7 dies al 2011 a 7,5 al 2014. (Veure taula 6 Annex 2)

En referència a les **proves funcionals dels serveis mèdics**, destaquen l'any 2014 el volum les endoscòpies, espirometries, pletismografies i les proves d'esforç. Respecte a l'evolució en el temps destaca l'increment d'un 135% en les polisomnografies convencionals i d'un 20% de les endoscòpies. (Veure taula 7 Annex 2)

Les **consultes externes d'oncohematologia** presenten un 72% d'increment de l'any 2011 al 2014, destacant un augment d'un 94% de les consultes d'oncologia. (Veure taula 8 Annex 2)

L'activitat de l'àrea quirúrgic obstètrica a l'any 2014, deixant a banda les intervencions, va ser de 572 parts (20% menys que al 2011), 1.574 tractaments de quimioteràpia (5,7% més que al 2011), 339 tractaments del dolor (1,5% més que al 2011) i 1.457 intervencions a l'Hospital de dia (8% menys que al 2011).

De les 4.322 intervencions realitzades l'any 2014, el 30% de les intervencions varen ser de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia (COT), seguides pel 19,9% de cirurgia general, el 11,7% de ginecologia i el 10,7% de otorinolaringologia (ORL). S'observa un creixement en els següents serveis: 61,8% en ORL, un 53% en anestesia i reanimació i un 7,6 en urologia. Destaca la baixada d'un 18% de l'activitat de COT i el 12,5% de ginecologia (Veure taules 9 i 10 Annex 2)

En el període 2011-2014 pel que fa a la cirurgia **sense ingrés CSI** destaca l'increment de ORL (de 5,1% al 19,2%) i cirurgia general (de 6,2% a 9,9%). Per una altra part s'observen reduccions en l'activitat sense ingrés en obstetrícia (-100%) cardiologia (-97%), urologia (-57%), ginecologia (-43%) i COT (-16%). La taxa CSI més elevada s'observa en oftalmologia (98,9%). (Taula 7).

Taula 7.
Evolució % de cirurgia sense Ingrés 2011-2014 per serveis

Descripció servei	TAXA CIRURGIA SENSE INGRÉS				
	2011	2012	2013	2014	2011-2014
C. General	6,20%	7,20%	7,90%	9,94%	60,32%
COT	29,90%	37,80%	40,00%	24,83%	-16,96%
Cardiologia	53,80%	30,40%	7,10%	1,18%	-97,81%
Ginecologia	76,60%	72,80%	73,20%	43,15%	-43,67%
Obstetrícia	33,30%	100,00%	0,00%	0,00%	-100,00%
Oftalmologia	97,90%	88,10%	97,00%	98,99%	1,11%
ORL	5,10%	15,40%	12,90%	19,28%	278,04%
Urologia	29,10%	34,50%	42,10%	12,42%	-57,32%

Font: SAAS

Entre el top 20 dels diagnòstics més freqüents, deixant de banda els parts, destaquen: cataractes, litiasis renal i ureteral, artroscòpia de genoll, tendinitis-bursitis-sinovitis, colelitiasis., bronquitis i bronquiolitis agudes, síndrome del túnel carpià, hernies inguinals, pneumònies. (Taula 8).

Taula 8. Diagnòstics més freqüents "top 20" HNSM. Any 2014

DIAGNÒSTICS 2014 HNSM	Nombre	%	% acumulat
PARTS	572	7,12%	7,12%
CATARACTES	349	4,34%	11,46%
LITIASIS RENAL I URETERAL	165	2,05%	13,52%
ARTROSCOPIA DE GENOLL	161	2,00%	15,52%
TENDINITIS-BURSITIS-SINOVITIS	152	1,89%	17,42%
COLELITIASIS	130	1,62%	19,03%
BRONQ I BRONQUIOLITIS AGUDES	126	1,57%	20,60%
S. DE TUNEL CARPIÀ	111	1,38%	21,98%
HERNIA INGUINAL	107	1,33%	23,32%
NEUMONIA	107	1,33%	24,65%
AMIGDALECTOMIES	91	1,13%	25,78%
INFART AGUT DE MIOCARDI	83	1,03%	26,81%
APENDICITIS AGUDA	77	0,96%	27,77%
FRAC TIBIA-PERONE	74	0,92%	28,69%
FRACTURA COLL DE FEMUR	71	0,88%	29,58%
MIOMA	70	0,87%	30,45%
INSUF CARDIACA	69	0,86%	31,31%
HERNIES ABDOMINALS	58	0,72%	32,03%
VARIUS EEII	41	0,51%	32,54%
FRACTURA DE CUBIT I RADI	41	0,51%	33,05%

Font: SAAS

L'hospital de dia compta amb una Unitat de cirurgia sense ingrés (UCSI) que realitza tractaments ambulatoris i exploracions funcionals. L'activitat de la UCSI ha crescut entre el 2011 i el 2014 en un 17%. L'activitat principalment inclou intervencions d'oftalmologia, COT i ginecologia. Pel que fa a l'evolució dels tractaments destaca el creixement d'un 50% de la cirurgia menor realitzada a l'hospital de dia. En l'anàlisi de les exploracions funcionals a l'any 2014 destaca l'increment de fibrogastroscoopies (16,7%), fibrocolonoscòpies (18,6%) i fibrobroncoscòpies (14,2%) i la caiguda d'activitat pel que fa a angiografies (-68,7%) i el laser oftalmològic (-39,9%). (Veure taules 11 i 12 de l'annex 2).

En referència a l'activitat de **cures intensives**, l'any 2014 es van fer 322 ingressos i 1.814 estades amb un disminució del 18% de l'estada mitjana en el període estudiat (Veure taula 13, annex 2).

L'any 2014 **el servei de Farmàcia** va fer 681.160 dispensacions i l'anàlisi de la tendència 2011-2014 mostra que cauen un 23% les actuacions de farmacovigilància i un 78% la resolució de consultes de farmacoteràpia, un 16% les

intervencions de farmàcia clínica. S'observa un creixement del 130% pel que fa a les dispensacions extrahospitalàries i un 100% les nutricions parenterals i les valoracions nutricionals (Veure taula 14, annex 2).

El servei de **proves diagnòstiques per la imatge** va fer 61.309 exploracions l'any 2014 que suposa un 16% més que en l'any 2011; destacant l'increment (2011-2014) de les mamografies en un 27% i els TC en un 25%. (Veure taula 15, annex 2). Si s'analitza l'activitat del **laboratori clínic** es pot veure que l'activitat se centra en les proves ambulatories i d'urgències del propi Hospital. El creixement més elevat (98%) correspon a les analítiques del sociosanitari i destaca també el creixement en les àrees d'urgències i les analítiques d'hospitalització (Veure taula 16, annex 2). L'activitat del **servei d'anatomia patològica** ha augmentat notablement, (12% d'increment 2011-2015) principalment per l'augment dels estudis clínics necroscòpics, biòpsies i citologies generals. (Veure taula 17, annex 2).

Pel que respecta a l'activitat del **servei de rehabilitació**, destaca el pes de l'activitat a pacients ambulatoris (aproximadament el 80% de les sessions). L'any 2013 aproximadament el 40% de les sessions van ser de cinesiteràpia, el 18% de teràpia ocupacional i el 22% d'electroteràpia (Veure taules 18 i 19, annex 2).

En referència a l'activitat dels **treballadors socials** durant l'any 2014 van atendre a 491 persones (33 urgències) generant 1.394 demandes, principalment valoracions sociofamiliars o assessorament sobre centres/ temes sociosanitaris i socials. La meitat de les demandes varen correspondre a malalties degeneratives cròniques, pèrdua d'autonomia o malaltia oncològica.

L'enquesta de **satisfacció dels pacients hospitalitzats** (*Memòria de Relacions i Serveis Externs SAAS 2014*) mostra una baixa taxa de resposta (9%). El percentatge de **satisfacció (molt bona o bona) amb l'atenció mèdica i infermeria se situa al voltant del 96%**, amb el temps d'ingrés (93%), la valoració del servei de neteja i de restauració és del 84%. Sent la valoració de l'atenció hospitalària global d'un 96%. En referència a les **queixes rebudes** es van registrar 85 queixes (1% de les altes), destacant el pes de les queixes en el servei d'urgències i en traumatologia. Per una altra banda destaca el nombre de queixes en referència a la dificultat per contactar amb les consultes externes de l'hospital per demanar cita i la puntualitat en el servei.

En relació a diferents dimensions de la **qualitat assistencial** i segons l'informe de IASIST "Anàlisi Evolutiu 2010-2014 Hospital Ntra. Sra. de Meritxell - SAAS" (Taula 9):

- ❑ La **taxa de cesàries** malgrat en el darrer any s'ha disminuït del 40% al 36 %, no podem perdre de vista la OMS recomana valors entre el 14% i el 16%.
- ❑ Reducció d'un 3,2% de **l'activitat d'hospitalització convencional a favor d'un increment del 6,1 % de la CSI** que obté un índex d'ambulatorització quirúrgica del 0,78, es a dir amb un recorregut de millora del 22%.
- ❑ **L'IMAR es redueix del 0,82 al 0,69.**
- ❑ **L'IRAR obté un resultat favorable** amb un menor índex del 1%, però ha pujat respecte del 2013 i la major contribució es concentra en els casos d'esofagitis, gastroenteritis i dolor abdominal amb edat > 17 anys, càlcul urinari i patologia mèdica de columna vertebral.
- ❑ L'ambulatorització quirúrgica de Cirurgia Plàstica, Ginecologia i Oftalmologia **es excel·lent.**
- ❑ La **complexitat de la casuística atesa ha pujat un 3,6%** en 2014 respecte de 2013.
- ❑ La raó de diagnòstics per alta es de 0,90, per tant **tenim un recorregut de millora en exhaustivitat del informe d'alta del 10%.**
- ❑ En quant a la **gestió d'estades hi ha un excés del 4%** (peer) i 45% (benchmarck) amb una major contribució dels processos mèdics urgents. La major contribució es troba en el grup de **pacients amb trastorns respiratoris.**
- ❑ **L'estada preoperatoria redueix l'excés del 155% al 94%.** L'impacte desfavorable mes destacat es troba en el grup de processos programats de Cirurgia General y Digestiva y Ginecologia.
- ❑ El procés amb mes recorregut de millora en l'ambulatorització quirúrgica es troba en la **retirada de material d'osteosíntesi. A continuació les hernies inguinals i la lligadura i extracció venosa.**
- ❑ **L'ICAR obté un excés del 12% i ha pujat respecte del 2013 amb 17 casos mes observats respecte dels esperats.**

Taula 9. Indicadors de qualitat. Hospital Ntra. Sra. De Meritxell. Període 2011-2014-IAMETRICS.

	2011	2012	2013	2014
Complexitat				
Pes relatiu hospitalització	0,81	0,83	0,85	0,8765
Eficiència- Gestió d'estades				
Estada Mitjana	5,6	5,32	4,87	5,09
IEAR Bench	1,7	1,61	1,46	1,45
IEAR Peer	1,22	1,14	1,04	1,03
Adequació -CSI				
Taxa bruta de substitució	38,90%	39,20%	42,30%	46,7%
Qualitat				
Mortalitat				
Taxa bruta de mortalitat	1,40%	1,80%	1,20%	1%
IMAR	1,08	1,33	0,82	0,6898
Complicacions				

Taxa bruta de complicacions	2,00%	2,30%	2,50%	3,10%
ICAR	0,9	0,96	1	1,1222
Readmissions				
Taxa bruta de readmissions	3,90%	3,80%	3,00%	3,70%
IRAR	1,1	1,08	0,83	0,9905

Interpretació: Índex>1:esdeveniments observats superiors als esperats; Índex=1:esdeveniments observats igual als esperats; Índex<1:esdeveniments observats inferiors als esperats

Font: Anàlisi evolutiu 2010-2014 Hospital Nostra Senyora de Meritxell-SAAS-IAMETRICS abril 2015

Pel que fa a **les visites a metges especialistes en règim ambulatori**, segons l' ENSA 2011 el 93% declara haver anat a un especialista d'Andorra. Per una altra banda, al voltant 47% dels homes i el 53% de les dones declaren que és decisió pròpia el fet d'acudir a l'especialista. El 42% de la població que ha anat al especialista ho ha fet per indicació del metge de capçalera.

Taula 10. Activitat metges especialistes liberals (no SAAS) 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	2014/2011
Metges especialistes Liberals (sense Pediatria)	98.308	98.732	103.349	105.257	7,07%

Font: CASS- Departament Estadística Govern²⁰.

Segons l'ENSA 2011, en l'any anterior, 2 de cada 10 adults haurien consultat el **servei d'urgències**, haurien utilitzat el telèfon 116 un 4,8% de la població i d'aquests el 75% varen ser derivats pel 116 al servei d'urgències de l'Hospital. Del conjunt de les urgències ateses, només un 11% havia trucat prèviament al 116.

En referència a **l'activitat del servei d'urgències del HNSM**, aquesta se situa l'any 2014 en 35.932 urgències i 3.484 ingressos des d'urgències (9,7% índex ingrés). El 57,8% de pacients van ser classificats com a nivell triatge²¹ IV o V, el que indica el pes que té la casuística de baixa complexitat atesa a les urgències del centre. L'activitat **d'urgències pediàtriques** al 2014 va ser de 10.949 casos, un 29% més que a l'any 2011 i un 77,8% de les urgències van ser dels nivells 4 i 5 de triatge. (Veure taules 20 a 23, annex 2).

Fora de l'àmbit del HSNM existeix un **servei de permanències mèdiques** (SPM) de guàrdia els caps de setmana i festius de 9 a 13 h. i de 15 a 20 h. Destaca la baixa utilització: a l'any 2013 va ser utilitzat per 698 persones.

²⁰ Només inclou activitat realitzada pels següents metges especialistes convencionats per la CASS no SAAS: Urologia, traumatologia, reumatologia, rehabilitació, psiquiatria, pneumologia, ORL, oftalmologia, neurologia, nefrologia, medicina interna, hematologia, ginecologia, gastro-enterologia, endocrinologia, dermatologia, cirurgia general i digestiva, cardiologia, anestesiologia i reanimació i al·lèrgologia. S'han comptabilitat les Cs de totes les especialitats i les K depurades de les següents especialitats: traumatologia, reumatologia, pneumologia, ORL, oftalmologia, neurologia, ginecologia, gastro-enterologia, cardiologia i al·lèrgologia i les Q de dermatologia.

²¹ Nivells de triatge MAT: I: requereixen ressuscitació, amb risc vital immediat; II: emergències o molt urgents de risc vital previsible, la resolució de les quals depèn radicalment del temps; III: urgència, de potencial risc vital; IV: menor urgència, potencialment complexes, però sense risc vital potencial i V: no urgents, que permeten una demora en l'atenció o poden ser programades, sense risc per al pacient.

Per raons geogràfiques i per la estacionalitat els habitants del **Pas de la Casa** disposen de serveis assistencials específics. Pel que fa a l'activitat de l'únic **metge de capçalera assalariat del SAAS** a l'any 2014 va realitzar 3.140 visites al 2014, el que representa 12,5 visites al dia i un increment del 7% d'activitat. Pel que fa a l'**atenció d'infermeria** es varen realitzar 2.484 visites (un 23% menys que al 2011). Durant l'any 2014, es van visitar al **Servei d'Urgències del Pas de la Casa** un total de 1.404 pacients, una disminució del 5% en el període estudiat. (Veure taula 24, annex 2).

Pel que fa a l'activitat del **Serveis de Salut Mental (SSM)** en l'àmbit de les **consultes externes**, destaca l'increment d'un 15% de les consultes al psicòleg i de les visites de psiquiatria a Hospital de dia (32%), encara que cauen un 20% les primeres visites de psiquiatria. Per altra part, les visites de psicologia infantil que s'incrementen en un 7% malgrat les primeres visites baixen quasi un 40% (2011-2014).

En el període 2011-2013²² l'activitat de l'hospital de dia ha augmentat un 6% mentre que l'activitat del centre de dia i l'hospital de dia infantojuvenil presenten una tendència estable. La **unitat d'hospitalització de salut mental** presenta una reducció del 8% en el numero d'ingressos mentre que el numero d'estades es redueix un 10% (1.671 al 2012). (Veure taules 25 a 27 annex 2).

La **Unitat de Conductes Addictives (UCA)** realitza la seva activitat en els àmbits de consultes externes, hospital de dia i hospitalització. En l'àmbit de consultes externes, entre el 2011 i el 2014, s'observa una davallada del 24,9% en el nombre de visites. Pel que fa a les activitats grupals, les dedicades al l'alcoholisme presenten una caiguda del 13%, mentre que s'observa un creixement pel que fa a les activitats del grup de tabaquisme. En l'hospital de dia, les principals activitats són les teràpies grupals que pugen un 20% (4.924 al 2014). Destaca de l'activitat d'hospitalització UCA que entre 2011 i 2014 la caiguda en un 10% el nombre de pacients ingressats i un 47% en les estades. (Veure taules 28 a 30 annex 2).

Altres recursos del SAAS²³: i) Servei Informació al viatger, ii) Servei Salut Escolar, iii) Transport Sanitari- i iv) Servei Revisions mèdiques.

Pel que fa a l'**atenció sociosanitària**, el Govern va aprovar el Pla Nacional de Serveis Socials (1995) i el Pla Nacional d'Atenció Social (2008-2011), paral·lelament, els comuns van anar desenvolupant serveis i equipaments de proximitat per donar resposta a les necessitats socials de cada parròquia. Tot aquest conjunt de plans i actuacions **han configurat el model actual sociosanitari del país**, que en aquests moments inicia un procés de transició segons disposa la *Llei 6/2014 del 24 d'abril de serveis socials i sociosanitaris* que regula l'espai sociosanitari amb la finalitat d'orientar el sistema cap a l'**atenció integral de les persones i les famílies que tenen simultàniament problemes socials i de salut**.

²² No s'han pogut obtenir les dades del 2014

²³ Dades 2013 SAAS

En l'actualitat, la **Xarxa d'atenció sociosanitària** està composta pels serveis i els equipaments públics i privats que disposin d'autorització d'obertura i funcionament, i que compleixin les condicions establertes per reglament i/o conveni. La xarxa pública compta amb dos centres que atenen a la població amb dependència:

- ❑ **Centre Sociosanitari El Cedre (CSS El Cedre).** El centre de recent creació (2009) compta amb una capacitat total de 120 places residencials i 26 de centre de dia. Pel que fa a la morbiditat dels usuaris; les persones amb algun tipus de demència van suposar quasi la meitat del total dels residents, seguides per les que pateixen de malalties cardiocirculatories, del sistema neurològic, de l'aparell respiratori i de l'aparell locomotor. El nombre d'estades a l'any 2014 van ser respir(538), temporals (82) i llarga estada (42.014). **L'hospital de dia** va fer aproximadament 6.062 estades a l'any 2014. Pel que fa a l'històric d'activitat de l'hospital de dia, el nombre d'usuaris ha crescut notablement (el 2014 hi ha 55% d'increment respecte 2011). (Veure taules 31 a 33, annex 2).
- ❑ **Clínica Geriàtrica Sant Vicens d'Enclar (CGSVE)** també acull a usuaris amb dependència; consta d'un servei de llarga estada medicalitzada (50 llits) i un centre/hospital de dia medicalitzat amb 26 places. L'any 2014 les estades 24 hores van ser 19.275 al 2011 i a l'hospital de dia 3.579.

Tant un centre com l'altre es poden utilitzar amb diferents modalitats: i) **Programa Respir:** estada al centre del resident per al descans del familiar/cuidador no superior a 30 dies l'any, ii) **Estada temporal:** estada al centre per convalsència amb l'objectiu de tornar al domicili i iii) **Llarga estada:** ingrés al centre de forma permanent sigui en règim de centre de dia o en regim residencial.

L'únic recurs residencial privat per gent gran és la **Residència Clara Rabassa** que té 60 places residencials i 15 places centre de dia. Actualment, tant els centres de la xarxa pública (CSS El Cedre i CGSVE), com l'únic recurs residencial privat estan a la màxima capacitat i amb llista d'espera.

Com a recursos de proximitat, existeixen els **serveis d'atenció a domicili.** El Programa d'atenció a domicili PAD depenent del SAAS i operatiu a totes les parròquies va atendre al 2014 32 usuaris està compost per 4 treballadores familiars i 2 auxiliars que presten els seus serveis els 7 dies de la setmana a persones amb dependència (principalment gent gran). Pel que fa als Comuns, aquests ofereixen el Servei d'Atenció a Domicili SAD a totes les parròquies excepte a Sant Julià oferint els seus serveis 5 dies a la setmana a persones amb dependència, durant l'any 2011 es van atendre 177 usuaris. També existeixen 3 empreses privades²⁴ que ofereixen serveis de suport domiciliari (treballadores familiars) a la dependència (amb horaris més amplis a demanda).

Un altre dispositiu és la **Residència Albó,** recurs residencial dirigit principalment a persones amb diversitat funcional severa, que a més ofereix també un servei d'habitatge (1 pis assistit), així com estades de respir als usuaris de l'Escola

²⁴ Cuida'm, La Grandalla i Alba Serveis
Projecte Pla Nacional de Salut 2020

especialitzada de Nostra Senyora de Meritxell²⁵ (EENSM) que no tenen família, o que no poden romandre amb ella per circumstàncies personals o familiars.

Existeixen també 6 **pisos assistits Clara Rabassa** per gent gran, 2 pisos assistits per patologies mentals (Pisos Aurora Forners) i alguns pisos del Comú d'Andorra la Vella (Casa Calones) i pisos jovial per a usuaris que necessiten de suport o amb dependència.

A destacar la tasca de la **Creu Roja Andorrana** amb múltiples suports a la dependència; transport sanitari, teleassistència, formació de cuidadors, etc i la de les múltiples associacions ciutadanes i el seu gran esforç col·laborador.

Pel que fa al **consum de medicaments**, d'acord amb els resultats de l'ENSA 2011, en la població adulta els medicaments consumits amb més freqüència són l'aspirina o similars i/o els antiinflamatoris (50,4%), seguits per les vitamines (16,7%), els indicats per al control del colesterol (12,2%) i els tranquil·litzants (8,2 %). Pel que fa a la decisió de consum dels usuaris entre els que ho han fet sense prescripció per part d'un metge, destaca: han pres medicació pel refredat (més d'un 70%), medicaments per alleujar el dolor o vitamines/minerals (més d'un 60%), antibiòtics (més d'un 5%) i tranquil·litzants o antidepressius(més d'un 4%).

Finalment, pel que fa a la percepció del funcionament del sistema, les dades de l'ENSA 2011 revelen que el 52% de la població considera que, **en general, funciona bastant bé i només calen petits canvis perquè funcioni millor.**

Segons les dades del primer semestre del 2014 de l'Observatori CRES-IEA, **el grau de satisfacció** amb els serveis sanitaris, independentment de si s'han utilitzat o no, és elevat. El 76% en el cas de l'Hospital i el 81% en el cas dels centres d'atenció primària. Aquesta valoració situa els serveis sanitaris públics en les primeres posicions del conjunt de serveis públics d'Andorra. Per una altra banda, el 54,5% de la població declara estar molt o bastant satisfet amb el funcionament de la CASS i un 32% amb els serveis socials. El mateix estudi revela que el grau de satisfacció de les persones que han utilitzat els citats serveis és encara més elevada (79,3% en el cas de l'Hospital, 95,1% pels centres de primària, un 63% en el cas de la CASS i un 60,9% pels serveis socials). En tots els àmbits, les principals causes d'insatisfacció són: la professionalitat del personal que el va atendre, temps d'espera i el tracte personal.

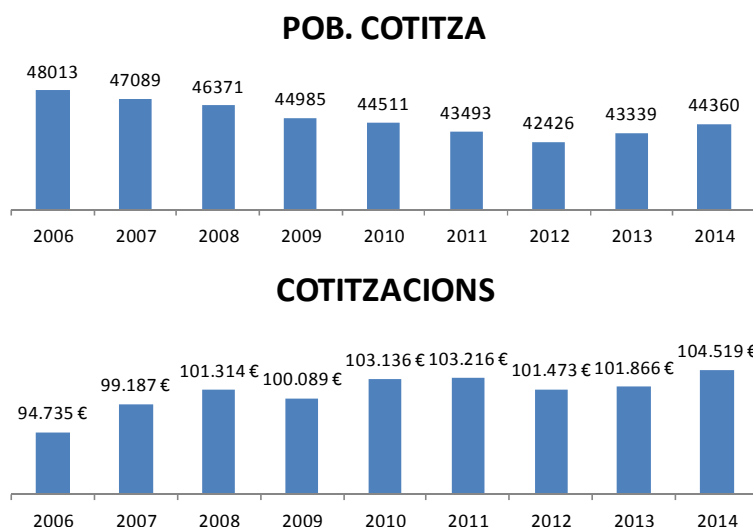
Per complementar l'estudi i en referència a l'activitat que es fa fora del Principat, l'any 2014, la CASS va autoritzar **24.963 derivacions** per actes a realitzar fora d'Andorra, destaca que una de cada quatre autoritzacions està relacionada amb el servei de cirurgia ortopèdica i traumatològica (COT).

²⁵ L'Escola Especialitzada de Nostra Sra. de Meritxell és la principal institució andorrana dedicada a oferir atenció i suport a les persones amb discapacitat

4.5 La despesa sanitària

La població que cotitza ha patit una davallada permanent durant el període 2007-2013, a partir del 2013 s'incrementa lleugerament sense arribar, però als nivells de 2006. Les cotitzacions tenen un comportament diferent a la població que cotitza, augmentant fins a un màxim de **104 M€** al 2014²⁶, motivat sobretot pels canvis legislatius que han provocat un increment progressiu de les aportacions al sistema de la seguretat social. (Gràfic 17).

Gràfic 17.
Població cotitzant
i cotitzacions a la
CASS 2005-2014

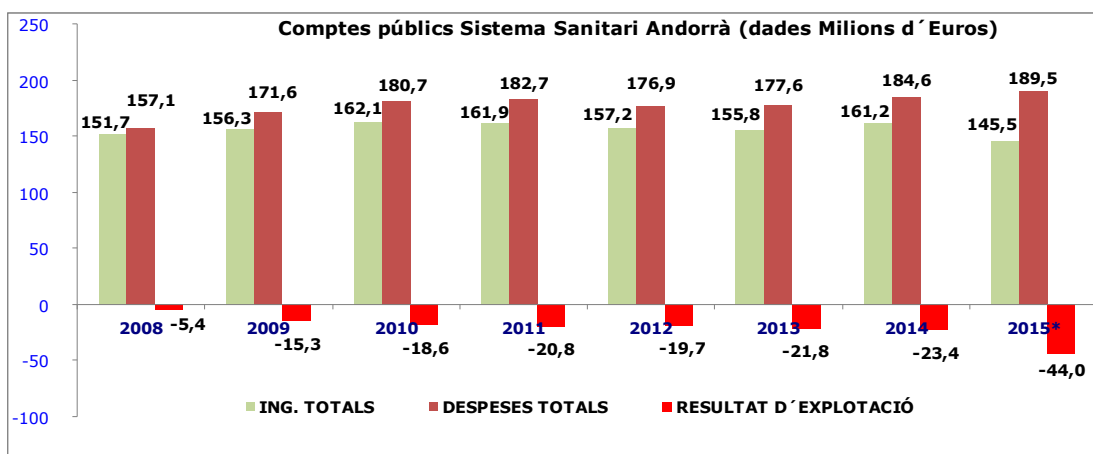


Font: Dades CASS.

Gràfic 18. Comptes públics del sistema sanitari andorrà 2008-2015 (Milions euros)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
ING. TOTALS	151,7	156,3	162,1	161,9	157,2	155,8	161,2	145,5
ING. CASS BRANCA GENERAL	103,3	101,9	105,6	104,4	103,2	103,4	105,9	90,6
TRANSF. CORRENTS SAAS	11,6	14,5	16,1	16,3	13,1	12,1	11,8	11,7
INGRESSOS PAT. SAAS	36,6	39,8	40,4	41,1	40,9	40,2	43,4	43,1
DESPESES TOTALS	157,1	171,6	180,7	182,7	176,9	177,6	184,6	189,5
REEMBORSAMENT CASS	73,7	78,6	81,1	80,0	77,8	77,0	80,3	82,1
PAGAMENT PENSIONS CASS	34,9	38,8	44,2	45,8	45,7	48,3	49,2	51,4
DESPESES CORRENTS SAAS	48,3	54,1	55,3	56,8	53,4	52,3	55,1	55,9
RESULTAT D'EXPLOTACIÓ	-5,4	-15,3	-18,6	-20,8	-19,7	-21,8	-23,4	-44,0

²⁶ Degut principalment a les cotitzacions dels afiliats autònoms i a les cotitzacions de determinats sectors productius (sector bancari, etc)

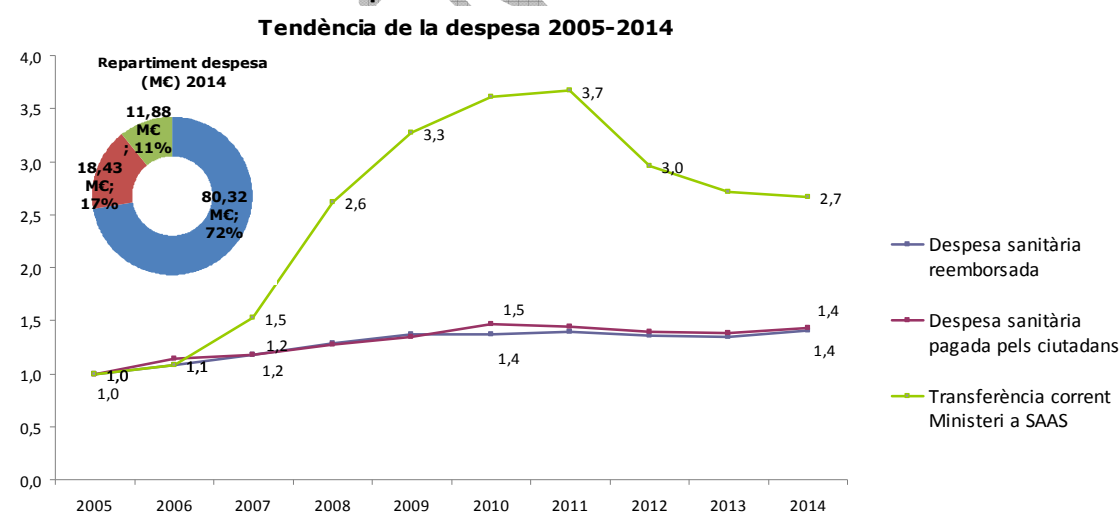


Font: Dades CASS i SAAS. * Dades CASS estimació final de 2015 del resum executiu del Pressupost 2016. Dades SAAS estimació Juliol 2015

La despesa sanitària mostra una escalada que posa en tensió el sistema i compromet la seva sostenibilitat (en 8 anys 2008-2015²⁷ el dèficit del sistema sanitari s'ha multiplicat per 8,1 (de **-5,4 M€** a **-44 M€**). A remarcar que la duplicació que s'observa entre 2014 i 2015 és principalment deguda als canvis legislatius en relació a la distribució de la proporció dels ingressos de les cotitzacions a les dues branques del sistema de seguretat social.

El compte de pèrdues i guanys del sistema dona un resultat de **dèficit anual creixent** com a resultat d'uns ingressos a la baixa i unes despeses amb una tendència constant al creixement.

Gràfic 19. Tendència de la despesa 2005-2014



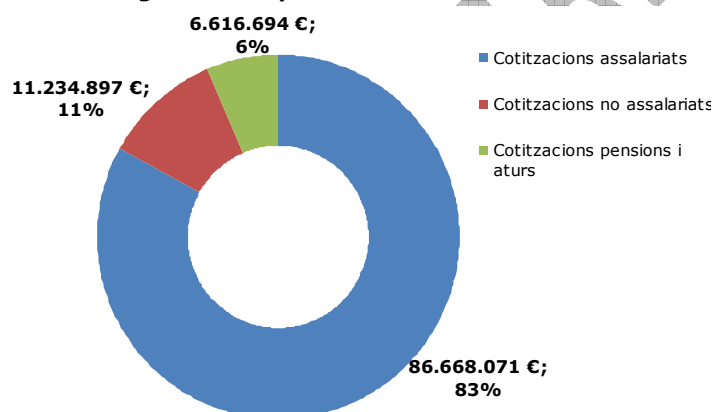
Font: Dades CASS i SAAS.

²⁷ Les dades de 2015 corresponen al resum executiu del pressupost 2016 de la CASS i a dades de l'equilibri pressupostari del SAAS a data juliol 2015.

Com es pot apreciar al gràfic 19, sobre l'evolució de la despesa del sistema entre els anys 2005 i 2014: i) **La despesa sanitària reemborsada per la CASS**: en 9 anys (2005-2014) ha evolucionat en 2 etapes. La 1ª entre el 2005 i el 2009, amb un creixement del **37%**, i una 2ª entre el 2009 i el 2014, amb una estabilització, ii) L' import de les prestacions sanitàries pagades pels ciutadans (**copagament**): en 9 anys han augmentat en un **43%** i iii) Les transferències del MSASO al SAAS: en 9 anys, han augmentat un **267%**.

Si s'analitzen les dades dels Estats Financers de la CASS 2014 la caixa va ingressar **104.519.662 €** per cotitzacions de la branca general (BG), provenint la majoria de cotitzacions dels assalariats (**83%**), seguits dels no assalariats (**11%**) i per últim les cotitzacions de pensionistes i aturs (**6%**).

Gràfic 20. Distribució dels ingressos BG per cotitzacions CASS 2014

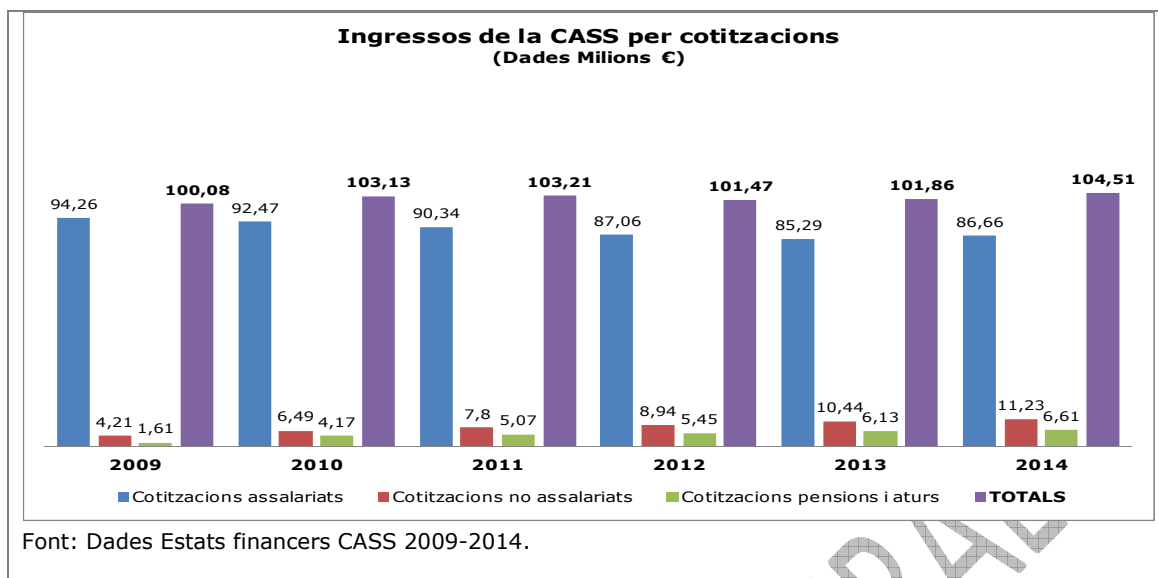


Font: Dades Estats Financers CASS 2014.

Si s'analitza l'**evolució dels ingressos per cotitzacions BG de la CASS** entre els anys 2009 i 2014 es pot veure que en el període d'estudi s'han incrementat globalment en un **4,4%** (de 100 M euros a 104,5M euros). Destaca que entre 2013 i 2014 l'increment ha estat **2,60%**.

Gràfic 21: Evolució de la distribució dels ingressos per cotitzacions BG de la CASS (2009-2014)

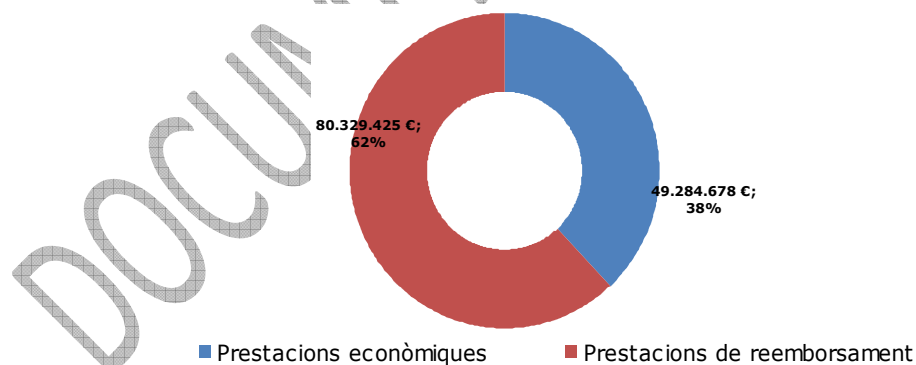
Ingressos per cotitzacions CASS	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cotitzacions assalariats	94.264.788 €	92.473.705 €	90.345.000 €	87.066.871 €	85.290.213 €	86.668.071 €
% Incr/decr anyal	0,00%	-1,90%	-2,30%	-3,63%	-2,04%	1,62%
Cotitzacions no assalariats	4.213.283 €	6.491.994 €	7.800.000 €	8.947.173 €	10.443.182 €	11.234.897 €
% Incr/decr anyal	0,00%	54,08%	20,15%	14,71%	16,72%	7,58%
Cotitzacions pensions i aturs	1.611.243 €	4.170.762 €	5.071.000 €	5.459.561 €	6.133.057 €	6.616.694 €
% Incr/decr anyal	0,00%	158,85%	21,58%	7,66%	12,34%	7,89%
TOTALS	100.089.314 €	103.136.461 €	103.216.000 €	101.473.605 €	101.866.452 €	104.519.662 €
% Incr/decr anyal	0,00%	3,04%	0,08%	-1,69%	0,39%	2,60%



Si s'analitzen l'evolució per partides, cal remarcar que les **cotitzacions dels assalariats** en el període d'estudi s'han reduït en aproximadament un 8% degut principalment a la crisi, les **cotitzacions dels no assalariats** han crescut més d'un 250% principalment per l'obligació de cotitzar dels afiliats autònoms, per últim les **cotitzacions de pensions i aturs**²⁸ s'han incrementant en un 400% degut als canvis normatius des del 2008.

En relació a les despeses de la BG CASS, globalment el 2014 han estat de **129.614.103 €** de les quals el **62%** s'ha destinat al finançament de prestacions de reemborsament i la resta (**38%**) al finançament de prestacions econòmiques

Gràfic 22. Distribució despeses BG CASS 2014



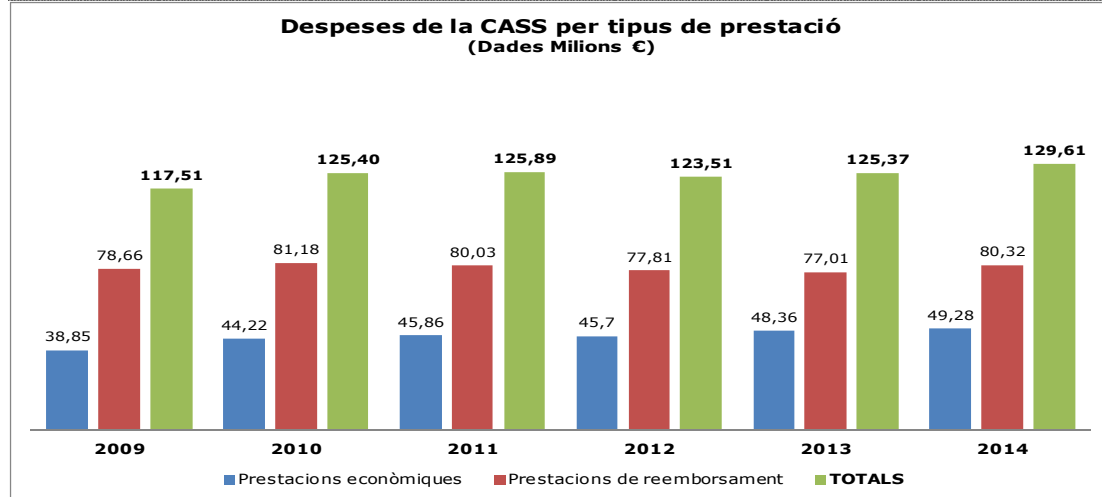
Font: Dades Estats Financers CASS 2014.

A continuació s'analitzen l'evolució durant el període 2009 a 2014 de forma global i per tipus de prestació.

²⁸ Aquestes cotitzacions són pagades pel Govern, per tant no són ingressos reals del sistema sanitari
Projecte Pla Nacional de Salut 2020

Gràfic 23: Evolució de la distribució de les despeses de la BG de la CASS (2009-2014)

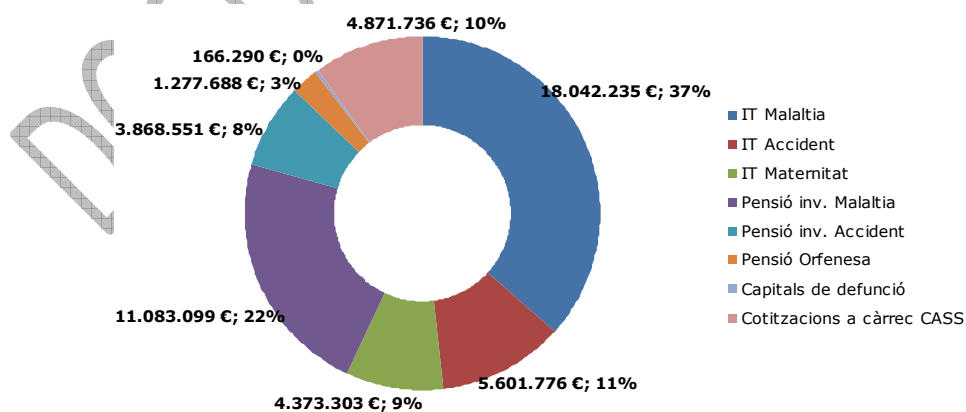
Despeses CASS	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Prestacions econòmiques	38.853.154 €	44.223.652 €	45.867.000 €	45.703.773 €	48.363.941 €	49.284.678 €
Variació % anyal	0,00%	13,82%	3,72%	-0,36%	5,82%	1,90%
Prestacions de reemborsament	78.664.407 €	81.183.222 €	80.030.000 €	77.815.032 €	77.014.558 €	80.329.425 €
Variació % anyal	0,00%	3,20%	-1,42%	-2,77%	-1,03%	4,30%
TOTALS	117.517.561 €	125.406.874 €	125.897.000 €	123.518.805 €	125.378.499 €	129.614.103 €
Variació % anyal	0,00%	6,71%	0,39%	-1,89%	1,51%	3,38%



Font: Estats financers CASS 2009-2014.

Si s'analitza la tendència en el volum de despeses de la BG de la CASS (2009 al 2014) s'observa un creixement mitjà d'un **10,3%**. Aquest increment s'explica principalment per l'augment de les prestacions econòmiques durant els dos últims anys (un **5,8%** el 2013 i un **1%** el 2014) i per l'increment de les prestacions de reemborsament (un **4,3%** entre 2013 i 2014). (Veure Taula 35 annex 2).

Gràfic 24. Despeses prestacions econòmiques CASS 2014



Font: Dades Estats Financers CASS 2014

En referència a les **despeses en prestacions econòmiques** durant l'any 2014 ocupen els primers llocs les incapacitats temporals per malaltia (**18M€**), les pensions d'invalidesa per malaltia (**11M€**) i les incapacitats temporals per accident (**5,6M€**). Les incapacitats temporals per malaltia suposen el **36,6%**, les pensions d'invalidesa per malaltia un **22,5%** i les incapacitats temporals per accident amb un **11,3%**. Aquestes tres representen més del **70,4%** de total del volum de les prestacions econòmiques.

En referència a l'evolució de les despeses de prestacions econòmiques es presenta a continuació el detall de la seva distribució:

Gràfic 25. Detall de l'evolució de la distribució de les prestacions econòmiques. CASS 2009-2014

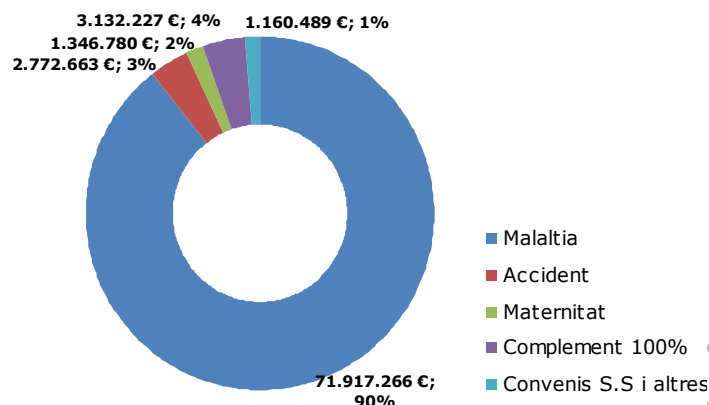
Despeses CASS	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Prestacions econòmiques CASS						
IT Malaltia	17.250.598 €	17.792.436 €	17.215.501 €	16.164.935 €	17.252.097 €	18.042.235 €
% Incr/decr anyal	0,00%	3,14%	-3,24%	-6,10%	6,73%	4,58%
IT Accident	6.019.363 €	6.578.823 €	6.142.710 €	6.042.266 €	6.517.304 €	5.601.776 €
% Incr/decr anyal	0,00%	9,29%	-6,63%	-1,64%	7,86%	-14,05%
IT Maternitat	5.203.819 €	5.485.298 €	5.586.381 €	5.082.949 €	4.557.561 €	4.373.303 €
% Incr/decr anyal	0,00%	5,41%	1,84%	-9,01%	-10,34%	-4,04%
Pensió inv. Malaltia	5.492.827 €	6.570.854 €	7.944.232 €	9.062.409 €	10.125.306 €	11.083.099 €
% Incr/decr anyal	0,00%	19,63%	20,90%	14,08%	11,73%	9,46%
Pensió inv. Accident	3.647.544 €	2.871.475 €	3.232.944 €	3.507.554 €	3.764.178 €	3.868.551 €
% Incr/decr anyal	0,00%	-21,28%	12,59%	8,49%	7,32%	2,77%
Pensió Orfenesa	0 €	1.072.234 €	1.163.335 €	1.230.538 €	1.248.218 €	1.277.688 €
% Incr/decr anyal	0,00%	n/a	8,50%	5,78%	1,44%	2,36%
Capitals de defunció	299.377 €	193.090 €	191.930 €	187.174 €	155.151 €	166.290 €
% Incr/decr anyal	0,00%	-35,50%	-0,60%	-2,48%	-17,11%	7,18%
Cotitzacions a càrrec CASS	939.934 €	3.659.442 €	4.389.824 €	4.425.944 €	4.744.124 €	4.871.736 €
% Incr/decr anyal	0,00%	289,33%	19,96%	0,82%	7,19%	2,69%
TOTALS	38.853.462 €	44.223.652 €	45.866.857 €	45.703.769 €	48.363.939 €	49.284.678 €
% Incr/decr anyal	0,00%	13,82%	3,72%	-0,36%	5,82%	1,90%

Font: Dades Estats Financers CASS 2009-2014

L'increment de les prestacions econòmiques en el període estudiat ha estat d'un **26,8%**. Del 2012 a 2013 el volum de prestacions econòmiques es va incrementar en un **5,8%** i aquest últim any un **1,9%**. Destaca que del 2013 al 2014 les incapacitats temporals per accident s'han reduït un **14,05%** i les de maternitat un **4,04%**, la resta de prestacions s'han incrementat entre un **2%** i un **9%**).(Veure Taula 34 annex 2).

En referència a les despeses en prestacions de reemborsament durant el 2014 (**80,3M€**) el primer lloc és per a les prestacions per malaltia (89,5%) amb més de **71,9** milions d'euros, seguit de les prestacions per complement del 100% amb més de **3,1M€** i les prestacions de reemborsament per accident amb més de **2,7M€**.

Gràfic 26. Despeses: prestacions reemborsament CASS 2014



Font: Dades Estats Financers CASS 2014

Pel que fa a l'evolució en el temps:

Gràfic 27. Detall de l'evolució de les prestacions de reemborsament CASS 2009-2014

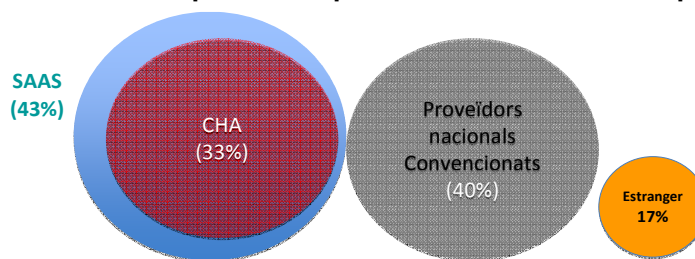
Despeses CASS	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Prestacions reemborsament CASS						
Malaltia	70.613.205 €	71.000.615 €	72.524.755 €	69.236.026 €	68.209.022 €	71.917.266 €
% Incr/decr anyal	0,00%	0,55%	2,15%	-4,53%	-1,48%	5,44%
Accident	3.795.296 €	3.853.139 €	3.501.437 €	3.259.081 €	3.260.410 €	2.772.663 €
% Incr/decr anyal	0,00%	1,52%	-9,13%	-6,92%	0,04%	-14,96%
Maternitat	1.397.280 €	1.597.661 €	1.546.894 €	1.691.420 €	1.591.517 €	1.346.780 €
% Incr/decr anyal	0,00%	14,34%	-3,18%	9,34%	-5,91%	-15,38%
Complement 100%	2.858.624 €	2.231.805 €	2.457.501 €	2.594.424 €	2.798.746 €	3.132.227 €
% Incr/decr anyal	0,00%	-21,93%	10,11%	5,57%	7,88%	11,92%
Convenis S.S i altres	0 €	2.500.341 €	0 €	1.034.078 €	1.154.860 €	1.160.489 €
% Incr/decr anyal	0,00%	n/a	-100,00%	n/a	11,68%	0,49%
TOTALS	78.664.405 €	81.183.561 €	80.030.587 €	77.815.029 €	77.014.555 €	80.329.425 €
% Incr/decr anyal	0,00%	3,20%	-1,42%	-2,77%	-1,03%	4,30%

Font: Dades Estats Financers CASS 2009-2014

L'increment de les prestacions de reemborsament en el període estudiat ha estat d'un **2,11%**. El volum total de les prestacions de reemborsament s'ha incrementat respecte del 2013 a 2014 en un **4,30%**. Destaca la reducció de les prestacions de les prestacions de reemborsament per accident (14,96%), les de maternitat (15,38%) i en canvi, les prestacions de reemborsament per malaltia s'han incrementat un 5,44% i les prestacions per complementa del 100% un 11,92%.

Respecte a la **despesa sanitària reemborsada per la CASS** i la seva distribució per països on s'efectua la provisió dels serveis segueix dominant clarament la despesa reemborsada als provisors ubicats a Andorra, amb un total de 83%. Aquest percentatge es manté al llarg del temps d'estudi i la seva distribució segons dades 2014 és la següent:

Gràfic 28. Distribució de la despesa de les prestacions reemborsament per països CASS 2014



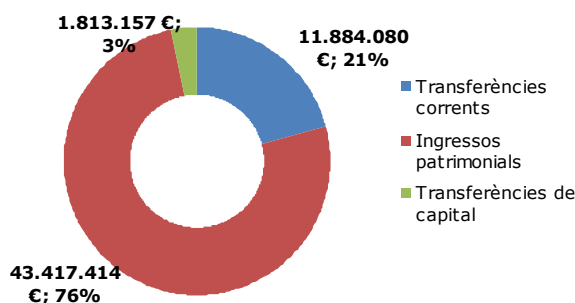
Font: Dades CASS 2014.

Si s'analitza la despesa segons els sectors públics o privats, a Andorra la despesa reemborsada es reparteix proporcionalment entre els públics i privats; a Espanya es concentra en els privats i en canvi, a França, es concentra en els proveïdors públics.

L'anàlisi del grup de prestacions amb més despesa reemborsada a Andorra mostra un comportament estable des del 2005, on les hospitalitzacions dominen la despesa, seguides de la farmàcia, anàlisi (laboratori), consulta d'atenció primària i centres especials i de llarga durada.

Si s'analitza la distribució dels ingressos del SAAS en l'any 2014, el 76% van ser per ingressos patrimonials, el 21% per transferències corrents i el 3% restant per transferències de capital.

Gràfic 29. Distribució ingressos SAAS 2014

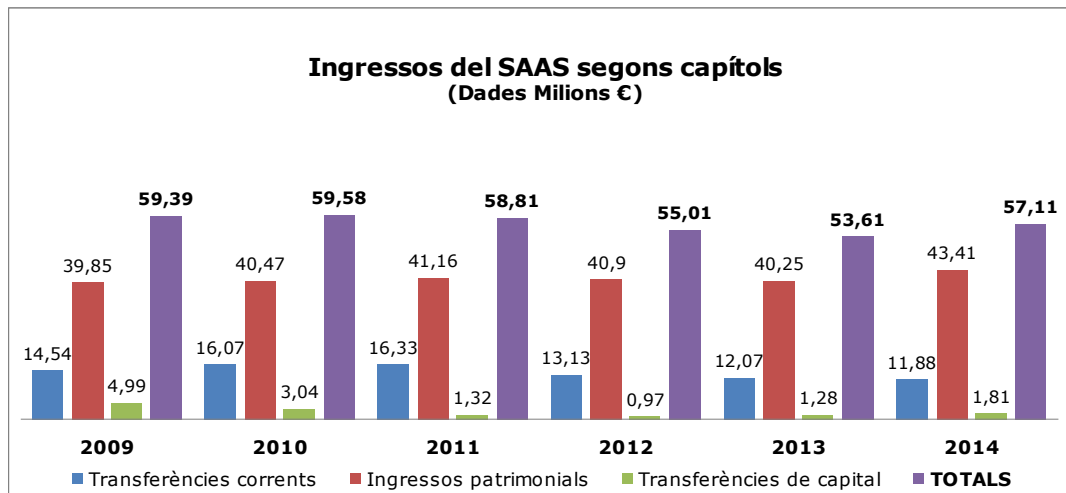


Font: Comptes anuals i liquidació pressupostaria a 31 de desembre del 2014. Data març 2015

Si s'analitza l'evolució dels ingressos totals del SAAS entre els anys 2009 i el 2014 podem veure que durant el període d'estudi s'han reduït en un **3,8%**. Destacar el canvi de tendència del darrer any quan els ingressos totals han augmentat en un **6,5%**, aquest increment està motivat principalment per les transferències de capital.

Gràfic 30. Evolució de la distribució dels ingressos SAAS (2009-2014)

Ingressos SAAS	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Transferències corrents	14.547.021 €	16.072.040 €	16.330.890 €	13.133.333 €	12.079.471 €	11.884.080 €
% incr/decr anyal	0,00%	10,48%	1,61%	-19,58%	-8,02%	-1,62%
Ingressos patrimonials	39.850.716 €	40.471.850 €	41.164.754 €	40.902.713 €	40.251.199 €	43.417.414 €
% incr/decr anyal	0,00%	1,56%	1,71%	-0,64%	-1,59%	7,87%
Transferències capital	4.995.691 €	3.042.011 €	1.320.315 €	974.567 €	1.288.118 €	1.813.157 €
% incr/decr anyal	0,00%	-39,11%	-56,60%	-26,19%	32,17%	40,76%
TOTALS	59.393.428 €	59.585.901 €	58.815.959 €	55.010.613 €	53.618.788 €	57.114.651 €
% incr/decr anyal	0,00%	0,32%	-1,29%	-6,47%	-2,53%	6,52%



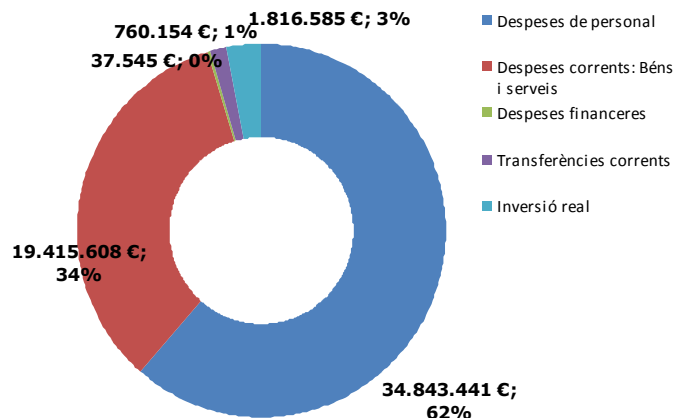
Font: Comptes anuals SAAS 2009-2014 i liquidació pressupostaria a 31 de desembre del 2014. Data març 2015

Si valorem les diferents partides en el període d'estudi, s'observa que les transferències corrents s'han reduït en un **18,3%**, els ingressos patrimonials han augmentat en un **9%** i les transferències de capital han caigut en un **63%**²⁹, malgrat que tornen a remuntar entre 2013 i 2014 (**6,5%**)

Pel que fa a la distribució de les despeses del SAAS en l'any 2014, aproximadament el **62%** van ser despeses de personal, el **34%** despeses corrents de béns i serveis i la resta despeses financeres, transferències corrents i inversions reals.

²⁹ Aquesta caiguda està motivada, entre d'altres, per les inversions destinades a finalitzar l'any 2009 el pagament de les obres de condicionament del CSS El Cedre .

Gràfic 31. Distribució despeses SAAS 2014



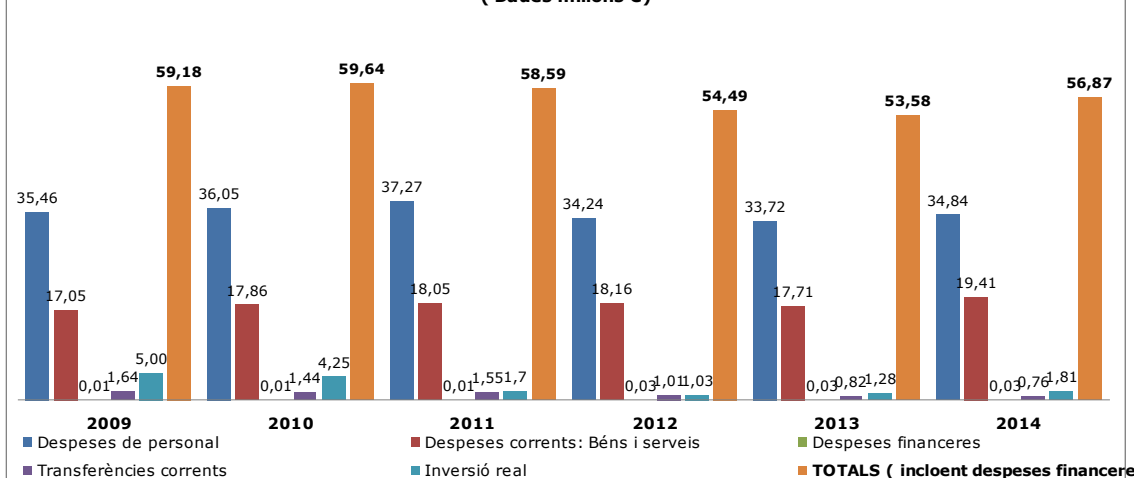
Font: Comptes anuals i liquidació pressupostaria a 31 de desembre del 2014. Data març 2015

Si es treballa l'evolució de les despeses totals del SAAS entre els anys 2009 i el 2014 podem veure que en el període en estudi s'han reduït en un **3,9%**. No obstant, les despeses han crescut un **6,1%** entre el 2013 i el 2014.

Gràfic 32. Evolució de la distribució de les despeses del SAAS (2009-2014)

Despeses SAAS	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Despeses de personal	35.465.645 €	36.058.778 €	37.276.288 €	34.243.050 €	33.729.756 €	34.843.441 €
% incr/decr anyal	0,00%	1,67%	3,38%	-8,14%	-1,50%	3,30%
D.corr: Béns i serveis	17.052.820 €	17.868.647 €	18.054.094 €	18.165.761 €	17.713.256 €	19.415.608 €
% incr/decr anyal	0,00%	4,78%	1,04%	0,62%	-2,49%	9,61%
Despeses financeres	13.279 €	13.096 €	10.548 €	31.753 €	34.836 €	37.545 €
% incr/decr anyal	0,00%	-1,38%	-19,46%	201,03%	9,71%	7,78%
Transferències corrents	1.647.078 €	1.443.038 €	1.554.989 €	1.015.708 €	824.033 €	760.154 €
% incr/decr anyal	0,00%	-12,39%	7,76%	-34,68%	-18,87%	-7,75%
Inversió real	5.005.191 €	4.257.030 €	1.700.897 €	1.037.156 €	1.288.118 €	1.816.585 €
% incr/decr anyal	0,00%	-14,95%	-60,04%	-39,02%	24,20%	41,03%
TOTAL (incl desp finan)	59.184.013 €	59.640.589 €	58.596.816 €	54.493.428 €	53.589.999 €	56.873.333 €
% incr/decr anyal	0,00%	0,77%	-1,75%	-7,00%	-1,66%	6,13%

**Despeses del SAAS segons capítols
(Dades milions €)**



Font: Comptes anuals SAAS 2009-2014 i liquidació pressupostaria (31 desembre 2014). Data març 2015

Si valorem les diferents partides durant els anys d'estudi, s'aprecia que les despeses de personal s'han reduït lleugerament en un **1,76%** tenint el seu pic més alt al 2011 (**37,2M€**), les despeses corrents han augmentat en un **13,8%**, les despeses financeres, tot i ser molt poc rellevants, han crescut en un **282%**, les despeses per transferències corrents han caigut en un **53%** i les despeses per inversions reals s'han desplomat en un **63,7%**.

DOCUMENT DE TREBALL

4.6 Els sistemes d'informació

Pel que fa a **la informació assistencial** és important remarcar que :

- ❑ L'HNSM i els 11 centres d'atenció primària tenen com a eina la HP-HCIS 3.10. Existeixen també, en diferents serveis altres programes de recollida de dades³⁰ que estan connectats mitjançant una aplicació d'integració a la HP-HCIS 3.10.
- ❑ Els professionals assalariats del SAAS malgrat tenir tots ells el permís per accedir a la HP-HCIS 3.8 no tenen obligació de fer-la servir. Pel que fa als professionals liberals acreditats al SAAS tenen dret a utilitzar la HCIS 3.8, encara que la majoria no han sol·licitat el permís d'accés (consulta i escriptura).
- ❑ En el darrer any s'ha procedit a evolucionar de a HP-HCIS 3.8 que és una eina que es basa en l'episodi cap a la HP-HCIS 3.10 que ha de permetre treballar per processos³¹. Aquesta nova versió serà la base de la futura **Història Clínica Digital d'Andorra³² (HCDA)** que serà comú per tots els provisors públics i privats (assistencials i de suport) de forma progressiva per avançar cap a un **sistema integrat d'informació sanitària** que és la base del MAAS.
- ❑ Per una altra banda existeix l'aplicació AEGERUS al CSS El Cedre. Els facultatius del centre poden accedir a la HP-HCIS 3.8 per consultar les dades assistencials dels usuaris (no els altres professionals). En sentit invers, els professionals del SAAS no poden consultar l'aplicació AEGERUS.
- ❑ Pel que fa als professionals liberals, alguns metges de capçalera utilitzen l'OMNI AP, però no són la majoria.
- ❑ En referència als registres de **l'història social dels usuaris** aquests són de caràcter molt heterogeni i no compartit entre les diferents institucions.
- ❑ El CSS El cedre només registra el diagnòstic clínic al moment de d'ingrés i no es registra cap mena de diagnòstic social.

Pel que fa a la informació de **facturació entre el SAAS i la CASS** és important remarcar que **el sistema actual de control d'activitat** és fiscalitzador comptable i que cal reduir els processos manuals i la duplictat d'informació en paper i en digital. Altre punts a millorar és la falta de comptabilitat analítica del SAAS. En aquest escenari la **Història Compartida Digital d'Andorra és també una peça clau** com a instrument per verificar i millorar els sistemes de pagament i facturació.

Pel que fa a **la informació de facturació entre els provisors no SAAS i la CASS** és important remarcar que es controla el nombre d'actes realitzats per

³⁰ Sitrem al 116, JDE a comptabilitat, RIS/PACS al servei de radiologia, Omega al laboratori, Dominion al Servei de farmàcia, Patològica al Servei d'Anatomia Patològica i Tesis al Servei de Rehabilitació

³¹ Esta previst el seu inici de funcionament el segon semestre del 2015

³² Dades clíniques i socials

aquests professionals liberals però sense rebre a canvi cap tipus d'informació clínica que seria vital per al coneixement de la situació de la salut de la població i la seva evolució i la conseqüent planificació dels recursos i serveis.

Al respecte de la informació necessària per a la **presa de decisions** per part del MSASO és important remarcar que en pivotar la majoria d'informació sobre el sistema de facturació de la CASS i no estar aquest lligat a informació assistencial, existeixen mancances d'informació que serien de gran utilitat en la planificació de recursos i el disseny d'estratègies assistencials. Pel que fa als registres d'activitat quantitativa i qualitativa dels serveis socials i sociosanitaris aquests són difícilment explotables donat la feblesa en el criteris de registre i en la disponibilitat d'eines de suport, sent necessari realitzar un esforç de millora.

4.7 La governança del sistema

La creació de la CASS a la fi dels anys seixanta es pot considerar l'origen de l'actual Sistema de Salut i Protecció Social Andorrà. Més tard, a mitjans dels vuitanta, es crea el SAAS. Fins a principis dels noranta (amb la **Llei general de sanitat**) no es crea l'òrgan de govern que ha de vetllar perquè s'asseguri el desenvolupament correcte de les funcions centrals del sistema, com són la planificació, regulació i el finançament, funcions que recauen en la Conselleria de Treball i Benestar Social (avui MSASO).

Aquest context històric ha derivat en algunes mancances pel que fa a la visió de sistema i a les regles del joc. Els agents del sistema presenten certes confusions en els seus rols i funcions que repercuteixen en el bon funcionament del mateix. Es constata que l'actuació col·lectiva i coordinada al voltant dels objectius comuns és relativament baixa. Com a principals punts febles destaquen:

- ❑ Excessiva fragmentació entre l'àmbit sanitari, el sociosanitari i el social el que dificulta la implementació d'accions coordinades i sinèrgiques que millorarien notablement la qualitat de l'atenció i l'eficiència del sistema
- ❑ Malgrat l'existència de processos de comunicació informal entre els tres agents principals del sistema (MSASO, CASS i SAAS) es troba a faltar una visió global sistèmica que sigui coneguda i compartida que disposi de canals formals i que faciliti el desplegament de les orientacions pol.
- ❑ Sistema d'informació per la presa de decisions pel que fa a la planificació, avaluació, monitorització, compra i provisió poc robust.
- ❑ Política de contractualització amb visió de sistema en procés de desenvolupament.
- ❑ Existència de processos d'anàlisi i auditories d'avaluació però no sempre s'apliquen amb rigor les seves recomanacions.
- ❑ Funció d'inspecció, vigilància i control dels provisors en procés incipient de creació.

- ❑ En alguns casos es necessari adequar la dotació de recursos humans amb capacitats específiques.
- ❑ Rendició de comptes i transparència entre els tres agents principals del sistema i de cara a la societat millorable.
- ❑ Feble participació dels professionals, associacions de pacients i ciutadans en la planificació del sistema.
- ❑ Política d'elaboració, control i seguiment pressupostari millorable als agents principals del sistema (MSASO, CASS i SAAS)

Pel que fa a la governança dels diferents agents del sistema es vol fer constar que:

- ❑ Entre d'altres, les principals recomanacions de l'auditoria MNCOSS a la CASS van orientades a reforçar la **governança** definint els papers dels quadres directius i del Consell d'Administració i afavorint el diàleg amb els treballadors. Altres mesures s'orienten a millorar la **direcció, gestió i organització**, la gestió dels **recursos humans** i assenyalen la necessitat de millorar els sistemes informàtics, la comptabilitat, la seguretat, l'àrea d'atenció a l'usuari i l'àrea jurídica.
- ❑ Pel que fa al MSASO ha desenvolupar la funció **d'inspecció vigilància i control** amb l'objectiu d'implantar procediments estandarditzats de inspecció de centres i d'avaluació de pràctiques professionals per poder mesurar i garantir la qualitat del sistema. D'altra banda ha d'enfortir la **funció d'autorització i acreditació dels centres i dels professionals sanitaris** regulant i planificant els recursos i serveis amb dret a participar del finançament públic d'acord amb les necessitats de la població i les capacitats del sistema, així com també en la **funció d'autorització d'equipaments, instal·lacions i tecnologies** per prioritzar els recursos necessaris i adequar l'oferta pública del país. El Ministeri ha de potenciar la **formació** dels professionals i gestors del sistema d'acord amb les directrius i orientacions en matèria de política sanitària i sociosanitària.
- ❑ Pel que fa al SAAS segons l'Informe de Arthur D. Little "*Nou Model de gestió per a les àrees de suport del SAAS* " del 2014 destaca que i) els processos de planificació estratègica i d'organització no s'executen de forma sistemàtica, ii) Falta de mesurament i seguiment sistemàtic d'indicadors d'activitat i qualitat i iii) És necessària una gestió global de la qualitat en àrees assistencials i no assistencials per incrementar el nivell de servei.
- ❑ En referència als provisors liberals convencionats es troba a faltar una cultura de diàleg i comunicació entre l'autoritat, la compradora i els òrgans de representació dels diferents provisors del sistema per manera a poder adequar les seves actuacions a les directrius de política sanitària i social del MSASO, en base a l'evidència disponible.

5 Principals evidències i prioritats

A continuació es mostren les principals evidències que resulten de l'anàlisi de situació realitzat.

Les principals evidències

- Major presència de la **cronicitat i de la dependència**.
- Baixa capacitat resolutiva de **l'atenció primària**.
- Predomini de l'atenció curativa episòdica molt **centrada en els especialistes i en l'hospital**.
- Predomini de la **institucionalització** en lloc de l'atenció de proximitat i integrada en la comunitat.
- **Fragmentació de l'atenció** i pèrdua de la continuïtat assistencial per manca de coordinació entre els serveis sanitaris i **entre els sanitaris i els sociosanitaris**.
- **Variabilitat significativa** de la pràctica clínica.
- La **despesa sanitària mostra una escalada** que posa en tensió el sistema i compromet la seva sostenibilitat.
- Poc desenvolupament dels **sistemes d'informació**.
- **Incipient governança** del sistema.

Evidència: Major presència de la cronicitat i de la dependència

Les malalties cròniques augmenten progressivament, són de llarga durada i un cop diagnosticades, encara que poden ser controlades, rarament es curen i sovint comporten lesions o seqüeles, anomalies estructurals i sensorials de caràcter permanent. A continuació es presenten les dades actuals de prevalença i d'impacte d'aquestes condicions en termes de dependència i de discapacitat que generen a Andorra:

Salut mental

- ❑ El 10,5% dels homes i el 21% de les dones tenen un trastorn de salut mental.
- ❑ A l'any 2012 van haver 660 aturs de treball per aquesta causa (7% del total) amb 38.962 dies de baixa (Dades CASS)

Càncer

- ❑ És la primera causa de mort en els homes i la segona en les dones.
- ❑ A l'any 2012 van haver 288 baixes laborals per aquesta causa (el 3% del total) amb 35.363 dies de baixa. (Dades CASS)
- ❑ A l'any 2012 va comportar 533 anys potencials de vida perduts (quasi el 40% del total).

Malalties de l'aparell circulatori

- ❑ Són la primera causa de mort en les dones i la segona en les homes
- ❑ L'any 2012 va suposar el 7% del total d'altres per motiu d'ingrés de l'HNSM, van haver 331 baixes laborals (el 3% del total) amb un total de 17.180 dies de baixa. (Dades CASS)
- ❑ L'any 2012 aquestes malalties van comportar 155 anys potencials de vida perduts (quasi el 12% del total).

Malalties de l'aparell respiratori

- ❑ Són la tercera causa de mort en la població del país
- ❑ A l'any 2012 van haver 1391 baixes per aquesta causa (el 14% del total) amb un total de 17.126 dies de baixa i van suposar quasi el 10% del total d'altres per motiu d'ingrés de l'HNSM.

En l'actualitat l'abordatge dels problemes de salut i de la dependència es fa generalment amb una **visió parcial que no contempla la història natural** de la malaltia sense estratègies intersectorials i multidisciplinars que generin una visió sanitària i social més global

És necessari preparar el sistema per assumir un major pes de la cronicitat i de la dependència, amb la conseqüent càrrega social i sanitària.

Prioritat: Abordatge intersectorial i multidisciplinar dels problemes de salut millorant la prevenció, la detecció precoç, el diagnòstic, el tractament i el seguiment de les malalties cròniques i de la dependència i amb una visió global de les necessitats de la persona.

Evidència: Baixa capacitat resolutiva de l'atenció primària

- ❑ L'activitat que es realitza en l'àmbit de **l'atenció primària** té un caràcter predominantment reactiu orientat a la resolució d'episodis fet que no garanteix la continuïtat assistencial.
- ❑ La **capacitat resolutiva** de l'atenció primària està per sota del que caldria esperar i això pot dificultar l'atenció de proximitat dels problemes de salut que

amb més freqüència afecten la població. L'oferta de serveis i procediments mèdics, així com les activitats de cribratge, de promoció de la salut, preventives i comunitàries ha de ser més ampla.

- ❑ L'atenció primària no actua com a porta d'entrada del sistema.

Prioritat: Augmentar la capacitat resolutiva de l'atenció primària perquè pugui atendre els problemes de salut més freqüents i realitzar el seguiment dels problemes crònics i de les situacions habituals de dependència

Evidència: Predomini de l'atenció curativa episòdica, sovint de baixa complexitat, molt centrada en els especialistes i en l'hospital

- ❑ L'activitat que es realitza en l'àmbit de **l'atenció especialitzada** té un caràcter predominantment reactiu, orientat a la resolució d'episodis, que no garanteix la **continuitat assistencial**.
- ❑ La provisió dels serveis està molt **centrada en l'hospital**. Les visites dels metges especialistes presenten una tendència al creixement i per contra **l'activitat de l'atenció primària mostra un estancament**.
- ❑ Els **nivells especialitzats atenen casos de baixa complexitat** que podrien ser atesos a **primer nivell** o en **serveis alternatius a l'hospitalització convencional**.

Evidència: Predomini de la institucionalització en lloc de l'atenció de proximitat i integrada en la comunitat

La provisió dels serveis tant sanitaris com sociosanitaris està en la seva majoria centrada en la institucionalització. És necessari el desenvolupament i l'impuls de l'atenció de proximitat integrada en la comunitat i en el domicili, fet que augmentarà la qualitat de vida dels malalts crònics.

Prioritat: Transició cap al MAAS, atenció de proximitat amb elevada resolució al primer nivell assistencial

Evidència: Fragmentació de l'atenció i pèrdua de la continuïtat assistencial per manca de coordinació entre els serveis sanitaris i entre els sanitaris i els sociosanitaris.

S'evidencia un alt grau de **fragmentació** de l'atenció que compromet el **contínuum assistencial**. Aquesta fragmentació es dona fins i tot en **l'atenció sociosanitària** i entre aquesta i l'atenció sanitària, on hi ha una manca de coordinació i de visió conjunta i transversal de les necessitats de la persona creant un entorn poc efectiu de les intervencions sobretot en els malalts crònics o dependents.

Els **mecanismes de referència i contrareferència** entre nivells i entre àmbits assistencials (sanitaris i sociosanitaris) no funcionen adequadament fet que pot comprometre l'eficiència i la qualitat de l'atenció.

La manca d'un **sistema d'informació assistencial compartit** entre els diferents provisors és un gran handicap.

Prioritat: Millora de la coordinació entre els diferents nivells d'atenció i entre l'atenció sanitària i la sociosanitària que faciliti una visió global de les necessitats de les persones

Evidència: Baix ús de protocols i de guies de pràctica clínica. Alhora, escassa estandardització de procediments (variabilitat significativa de la pràctica clínica)

La **variabilitat no desitjada en la pràctica clínica** és present³³ al primer nivell assistencial i hi ha una baixa utilització de guies de pràctica. Es constaten fragmentació i duplicitats en l'atenció per dèficits en els circuits de comunicació i de coordinació entre els professionals sanitaris i sociosanitaris.

Respecte a les dimensions de la qualitat de l'atenció de l'Hospital Nostre Senyora de Meritxell³⁴, s'identifiquen casos d'hospitalitzacions evitables i ingressos innecessaris que serien candidats a un seguiment a l'hospital de dia o atenció primària/domiciliària. S'ha de millorar en la gestió de les estades hospitalàries, en el pes que té la cirurgia sense ingrés i en l'índex de readmissions. Una línia d'avenç important es troba en pactar els criteris clínics de gestió del malalt fràgil, fer l'estabilització a urgències i seguiment a l'atenció primària en coordinació amb l'hospital de dia, atenció domiciliària, infermera gestora, treballadora social, treballadora familiar, etc.

Si bé els indicadors mostren un nivell de **satisfacció dels usuaris del sistema elevat**, els circuits per canalitzar els suggeriments i les reclamacions³⁵ i la utilització d'enquestes de satisfacció tenen una baixa implantació.

Per una altra part la funció d'inspecció i control dels provisors i de les pràctiques sanitàries, socials i sociosanitàries per part del MSASO està encara en procés de desenvolupament.

Prioritat: Sistematitzar la pràctica clínica en base a l'evidència científica, millorar els resultats del sistema en termes de salut, de qualitat, d'eficiència i de satisfacció i millorar la funció d'inspecció i control

³³ Informe OMS: Avaluació de l'estructura i la prestació d'atenció primària al Principat d'Andorra

³⁴ Dades Iasist Evolutiu HNSM 2009-2013

³⁵ El nombre de queixes de pacients sobre l'actuació dels professionals sanitaris liberals que arriben al MSASO no és significatiu.

Evidència: La despesa sanitària mostra una escalada que posa en tensió el sistema i compromet la seva sostenibilitat

En el període 2005-2014 s'ha produït **un augment** de la despesa sanitària pública reemborsada per la CASS, de l'import de les prestacions pagades pels ciutadans i de les transferències del MSASO al SAAS. Tot això, mostra un escenari d'escalada sostinguda en la despesa que afegeix tensió al sistema i pot posar en perill la seva sostenibilitat i perdurabilitat. Caldrà introduir reformes per guanyar eficiència **impulsant l'eficiència clínica com a premissa per arribar a l'eficiència econòmica**, tot preservant la qualitat de l'atenció.

Evidència: Poc desenvolupament dels sistemes d'informació

No es disposa d'un sistema d'informació assistencial (clínica i social) compartit, fet que és crucial per avançar cap a un sistema integrat d'atenció que de ben segur contribuiria en la sostenibilitat i qualitat del sistema. Pel que fa al SAAS, tot i que majoritàriament els diferents subsistemes d'informació del SAAS estan integrats entre ells, no tots els seus professionals els utilitzen sistemàticament.

La fragmentació observada en l'atenció primària (entre capçaleres, professionals d'infermeria i de treball social) es veu agreujada per la manca d'un sistema d'informació assistencial compartit. Pel que fa a l'atenció especialitzada, el mateix passa entre els metges de capçalera i els especialistes o amb l'Hospital, el CSS El Cedre, la CGSVE, les treballadores socials, etc.

No existeix tampoc la comptabilitat analítica en el principal provisor públic de serveis i tampoc s'ha desplegat el potencial d'eines de gestió i millora de la qualitat i l'accessibilitat com són la recepta electrònica, la telemedicina o la teleassistència.

Per una altra part, es troba a faltar un sistema d'informació sanitària global de gestió que aporti una visió de la situació sanitària i social del país, així com existeix potencial de millora en els sistemes d'informació propis de cada una de les institucions que són el suport de les seves funcions.

Prioritat: Desenvolupar un sistema d'informació per a la planificació, gestió i avaluació del sistema.

Prioritat: Desenvolupar i implementar la Història clínica i social compartida que permeti la integració de la informació entre els diferents provisors, garantint la continuïtat assistencial.

Evidència: Incipient governança del sistema

Es constata que l'actuació col·lectiva i coordinada al voltant dels objectius comuns és relativament baixa i l'avaluació de les actuacions no està gaire estesa. No es potencia la visió de sistema a mig i llarg termini i les regles del joc estan

distorsionades. És necessari introduir els canvis necessaris per aconseguir que el sistema tingui la capacitat i els instruments per respondre àgilment a les necessitats d'un entorn en constant evolució, respectant els rols i funcions dels diferents agents i actors del sistema.

Prioritat: reforçar la funció rectora del MSASO, la funció de compra i control de la CASS i la funció de provisió dels serveis.

Prioritat: situar la ciutadania en el centre del sistema, fomentant la participació dels professionals i dels ciutadans i incrementant la transparència i la rendició de comptes del sistema.

A continuació es mostra un quadre resum de les principals prioritats que ha d'adoptar el Pla Nacional de Salut.

PRIORITATS
❖ Abordatge intersectorial i multidisciplinar dels problemes de salut millorant la prevenció, la detecció precoç, el diagnòstic, el tractament i el seguiment de les malalties cròniques i de la dependència.
❖ Augmentar la capacitat resolutiva de l'atenció primària i de proximitat perquè pugui atendre els problemes de salut més freqüents i realitzar el seguiment dels problemes crònics i de les situacions habituals de dependència
❖ Millora de la coordinació entre els diferents nivells d'atenció i entre l'atenció sanitària i la sociosanitària per garantir el continuïtat assistencial .
❖ Sistematitzar la pràctica clínica en base a l'evidència científica, millorar els resultats del sistema en termes de salut, de qualitat, d'eficiència i de satisfacció i desenvolupar la funció inspectora del MSASO.
❖ Desenvolupar i implementar la Història clínica i social compartida que permeti la integració de la informació entre els diferents provisors
❖ Desenvolupar un sistema d'informació per a la planificació, la gestió i l'avaluació del sistema
❖ Reforçar la funció rectora del MSASO, la funció de finançament, de compra i de control de la CASS i la funció de provisió dels serveis
❖ Situar la ciutadania en el centre del sistema : un model centrat en la persona que respongui amb una visió global a les seves necessitats sanitàries i socials
❖ Fomentar una major participació e implicació dels professionals

6 Principis que inspiren el Pla

Les evidències i prioritats que es deriven de l'anàlisi de situació són d'una envergadura notable i suposen de facto la transformació del model d'atenció. Aquesta transformació, que promulga aquest pla, passa per una transició progressiva cap al **Model Andorrà d'Atenció Sanitària MAAS**.

Segons el grau de complexitat dels problemes de salut, el MAAS s'estructura en tres nivells assistencials:

NIVELLS ASSISTENCIALS DEL MAAS

- ❑ **El primer nivell assistencial** atén els problemes de salut més freqüents de la població i determina les actuacions inicials i la necessitat o no d'activar recursos assistencials de segon nivell. Inclou les tasques de prevenció i promoció de la salut, la detecció precoç i el seguiment dels problemes crònics i de les situacions habituals de dependència.
- ❑ **El segon nivell assistencial** atén els problemes de salut que per la seva complexitat requereixen atenció especialitzada.
- ❑ **El tercer nivell assistencial** atén problemes de salut d'alta complexitat i, en general de més baixa prevalença, que requereixen professionals i/o instal·lacions altament especialitzats.

Les relacions entre nivells assistencials s'estableixen mitjançant:

- ❑ **Interconsulta:** Procediment pel qual se sol·licita a un metge especialista una consulta puntual o de seguiment d'un episodi de la persona en qüestió i
- ❑ **Derivació:** Procediment pel qual se sol·licita a un metge especialista el seguiment del procés assistencial d'un episodi crònic. En ambdós casos, el metge especialista té el compromís de retorn de la informació al metge de capçalera referent.

L'objectiu general del MAAS és proporcionar una **assistència centrada en la persona, integral i continuada**, que respongui a les seves necessitats de salut i de qualitat de vida i que sigui segura, de qualitat i eficient tot potenciant l'**atenció de primer nivell i de proximitat** i amb especial respecte al **contínuum assistencial**. Aquest model d'atenció, persegueix la proactivitat del professional en el seguiment del pacient, els equips multidisciplinaris i l'autocura del pacient.

Tot i que el pilar bàsic és el primer nivell assistencial, el nou model implica també als nivells especialitzats i als recursos sociosanitaris, ja siguin residencials o de proximitat. Per altra banda, per fer possible aquesta evolució, cal crear els mecanismes necessaris perquè els principals actors, la ciutadania i els

professionals, tinguin un major protagonisme, participació i implicació des dels àmbits que els són propis.

Els principis que actuen com a nuclis de la transformació que es proposa en aquest pla estan basats en les recomanacions internacionals (OMS-OCDE) i incorporats plenament en la filosofia del MAAS.



Atenció integral centrada en la persona

L'atenció a la cronicitat de forma fragmentada i sense una visió integral de les seves necessitats (sanitàries i socials) pot limitar l'efectivitat del procés assistencial. És necessari un replantejament de les lògiques assistencials dels professionals per passar de la visió clínica compartimentada a **l'òptica integral i centrada en la persona**.

Un dels principis que inspiren el present pla és **situar les persones en el centre del sistema** i focalitzar l'atenció en les necessitats, amb una perspectiva global, considerant l'entorn familiar i social, fent-les **participar**, alhora, en les decisions relatives a la seva salut. S'ha d'impulsar la concepció **transversal, integral i integrada** de l'atenció sanitària amb coordinació amb el sistema d'atenció social i sociosanitari.

En aquest sentit, les prioritats del pla se centren en avançar en **l'abordatge intersectorial i multidisciplinar** dels problemes de salut. És fonamental, entre d'altres, el desenvolupament de la *Llei 6/2014 del 24 d'abril de serveis socials i sociosanitaris* que ha de garantir **l'atenció integral** de les persones que pateixen problemes sanitaris i socials de forma simultània amb la finalitat de millorar la seva qualitat de vida.

Atenció de primer nivell i de proximitat

El MAAS esdevé el marc per crear un model de serveis integrats que ha de tenir com a eix vertebrador **l'atenció de primer nivell i de proximitat** que ha d'assegurar la prevenció, la detecció precoç, el tractament i el seguiment i la resolució adequats dels problemes de salut més habituals.

Els **models sanitaris que pivoten sobre l'atenció primària** es caracteritzen per un increment de l'ús de les activitats preventives, una disminució en el nombre d'hospitalitzacions per complicacions evitables, una millor detecció dels efectes indesitjables de les intervencions mèdiques i una millor comprensió dels aspectes psicològics dels problemes del pacient.

L'evidència indica que **l'atenció primària com a porta d'entrada** dels sistemes de salut contribueix a:

- ☐ millorar l'accessibilitat i l'equitat,
- ☐ incrementar la satisfacció dels usuaris,
- ☐ millorar els resultats sanitaris,
- ☐ reduir la mortalitat i
- ☐ afavorir la utilització més eficaç dels recursos amb una tendència a disminuir els índexs d'hospitalització, els reingressos, les consultes a especialistes i les urgències, amb la conseqüent millora de l'eficiència del sistema.

EL PRIMER NIVELL ASSISTENCIAL COM A PILAR DEL SISTEMA

- ☐ S'instaura la figura del **metge referent** per facilitar l'accés al millor itinerari assistencial d'acord amb les necessitats del pacient i
- ☐ Es dissenya un **equip multidisciplinar d'atenció primària** (metge referent, infermer, treballador social, llevadora, terapeuta ocupacional, educador social, farmacèutic, psicòleg, etc.) que ha d'esdevenir el **principal agent de salut** i que ha de treballar de forma coordinada amb els altres nivells (atenció especialitzada i hospitalària), modalitats d'atenció (atenció continuada, atenció domiciliària, atenció al final de la vida) i actors assistencials (atenció social i sociosanitària) per tal de respectar el *contínuum* assistencial.

També s'ha de treballar per a la millora del model **d'atenció domiciliària tant sanitària com sociosanitària**.

Els atributs que segons l'evidència garanteixen un primer nivell d'atenció de qualitat són:

- ☐ **Integralitat:** El primer nivell resol la major part dels problemes de salut que afecten a la població, ofereix activitats preventives i de promoció de la salut i atén processos aguts, crònics i urgents.
- ☐ **Centrada en el pacient:** Considera la persona en el seu conjunt (aspectes biològics, psicològics i socials) i té la continuïtat assistencial com a principal objectiu. Reconeix la participació del pacient en les decisions relatives a la salut i fa l'acompanyament de la persona.

- ❑ **Accessibilitat:** Ofereix l'accés adequat als serveis.
- ❑ **Coordinació:** Coordina l'atenció dins el primer nivell i, si s'escau, amb altres serveis i especialitats del segon nivell, tenint especial cura que la transició entre proveïdors (tant sanitaris com sociosanitaris) preservi el *contínuum* assistencial, utilitzant els mitjans a l'abast, especialment la **història clínica i social compartida** i protocols de coordinació.
- ❑ **Segura i de qualitat:** Provisió de l'atenció en base a l'**evidència disponible** i la **pràctica de l'avaluació** per a la millora continua de la qualitat per part dels professionals
- ❑ **Orientada a la població:** tenint en compte les necessitats concretes de grups específics de població (infants, gent gran, persones amb diversitat funcional).

Aquests principis conjuntament amb el requeriment d'establir el professional de referència, concorden amb els principis del model MAAS i amb el que la *Llei 6/2014 de serveis socials i sociosanitaris* disposa com a requisits de l'espai social i sociosanitari.

Impulsar la salut pública, la prevenció i la promoció.

Està establerta l'existència de **la relació del tabaquisme, el consum de risc d'alcohol, l'excés de pes, la hipertensió arterial, la hipercolesterolèmia**, en el desenvolupament de problemes de salut crònics. Aquestes malalties comparteixen factors de risc modificables i susceptibles d'abordatges integrats i intersectorials que ofereixen moltes oportunitats de cara al desenvolupament de les intervencions. L'evidència científica corrobora l'existència de **mesures d'intervenció cost/efectives** per a la prevenció i el control de les malalties cròniques tant des del punt de vista individual com poblacional. També està documentat que la combinació d'ambdues estratègies és la que proporciona millors resultats.

La salut pública constitueix un instrument essencial per a la millora dels resultats en salut i en la qualitat de vida de la població. Cal reduir la càrrega de morbiditat amb accions orientades a que les persones mantinguin **hàbits saludables** i es facin més **responsables de la seva salut i facin un millor ús dels recursos disponibles**. En aquest àmbit, incloure la prevenció i la promoció de la salut dins del procés assistencial és fonamental.

És necessari un nou model de salut pública que afavoreixi les **polítiques interdepartamentals**, en particular en relació amb aquells determinants de la salut de major consideració (educació, polítiques socials, entorn, etc).

Potenciar les intervencions compartides i sota evidència científica

La base del MAAS és la **coordinació** de tots els actors implicats per **garantir que es comparteix una mateixa estratègia** preventiva, diagnòstica, terapèutica i/o rehabilitadora en base a la informació que aporta l'**evidència científica**, disponible

tant en termes d'eficàcia (beneficis per a la salut) com d'eficiència (relació cost-benefici).

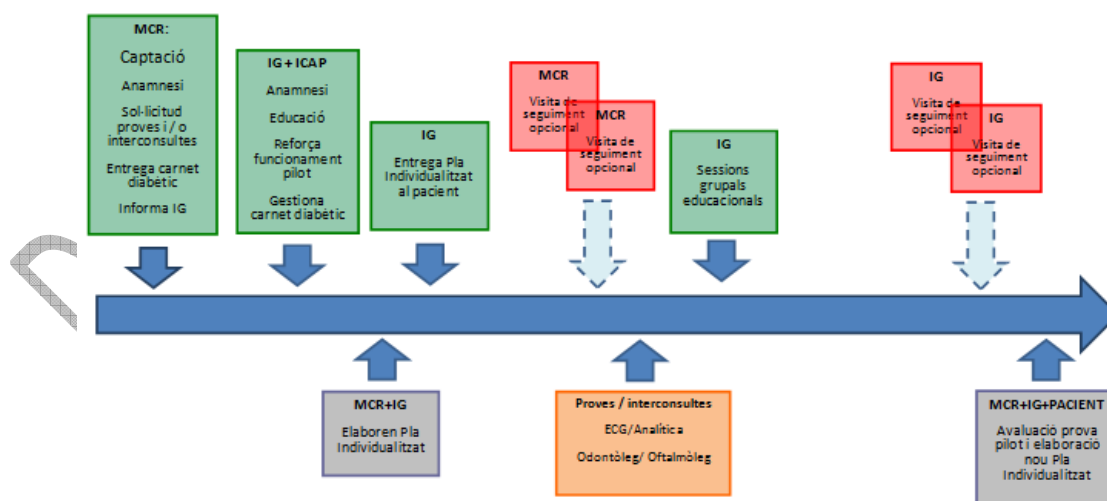
L'objectiu és la disminució de la **variabilitat en la pràctica professional** i millorar l'abordatge dels pacients crònics per tal de reduir-ne la morbiditat i la mortalitat i millorar la seva qualitat de vida i l'autocontrol sobre la seva patologia.

Les intervencions han de seguir el model de **processos clínics integrats amb un enfocament de gestió de la malaltia** (incloent prevenció i detecció precoç, prevenció i promoció de la salut, diagnòstic, tractament, rehabilitació i suport sociosanitari). Es tracta d'impulsar un abordatge compartit que contempli la història natural de la malaltia, fent incidència en la sistematització de les actuacions (procediments, registre, circuits) i en l'atenció **integral** a les necessitats sanitàries i socials.

És fonamental definir el **procés a seguir**, per les condicions cròniques més prevalents o de més impacte, **establint rutes assistencials (RA)** amb caràcter multidisciplinar, tot seguint el següent:

- ❑ una atenció **segura, de qualitat i efectiva** basada en Guies de Pràctica Clínica (GCP)
- ❑ Assegurar el **contínuum assistencial** (7 dies/ setmana, 24 hores/dia).
- ❑ **Evitar duplicitats** en les visites i en les exploracions complementàries
- ❑ **Racionalitzar l'ús de recursos**, (urgències i hospitalitzacions evitables).
- ❑ Oferir una **referència completa i inequívoca** de com cal gestionar els diferents escenaris en què es pot trobar un pacient crònic.

Exemple de ruta assistencial pel pacient diabètic Tipus 2



En la definició d'aquestes rutes assistencials prevaldran els criteris de qualitat, simplicitat, flexibilitat i eficiència, tenint en compte com a mínim:

- ❑ facilitar la interacció clínica i organitzativa entre els nivells assistencials, incloent-hi les «transicions» pels diversos dispositius del sistema sanitari i

sociosanitari. Ex: sistematització de la **planificació de l'alta** en cas d'internament.

- ❑ promoure mecanismes de comunicació i d'enllaç entre professionals i entre professionals i pacients, mitjançant la **història clínica i social compartida**, models d'interconsulta no presencial, consultes en línia, accessibilitat telefònica, etc.
- ❑ potenciar la **visió preventiva i d'educació per a la salut des de l'atenció de proximitat**, això comporta la integració de les activitats preventives i de les activitats assistencials que tinguin en compte el diagnòstic i el tractament adequats, la provisió del consell mèdic, l'educació sanitària i la promoció d'hàbits saludables, en àmbits com l'alimentació saludable i l'activitat física, el tabaquisme, consum de risc d'alcohol i les vacunes.

És fonamental instaurar i consolidar la funció de **la inspecció i control** a càrrec **del MSASO** pel que fa als centres provisors, les pràctiques clíniques i també en les atencions socials. Aquest aspecte reforçarà tota la **política d'avaluació** que propugna el present pla.

Model d'atenció en xarxes: Un model de treball per coordinar els nivells assistencials

Es vol implantar **processos clínics integrats amb un enfocament de gestió de la malaltia** mitjançant l'organització i la gestió dels serveis adequats i els elements de comunicació/coordinació, **sota un model d'atenció en xarxes**.

L'objectiu és **situar al pacient al centre del sistema, oferir l'atenció adequada, en el lloc adequat i en el moment adequat**. Això requereix la introducció de canvis per assegurar el *contínuum* assistencial, tant pel que fa a les patologies cròniques com els processos aguts, així com pel que fa a les activitats preventives i de promoció de la salut.

En aquest sentit, les experiències que existeixen en el nostre entorn demostren que els **models de serveis integrats on la coordinació assistencial és prioritària** apareixen com una bona estratègia per a la millora dels resultats en termes de salut, de qualitat de vida, d'eficiència i de satisfacció.

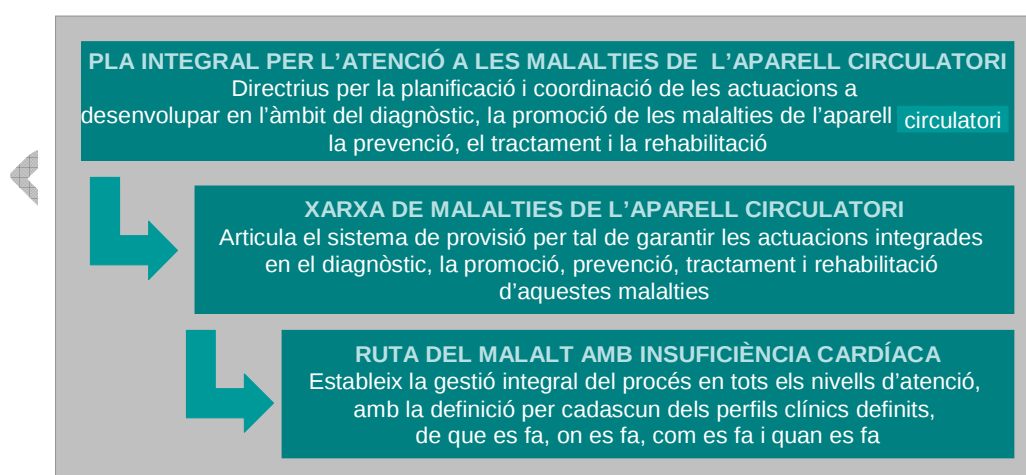
Amb el model d'atenció en xarxes es vol **adaptar el model assistencial a les noves necessitats** aportant qualitat i eficiència a les intervencions.



En el nou model, les necessitats dels pacients són ateses al nivell i amb el recurs més adequat segons el grau i la fase evolutiva. El conjunt de provisors dels diferents nivells i de diferents tipus que actuen a Andorra han d'orientar-se al **treball coordinat per garantir el *contínuum* assistencial del pacient amb un primer nivell més resolutiu** i per tant hauran de fer els canvis necessaris per tal que el sistema pugui transitar cap al nou model d'atenció MAAS i sota el model de xarxes.

S'ha de tendir a reordenar i/o transformar els recursos assistencials actuals i dotar al personal de la formació necessària per tal que ofereixin una atenció amb una marcada orientació a la continuïtat, basant-se en protocols d'actuació i de coordinació, guies clíniques compartides i ús de les eines tecnològiques.

En aquest sentit s'han de crear els canals de coordinació i de comunicació que garanteixin que els professionals, independentment d'on prestin els serveis, coneguin les necessitats de l'usuari, **comparteixin les intervencions a realitzar** i per tant funcionin com un sistema integrat. A mode d'exemple, s'adjunta el model que es proposa:



La definició i el funcionament d'aquestes xarxes tenen com a element de referència els plans integrals que s'elaborin.

ELEMENTS PRINCIPALS DE LES XARXES:

- ☐ El **procés assistencial** (població diana, actuacions preventives, diagnòstiques, terapèutiques, de maneig clínic, de seguiment, atenció sociosanitària, etc.) de cada una de les condicions establint **rutes assistencials** seguint guies basades en l'evidència.
- ☐ Els **professionals/nivells d'atenció** implicats,
- ☐ Els **circuits** assistencials i **protocols** de coordinació,
- ☐ La **guia farmacològica**,
- ☐ Els mecanismes de **monitoratge i avaluació**.

UN MODEL D'ATENCIÓ ARTICULAT PER RUTES ASSISTENCIALS
COMPARTIDES, BEN DEFINIDES I ESTABLERTES

Coreponsabilitat dels pacients

En el cas de les malalties cròniques, el coneixement i la comprensió del procés esdevé un element clau per la modificació d'hàbits, el compliment dels tractaments i la satisfacció de l'usuari potenciant la seva autocura. Aquesta estratègia persegueix:

- ☐ La implicació activa del pacient en la manera d'afrontar la seva malaltia i, sobretot, ajudar-lo a entendre i conèixer aquesta patologia per millorar: i) les seves capacitats i habilitats per a l'**autocura**; ii) incrementar l'**autonomia** en la gestió de la pròpia malaltia i iii) una dependència innecessària respecte els serveis sanitaris. D'aquesta forma s'incrementa el seu **compromís** i esdevenen **coresponsables** de la gestió del seu procés assistencial.
- ☐ La promoció de l'**interès individual, familiar i social per a la salut**, mitjançant, entre d'altres, una educació sanitària adequada i una informació correcta sobre els recursos sanitaris i sociosanitaris existents.

Preservar els principis i valors del nostre sistema

La prioritat del Govern és consolidar un sistema sanitari de prestigi i de qualitat, que promogui la prevenció i fomenti una cultura de la salut, sobre la base dels principis de **lliure elecció, lliure competència, equitat, accessibilitat, qualitat i sostenibilitat**.

Els ciutadans han de seguir gaudint de la **lliure elecció** del professional respectant una utilització adequada dels recursos i es manté la **lliure competència** entre els diferents proveïdors en un marc d'avaluació de la pràctica professional.

S'evidencia que cal revisar el sistema sanitari més enllà de la conjuntura actual per fer-lo **sostenible** mantenint l'equitat, l'accessibilitat i la qualitat. La clau per millorar l'eficiència radica en una gestió eficaç que estableixi unes normes i asseguri el seu compliment: controlar el malbaratament de recursos; obtenir la millor resolució possible; millorar la productivitat; impulsar l'ús racional del medicament, etc.

De forma paral·lela caldrà introduir reformes per guanyar eficiència **impulsant l'eficiència clínica com a premissa per arribar a l'eficiència econòmica**: avançar en un model de serveis integrats, guanyar resolució al primer nivell assistencial, impulsant l'abordatge multidisciplinari, la promoció, la prevenció i la coresponsabilització del pacient.

Impuls a les tecnologies de la informació i la comunicació (TICS)

Una part de la governança del sistema només es podrà aconseguir si es disposa dels mecanismes i instruments que permetin la sistematització del **monitoratge, l'avaluació dels resultats i la rendició de comptes a la ciutadania**. Llavors, la gestió del sistema se centrarà de forma decidida en **l'avaluació dels resultats** en salut i les **accions de millora** que es desprenguin.

Cal dotar-se d'un sistema d'informació que permeti la planificació, l'avaluació i el control dels resultats i que ha de ser útil per la presa de decisions. Aquest sistema ha d'integrar, com a mínim, la informació relativa a la població, l'estat de salut, la utilització dels serveis sanitaris i sociosanitaris, la seva qualitat, les prestacions socials, els aspectes econòmics i també de gestió per tal de poder valorar els resultats en termes de salut, de qualitat, d'eficiència dels serveis, de cost i de satisfacció.

És fonamental sistematitzar les relacions i els fluxos d'informació entre MSASO-SAAS-CASS-Departament d'Estadística per consolidar i reforçar el **Sistema d'Informació de la Sanitat i de la protecció social Andorrana (SISSPA)**. Per una altra banda caldrà definir criteris formals que i) Estableixin les variables a registrar, el procés de recollida, el tall temporal i el concepte a analitzar, ii) Fixin en quin suport informàtic es traspassen les dades, iii) Defineixin quins actors lliuren quines dades i quins han de centralitzar la informació i iv) la publicació i difusió de la informació resultant.

Una peça clau ha de ser el **quadre de comandament del Sistema de Salut i protecció social d'Andorra** que té com **objectiu principal** posar a disposició dels gestors, els professionals i de la ciutadania la informació necessària per millorar el coneixement del sector salut, facilitar el rendició de comptes i la presa de decisions, mitjançant la transparència, l'avaluació i el *benchmarking*. Altres objectius perseguits són:

- ☐ Situar als ciutadans en el centre del sistema, tenint en compte les seves necessitats i amb un fort compromís de rendició de comptes envers ells.
- ☐ Alinear els esforços de tots els agents i professionals del sistema de salut a treballar en equip cap a uns objectius comuns i resultats monitoritzables que han de ser la base de les polítiques sanitàries.
- ☐ Esdevenir el termòmetre del funcionament de l'organització.
- ☐ Combinar el control operatiu (curt termini) i el control estratègic (mig i llarg termini).
- ☐ Crear una organització orientada a l'aprenentatge i el creixement.

- ❑ Orientar cap al treball de qualitat.
- ❑ Optimitzar els recursos disponibles.

Per una altra part, en el nou model assistencial serà fonamental la implantació de les tecnologies de la informació i la comunicació (TICS) per tal d'assolir una major **integració de la informació entre els diferents nivells assistencials i els diferents provisors** així com afavorir el rol actiu dels pacients. Entre d'altres:

- ❑ **La Història Clínica Digital d'Andorra (HCDA)** que haurà d'incloure també la història social com a element comú per a tots els provisors públics i privats concertats amb la CASS (assistencials i de suport) **ha de ser l'eina clau per avançar cap a un sistema integrat** i també ha de ser una eina de suport en els processos d'avaluació i de facturació i de control de la CASS.

Ha d'agrupar el conjunt de documents que contenen dades clíniques, socials, informació sobre la situació i l'evolució d'un pacient al llarg del seu procés assistencial sota els paràmetres adequats de seguretat i confidencialitat, amb els següents objectius principals i) esdevenir una eina de consulta per als professionals implicats independentment de la seva ubicació i del seu nivell assistencial, ii) millorar la coordinació i iii) contribuir a reduir les errades i les duplicacions de proves.

- ❑ **La Recepta Electrònica d'Andorra** haurà d'integrar els processos de prescripció i dispensació farmacèutica i que ha d'establir els mecanismes que afavoreixin l'ús racional del medicament. Ha de perseguir els següents objectius: i) millorar la qualitat assistencial i la continuïtat assistencial, ii) proporcionar un pla de medicació al pacient, iii) reduir el nombre de visites, iv) augmentar la seguretat i afavorir l'ús racional, v) facilitar la coordinació entre diferents professionals sanitaris, vi) promoure l'eficiència i vii) incorporar mecanismes com guies farmacològiques, protocols i alertes.
- ❑ **La telemedicina i la teleassistència** que ofereixen els avantatges següents: i) millorar l'accessibilitat, ii) evitar els desplaçaments, iii) facilitar el confort de pacients, iv) millorar la planificació i la reordenació dels serveis sanitaris i sociosanitaris i v) facilitar l'atenció al domicili.

PRINCIPALS BENEFICIS DE LES TICS AL SECTOR SANITARI

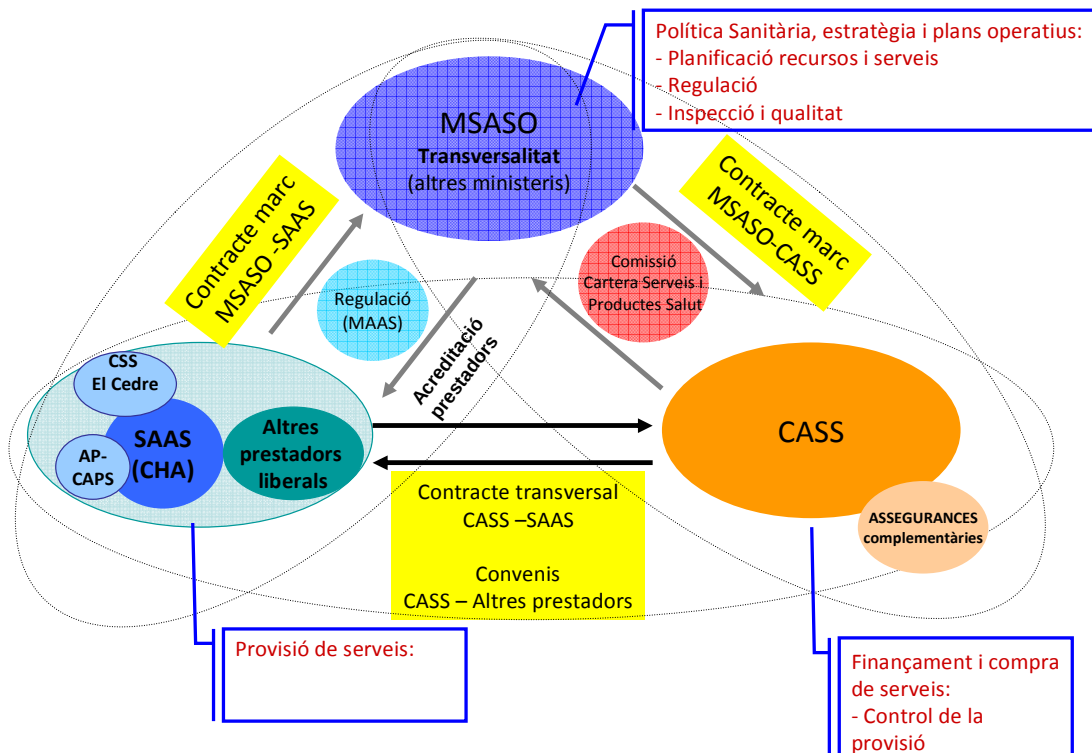
- ❑ La millora dels processos clínics:
 - o Facilita la comunicació i coordinació potenciant la continuïtat en la cura assistencial
 - o Informació compartida i centrada en els pacients
 - o Potencia l'estandardització de processos
 - o Reducció de riscos
 - o Permet el seguiment a distància
- ❑ La millora dels processos administratius
- ❑ Facilita el treball en equip
- ❑ L'estalvi en costos (reducció de la demanda, millores en la productivitat, reducció

- de riscos, reducció de duplicitats)
- La millora de l'atenció al pacient per evitar desplaçaments innecessaris
- Permet la formació on line
- És un suport fonamental per al compliment de l'estratègia marcada per l'autoritat sanitària

Enfortir la governança

És indispensable **consolidar el model de governança per garantir el lideratge i el compromís amb el canvi desitjat** per superar les mancances existents, especialment, l'aprofundiment de les atribucions dels actors del sistema en relació a les funcions de rectoria, finançament, provisió de serveis i de generació i de gestió de recursos de cadascun d'ells. De forma paral·lela, s'han de reforçar les **capacitats institucionals** dels diferents actors per poder desenvolupar les seves **funcions**. Tot en benefici del pacient en particular i de la ciutadania en general.

El MSASO ha de dotar-se de recursos per desenvolupar de forma adequada les seves funcions bàsiques com són la planificació, la regulació i la inspecció. La CASS ha de desenvolupar la seva funció de finançament, de compra i de control de la provisió. Pel que fa als agents provisors del sistema, el SAAS i els altres provisors "privats" han de reorganitzar-se per oferir la millor provisió de serveis sanitaris d'acord amb el MAAS i amb la planificació realitzada pel MSASO.



S'ha de treballar per establir una **nova política de convencionament** amb tots els proveïdors que presten serveis sanitaris o sociosanitaris orientada a resultats (qualitat, eficiència i resultats en salut) i amb l'**avaluació** com a un dels punts

clau. L'estructuració del **contracte** és l'element clau per garantir l'eficàcia i l'eficiència de les actuacions en relació amb els objectius sanitaris. Durant els propers anys la política de contractualització amb tots els provisors hauria d'evolucionar cap a:

- ☐ Contractes **plurianuals** que permetin una estabilitat.
- ☐ **Orientació a resultats**: eficiència, qualitat i resultats en salut de la població.
- ☐ Millorar els **instruments d'avaluació i de control**
- ☐ Explorar amb **noves formes de pagament** amb incentivació **de models d'integralitat** que ajudin a la implementació del MAAS.
- ☐ **Transparència**: publicació dels contractes i de les avaluacions de resultats
- ☐ Cal que el contracte atorgui valor i **conseqüències als instruments d'avaluació de resultats**.

De forma paral·lela s'ha de millorar la funció de compra mitjançant la capacitat i desenvolupament de **la unitat de compra mixta** (MSASO-CASS)

Pel que fa al MSASO, s'haurà de treballar per:

- ☐ Establir els criteris generals de **planificació sanitària**, fixar els objectius, les estratègies i les intervencions d'acord amb les prioritats del Pla Nacional de Salut així com els mecanismes per al seu desplegament mitjançant la contractualització i l'avaluació.
- ☐ Revisar la **normativa vigent** i en cas necessari crear-ne de nova. És necessari agilitzar aquest procés que ha d'establir les regles del joc que ens han de permetre operativitzar l'estratègia a seguir.
- ☐ Desenvolupar la funció **d'inspecció, vigilància i control** amb l'objectiu d'implantar procediments estandarditzats de inspecció de centres (sanitaris i sociosanitaris) i **d'avaluació de pràctiques professionals** (en la vessant sanitària i social) per poder mesurar i garantir la qualitat del sistema.
- ☐ Desenvolupar la **funció d'autorització i acreditació** dels professionals sanitaris d'acord amb la Llei de la CASS que estableix que previ a l'establiment del conveni corresponent amb la compradora, el provisor ha d'estar acreditat pel MSASO.
- ☐ Desenvolupar la **funció d'autorització** d'equipaments, d'instal·lacions i de tecnologies per tal de prioritzar els recursos necessaris i així adequar l'oferta pública del país.
- ☐ Liderar la consolidació de la **política de contractualització** mitjançant l'impuls de contractes/convenis de col·laboració amb tots els altres provisors amb orientació a la gestió eficient i a la qualitat, la seguretat i la satisfacció.
- ☐ Enfortir la **Comissió de cartera de serveis i productes sanitaris**

Pel que fa al SAAS és necessari treballar per sistematitzar els processos de planificació estratègica i d'organització, entre d'altres.

Aprofitar el coneixement dels professionals

Tant la Llei General de Sanitat³⁶ com la Llei de Serveis Socials i Sociosanitaris³⁷ estableixen que cal tenir en compte els suggeriments dels professionals, dels Col·legis Oficials, de les societats científiques, de les associacions de pacients i dels altres estaments de la comunitat en la planificació de les polítiques sanitàries i de benestar social. En conseqüència, el coneixement dels professionals clínics és bàsic per a la planificació, la gestió i la millora del sistema.

En aquest context és necessari establir un **marc de relació clar i transparent que generi confiança i faciliti l'intercanvi d'opinions**. De forma paral·lela, s'han de potenciar els mecanismes per reforçar la participació dels ciutadans en el procés de definició de les polítiques de salut tenint en compte les seves consideracions³⁸.

Transparència, avaluació i rendició de comptes

Les recomanacions del *Consell d'Europa* sobre bona governança enumeren els principis de **transparència, participació, rendició de comptes**. Retre comptes de manera transparent esdevé un actiu d'importància cabdal, amb el benentès que **una ciutadania informada contribueix a la millora contínua dels serveis** que aquesta administració presta i garanteix la transparència, l'eficiència i la igualtat d'oportunitats, alhora que es crea valor fent visible el procés de presa de decisions i dels resultats obtinguts.

Un element central per a la participació és **l'accés a informació de qualitat**. En l'actualitat no existeix una estratègia clara que defineixi i sistematitzi la comunicació als ciutadans.

El Pla Nacional de Salut com a instrument de canvi.

L'article 11 de la *Llei General de Sanitat*³⁹ disposa que els plans de salut són l'element de planificació sanitària, l'eina de Govern que ha de guiar les accions per satisfer les necessitats de salut de la població i les prioritats establertes. Aquest Pla **aborda les principals línies de canvi i de transformació del sistema sanitari** que cal desenvolupar durant els propers anys per fer front a les tendències estructurals de caràcter social, tecnològic i econòmic.

³⁶ Article 12 de la Llei General de Sanitat

³⁷ Articles 36 i 41 de la Llei 6/2014 del 24 d'abril de serveis socials i sociosanitaris

³⁸ En aquest sentit, durant el darrer any i en el transcurs del disseny, implementació i avaluació de la prova pilot del model MAAS-Diabetis, s'ha comptat en tot moment amb la Associació de diabètics d'Andorra.

³⁹ Text refós de l'articulat de la Llei general de sanitat³⁹, del 20 de març de 1989, amb la incorporació de totes les modificacions, les addicions i les precisions aportades per la Llei 1/2009, del 23 de gener

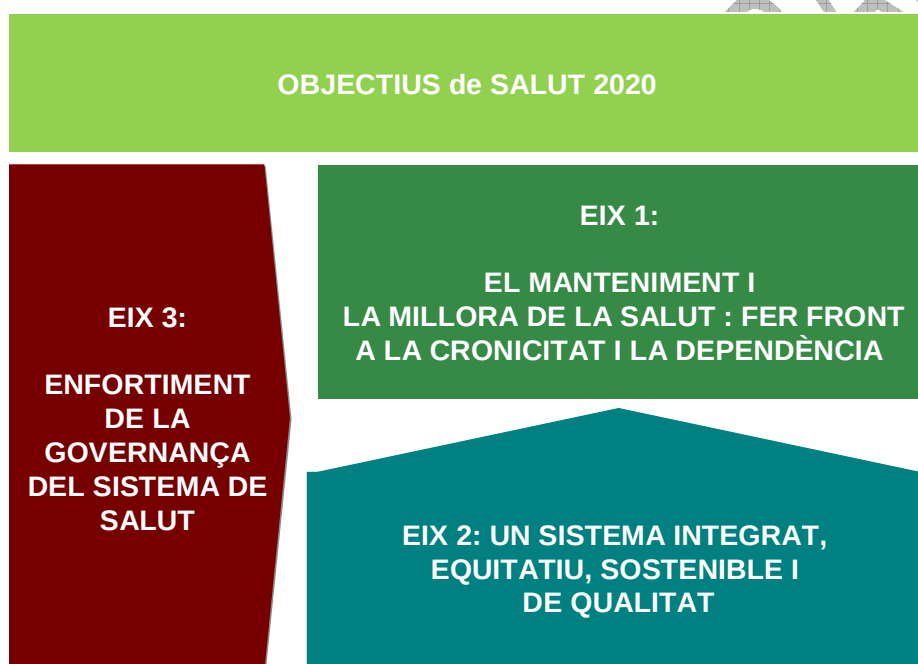
De forma paral·lela, l'article 12 de la citada Llei disposa que el Govern aprovarà i establirà la vigència dels plans de salut; per tant, un cop formalitzat el tràmit establert a la *Llei general de sanitat* i a l'article 135 del *Reglament del Consell General*, el pla comptarà amb el **mandat imperatiu al Govern** per desenvolupar les eines i els facilitadors que assegurin el canvi desitjat i l'assoliment dels 60 objectius que es plasmen al document com a garants del canvi.

DOCUMENT DE TREBALL

7 Els 3 eixos que articulen les prioritats del Pla Nacional de Salut 2020

El sistema de salut i protecció social ha de donar resposta a les necessitats identificades i fer front als canvis estructurals i organitzatius imprescindibles que cal dur a terme per garantir-ne la seva qualitat i sostenibilitat.

En base a les prioritats definides, el **Pla Nacional de Salut articula les seves propostes al voltant de 3 eixos** que han de regir la transformació del sistema. Aquest procés se sustenta en el treball fet fins ara i, bona part de les propostes s'han definit i desenvolupat partint d'experiències que ja estan dissenyades i en molts casos implantades o en procés de desenvolupament.



A continuació podeu trobar un petit resum dels tres eixos que es descriuen àmpliament en l'apartat següent.

ELS TRES EIXOS DEL PLA NACIONAL DE SALUT 2020

1. El manteniment i la millora de la salut: fer front a la cronicitat i la dependència

Millorar els resultats en salut i la qualitat de vida i fer-ho de manera equitativa és la finalitat última del sistema. Un dels principals reptes és **la prevenció i el control de la cronicitat i la dependència**. Calen mesures per millorar el diagnòstic i el tractament de les malalties cròniques, desplegar polítiques de salut pública intersectorials que actuïn sobre els determinants de la salut tant a nivell individual com col·lectiu i avançar cap a una visió global de les necessitats de les persones.

2. Un sistema integrat, equitatiu, sostenible i de qualitat

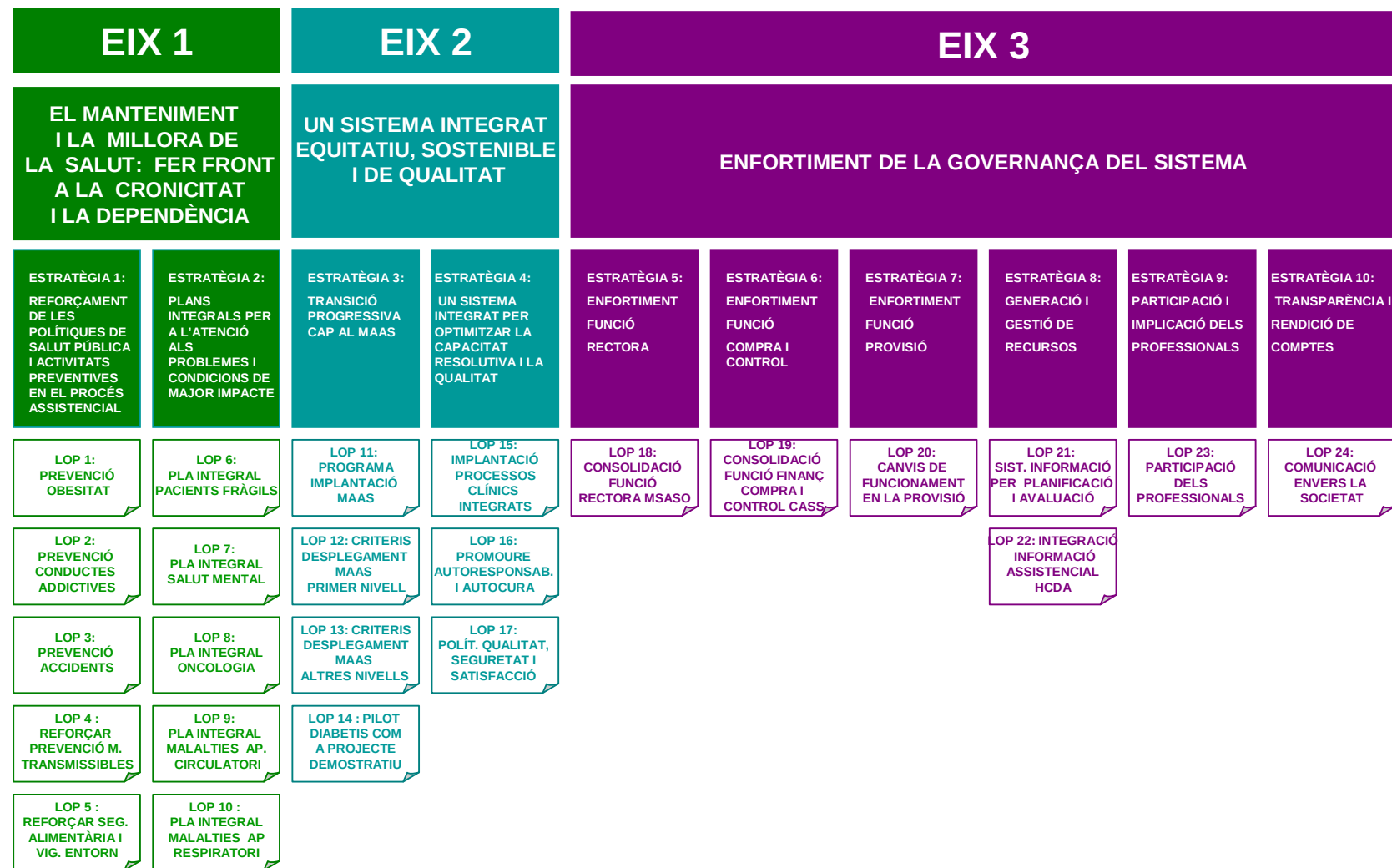
És necessari transformar el model sanitari i sociosanitari cap a un model d'atenció integrat amb un enfocament d'acompanyament de la ciutadania en el contínuum salut-malaltia amb una **atenció global a les necessitats de les persones** amb l'atenció primària com a pilar fonamental i uns serveis sociosanitaris que garanteixin la millora de la qualitat de vida de les persones amb dependència. Es pretén avançar cap al nou model d'atenció per assolir millors resultats en salut, més qualitat i més eficiència .

3. Enfortiment de la governança del sistema de salut

Per portar a terme amb èxit la reforma del sistema és imprescindible un fort lideratge i compromís tant a nivell estratègic com en els diferents àmbits de l'organització. S'han de reforçar les capacitats institucionals dels diferents agents pel desenvolupament de les seves funcions de rectoria, finançament i provisió. A la vegada és necessari que aquests es dotin dels mecanismes i dels instruments que han de permetre dur a terme les accions proposades, el monitoratge i l'avaluació dels resultats.

Els eixos definits es desenvolupen mitjançant 10 estratègies (E) i aquestes a través de 24 línies operatives (LOP) tal i com es mostra a la figura següent:

PLA DE SALUT 2020



8 Eix 1: El manteniment i la millora de la salut: Fer front a la cronicitat i la dependència

L'allargament de l'esperança de vida de la població, atribuïble a la millora de les condicions socioeconòmiques, als avenços tecnològics, especialment importants en el camp de la medicina és, sens dubte, un èxit.

Cal preveure que aquest fet comportarà que augmenti progressivament l'envelliment de la població i determinarà **un increment dels pacients amb malalties cròniques**⁴⁰ com ara són la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), la insuficiència cardíaca, la diabetis, el càncer, les malalties de l'aparell locomotor, la depressió i les conseqüències dels accidents, entre d'altres.

El diagnòstic i tractament d'aquestes patologies, les seves aguditzacions i la possible **dependència relacionada** representen un elevat cost i és un dels factors responsables de l'escalada en la despesa sanitària i social que s'observa en els diferents països, que a més genera múltiples impactes a nivell familiar i que afecta la **qualitat de vida** de les persones que les pateixen. És indispensable doncs augmentar l'eficiència del sistema, articulant **models de col·laboració** dels recursos socials (cuidar) i sanitaris (curar).

Per tal de mantenir i millorar la salut de la població i fer front a la cronicitat i a la dependència, es plantegen els següents objectius acompanyants dels indicadors d'avaluació i les fonts per la seva elaboració.

OBJECTIUS PLA SALUT	
EIX 1 MANTENIMENT I MILLORA DE LA SALUT: FER FRONT A LA CRONICITAT I LA DEPENDÈNCIA	
D'aquí al 2025:	
1	Mantenir o reduir per sota del nivell actual* la taxa de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori Indicador: Taxa de mortalitat per 100.000 hab. de les malalties de l'aparell circulatori <i>Font: Registre de mortalitat d'Andorra</i>
2	Mantenir o reduir per sota del nivell actual* la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor Indicador: Taxa de mortalitat per 100.000 hab. de les malalties isquèmiques del cor <i>Font: Registre de mortalitat d'Andorra</i>
3	Mantenir o reduir per sota del nivell actual* la taxa de mortalitat per malalties cerebrovasculars Indicador: Taxa de mortalitat per 100.000 hab. de les malalties cerebrovasculars <i>Font: Registre de mortalitat d'Andorra</i>
4	Mantenir o reduir per sota del nivell actual* la taxa de mortalitat per malalties del sistema respiratori Indicador: Taxa de mortalitat per 100.000 hab. de les malalties del sistema respiratori <i>Font: Registre de mortalitat d'Andorra</i>
5	Mantenir o reduir per sota del nivell actual* la taxa de mortalitat per càncer de mama Indicador: Taxa de mortalitat per 100.000 hab. de càncer de mama <i>Font: Registre de mortalitat d'Andorra</i>

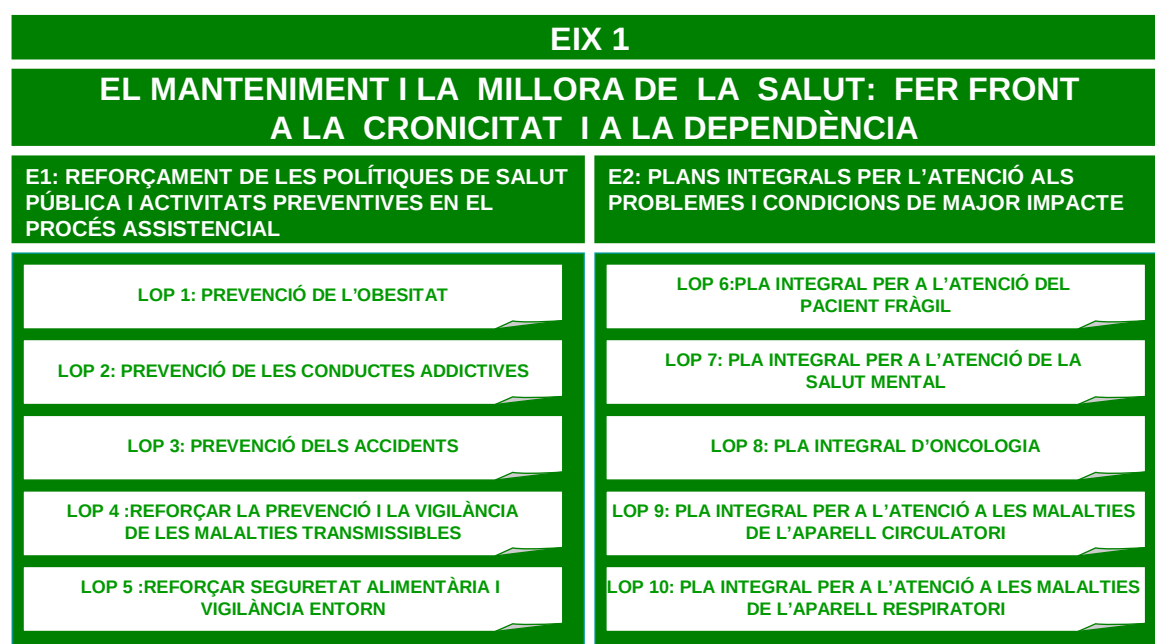
⁴⁰ L'OMS defineix la malaltia crònica com aquella que té una llarga durada i és de progressió generalment lenta.

6	Mantenir o reduir per sota del nivell actual* la taxa de mortalitat per càncer colorectal Indicador: Taxa de mortalitat per 100.000 hab.de càncer colorectal <i>Font: Registre de mortalitat d'Andorra</i>
	*Període 2008-2012

OBJECTIUS PLA SALUT	
EIX 1 MANTENIMENT I MILLORA DE LA SALUT: FER FRONT A LA CRONICITAT I LA DEPENDÈNCIA	
D'aquí al 2020:	
7	Reduir la prevalença de tabaquisme en la població adulta (15 o més anys) per sota del 30% Indicador: Prevalença (%) del tabaquisme en la població adulta (15 o més anys). <i>Font: Enquesta Nacional de Salut d'Andorra (ENSA)</i>
8	Mesurar i enregistrar a la HCDA el pes i la talla en la població infantil atesa en el primer nivell assistencial Indicador: HCDA (%) de la població infantil atesa en el primer nivell assistencial on consten les xifres de pes i talla. <i>Font: Registres (HCDA)</i>
9	Mesurar i enregistrar a la HCDA el pes i la talla adulta atesa al primer nivell assistencial Indicadors: HCDA (%) de la població adulta atesa en el primer nivell assistencial on consten les xifres de pes i talla. <i>Font: Registres (HCDA)</i>
10	Reduir la prevalença d'excés de pes (sobrepès o obesitat) en la població adulta (15 o més anys) per sota dels nivells de l'any 2011 Indicador: Prevalença d'excés de pes declarat en la població adulta (%) <i>Font: Enquesta Nacional de Salut d'Andorra (ENSA)</i>
11	Mesurar i enregistrar a la HCDA els valors de pressió arterial (PA) en el 60% de la població adulta (15 o més anys) atesa en el primer nivell assistencial, segons els criteris adoptats (població diana i periodicitat) Indicador: HCDA (%) de la població adulta atesa en el primer nivell assistencial on consten les xifres de PA <i>Font: Registres (HCDA)</i>
12	Conèixer la proporció de la població hipertensa adulta (15 o més anys) atesa a primer nivell assistencial amb control òptim de la pressió arterial (PA) (140/90mmHg o menys) (en l'última mesura) Indicador: HCDA (%) de la població adulta atesa en el primer nivell assistencial amb control òptim de la pressió arterial (PA) (140/90mmHg) <i>Font: Registres (HCDA)</i>
13	Mesurar i enregistrar a la HCDA les xifres de colesterolèmia en el 60% de la població adulta (15 o més anys) atesa en el primer nivell assistencial segons els criteris adoptats (població diana i periodicitat) Indicador: HCDA (%) de la població adulta atesa en el primer nivell assistencial on consten les xifres de colesterolèmia <i>Font: Registres (HCDA)</i>
14	Reduir per sota dels nivells de l'any 2011 la proporció de joves (15-34 a) que fan un consum d'alcohol de risc Indicador: Prevalença (%) del consum d'alcohol de risc en la població jove (15-34 a) <i>Font: Enquesta Nacional de Salut d'Andorra (ENSA)</i>
15	Reduir per sota dels nivells de l'any 2008, la proporció de joves (2ª ens+ FP + batxillerat) que fan un consum de drogues Indicador: Prevalença (%) del consum de drogues en joves (2ª ens+ FP + batxillerat) <i>Font: Enquesta nacional sobre drogues a l'alumnat 2ª ensenyança</i>
16	Assolir una cobertura 60% en el Programa Nereu Andorra Indicador: Percentatge d'infants inscrits al programa sobre els que complien els criteris d'inclusió al programa en els centres que s'han acollit al programa Nereu <i>Font: Programa NEREU</i>

	Assolir que el 60% dels infants participants al Programa NEREU facin una activitat física de mitjana i alta intensitat, d'acord amb els criteris adoptats
17	Indicador: <i>Percentatge de nens i nenes que a la fi del Programa Nereu Andorra dediquen a l'activitat física de mitjana i alta intensitat el temps que recomana el Programa Nereu</i> <i>Font: Programa NEREU</i>
18	Incrementar per sobre dels nivells actuals** la cobertura de vacunació de la grip pels majors o igual a 65 anys Indicadors: <i>Cobertura assolida en la població de 65 o més anys en la darrera campanya de vacunació de la grip</i> <i>Font: MSASO</i>
19	Assolir almenys una cobertura del 50% en el Programa de detecció precoç de càncer de mama PCDCM (dones de 50-69 a) Indicador: <i>Percentatge de dones de 50-69 anys convidades que han participat al Programa PCDCM</i> <i>Font: Programa PCDCM MSASO</i>
20	Dur a terme, com a mínim, 2 rondes del Programa de detecció precoç de càncer de colon PDPCC Indicador: <i>Haver realitzat, com a mínim, 2 rondes del PDPCC</i> <i>Font: Programa PCDCC MSASO</i>
21	Assolir un 50% de persones adultes (+15a) que caminen més de 30 min al dia Indicador: <i>Prevalença % de persones adultes (+15 anys) que caminen més de 30 minuts al dia</i> <i>Font: Enquesta Nacional de Salut d'Andorra (ENSA)</i>
22	Implantar el Pla de seguretat de l'aigua a Andorra Indicadors: <i>Haver implantat el Pla de seguretat de l'aigua a Andorra</i> <i>Font: Àrea de Seguretat alimentària i entorn del MSASO</i>
**Temporada 2013-2014	

El primer eix "Manteniment i millora de la salut: fer front a la cronicitat i la dependència" planteja dues estratègies (E) i 10 línies operatives (LOPS):



La primera desenvolupa **intervencions de salut pública** adreçades a la població general incorporant la **visió intersectorial** i, alhora, potencia el **desenvolupament d'intervencions preventives en el procés assistencial** on l'atenció primària ha de tenir un paper central. La segona es basa en l'establiment de plans integrals per a l'atenció als problemes i condicions de salut de major

impacte amb la finalitat d'oferir una **atenció integral i integrada** més centrada en les necessitats sanitàries i sociosanitàries dels pacients.

8.1 Estratègia 1: Reforçament de les polítiques de salut pública i activitats preventives en el procés assistencial

És fonamental el desenvolupament d'intervencions **multidisciplinars i compartides** des dels serveis, on el primer nivell d'atenció (metges de capçalera, infermeria i treballadors socials fonamentalment) ha de tenir un paper central.

Aquestes intervencions, adreçades a persones o grups que ja pateixen malalties cròniques, o que presenten factors de risc de patir-ne, comprenen principalment **activitats preventives i de promoció** de la salut, amb la potenciació del **diagnòstic i de la detecció precoç** així com de l'**educació** per donar especial rellevància als pacients com a subjectes actius en l'autocura i en la gestió de la pròpia malaltia. Aquesta estratègia es desplega mitjançant 5 línies operatives (LOP):

Estratègia 1: Reforçament de les polítiques de salut pública i activitats preventives en el procés assistencial	LOP 1 : Prevenció de l'obesitat
	LOP 2: Prevenció de les conductes addictives (alcohol, tabac i altres substàncies)
	LOP 3 : Prevenció dels accidents
	LOP 4: Reforçament de la prevenció i de la vigilància de les malalties transmissibles
	LOP 5: Reforçament de la seguretat alimentària i de la vigilància de l'entorn

Les actuacions d'aquesta línia van dirigides a aconseguir **entorns i conductes saludables**. Inclou mesures **individuals i poblacionals** per a la prevenció dels accidents, les conductes addictives, l'obesitat i la millora de la prevenció de les malalties transmissibles. També recull un conjunt de millores per al reforçament de la seguretat alimentària i la vigilància de l'entorn.

Línia operativa 1 : Prevenció de l'obesitat

La tendència a l'increment de l'obesitat porta a considerar-la com una epidèmia global de conseqüències greus per a la salut. La prevenció del sobrepès i de l'obesitat és una de les prioritats principals de salut pública en els països desenvolupats.

L'Estratègia nacional per a la nutrició, l'esport i la salut ENNES aprovada pel Govern al 2007 té per finalitat fomentar l'adquisició progressiva d'hàbits alimentaris sans i la pràctica regular d'activitat física. Es vol contenir, i si pot ser, revertir la tendència actual d'augment de la prevalença de sobrepès i de l'obesitat en la població, així com del sedentarisme donat que són factors de risc de determinades malalties cròniques com les malalties cardiovasculars, determinats tipus de càncer i

la diabetis tipus 2. També dins el projecte "**Marc per a l'educació per a la salut a l'escola**" s'ha realitzat un esforç important per tal d'assegurar que les escoles incorporin ensenyaments per a la promoció de conductes saludables, inclosos els bons hàbits alimentaris i la promoció de l'activitat física.

ACCIONS PRINCIPALS LOP 1 : Prevenció de l'obesitat

1. **Actualitzar les directrius de l'ENNES** i seguir amb el seu desplegament, especialment:

- ☐ Assegurar una estructura organitzativa i de coordinació i avaluació de l'ENNES
- ☐ Reforçar el contacte amb les escoles
- ☐ Llançament Pilot NEREU⁴¹ Andorra -març 2015 (Andorra la Vella i Escaldes) i avaluació de resultats
- ☐ Estendre el Programa NEREU Andorra a tot el país 2016

2. Continuar amb el projecte "**Marc per a l'educació per a la salut a l'escola**"

3. Realitzar l' **enquesta de nutrició (2016)**

4. **Integració de la promoció i la prevenció en el procés assistencial:**

- ☐ Reforçar l'actuació en la prevenció i control de l'excés de pes en l'atenció primària desenvolupant les accions que deriven de l'ENNES
- ☐ Registre sistemàtic a la HCDA del pes, talla i actuacions realitzades.

Línia operativa 2: Prevenció de les conductes addictives (tabac, alcohol i altres substàncies)

El **tabaquisme** es troba entre les primeres causes de pèrdua de salut i de morts evitables i prematures. És un dels principals factors de risc de les malalties cardiovasculars, respiratòries i el càncer. Els beneficis de l'abandonament de l'hàbit estan ben establerts i existeixen accions per lluitar contra el tabaquisme com ara són les legislatives, el consell i l'assessorament dels professionals a nivell individual i en grup i sobretot, les campanyes adreçades a reduir la iniciació en els joves acompanyades d'accions en l'àmbit escolar. Per altra banda, la prevenció del **consum de risc d'alcohol** i altres substàncies especialment en els joves és un àmbit on cal incidir.

El **Pla Nacional Contra les Drogodependències PNCD (2004)** ofereix un marc de treball des d'una perspectiva global i integradora. L'objectiu és la reducció de la demanda i dels efectes negatius sobre la salut. Es fa èmfasi en la detecció i el

⁴¹ El programa Nereu és una eina per Produir (i/o mantenir) un canvi d'hàbits d'activitat física i alimentació saludable a les famílies.

tractament lligat a la reducció de danys. Les àrees d'intervenció són l'àrea de prevenció, àrea d'atenció i àrea de reinserció. Els principals àmbits d'actuació són l'àmbit escolar i familiar, així com el laboral, els serveis de salut i els mitjans de comunicació.

ACCIONS PRINCIPALS LOP 2 : Prevenció de les conductes addictives

1. Impulsar el PNCD i les seves accions, especialment :

- ☐ Assegurar una estructura organitzativa, de coordinació i avaluació del PNCD
- ☐ Crear l'Observatori Andorrà de les drogues
- ☐ Reforçar les intervencions als centres educatius i les famílies
- ☐ Impulsar el programa d'atenció per als joves i les seves famílies
- ☐ Vetllar pel compliment de la legislació vigent i actualitzar-la en el cas que sigui necessari.
- ☐ Disseny del model d'atenció per la patologia dual
- ☐ Realitzar una nova enquesta nacional sobre drogues per als alumnes de 2a ensenyança, formació professional i batxillerat (2018)

2. Integració de la promoció i la prevenció en el procés assistencial, en el marc del PNCD:

- ☐ Potenciar la detecció precoç, el consell sanitari i les intervencions protocol·litzades des de l'atenció primària i reforçar la coordinació amb els altres nivells d'atenció.
- ☐ Registrar sistemàticament a la HCDA del consum d'aquestes substàncies i actuacions realitzades.
- ☐ Intervencions protocol·litzades de les educadores i treballadores socials en els casos en els que sigui necessari.

Línia operativa 3: Prevenció dels accidents

Els accidents tenen un impacte molt important en la salut de la població, destacant els accidents de trànsit amb fort impacte a la població jove. També s'han de considerar les lesions per caigudes, principalment en la gent gran que es poden prevenir amb mesures com les modificacions de l'entorn i la correcció de factors de risc (polimediació, debilitat muscular o sensorial).

En l'actualitat es desenvolupen diverses accions sota els programes "**Marc per a l'educació per a la salut a l'escola**" o **Alcohol + Conducció = Mal Rotllo (Creu Roja)** i es desenvolupen accions per prevenir els accidents d'esquí des d'Esquí Andorra.

Es considera important integrar la prevenció dels accidents en el procés assistencial on el primer nivell assistencial ha de tenir un paper central en la detecció de punts

crítics dels domicilis i amb intervencions per persones o grups que presenten factors de risc.

ACCIONS PRINCIPALS LOP 3 : Prevenció dels accidents

1. Establiment de **pactes intersectorials** amb les institucions implicades **per a la prevenció dels accidents**: i) trànsit, ii) caigudes i iii) pràctica de l'esport (esquí).
2. Reforçar les accions de prevenció relacionades amb del **consum de substàncies i la conducció**:Legislatives, educació sanitària i vial a la població general i especialment a les escoles.
3. Mantenir i millorar les accions per a la prevenció dels accidents en el programa **Marc per a l'educació per a la salut a l'escola**
4. Endegar una campanya de sensibilització per a la **prevenció dels accidents a la llar**
5. **Redactar i aprovar la nova Llei d'accessibilitat** (2017) d'acord amb el Conveni Nacions Unides dels drets dels discapacitats.
6. **Integració de la promoció i la prevenció en el procés assistencial**:
 - ☐ Consell per evitar o minimitzar els accidents a la llar des dels dispositius assistencials implicats (AP infermeria, treballadores socials, treballadores familiars).
 - ☐ Registre sistemàtic a la HCDA dels accidents i actuacions realitzades.

Línia operativa 4: Reforçament de la prevenció i de la vigilància de les malalties transmissibles

Actualment les patologies infeccioses encara són la causa principal de mort en infants i adults joves al món i les infeccions emergents constitueixen una amenaça per als països desenvolupats. Per altra banda, es té coneixement que determinades infeccions estan implicades en el desenvolupament de malalties que abans consideràvem que no tenien relació amb les patologies infeccioses.

Aquesta problemàtica requereix accions coordinades des de vessants diferents com ara la **detecció, el tractament, la prevenció i la vigilància**. Actualment s'està treballant en la redacció del Reglament del **Subsistema de vigilància de les malalties infeccioses** que té com a objecte vigilar les malalties identificades com a malalties de declaració obligatòria. Alhora, al 2014 es va crear el **Consell Assessor sobre la Patologia Infecciosa** CAPI com a òrgan científic consultiu i assessor del ministeri.

ACCIONS PRINCIPALS LOP 4 : Prevenció malalties transmissibles

1. Mantenir i millorar la **prevenció de malalties immunoprevenibles**
2. Elaborar un **pla en relació a les malalties de transmissió sexual**
3. Mantenir i millorar el **Programa de Prevenció i Control de la Tuberculosi**
4. Potenciar el **compliment del calendari vacunal obligatori**
5. Reforçar la **Vigilància** de les malalties transmissibles.
 - ☐ Automatitzar la declaració de les malalties de declaració obligatòria a la HCDA
 - ☐ Desenvolupar el Sistema d'informació per donar suport al Sistema Nacional de Vigilància de Salut Pública (SNVSP)
6. Crear el **Registre Nacional de Vacunes**
7. **Integrar la promoció i la prevenció en el procés assistencial:**
 - ☐ Reforçar l'actuació en la prevenció i control de les malalties transmissibles al primer nivell d'atenció.
 - ☐ Registrar sistemàticament la HCDA de les malalties transmissibles, vacunacions (adults i infants) i actuacions realitzades.

Línia operativa 5: Reforçament de la seguretat alimentària i la vigilància de l'entorn

La qualitat i la salubritat del nostre entorn són vitals per a una bona salut.

Pel que fa a la seguretat alimentària Andorra compta amb un sistema nacional de vigilància i control oficial dels establiments que desenvolupen activitats alimentàries, un Pla nacional de mostreig dels aliments i un altre d'investigació de residus.

Pel que fa a la salut ambiental, són vigents el Sistema Nacional de Vigilància Sanitària i analítica de les aigües destinades a consum humà, el Pla de vigilància de la qualitat sanitària de les aigües de lleure, piscines d'ús col·lectiu i spa, un Pla de Vigilància de la Legionel·losis i un Pla de control dels centres i serveis generadors de residus sanitaris.

ACCIONS PRINCIPALS LOP 5 : Seguretat alimentària i vigilància de l'entorn

1. **Seguretat alimentària**
 - ☐ Adequar el Sistema Nacional de Vigilància i Control als nous reglaments d'higiene.

- ☐ Formar al personal inspector en auditories.
- ☐ Fomentar l'elaboració de guies de bones pràctiques.
- ☐ Garantir la implantació de sistemes de traçabilitat dels aliments.
- ☐ Implantar polítiques de benestar animal.
- ☐ Impulsar l'adopció de les polítiques d'etiquetatge nutricional i les de reformulació d'aliments obesogènics

2. Entorn

- ☐ Avaluar els riscos sanitaris relacionats amb plagues, amb substàncies químiques perilloses i/o amb la contaminació del medi
- ☐ Implantar el Pla de Seguretat de l'aigua
- ☐ Regular la prevenció i control de la Legionel·la

8.2 Estratègia 2: Plans integrals per a l'atenció als problemes i condicions de salut de major impacte

La millora de la prevenció i l'atenció a la cronicitat requereix una **transformació del model sanitari i sociosanitari**, dels plantejaments organitzatius, dels processos integrats, de la gestió clínica, de la implicació dels professionals, dels mateixos malalts i de les persones cuidadores. El pacient ha de rebre una **atenció proactiva, resolutiva, adequada, eficient i satisfactòria en qualsevol moment i amb la intensitat adequada**.

En l'atenció als malalts crònics i/o amb dependència la distinció de les necessitats sanitàries i les necessitats socials de les persones pot limitar l'efectivitat del procés assistencial. **És necessari replantejar l'actual lògica assistencial amb visió clínica compartimentada i avançar cap a una òptica integral i centrada en la persona**. És per tant vital establir línies principals que han d'ordenar l'atenció per a aquest tipus de malalts amb un abordatge que contempli la història natural de la malaltia.

Es proposa l'elaboració de **plans integrals** com a instrument d'informació, estudi i proposta mitjançant el qual el MSASO determina les directrius per impulsar, planificar, coordinar i avaluar les actuacions a desenvolupar en l'àmbit de la promoció, la prevenció, la detecció precoç, el diagnòstic, el tractament i la rehabilitació dels **problemes i condicions de major impacte**, amb una visió integral i amb l'objectiu de **millorar la qualitat de vida de les persones afectades**.

DIRECTRIUS PELS PLANS INTEGRALS

- ☐ **Intervencions sistematitzades i compartides segons l'evidència científica** que incloguin des de la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, la detecció precoç diagnòstic, tractament, rehabilitació i l'acompanyament al final de la vida. Amb especial atenció a:

- o la prevenció, la detecció precoç i la rehabilitació.
- o garantir la qualitat de l'atenció, la qualitat de vida del pacient i el **seguiment** del pacient per evitar el seu deteriorament, les seves recaigudes i els conseqüents ingressos o urgències i promocionar la seva **autonomia** i independència
- ❑ Inclou accions que potenciïn la **autoresponsabilització** dels ciutadans amb la seva salut i la cooperació entre la **salut pública i l'atenció de primer nivell**.
- ❑ Respectant que el **domicili i la proximitat** siguin el principal lloc d'atenció a l'usuari.
- ❑ **Abordatge integral i multidisciplinar:** Professionals amb una òptica integral i compartida (necessitats sanitàries i sociosanitàries) i centrada en la persona
- ❑ **Garantir la coordinació** de tots els recursos i professionals implicats (ja siguin sanitaris o sociosanitaris) que ha de garantir el **contínuum assistencial, augmentar l'eficiència i reduir les duplicitats**

A continuació es presenta l'esquema que hauran de tenir els diferents plans integrals:

ELEMENTS PRINCIPALS DELS PLANS INTEGRALS

- A. Diagnòstic de situació (estat de salut, utilització de serveis, morbiditat hospitalària, morbiditat ambulatoria, etc)
- B. Objectius perseguits
- C. Model d'atenció amb **interacció sanitària i social**
- D. El mapa de recursos sanitaris i sociosanitaris
- E. Instruments per garantir el contínuum assistencial (historia compartida clínica i social, programes compartits, plans d'intervenció)
- F. Cronograma d'aplicació i mecanismes de seguiment i avaluació

El MSASO ha prioritzat cinc matèries: l'atenció als pacients fràgils, la salut mental, l'oncologia, les malalties de l'aparell circulatori i les malalties de l'aparell respiratori.

Estratègia 2: Plans integrals per l'atenció als problemes i condicions de salut de major impacte	LOP 6: Pla integral per a l'atenció del pacient fràgil
	LOP 7: Pla integral per a l'atenció de la Salut Mental
	LOP 8: Pla integral d'oncologia
	LOP 9: Pla integral per l'atenció a les malalties de l'aparell circulatori
	LOP 10: Pla integral per l'atenció a les malalties de l'aparell respiratori

És important remarcar que en aquest període de temps també s'haurà d'elaborar el **Pla Nacional de Serveis Socials i Sociosanitaris (PNASS)** segons preveu la *Llei 6/2014, de 24 d'abril, de serveis socials i sociosanitaris*, que establirà el mapa de

recursos socio-sanitaris i el seu model de funcionament; per tant un *input* molt important en la redacció dels plans que es presenten a continuació.

Línia Operativa 6: Pla integral per a l'atenció al Pacient Fràgil

Segons les publicacions consultades es defineix **pacient fràgil** com "Persona que per condicionants propis (edat, pluripatologia, esdeveniment invalidant) o de l'entorn (pobresa, solitud, etc) es mostra més vulnerable a la malaltia o es recupera amb major dificultat d'ella".



Si bé, quan es parla de pacient fràgil es relaciona amb persones d'edat avançada, s'hauria de considerar com a **pacient fràgil** les persones que per condicionants propis o de l'entorn presenten unes necessitats similars en quant a mesures preventives i actuacions dirigides especialment a **evitar la seva deterioració i a promoure la seva independència**, sense observar la seva edat.

ACCIONS PRINCIPALS LOP 6 : Pla integral per a la atenció dels pacients fràgils

- 1) Designar un equip de treball multidisciplinari (sanitari i social) que sota un lideratge definit elabori el Pla integral per a l'atenció dels pacients fràgils
- 2) **Implementar** el Pla i avaluar els seus resultats

Línia Operativa 7: Pla integral per a l'atenció de la Salut Mental

Segons l'OMS, els trastorns mentals són actualment la segona causa dels anys de vida ajustats per discapacitat⁴², però la tendència creixent fa preveure que per l'any 2030 en seran la primera. Per les dades obtingudes en l'anàlisi de situació, tot fa pensar que la tendència a Andorra serà similar.

Cal garantir una atenció adequada tant a les persones amb trastorns mentals com a les seves famílies. És necessari replantejar-se el model actual i ens hem d'orientar cap a una atenció més integral de base comunitària, coordinada i multidisciplinària amb estratègies de promoció de la salut, prevenció, tractament rehabilitació, inserció social i inserció laboral.

El nou model ha de prestar especial atenció a la prevenció, promoció de la vida independent i de l'autonomia que possibilitin que tothom visqui en el si de la comunitat i amb la major qualitat de vida.

ACCIONS PRINCIPALS LOP 7 : Pla integral per a l'atenció a la salut mental

1. Designar un equip de treball multidisciplinar (sanitari i social) que sota un lideratge definit elabori el Pla integral per a l'atenció de la salut mental

2- Implementar el Pla i avaluar els seus resultats

Línia Operativa 8: Pla integral d'oncologia

A Andorra el càncer és la primera causa de mort en els homes i la segona en les dones, a l'igual que en altres països desenvolupats. Andorra té un Registre de càncer (dades de l'HNSM) i un Programa de Detecció Precoç del Càncer de Mama PDPCM (2008) que actualment es troba a la 4a ronda. En l'actualitat, el Programa de Detecció Precoç de Càncer de Colon PDPCC es troba en fase avançada de disseny i es preveu fer el llançament el proper any 2015.

El problema i el repte que suposa el càncer conjuntament amb la necessària implicació de tots els nivells i àmbits assistencials per a la prevenció, el diagnòstic i el tractament, fan essencial el desenvolupament d'estratègies globals, coordinades i integrades. Per tot això es proposa elaborar un pla que ha de contemplar, entre d'altres:

⁴² Els **anys de vida ajustats per discapacitat** (AVAD) és una mesura del total de càrrega de la malaltia, expressat com el nombre d'anys perduts a causa de la mala salut, discapacitat o mort prematura

- ☐ Millorar l'accessibilitat al diagnòstic precoç i al tractament apropiat.
- ☐ Elaborar i seguir els protocols de tractament i seguiment pels tumors més freqüents
- ☐ Desenvolupament del Registre Poblacional del Càncer a Andorra
- ☐ Implantació del Programa de Detecció precoç de càncer de colon PDPCC.
- ☐ Mantenir i millorar el Programa de detecció precoç del Càncer de Mama PDPCM (fer 5 i 6 ronda).

ACCIONS PRINCIPALS LOP 8 : Pla integral d'oncologia

1. **Designar un equip de treball multidisciplinar** (sanitari i social) amb suport d'experts que sota un lideratge definit elabori el Pla integral d'oncologia
- 2- Implementar** el Pla i avaluar els seus resultats

Línia Operativa 9: Pla integral per l'atenció a les malalties de l'aparell circulatori

A Andorra les malalties de l'aparell circulatori són un problema de salut prioritari. Hi ha un conjunt de factors en l'atenció d'aquestes malalties que fan essencial el desenvolupament d'estratègies globals, coordinades i integrades: i) és indispensable que el diagnòstic i el tractament es faci de forma precoç , ii) la necessitat de prevenir i controlar els factors de risc , iii) l'atenció especialitzada i urgent que requereixen, iv) la necessària implicació i coordinació de tots els nivells i àmbits assistencials , i v) els avenços tècnics i científics en la lluita contra aquestes malalties.

Es proposa elaborar un pla que entre d'altres haurà de contemplar els següent aspectes:

- ☐ Promoure la **determinació del risc vascular** a l'atenció primària.
- ☐ Millorar l'accessibilitat a **l'atenció urgent** de l' ictus i de l' infart agut de miocardi.
- ☐ Potenciar la **rehabilitació** cardiovascular i la rehabilitació dels pacients amb ictus.

ACCIONS PRINCIPALS LOP 9 : Pla integral per l'atenció a les malalties de l'aparell circulatori

1. Designar un **equip de treball multidisciplinar** (sanitari i social) amb suport d'experts que sota un lideratge definit elabori el **Pla integral per l'atenció a les malalties de l'aparell circulatori**
- 2- Implementar** el Pla i avaluar els seus resultats

Línia Operativa 10: Pla integral per l'atenció a les malalties de l'aparell respiratori

Aquestes malalties tenen un impacte molt important en la dependència i en la disminució de la qualitat de vida dels qui les pateixen. Afecten el conjunt del sistema sanitari, tant des del punt de vista econòmic (utilització de llits, recursos urgents, reingressos, fàrmacs i teràpies respiratòries a domicili) com des del punt de vista organitzatiu.

Es proposa elaborar un pla que tindrà com a pilar el primer nivell d'atenció (especial menció a l'atenció domiciliària) i l'atenció sociosanitària. Alguns dels aspectes a contemplar en aquest pla seran:

- ☐ Promoció a la comunitat en referència als factors de risc⁴³
- ☐ La millora de la detecció precoç: Aconseguir espirometries de qualitat.
- ☐ Desenvolupar activitats preventives en els pacients amb malalties respiratòries, i en els que poden tenir risc, principalment la deshabitació tabàquica i l'activitat física.
- ☐ Desenvolupar accions per al tractament del tabaquisme i la vacunació antigripal i antipneumocòccica en la població de risc.
- ☐ Potenciar l'adherència i bon ús dels tractaments (teràpia inhalatòria)

ACCIONS PRINCIPALS LOP 10 : Pla integral per l'atenció a les malalties de l'aparell respiratori

1. Designar un **equip de treball multidisciplinar** (sanitari i social) amb suport d'experts que sota un lideratge definit elabori el Pla integral per l'atenció a les malalties de l'aparell respiratori

2- Implementar el Pla i avaluar els seus resultats

⁴³ És molt evident la relació entre l'exposició al tabac i el deteriorament de la funció pulmonar. Deixar de fumar frena la progressió de l'MPOC i disminueix el nombre i la gravetat de les aguditzacions.

9 Eix 2: Un sistema integrat, equitatiu, sostenible i de qualitat

L'augment de l'esperança de vida, la modificació de les necessitats de les persones i els avenços diagnòstics, terapèutics i tecnològics, plantegen **el repte d'atendre a més persones, més grans, amb més patologies i amb un grau més elevat de complexitat**. És necessària la transformació del sistema per donar resposta a les noves necessitats.

Prenent els principis del **Model Andorrà d'Atenció Sanitària (MAAS)** com a referència, el pla proposa accions per avançar en la construcció i consolidació del nou model i el desenvolupament dels seus components.

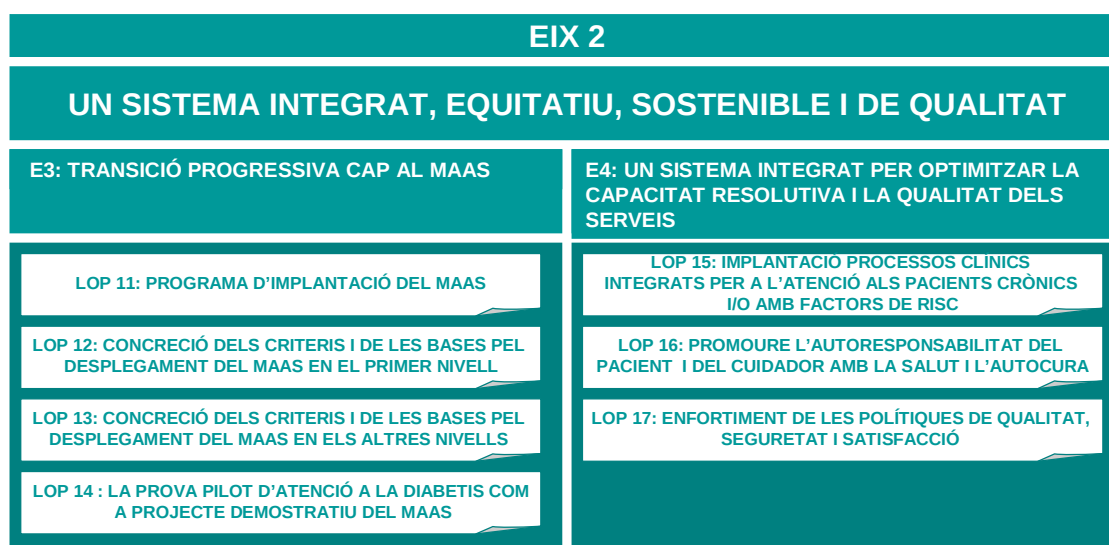
El **MAAS** esdevé el marc per a crear un **model de serveis integrats que ha de tenir com a eix vertebrador, l'atenció primària**. Això requerirà introduir canvis en l'organització i el funcionament dels serveis, en la pràctica clínica, en la relació entre els professionals i en els sistemes d'informació, per tal de poder fer efectiva la millora de la capacitat de resolució, assegurar el *continuum* assistencial i potenciar les activitats preventives i de promoció de la salut.

Per tal d'avançar cap a un sistema integrat, equitatiu, sostenible i de qualitat, d'acord amb el nou Model MAAS es plantegen els següents objectius acompanyats dels indicadors d'avaluació i de les fonts per la seva elaboració.

OBJECTIUS PLA SALUT	
EIX 2: UN SISTEMA INTEGRAT, EQUITATIU, SOSTENIBLE I DE QUALITAT	
D'aquí al 2020:	
1	Establir i aplicar la cartera de serveis segons MAAS i prioritats PS 2020 de Primer nivell assistencial Indicador: <i>Haver definit la cartera de serveis del primer nivell i valorat la seva aplicació</i> <i>Font: MSASO</i>
2	Establir i aplicar la cartera de serveis segons MAAS i prioritats PS 2020 del segon nivell assistencial Indicador: <i>Haver definit la cartera de serveis del segon nivell i valorat la seva aplicació</i> <i>Font: MSASO</i>
3	Establir i aplicar la cartera de serveis segons MAAS i prioritats PS 2020 de l'atenció sociosanitària Indicador: <i>Haver definit la cartera de serveis de l'atenció sociosanitària i valorat la seva aplicació</i> <i>Font: MSASO</i>
4	Establir i aplicar la cartera de serveis segons MAAS i prioritats PS 2020 de l'atenció a la salut mental Indicador: <i>Haver definit la cartera de serveis de l'atenció a la salut mental i valorat la seva aplicació</i> <i>Font: MSASO</i>
5	Establir el programa d'implantació del MAAS per tal d'impulsar i coordinar el seu desplegament en els diferents nivells assistencials Indicador: <i>Disposar del programa i valorar anualment la seva aplicació</i> <i>Font: MSASO</i>
6	Definir el model per a l' atenció domiciliària sanitària i sociosanitària Indicador: <i>Haver definit el model per a l'atenció domiciliària</i> <i>Font: MSASO</i>
7	Definir i aplicar el model per a l' atenció permanent i continuada Indicador: <i>Haver definit el model per a l'atenció permanent i continuada</i> <i>Font: MSASO</i>

	Implantar progressivament l' atenció en Xarxes segons dicta PS 2020
8	Indicador: <i>Haver implantat l'atenció en Xarxes d'acord amb les prioritats del Pla Salut 2020</i> <i>Font: MSASO</i>
9	Reduir en un 25% l'assistència a urgències hospitalàries en el triatge 4 i 5 pel adults Indicador: <i>Percentatge d'urgències hospitalàries ateses en població adulta classificades en el triatge 4 i 5</i> <i>Font: SAAS</i>
10	Reduir en un 40% l'assistència a urgències hospitalàries en el triatge 4 i 5 pels infants Indicador: <i>Percentatge d'urgències hospitalàries ateses en població infantil classificades en el triatge 4 i 5</i> <i>Font: SAAS</i>
11	Reduir la taxa de mortalitat del CHA per sota del nivell actual Indicador: <i>Taxa de mortalitat hospitalària</i> <i>Font: IAMETRICS</i>
12	Reduir la taxa de complicacions del CHA per sota del nivell actual Indicador: <i>Taxa de complicacions hospitalàries</i> <i>Font: IAMETRICS</i>
13	Reduir la taxa de readmissions del CHA per sota del nivell actual Indicador: <i>Taxa de readmissions hospitalàries</i> <i>Font: IAMETRICS</i>
14	Reduir les estades preoperatòries del CHA per sota del nivell actual Indicador: <i>Estades preoperatòries del CHA</i> <i>Font: IAMETRICS</i>
15	Assolir una xifra del 30% de cesàries realitzades al CHA Indicador: <i>Percentatge de cesàries realitzades al CHA</i> <i>Font: SAAS</i>
16	Reduir un 10% la taxa d'infecció nosocomial del CHA Indicador: <i>Prevalença d'infecció nosocomial global (%)</i> <i>Font: SAAS</i>
17	Reduir un 10% la taxa global de infecció de localització quirúrgica en cirurgia de pròtesi de genoll del CHA Indicador: <i>Taxa global de infecció de localització quirúrgica en cirurgia de pròtesi de genoll</i> <i>Font: SAAS</i>
18	Reduir un 10% la taxa global de infecció de localització quirúrgica en cirurgia de pròtesi de maluc del CHA Indicador: <i>Taxa global de infecció de localització quirúrgica en cirurgia de pròtesi de maluc</i> <i>Font: SAAS</i>
19	Realitzar una enquesta de percepció dels usuaris que han utilitzat els serveis en els àmbits d'hospitalització, consultes externes, urgències i el CSS El Cedre Indicador: <i>Haver realitzat una enquesta de percepció dels usuaris en els àmbits d'hospitalització, consultes externes, urgències i el CSS El Cedre</i> <i>Font: SAAS</i>
20	Aconseguir l' acreditació del CHA Indicadors: <i>Haver acreditat el CHA</i> <i>Font: SAAS</i>
21	Crear la Unitat de qualitat del MSASO Indicadors: <i>Haver creat la unitat de qualitat del MSASO</i> <i>Font: MSASO</i>
22	El CHA Hospital sense papers Indicadors: <i>Haver aconseguit que el CHA sigui un Hospital sense papers</i> <i>Font: SAAS</i>

A continuació, es presenten les dues estratègies (E) i 7 línies operatives (LOPS) del segon eix del Pla: " **Un sistema integrat, equitatiu, sostenible i de qualitat**".



La estratègia 3 planteja accions específiques per abordar aspectes estructurals, funcionals i d'altres relacionats amb la provisió dels serveis que són clau per al desenvolupament del MAAS. L'estratègia 4 planteja accions relacionades amb la millora dels resultats del sistema com ara, la millora de la capacitat resolutiva dels serveis, els mecanismes per potenciar una provisió integrada i la coordinació i les mesures per a la millora de la qualitat.

9.1 Estratègia 3: Transició progressiva cap al MAAS

El desplegament del MAAS comportarà canvis que hauran de tenir lloc de manera progressiva i ordenada. Un dels principals canvis s'ha d'expressar en el **viratge del sistema situant el primer nivell com pilar bàsic**, sent la **coordinació amb els altres nivells** i dispositius un aspecte clau del model. També els recursos dels altres nivells assistencials han d'evolucionar per tal de esdevenir un **suport de qualitat, eficient i eficaç** per les necessitats que no poden ser resoltes de forma adequada en el primer nivell.

Caldrà aprofundir en la definició de l'estructura, aspectes organitzatius i el funcionament dels diferents nivells assistencials i treballar per:

- ☐ Articular els mecanismes que han de permetre millorar la **capacitat de resolució**.
- ☐ Introduir els canvis necessaris en l'**organització del sistema de provisió** per adaptar-la a les noves necessitats.
- ☐ Introduir els canvis necessaris en la pràctica clínica mitjançant l'establiment de protocols i **rutes assistencials** conjuntes per reduir la variabilitat clínica i establir el millor i més eficient itinerari clínic per l'usuari.
- ☐ Desenvolupar la **cultura d'avaluació i del rendició de comptes** mitjançant, entre d'altres, la contractualització i la funció d'inspecció i control dels provisors (sanitaris i sociosanitaris) així com de les seves pràctiques.

- ❑ Disposar d'una **Història clínica i social compartida** que garanteixi la coordinació i la continuïtat assistencial facilitant que la informació relativa al pacient flueixi adequadament entre els professionals dels diferents nivells.

Es proposen **quatre línies operatives** per tal d'avançar en la transició cap al nou model. La **primera** proposa la creació d'un programa específic que condueixi el procés d'implantació del MAAS. La **segona i tercera** proposen accions per tal de concretar les bases per fer factible el desplegament del MAAS. Per últim, la **quarta** situa la prova pilot d'atenció a la diabetis com a projecte demostratiu del nou model.

Estratègia 3: Transició progressiva cap al MAAS	LOP 11: Programa d'implantació MAAS
	LOP 12: Concreció dels criteris i de les bases pel desplegament MAAS en el primer nivell
	LOP 13: Concreció dels criteris i de les bases desplegament del MAAS en altres nivells assistencials.
	LOP 14: La prova pilot d'atenció a la Diabetis com a projecte demostratiu del MAAS

Línia operativa 11: Programa d'implantació MAAS

Una reforma del sistema com la que es proposa obliga a contemplar un horitzó temporal pel seu desplegament (que se situa en el mig i llarg termini) i alhora dotar-se d'una eina que orienti la implementació.

El **programa d'implantació del MAAS** ha de permetre dirigir, coordinar i fer el monitoratge del desplegament operatiu de les mesures previstes pel nou model **establint en el temps les accions que cal dur a terme per garantir una transició ordenada cap al MASS** concretant els objectius i articulant les actuacions a dur a terme per tal d'assolir-los, el cronograma, les institucions i els agents implicats, els responsables, els mecanismes i els indicadors pel seu monitoratge.

S'hauran de contemplar estratègies d'informació i comunicació per aconseguir l'alineament amb els objectius del MAAS dels professionals que ajudi a vèncer resistències i aconseguir el compromís i la implicació en el projecte.

ACCIONS PRINCIPALS LOP 11 : Programa implantació MAAS

- Elaboració del Programa** que establirà, com a mínim:
 - ❑ Els objectius a assolir a curt i mig termini
 - ❑ Les accions calendaritzades i amb responsables
 - ❑ Els recursos econòmics calendaritzats necessaris
 - ❑ Les accions per **facilitar l'adheriment al canvi**: sessions informatives i participatives, comunicats de premsa, articles a intranet, creació d'una imatge de marca amb logo, etc

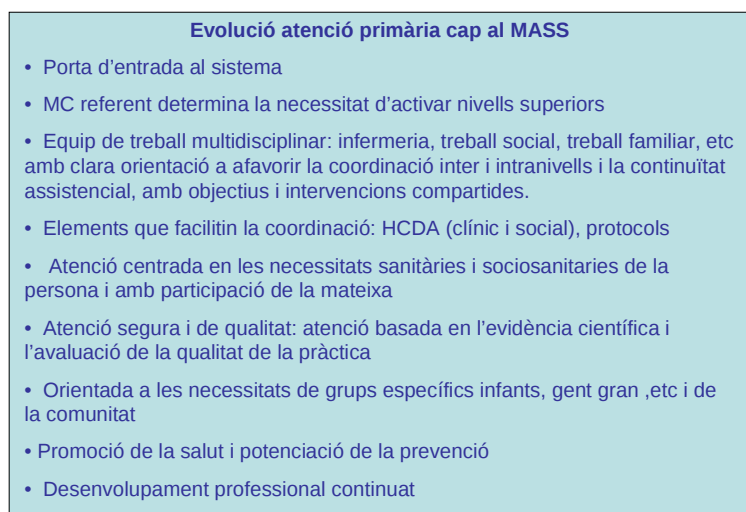
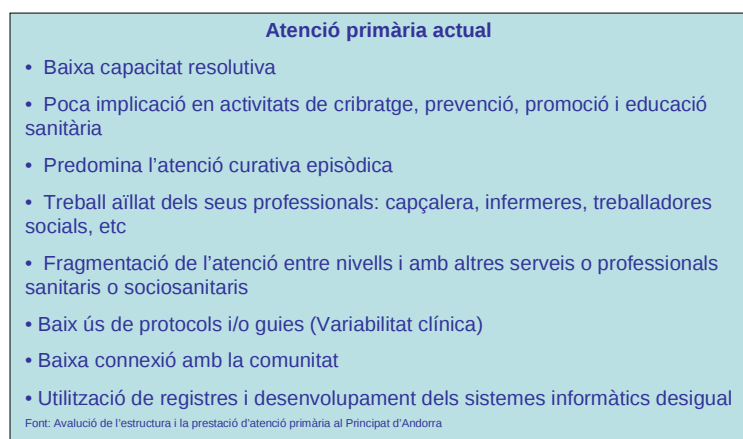
- ❑ Les accions formatives i de capacitatíó com a part fonamental de l'èxit de la implantació del MAAS
- ❑ El monitoratge i marc avaluatíu

2. **Presentació** del programa per a la seva aprovació.

3. Designació de **l'equip** que ha de constituir el nucli dur promotor del desplegament MAAS i al Coordinador (Implicar a professionals sanitaris i sociosanitaris i de la gestió per tal que participin en el lideratge del projecte)

Línia operativa 12: Concreció dels criteris i de les bases pel desplegament MAAS en el primer nivell

L'esquema que es presenta a continuació pretén mostrar els elements que actualment caracteritzen l'atenció primària del nostre sistema i els aspectes principals que han de caracteritzar el primer nivell assistencial segons el nou model



Les accions que es proposen tenen per finalitat generar les bases que hauran de regir el model organitzatiu, el funcionament, els recursos i les eines de coordinació per aconseguir un primer nivell resolutiu i de qualitat.

ACCIONS PRINCIPALS LOP 12 : Concreció dels criteris i de les bases pel desplegament MAAS en el primer nivell

1. Avançar en la **definició del primer nivell assistencial** pel que fa a :
 - ☐ L'estructura funcional i organitzativa
 - ☐ Treball en equip amb professionals sanitaris i socials per una visió integral de la persona. S'hauran de repensar els rols dels professionals d'acord a les funcions a desenvolupar.
 - ☐ Acreditació dels professionals
 - ☐ Les relacions generals de coordinació que han de garantir el treball en equip i la continuïtat assistencial (interconsulta, planificació al alta, sessions clíniques, etc)
 - ☐ Les condicions per fer possible el treball en equip i la coordinació
 - o HCDA (dades clíniques i socials)
 - o TICS (ús telèfon, mail, intranets, telemedicina....)
 - o Elements que sistematitzen l'atenció: Guies de pràctica clínica, protocols de coordinació, circuits, etc
 - o Accions formatives i de capacitació que han de contribuir a l'èxit de la implantació del MAAS
 - ☐ Els mecanismes d'avaluació per a la millora continua
 - ☐ La normativa necessària per fer efectiu el model
2. Definició de la cartera de serveis del primer nivell serveis i modalitats d'atenció que contemplarà **l'oferta del primer nivell**.
3. Nou model **d'atenció de proximitat amb visió global de les necessitats sanitàries i socials, potenciant domicili i** amb equip multidisciplinar amb nous rols i actors com ara els professionals d'infermeria, pediatres, les treballadores socials, les treballadores familiars, les educadores, terapeutes ocupacionals, els farmacèutics , etc. (Llei 6/2014)
4. Mecanismes per dotar al primer nivell d'un **suport especialitzat** mitjançant la creació de la figura del metge especialista consultor i desenvolupant les interconsultes virtuals, entre d'altres.
5. Reordenació total de l'espai **sociosanitari** en el marc de la Llei 6/2014
6. Ordenar el **model d'atenció permanent i continuada**

Línia operativa 13: Concreció dels criteris i de les bases pel desplegament del MAAS en altres nivells assistencials

El desplegament del MAAS s'ha d'estendre als altres nivells assistencials. Això ha de comportar necessàriament canvis, tant en la provisió com en la gestió dels serveis, amb una assignació de les intervencions al nivell més adequat segons la seva complexitat i amb garantia del *contínuum* assistencial.

És important concretar el rol del segon nivell assistencial i com es relaciona amb els altres nivells i modalitats i, a la vegada, definir quines prestacions són de segon i quines de tercer nivell assistencial, així com articular els mecanismes que garanteixin la coordinació amb els recursos externs.

ACCIONS PRINCIPALS LOP 13 : Concreció dels criteris i de les bases pel desplegament MAAS en els altres nivells

1. Orientar els canvis del **segon nivell assistencial** cap al MAAS, mitjançant la definició de:

- ☐ L'estructura funcional i organitzativa
- ☐ Acreditació dels professionals
- ☐ Les relacions generals de coordinació que han de garantir el treball en equip i la continuïtat assistencial
- ☐ Les condicions per fer possible el treball en equip i la coordinació
 - o HCDA (dades clíniques i socials)
 - o TICS (ús telèfon, mail, intranets, telemedicina....)
 - o Sistematització de la planificació a l'alta hospitalària
 - o Elements que sistematitzen l'atenció: Guies de pràctica clínica, protocols de coordinació, circuits, etc
 - o Accions formatives i de capacitatció que han de contribuir a l'èxit de la implantació del MAAS
- ☐ Els mecanismes d'avaluació per a la millora continua
- ☐ Normativa necessària

2. Definir la **Cartera de serveis** dels nivells II i III d'acord el model MAAS.

Línia operativa 14: La prova pilot d'atenció a la Diabetis com a projecte demostratiu del MAAS

La prova pilot d'atenció a la Diabetis serà objecte de seguiment i d'una avaluació final. Els resultats han de permetre, d'una banda identificar l'assoliment dels resultats de salut fixats en el disseny de la prova i de l'altre **aspectes operatius susceptibles de millora** abans de generalitzar l'extensió del model MAAS, com ara:

- ☐ Definir les **necessitats d'informació** i el format (HCDA).

- ☐ Definir les necessitats i les millors condicions organitzatives per garantir la **coordinació i comunicació** entre professionals i nivells.
- ☐ Detectar possibles **mancances en recursos** i en formació
- ☐ Detectar necessitats de canvi en **altres recursos assistencials** com són l'hospitalització no convencional, l'atenció sociosanitària i l'atenció continuada, com a resultat de la nova forma de treball.
- ☐ Detectar les necessitats de **registre i control** per a la facturació de l'assistència
- ☐ Conèixer **l'opinió dels grups d'interès**: col·legis professionals, associacions de professionals, associacions d'usuaris, etc.
- ☐ Detectar les possibles **necessitats normatives** del model.

ACCIONS PRINCIPALS LOP 14 : La prova pilot de l'atenció a la Diabetis com a projecte demostratiu del MAAS

1. Seguiment i monitorització continuus de la implementació de la prova pilot amb l'adaptació dinàmica de la Guia d'actuació
2. Avaluació final del projecte i identificació de millores al model MASS
3. Comunicació dels resultats del projecte a les organitzacions de professionals i a la ciutadania

9.2 Estratègia 4: Un sistema integrat per optimitzar la capacitat resolutiva i la qualitat dels serveis

Per tal de millorar el sistema a més d'incidir en els aspectes estructurals i de model, cal articular estratègies que orientin als provisors cap a l'assoliment dels objectius. És fonamental treballar per:

- ☐ Disminuir la **variabilitat no desitjada** en la pràctica clínica
- ☐ Reduir la **fragmentació** del sistema
- ☐ Reduir el nombre **d'hospitalitzacions evitables i ingressos innecessaris** per afavorir la derivació a l'hospital de dia o a l'atenció primària/domiciliària
- ☐ Reduir **l'índex de readmissions**
- ☐ Reduir **l'índex de complicacions**
- ☐ Implementar mecanismes per canalitzar els **suggeriments i les reclamacions dels usuaris**
- ☐ Augmentar la utilització de les **enquestes de satisfacció**
- ☐ Incrementar **el grau de satisfacció** de les persones que utilitzen la CASS
- ☐ Mantenir o millorar **el grau de satisfacció** de les persones que utilitzen el MSASO o el SAAS.
- ☐ Disminuir el nombre de **queixes de pacients**:
 - o Traumatologia del HSNM
 - o Urgències del HSNM

- o Consultes externes del HSNM (Dificultat per demanar cita)

Aquesta estratègia es desplega en tres línies operatives, la primera s'orienta a sistematitzar la pràctica mitjançant la implantació de processos clínics integrats. La segona vol promoure la implicació del pacient i del cuidador en la seva salut i la tercera va dirigida a millorar la qualitat, la seguretat i la satisfacció dels pacients.

Estratègia 4: Un sistema integrat per optimitzar la capacitat resolutiva i la qualitat serveis	LOP 15: Implantació processos clínics integrats per a l'atenció als pacients amb patologies cròniques i/o factors de risc
	LOP 16: Promoure l'autoresponsabilitat del pacient i del cuidador amb la salut i l'autocura del pacient
	LOP 17: Enfortiment de les polítiques de qualitat, de seguretat i de satisfacció pacients

Línia operativa 15: Implantació processos clínics integrats per a l'atenció als pacients amb patologies cròniques i/o factors de risc

Atenent als principals problemes crònics que afecten la població d'Andorra es proposa dissenyar i implantar **processos clínics integrats amb un enfocament de gestió de la malaltia** (incloent prevenció i detecció precoç, prevenció i promoció de la salut, diagnòstic, tractament, rehabilitació i suport sociosanitari) mitjançant l'organització i la gestió dels serveis adequats (**model d'atenció en xarxes**) per les següents condicions:

PROCESSOS CLÍNICS INTEGRATS

- ❖ Diabetis,
- ❖ Malalties de l'aparell respiratori ,
- ❖ Malalties de l'aparell circulatori,
- ❖ Problemes de salut mental,
- ❖ Pacients fràgils i
- ❖ Acompanyament a pacients en el final de la vida



MODEL D'ATENCIÓ EN XARXA

Les necessitats dels pacients seran ateses al nivell i amb el recurs més adequat segons el grau i la fase evolutiva

L'objectiu és millorar l'abordatge dels pacients crònics per tal de reduir-ne la morbiditat i la mortalitat i millorar la seva qualitat de vida i l'autocontrol sobre la seva patologia.

ACCIONS PRINCIPALS LOP 15 : Implantació de processos clínics integrats per a l'atenció als pacients amb patologies cròniques i/o factors de risc

Disseny i implementació del model en xarxa per l'atenció a :

- ☐ La Diabetis,
- ☐ Les Malalties de l'aparell respiratori ,
- ☐ Les Malalties de l'aparell circulatori

- ☐ La salut mental
- ☐ Els pacients fràgils
- ☐ El final de la vida

Definint com a mínim per cada una de les xarxes:

- ☐ Coordinador de la xarxa, professionals implicats sanitaris i socials i nous rols a desenvolupar
- ☐ Mapa de recursos sanitaris i sociosanitaris de la xarxa
- ☐ Rutes assistencials per les diferents patologies- circuits i protocols
- ☐ Potenciar la visió preventiva, d'autocura i d'educació per a la salut des de l'atenció primària i comunitària.
- ☐ Integrar TICS en la creació de les rutes: HCDA
- ☐ Integrar eines com la planificació a l'alta hospitalària
- ☐ Guies farmacològiques amb la visió de racionalitzar la prescripció
- ☐ Marc de finançament, normatiu i avaluatiu.

Línia operativa 16: Promoure l'autoresponsabilitat del pacient i del cuidador amb la salut i l'autocura del pacient

Es persegueix la **implicació activa del pacient** en la manera d'afrontar la seva malaltia, ajudar-lo a entendre i conèixer la seva patologia i millorar les seves capacitats i habilitats per a l'**autocura** amb la finalitat d' incrementar l'**autonomia** en la gestió de la pròpia malaltia i una dependència innecessària respecte els serveis sanitaris.

L'objectiu final és que els ciutadans/pacients passin a ser copartíips i **coresponsables de la gestió del seu procés assistencial**.

ACCIONS PRINCIPALS LOP 16 : Promoure l'autoresponsabilitat del pacient i del cuidador amb la salut i l'autocura del pacient

1. Necessitat d'establir les estratègies que afavoreixen l'autocura dels pacients principalment aprofitant les TICS:
 - ☐ Consell sanitari via webs institucionals de les patologies prioritzades i factors de risc per fomentar aspectes com l'educació, la prevenció, l'adherència als tractaments, etc. Exemples: deshabituació tabàquica, activitat física, alimentació saludable, salut emocional, sexualitat, prevenció d'accidents i lesions, vacunació, ús racional del medicament, etc.
2. Disseny i desplegament d'un projecte tipus Pacient expert o Escola de pacient per a les diferents patologies prioritzades.
3. Confèrencies informatives, vídeos a la web, fòrums, taules rodones, col·laboracions amb les associacions de malalts, etc

4. Centre multiresposta d'atenció telefònica principalment per consell i redireccionament al recurs més adequat (sanitaris, social i sociosanitaris)

Línia operativa 17: Enfortiment de les polítiques de qualitat, de seguretat i de satisfacció pacients

El desenvolupament del nou model en xarxes i dels processos integrals d'atenció mitjançant l'establiment de rutes assistencials basades en l'evidència forçosament **reduiran la variabilitat de la pràctica clínica** i contribuiran notablement a la millora de la qualitat i de la seguretat de l'atenció. Altres accions més concretes que han d'enfortir la qualitat, la seguretat i la satisfacció dels pacients són:

- ☐ El Pla de qualitat del SAAS.
- ☐ El MSASO i la CASS hauran de treballar per orientar a tots els prestadors convencionats (sanitaris i sociosanitaris) cap a polítiques de qualitat, seguretat i satisfacció dels pacients, per tant és necessari adaptar els **contractes** i incloure **indicadors avaluables** que orientin cap a una millora de la qualitat.
- ☐ La CASS ha de treballar per millorar la percepció que els usuaris tenen del servei prestat, implementant les recomanacions de la MNCOSS.
- ☐ El MSASO ha de desenvolupar un **àrea d'Inspecció** que permeti el control efectiu de la qualitat i la seguretat dels centres sanitaris i sociosanitaris d'Andorra, així com de les seves actuacions (sanitàries i socials) i de forma paral·lela crear una unitat que reculli i gestioni les queixes dels usuaris. Per una altra part ha de crear una unitat de qualitat que generi i difongui l'evidència per la qualitat.

ACCIONS PRINCIPALS LOP 17 : Enfortiment de les polítiques de qualitat, de seguretat i de satisfacció pacients

1. Presentació, desplegament i avaluació continua del **Pla de Qualitat del SAAS**.
2. Incloure paràmetres avaluables de qualitat, de seguretat i de satisfacció en els **contractes amb els provisors sanitaris i sociosanitaris convencionats** per la CASS o pel MSASO.
3. Desplegament de les **recomanacions de la MNCOSS** a la CASS en l'àrea relacionada amb la qualitat.
4. Desenvolupament de l' **àrea inspecció i control del MSASO**
5. Creació d' una **unitat de qualitat al MSASO** que reculli i gestioni les queixes dels usuaris, impulsi accions per conèixer el nivell de satisfacció dels mateixos i defineixi les accions de millora. De forma paral·lela s'encarregarà

de dissenyar i llançar enquestes de percepció de la qualitat per part de l'usuari i treballarà per la creació i difusió de **guies de bona pràctica** de diferents processos de suport assistencial; ex: esterilització, sedació en centres odontològics, prevenció i tractament dels casos de maltractament, etc.

DOCUMENT DE TREBALL

10 Eix 3: Enfortiment de la Governança del Sistema

En un moment de transició com l'actual, i atès que el dret a la salut és un dels pilars de l'Estat del benestar, és indispensable **consolidar el model de governança per garantir el lideratge i el compromís amb el canvi desitjat. Cal superar** les mancances existents i aprofundir en les atribucions dels actors del sistema en relació a les funcions de rectoria, finançament, provisió de serveis i de generació i gestió de recursos en base a la separació de les funcions que cadascú té atribuïdes.

S'han de reforçar les **capacitats institucionals** dels diferents actors per poder desenvolupar les seves **funcions** i disposar dels mecanismes i instruments que han de permetre el **monitoratge, l'avaluació dels resultats i la rendició de comptes a la ciutadania**.

Per tal d'enfortir la governança del sistema es plantegen els següents objectius acompanyats dels indicadors d'avaluació i de les fonts per a la seva elaboració.

OBJECTIUS PLA SALUT EIX 3: ENFORTIMENT DE LA GOVERNANÇA DEL SISTEMA SALUT	
D'aquí al 2020:	
1	Fer el seguiment anual (avaluació continua) i a final de període dels objectius i les intervencions definides al PS 2020 Indicador: <i>Haver realitzat, lliurat al Govern els informes d'avaluació anual del PS cada any fins al 2020 i l'informe final del PS 2020 i fer-ne la difusió corresponent</i> <i>Font: MSASO</i>
2	Avaluar anualment els Contractes Marc (MSASO-CASS/MSASO-SAAS) i el Contracte transversal (CASS-SAAS) Indicador: <i>Informe d'avaluació dels Contractes Marc (MSASO-CASS/MSASO-SAAS) i el Contracte transversal (CASS-SAAS) 2015-2020</i> <i>Font: MSASO</i>
3	Signar els contractes CASS amb els diferents provisors (no SAAS) que contemplin introduir incentius lligats a resultats de qualitat, seguretat, satisfacció Indicador: <i>Contractes CASS signats amb els diferents provisors (no SAAS) que contemplin introduir incentius lligats a resultats de qualitat, seguretat, satisfacció</i> <i>Font: MSASO i CASS</i>
4	Sotmetre a l'aprovació el Decret de cartera de Serveis per Andorra Indicador: <i>Haver aprovat el Decret de cartera de serveis per Andorra</i> <i>Font: MSASO</i>
5	Desplegar d'acord amb les recomanacions de la MNCOSS, el pla d'acció 2015-2020 a la CASS, Indicador: <i>Informe de valoració de l'aplicació del Pla d'acció recomanacions MNCOSS</i> <i>Font: CASS</i>
6	Modificar la Llei de Creació del SAAS Indicador: <i>Nova Llei de Creació del SAAS aprovada</i> <i>Font: MSASO, SAAS</i>
7	Establir el Marc Normatiu per l'acreditació de professionals sanitaris Indicador: <i>Marc Normatiu per l'acreditació de professionals sanitaris aprovat</i> <i>Font: MSASO</i>
8	Establir el Marc Normatiu per regular les professions sanitàries Indicador: <i>Marc Normatiu per la regulació de les professions sanitàries</i> <i>Font: MSASO</i>

9	Establir el Marc Normatiu que reguli els drets i deures del pacients Indicador: <i>Marc Normatiu que reguli els Drets i deures del pacients aprovat</i> <i>Font: MSASO</i>
10	Actualització de la Llei de Sanitat Indicador: <i>Nova versió Llei sanitat aprovada</i> <i>Font: MSASO</i>
11	Aprovar la Llei del Medicament Indicador: <i>Llei del medicament aprovada</i> <i>Font: MSASO</i>
12	Disposar d'un quadre de comandament pel Sistema de Salut Indicador: <i>Existència d'un quadre de comandament de salut</i> <i>Font: MSASO</i>
13	Estendre la HCDA als professionals i dispositius assistencials del Sistema Indicador: <i>Percentatge de professionals i dispositius assistencials que han estat autoritzats formalment per l'accés a HCDA, per categoria professional i nivells assistencials</i> <i>Font: MSASO SAAS</i>
14	Definir un projecte de Recepta electrònica d'Andorra que contempli la seva implementació calendaritzada Indicador: <i>Disposar del projecte de Recepta electrònica d'Andorra</i> <i>Font: MSASO SAAS CASS</i>
15	Disposar d'un Registre Nacional Vacunal Indicador: <i>Registre Nacional Vacunal en funcionament</i> <i>Font: MSASO</i>
16	Disposar d'un Pla d'informació i comunicació a la ciutadania sobre el Sistema de Salut i l'ús dels serveis, difonent els canvis i millores que s'estiguin implementant al sistema Indicador: <i>Existència d'un Pla d'informació i comunicació a la ciutadania sobre el Sistema de Salut i l'ús dels serveis</i> <i>Font: MSASO</i>

Per tot això l'eix 3, dedicat a l'enfortiment de la governança, es desplega en 6 estratègies (E) i 7 línies operatives (LOPS):



Les estratègies 5, 6 i 7 es relacionen amb l'aprofundiment de les atribucions dels actors en relació a les funcions de rectoria (MSASO), finançament, compra i control dels provisors (CASS) i provisió dels serveis (SAAS i altres). L'estratègia 8

persegueix la consolidació d'un sistema d'informació assistencial integrat i un sistema per a la gestió del sistema. Finalment, les estratègies 9 i 10 plantegen potenciar la participació dels professionals i la rendició de comptes a la ciutadania.

10.1 Estratègia 5: L'enfortiment de la funció de rectoria del sistema

El MSASO és l'autoritat sanitària que defineix les prioritats i les polítiques de salut, recursos i serveis, els objectius, les estratègies, les intervencions i els programes del sistema, així com la seva regulació. Aquesta estratègia persegueix enfortir la capacitat institucional del MSASO per garantir el millor exercici de les seves funcions de planificació, d'avaluació, de regulació, d'inspecció, d'autorització i d'acreditació. Aquesta estratègia es desplega en una única línia operativa:

Estratègia 5: L'enfortiment de la funció de rectoria del Sistema

LOP 18: Consolidació de la funció rectora del MSASO

Línia Operativa 18: Consolidació de la funció rectora del MSASO

El MSASO ha de treballar per garantir el desenvolupament de les seves funcions:

- ☐ Establint els criteris generals de **planificació sanitària** així com els mecanismes per al seu desplegament mitjançant la contractualització i l'avaluació.
- ☐ Enfortint la **funció reguladora**.
- ☐ Desenvolupant la funció **d'inspecció, vigilància i control** dels centres sanitaris i sociosanitaris i avaluació de les seves pràctiques.
- ☐ Desenvolupant la **funció d'autorització i d'acreditació** dels professionals sanitaris i la **funció d'autorització** d'equipaments, instal·lacions i tecnologies.
- ☐ Liderant la consolidació de la **política de contractualització**
- ☐ Liderant les **actuacions formatives** a professionals i gestors del sistema que han de garantir l'èxit de la reforma.

ACCIONS PRINCIPALS LOP 18 : Consolidació funció rectora del MSASO

1. Desenvolupar la funció de planificació i avaluació:

- ☐ Elaboració sistematitzada de Plans de Salut plurianuals i l'avaluació dels mateixos.
- ☐ Definició de la política del medicament: i) Creació de la Comissió nacional del medicament d'elevat cost i elevada complexitat, ii) Avançar en la política de preus de referència, iii) Avançar en la política de seguretat i ús racional del medicament, iv) altres.
- ☐ Planificació quantitativa i qualitativa dels recursos, serveis sanitaris i sociosanitaris i professionals

- ☐ Impuls i lideratge de la Unitat de compra mixta MSASO-CASS.

2. Desenvolupar la funció de **regulació**, entre d'altres:

- ☐ Modificar la Llei General de Sanitat (funció inspecció, incloure elements clau per l'implementació del MAAS, etc.).
- ☐ Desenvolupament reglamentari de la Llei 6/2014 del 24 d'abril de serveis socials i sociosanitaris.
- ☐ Desenvolupar la reglamentació de la Llei 18/2014 del 24 de Juliol, de modificació de la Llei 17/2008, del 3 d'octubre de la Seguretat Social.
- ☐ Desenvolupar la normativa necessària en relació a la ratificació del Principat d'Andorra del Conveni relatiu als drets de les persones discapacitades.
- ☐ Aprovar la Llei del medicament.
- ☐ Aprovar la Llei de Drets i Deures dels pacients.
- ☐ Elaborar i aprovar la normativa per la creació i ús (professionals i usuaris) de la HCDA.
- ☐ Realitzar i aprovar les modificacions a la *Llei de creació del SAAS*
- ☐ Elaborar i aprovar la normativa necessària pel MAAS i les Xarxes
- ☐ Elaborar i aprovar la normativa per l'autorització i acreditació dels professionals sanitaris.
- ☐ Elaborar i aprovar la normativa necessària per a la regulació de les professions sanitàries en general i en els casos necessaris en particular.
- ☐ Elaborar i aprovar la normativa que regula la professió d'infermeria.
- ☐ Elaborar i aprovar el Decret de Cartera de serveis sanitaris.
- ☐ Elaborar i Aprovar el Decret de Cartera de serveis socials i sociosanitaris
- ☐ Revisió normativa per l'enfortiment de la Comissió de cartera de serveis i de prestacions.
- ☐ Elaborar i aprovar el nou Reglament del 100% de la CASS, accés al 100% per recursos insuficients com a prestació no contributiva i establir una llista de malalties de llarga durada.
- ☐ Elaborar i aprovar la normativa que pugui ser necessària per a la creació de nous rols professionals o la modificació de les funcions dels rols establerts.

3. Desenvolupar la funció d'**inspecció sanitària, social i sociosanitària**:

- ☐ Crear l'àrea d'Inspecció, definir l'equip inspector i l'àrea responsabilitat
- ☐ Definir el marc d'actuació de l'inspecció, establir procediments que han de guiar la funció inspectora i definir i aprovar el Pla que ha de guiar la inspecció en el curt i mig termini

4. Desenvolupar la funció **d'autorització i d'acreditació**

- ☐ Desenvolupament de la funció d'autorització d'equipaments, instal·lacions i tecnologies
- ☐ Disseny i establiment de la política d'autorització i d'acreditació dels professionals

5. Consolidar la **governança financera del sistema**

- ❑ Establir els procediments necessaris per tal de que el sistema es regeixi per una adequada gestió pressupostària.
- ❑ Impuls a la implementació de nous contractes o convenis de col·laboració entre l'agent financer i tots els provisors sanitaris o sociosanitaris que presten servei amb compromisos avaluable i orientats a la qualitat i a la gestió per resultats.
- ❑ Elaborar un Pla per adequar la despesa sanitària a les necessitats reals s amb criteris de qualitat

6. Adequar la **dotació de recursos humans** en quant a capacitat i habilitats per desenvolupar la funció rectora i adequar la **dotació de recursos materials:** mitjans informàtics (Hard i Soft) i de suport.

7. Elaborar un **pla formatiu** pels professionals i els gestors del sistema. El pla haurà de contemplar accions formatives de caràcter tècnic per donar suport al nou model d'atenció i de forma paral·lela accions formatives per garantir els aspectes de governança del sistema (gestió, sistemes d'informació, models de finançament, etc).

10.2 Estratègia 6: L'enfortiment de la funció de finançament, compra i control dels provisors

Aquesta estratègia persegueix enfortir la capacitat institucional de la CASS per garantir el millor exercici de les seves funcions de finançament, compra i control de la provisió. Aquesta estratègia es desplega en una única línia operativa:

Estratègia 6: L'enfortiment de la funció de finançament, compra i control dels provisors

LOP 19: Consolidació de la funció de finançament, compra i control de la CASS

Línia Operativa 19: Consolidació de la funció de finançament, compra i control de la CASS

La CASS ha de treballar per establir una **nova política de convencionament** amb tots proveïdors que presten els seus serveis sanitaris o sociosanitaris orientada a resultats (qualitat, eficiència i resultats en salut). Per una altra part, ha d' **implementar les recomanacions de la auditoria MNCOS** per assegurar la governança i el bon funcionament de la parapública. També ha d'impulsar la seva funció de compra amb una visió estratègica amb la formalització de la **Unitat de compra mixta CASS-MSASO**

ACCIONS PRINCIPALS LOP 19 : Consolidació funció de finançament compra i control de la CASS

1. Consolidar la **política de contractualització** amb tots els provisors sanitaris i sociosanitaris d'Andorra i fora d'Andorra amb orientació a resultats (qualitat, eficiència i resultats en salut).
2. **Implementar les recomanacions de la MNCOSS** recollides al Pla d'acció 2015-2020 de la CASS. Principalment:
 - ☐ Millorar el rol i les funcions dels òrgans de govern: funcions del Consell d'Administració i funcions de la Direcció general
 - ☐ Revisió dels processos i de l'organització per aconseguir la millora de l'atenció a l'usuari i del control dels assegurats i dels proveïdors.
 - ☐ Millora de la política de recursos humans
 - ☐ Millora de les funcions de suport: sistemes informàtics, comptabilitat i àrea jurídica.
3. Orientar la provisió a les necessitats reals detectades i a la cartera de serveis establerta mitjançant el desenvolupament de la **Unitat de Compra**

10.3 Estratègia 7: L'enfortiment de la funció de provisió de serveis

Aquesta estratègia persegueix establir els mecanismes per tal que tots els provisors del sistema desenvolupin les seves funcions en consonància amb les prioritats i les polítiques de salut que defineix l'autoritat sanitària. Es desplega en una única línia operativa:

Estratègia 7: L'enfortiment de la funció de provisió de serveis

LOP 20: Introducció de canvis legislatius, organitzatius i de funcionament a la provisió

Línia Operativa 20: Introducció de canvis legislatius, organitzatius i funcionament a la provisió

El SAAS haurà de col·laborar en els treballs de modificació de la *Llei de creació del SAAS de l'any 1986* i establir la **política de contractualització dels professionals liberals** que per la seva activitat necessiten dels equipaments i la infraestructura hospitalària pública així com treballar en l'homogeneïtzació de la normativa dels serveis i en la millora de l'eficàcia dels equips.

És imprescindible l'acreditació de les estructures i dels processos assistencials del SAAS, potenciar la productivitat, l'eficiència i la complexitat. Per una altra banda, cal que la política de recursos humans s'orienti al compliment d'objectius perquè l'organització estigui en concordança amb els compromisos fixats en els contractes.

Caldrà també implementar la responsabilitat per centres de costos i potenciar la inversió en tecnologies de la informació i comunicació per tal de millorar la coordinació, que haurà de garantir la transformació d'alguns dels seus serveis assistencials facilitant el **treball en xarxa** i millorant l'accessibilitat.

En referència als **provisors liberals convencionats** cal establir mecanismes que assegurin que les seves prestacions es facin d'acord amb l'evidència disponible i de manera que s'adaptin a l'estratègia i orientacions en matèria de política sanitària. És fonamental que enforteixin el treball en equip amb d'altres professionals del mateix nivell o d'altres nivells i treballin per esdevenir provisors amb capacitat d'integració, amb orientació a la qualitat, als resultats en salut i a l'eficiència mitjançant contractes orientats a l'avaluació continuada i als resultats.

Un dels elements clau per tal que tots els provisors s'adaptin al nou model d'atenció és la implementació de la **Història compartida clínica i social (HCDA) i la potenciació de la seva utilització**.

ACCIONS PRINCIPALS LOP 20 : Canvis legislatius, organitzatius i de funcionament a la provisió

Respecte al provisor SAAS:

1. Col·laborar en la revisió de **la Llei de creació del SAAS**.
2. Establir els **contractes amb els professionals liberals** que treballin al SAAS per orientar les seves actuacions a les polítiques de la institució, a les directrius dels contractes i en definitiva del sistema de salut.
3. Definició d'un **esquema de planificació estratègica** de l'activitat, qualitat i recursos amb informes d'indicadors periòdics de cada unitat de gestió
4. **Homogeneïtzar els serveis** assistencials del SAAS i els **serveis no assistencials** per garantir la millora de la productivitat i de l'eficiència
5. Canvis en l'organització per **facilitar la integració** de l'hospital amb la primària i amb el CSS El Cedre : Un exemple clar podria ser la implementació de la planificació a l'alta hospitalària.
6. Implementar la **responsabilitat per centres** de costos
7. Adequació de la **política retributiva**
8. Elaborar un **Pla estratègic del SAAS**
9. Obligatorietat de **registrar en la HCDA**

Respecte al provisor no SAAS:

1. **Establir una nova relació** amb l'autoritat competent i amb la compradora amb tots ells (o els seus Col·legis Oficials) per afavorir que s'alineïn amb la nova estratègia i treballin de forma integrada, fent ús de la Història clínica i social compartida, amb orientació a la qualitat, els resultats en salut i l'eficiència sota contractes orientats a l'avaluació continua i als resultats de salut, qualitat i eficiència.

2. Obligatorietat de **registrar en la HCDA**

10.4 Estratègia 8: La generació i gestió de recursos

És necessari disposar d'un **sistema d'informació** per a la planificació, el finançament, la compra de serveis, la provisió i l'avaluació i avançar en la **integració de la informació clínica i social** entre proveïdors mitjançant la **historia compartida** i a la vegada estendre l'ús de les TICS per afavorir la comunicació, l'accessibilitat i la coordinació. Aquesta estratègia es desplega en 2 línies operatives:

Estratègia 8: La generació i gestió de recursos

LOP 21: Un sistema d'informació per a la planificació, el finançament, la compra de serveis, la provisió i l'avaluació

LOP 22: Integració de l'informació assistencial entre provisors mitjançant la HCDA i el desenvolupament de les TICS

La primera va orientada al disseny i al desplegament d'un sistema d'informació que doni suport en la presa de decisions. La segona, inclou un conjunt d'accions per ampliar l'ús de les tecnologies de la informació i la comunicació que ens permetin la millora de l'assistència sanitària i l'atenció a l'usuari.

Línia Operativa 21: Un sistema d'informació per a la planificació, el finançament, la compra de serveis, la provisió i l'avaluació

Cal consolidar el **Sistema d'Informació de la Sanitat i el sistema de protecció social d'Andorra (SISSPA)** que permeti la planificació, l'avaluació i el control dels resultats i que ha de ser útil per a la presa de decisions en base a un **quadre de comandament del Sistema de Salut i protecció social d'Andorra**.

Per una altra part, s'ha de treballar en la millora de la integració i/o creació dels diferents sistemes informàtics que donen suport al desenvolupament de les diferents tasques assignades als diferents actors.

ACCIONS PRINCIPALS LOP 21 : Un sistema d'informació per a la planificació, finançament, compra , provisió i avaluació

1. Formalitzar i sistematitzar els **fluxos d'informació** entre MSASO-SAAS-CASS-DPT ESTADÍSTICA per potenciar un adequat **Sistema d'Informació de la Sanitat i el sistema de protecció social d'Andorra**
2. Disseny i implementació d'un **quadre de comandament**
3. Enfortiment dels **sistemes informàtics de les diferents institucions**:
 - ❑ **MSASO**, entre d'altres:
 - ✓ Millores a les bases de dades i els sistemes de registre de l'àmbit de les discapacitats i la dependència Ex COVASS, CONAVA, etc
 - ✓ Creació d'una base de dades Nacional de medicaments
 - ✓ Creació d'un Sistema d'informació MSASO-CASS-SAAS de consum i despesa de farmàcia
 - ✓ Desenvolupament del Sistema d'informació per donar suport al Sistema Nacional de Vigilància de Salut Pública (SNVSP) ,
 - ✓ Desenvolupament del Sistema d'informació per donar suport a la vigilància de la seguretat alimentària i l'entorn,
 - ✓ Desenvolupament del Sistema d'informació que ha de donar suport a la planificació i la vigilància de les activitats sanitàries, sociosanitàries i socials, amb una visió conjunta de les necessitats.
 - ✓ Desenvolupament del Sistema d'informació que ha de donar suport a la planificació, el seguiment i control de la compra i la contractació
 - ✓ Millores al sistema de registre de centres i professionals
 - ❑ **SAAS**:
 - ✓ HCIS 3.10 i altres eines
 - ✓ implantació de la responsabilitat per centres de cost.
 - ❑ **CASS**: Millora de les eines informàtiques per automatitzar diferents processos de l'organització i facilitar els controls adequats dels provisors i dels usuaris.
4. Recollida d'informació periòdica de suport a la planificació i avaluació: i) Enquesta Salut mental 2018, ii) ENSA 2018- 2019, iii) Enquesta Nutrició 2016, iv) Disposar dels resultats de l'enquesta nacional Drogues a estudiants 2015, v) Enquesta de seroprevalença d'Andorra 2017, vi) altres.

Línia Operativa 22: Integració de la informació assistencial entre provisors mitjançant la HCDA i el desenvolupament de les TICS

En el nou model assistencial serà fonamental la implantació de les tecnologies de la informació i la comunicació (TICS) per tal d'assolir una major **integració de la informació entre els diferents nivells assistencials i els diferents provisors ,**

afavorir el seguiment dels pacients crònics, millorar l'accessibilitat al sistema així com afavorir el rol actiu dels pacients.

Es proposa la elaboració d'un **Pla de Sistemes i tecnologies de la informació** que defineixi el full de ruta pel llançament, com a mínim, dels següents projectes:

- ❑ La **Història Compartida Digital d'Andorra (HCDA)** que haurà d'incloure també la història social com a **eina clau** per avançar cap a un sistema integrat i també podrà ser una eina de suport en els processos d'avaluació i de facturació i control de la CASS.
- ❑ La **Recepta Electrònica d'Andorra** que haurà d'ajudar a millorar la qualitat assistencial i la continuïtat assistencial.
- ❑ La **telemedicina i la teleassistència** que hauran de millorar el seguiment i l'accessibilitat dels pacients.

ACCIONS PRINCIPALS LOP 22 : Integració de la informació assistencial mitjançant la HCDA i el desenvolupament de les TICS

Disseny i implementació del **Pla de Sistemes i tecnologies de la informació** amb els següents projectes principals:

- ❑ Llançament i accés de tots els agents del sistema a la **Història Compartida Digital d'Andorra HCDA** (dades clíniques i socials).
- ❑ Implementar el **projecte de Recepta electrònica**
- ❑ Impuls a la **telemedicina**
- ❑ Impuls a la **teleassistència**.
- ❑ Aprofitament de **nous canals de comunicació amb l'usuari** (Webs sanitàries per consell sanitari, per informar dels recursos sanitaris disponibles i per conèixer l'opinió de l'usuari)
- ❑ **Atenció als ciutadans per nous canals:** Gestió cites on-line /telefònic centralitzada; Centre Multicanal de relació amb l'usuari.
- ❑ Accions **informatives i formatives** d'acompanyament a la implantació d'aquestes tecnologies als professionals del sistema, prioritzant la HCDA.

10.5 Estratègia 9: Una major participació i implicació dels professionals

Els professionals són el principal actiu del sistema. Tenir en compte el coneixement dels professionals sanitaris és imprescindible per a la planificació i la identificació de processos de millora del sistema. Aquesta estratègia es desplega en una única línia operativa:

Estratègia 9: Una major participació i implicació dels professionals

LOP 23: Establiment de mecanismes per a una major participació dels professionals en la planificació i avaluació del sistema

Línia Operativa 23: Establiment de mecanismes per a una major participació dels professionals en la planificació i l'avaluació del sistema

És necessari establir un **marc de relació clar i transparent que generi confiança i faciliti l'intercanvi d'opinions** entre els professionals i l'autoritat del sistema. Per una altra banda, el Ministeri haurà de fer un esforç pel que fa a definir una estratègia de formació dels professionals en la línia de la transformació del model assistencial.

Cal que el treball dels professionals rebi el reconeixement de la ciutadania, en divulgui els resultats i els avenços, incrementant així el prestigi del sistema sanitari en el seu conjunt.

ACCIONS PRINCIPALS LOP 23 : Establiment de mecanismes per a una major participació dels professionals

1. Establir mecanismes per a la **recollida d'opinions dels professionals**
2. **Estratègia de comunicació** orientada a divulgar els resultats i avenços dels professionals, incrementant així el prestigi del sistema sanitari en el seu conjunt
3. **Propostes de formació** orientades al desenvolupament professional, la formació interdisciplinar, el treball en equip i la pràctica col·laborativa.

10.6 Estratègia 10: Transparència i rendició de comptes a la ciutadania i a la societat

La societat del segle XXI té els ciutadans com a principals protagonistes. Si s'avança en l'objectiu de la transparència i la rendició de comptes, s'avançarà també cap a una **ciutadania amb més coneixements i, alhora, més responsable**, pel que fa a la seva salut, la utilització dels serveis i més conscient quant a l'ús dels recursos del sistema públic. Aquesta estratègia es desplega en una única línia operativa:

Estratègia 10: Transparència i rendició de comptes a la ciutadania i a la societat

LOP 24: Mecanismes de comunicació envers la societat

LOP 24: Mecanismes de comunicació envers la societat

Andorra ha d'avançar en la definició i en la implantació d'una **estratègia de comunicació** que ha de facilitar a la ciutadania el lliure accés als **resultats del sistema** i a tota la informació sobre la **reforma** que es vol dur a terme. Aquesta estratègia haurà d'aprofitar les noves tecnologies, pàgines Web, xarxes socials, a banda dels mitjans de comunicació tradicionals per publicitar els resultats del

sistema i així ajudar a **millorar el prestigi del nostre sistema** i també aprofitar per explicar a la ciutadania el perquè de la reforma i els beneficis que n'obtindran.

Per una altra part, és necessari avançar en **l'aprovació de la Llei de drets i deures dels ciutadans en relació a la Salut** amb la finalitat que els ciutadans tinguin coneixement del seu rol i puguin ajustar les seves expectatives.

ACCIONS PRINCIPALS LOP 24 : Mecanismes de comunicació envers la societat

1. Establir un estratègia de comunicació amb el ciutadà aprofitant les TICS

- ☐ Publicació del mapa d'indicadors del Sistema Salut
- ☐ Proporcionar informació periòdica sobre la reforma i altres prioritats
- ☐ Publicació d'enquestes de satisfacció i percepció dels usuaris
- ☐ Publicació didàctica que resumeixi l'objectiu, funcionament, normes d'accés, finançament, drets i deures dels ciutadans orientat a donar coneixement a l'usuari per tal de que faci un millor ús del sistema.

2. Millorar la participació de la societat

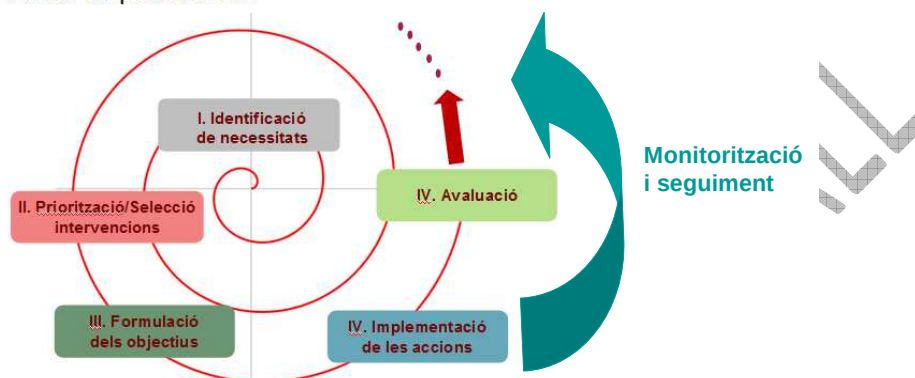
- ☐ Identificar les principals aliances amb la comunitat
- ☐ Creació d'una Unitat d'atenció a l'usuari al MSASO
- ☐ Enfortiment i sistematització de la recollida de percepció i expectatives dels ciutadans envers la salut i els serveis sanitaris (enquestes)

3. Aprovació de la Llei drets i deures dels usuaris

11 El monitoratge i l'avaluació

El **Pla Nacional de Salut 2020** és un pla per a l'acció concebut com un document dinàmic, amb accions de retroalimentació i propostes d'accions correctores. Un aspecte central és el **monitoratge i el seguiment de la seva execució** durant tot el període de la seva vigència.

El cicle de planificació



El MSASO ha de garantir i vetllar per a l'execució de les accions previstes en el pla, amb aquesta finalitat haurà de preveure els mecanismes que facin possible el **monitoratge i l'avaluació** així com, anualment, la **rendició de comptes** al Govern sobre l'evolució de les actuacions previstes en el pla i si s'escau dels resultats que es vagin obtenint.

Amb aquesta finalitat el Ministeri ha d'establir el **monitoratge**, la coordinació i el seguiment continuat de l'execució de les accions previstes en les **24 línies operatives**. Això ha de permetre identificar les possibles incidències i desviacions que es pugin produir, detectar opcions de millora i introduir **les correccions pertinents per tal de garantir el desenvolupament adequat de les actuacions**.

Per una altra part, es durà a terme l'**avaluació**, que determinarà de la manera més objectiva possible, l'efectivitat de les diferents intervencions d'acord amb els criteris preestablerts i els objectius definits. Aquesta avaluació serà doble:

- ☐ De manera contínua, fent el **seguiment anual** de l'assoliment dels objectius del Pla
- ☐ **Al final de període**. Aquesta darrera avaluació serà l' *input* principal pel proper Pla Nacional de Salut.

L'evolució del pla i els resultats seran plasmats en informes anuals d'avaluació i en un informe final d'avaluació a la fi del període de vigència del pla. Ambdós seran lliurats a Govern i es farà la difusió adequada per tal de garantir la **rendició de comptes periòdica**.

12 El full de ruta

Una vegada el **Govern aprovi el present pla i el Consell General s'hi pronunciï**, el MSASO haurà de liderar la implementació del mateix mitjançant la definició del **Pla operatiu** que definirà com a mínim:

- ☐ **Les accions per al desenvolupament** operatiu de les 24 línies operatives:
 - ☐ Objectius.
 - ☐ Responsables.
 - ☐ Calendari d'execució.
 - ☐ Requeriments necessaris relacions amb altres LOPS.
- ☐ **L'estructura de coordinació** que ha de garantir avançar en les línies marcades i assolir els resultats que es persegueixen.
- ☐ **L'estratègia de comunicació** del pla als professionals i la ciutadania.
 - ☐ En un primer moment s'haurà de comunicar el llançament del mateix fent especial menció als resultats que es volen obtenir.
 - ☐ A futur, s'hauran de planificar accions específiques per donar suport a l'aplicació del pla durant tot el període de vigència (jornades científiques i de comunicació, presentació de projectes, formacions, etc)

Pel que fa a la implementació de les accions derivades del present pla, es comptarà amb els mitjans humans disponibles del MSASO, la CASS, el SAAS i els demés agents socials i sanitaris del país, així, com amb les corresponents dotacions pressupostàries que han d'assegurar el correcte desplegament de les accions que promulga el present document.

13 Calendari estimatiu

A continuació es presenta un **calendari estimatiu** per les accions principals que es deriven del Pla Nacional de Salut 2020.

Proposta actuacions principals implementació PNS2020- CALENDARI ESTIMATIU	2016		2017		2018		2019		2020	
	1s	2s	1s	2s	1s	2s	1s	2s	1s	2s
EIX 1: MANTENIMENT I MILLORA DE LA SALUT: FER FRONT A LA CRONICITAT I A LA DEPENDÈNCIA										
Estratègia 1: Reforçament de les polítiques de salut pública i activitats preventives en el procés assistencial										
LOP 1: Prevenció de l'obesitat										
<i>Registre a l'HCDA per part de l'atenció Primària SAAS del pes i talla de la població adulta i infantil atesa i de les actuacions realitzades al respecte</i>										
<i>Registre a l'HCDA per part dels lliberals de l'atenció primària del pes i talla de la població adulta i infantil atesa i de les actuacions realitzades al respecte</i>										
<i>Actualització de les directrius de l'ENNES i impuls del projecte amb presentació d'un Pla d'acció amb cronograma</i>										
<i>Continuar amb el desplegament de L'ENNES (especial atenció a la prevenció i promoció en el procés assistencial)</i>										
<i>Continuar amb el desplegament de "marc per a l'educació per a la salut a l'escola"</i>										
<i>Disseny i realització de la segona enquesta nutricional d'Andorra</i>										
<i>Extensió a tota Andorra del Programa NEREU</i>										
LOP 2: Prevenció de les conductes addictives										
<i>Registre a l'HCDA per part de l'atenció Primària SAAS del consum Tabac/alcohol/drogues de la població atesa i de les actuacions realitzades al respecte</i>										
<i>Registre a l'HCDA per part dels lliberals de l'atenció primària del consum Tabac/alcohol/drogues de la població atesa i de les actuacions realitzades al respecte</i>										
<i>Presentació d'un Pla d'acció PNCD amb cronograma</i>										

Proposta actuacions principals implementació	2016		2017		2018		2019		2020	
PNS2020- CALENDARI ESTIMATIU	1s	2s	1s	2s	1s	2s	1s	2s	1s	2s
<i>Continuar amb el desplegament de PNCD (especial atenció a la prevenció i promoció en el procés assistencial i en centres educatius)</i>										
<i>Realitzar l'Enquesta nacional sobre drogues per als alumnes de 2 a ensenyança, FP i Batxilletat</i>										
<i>Crear Observatori Andorrà de les Drogues</i>										
LOP 3: Prevenció dels accidents										
<i>Crear un Comitè multidisciplinar i multininisterial per d'estudi dels accidents, els seus costos i implicacions i la seva prevenció</i>										
<i>Registre a l'HCDA per part de l'atenció Primària SAAS dels accidents de la població atesa i de les actuacions realitzades al respecte</i>										
<i>Registre a l'HCDA per part dels lliberals de l'atenció primària dels accidents de la població atesa i de les actuacions realitzades al respecte</i>										
<i>Continuar amb el desplegament de "marc per a l'educació per a la salut a l'escola"</i>										
<i>Aprovació nova Llei d'Accessibilitat d'acord Conveni drets de discapacitats</i>										
<i>Continuar amb el programa Alcohol + conducció=mal rotllo</i>										
<i>Llançar una campanya de prevenció dels accidents a la llar</i>										
LOP 4: Reforçar la prevenció de malalties transmissibles										
<i>Crear el registre nacional de vacunes</i>										
<i>Elaborar un Pla en relació a les malalties de transmissió sexual</i>										
<i>Automatitzar la declaració de les malalties de declaració obligatoria des de la HCDA</i>										
<i>Enquesta seroprevalença</i>										
<i>Registre a l'HCDA per part de l'atenció Primària SAAS de les vacunacions de la població atesa</i>										
<i>Registre a l'HCDA per part dels lliberals de l'atenció primària de les vacunacions de la població atesa</i>										

Proposta actuacions principals implementació	2016		2017		2018		2019		2020	
PNS2020- CALENDARI ESTIMATIU	1s	2s	1s	2s	1s	2s	1s	2s	1s	2s
LOP 5: Reforçar la seguretat alimentària i vigilància de l'entorn										
<i>Disseny i implementació del Pla de seguretat de l'aigua</i>										
<i>Formar al personal inspector en auditories</i>										
<i>Regular la prevenció i control de la Legionella</i>										
<i>Adequar el Sistema Nacional de Vigilància i Control als nous reglaments d'higiene</i>										
Compromisos generals- Control i registre altres factors risc										
<i>Registre a l'HCDA per part de l'atenció Primària SAAS dels valors Pressió arterial de la població +15a atesa i de les actuacions realitzades al respecte</i>										
<i>Registre a l'HCDA per part dels lliberals de l'atenció primària dels valors Pressió arterial de la població +15a atesa i de les actuacions realitzades al respecte</i>										
<i>Registre a l'HCDA per part de l'atenció Primària SAAS dels valors colesterolèmia de la població +15a atesa i de les actuacions realitzades al respecte</i>										
<i>Registre a l'HCDA per part dels lliberals de l'atenció primària dels valors colesterolèmia de la població +15a atesa i de les actuacions realitzades al respecte</i>										
Estratègia 2: Plans integrals per l'atenció als problemes i condicions de salut de major impacte										
LOP 6: Pla integral per a l'atenció del pacient fràgil										
<i>Redacció del Pla integral per a l'atenció del pacient fràgil</i>										
<i>Implementació del Pla integral per a l'atenció del pacient fràgil</i>										
LOP 7: Pla integral per a l'atenció de la Salut Mental										
<i>Redacció del Pla integral per a l'atenció de la Salut Mental</i>										
<i>Implementació del Pla integral per a l'atenció de la Salut Mental</i>										
LOP 8: Pla integral d'oncologia										
<i>Redacció del Pla integral Oncologia</i>										
<i>Implementació del Pla integral Oncologia</i>										

Proposta actuacions principals implementació	2016		2017		2018		2019		2020	
PNS2020- CALENDARI ESTIMATIU	1s	2s	1s	2s	1s	2s	1s	2s	1s	2s
<i>Desenvolupar el Registre poblacional de càncer d'Andorra</i>										
<i>Llançar el Programa de Detecció Precoç de Càncer de Colon</i>										
LOP 9: Pla integral per l'atenció a les malalties de l'aparell circulatori										
<i>Redacció del Pla integral per l'atenció a les malalties de l'ap circ</i>										
<i>Implementació del Pla integral per l'atenció malalties de l'ap circ</i>										
LOP 10: Pla integral per l'atenció a les malalties de l'aparell respiratori										
<i>Redacció del Pla integral per l'atenció a les malalties de l'ap resp</i>										
<i>Implementació del Pla integral atenció a les malalties de l'ap resp</i>										
EIX 2: UN SISTEMA INTEGRAT, EQUITATIU, SOSTENIBLE I DE QUALITAT										
Estratègia 3: Transició progressiva cap al MAAS										
LOP 11: Programa d'implantació MAAS										
<i>Presentació del Programa d'implementació del MAAS i designació de l'equip que ha de liderar la transició</i>										
LOP 12: Concreció dels criteris i de les bases pel desplegament MAAS en el primer nivell										
<i>Aprovació del reglament del MAAS</i>										
<i>Establiment cartera de serveis primer nivell MAAS</i>										
<i>Nou model d'atenció de proximitat (primària i domicili) amb visió integral sanitària i social de les necessitats</i>										
<i>Acreditació efectiva dels professionals (primer nivell) al MAAS</i>										
<i>Reordenació total de l'atenció sociosanitària segons Llei 6/2014</i>										
<i>Creació de la figura de metge especialista consultor</i>										
<i>Nou model d'atenció permanent i continuada</i>										
LOP 13: Concreció dels criteris i de les bases despleg MAAS a altres nivells assistencials										
<i>Acreditació efectiva dels professionals (segon nivell) al MAAS</i>										
<i>Establiment cartera de serveis segon nivell MAAS</i>										

Proposta actuacions principals implementació PNS2020- CALENDARI ESTIMATIU	2016		2017		2018		2019		2020	
	1s	2s	1s	2s	1s	2s	1s	2s	1s	2s
LOP 14: La prova pilot d'atenció a la Diabetis com a projecte demostratiu del MAAS										
<i>Avaluació del Pla Pilot Diabetis MAAS i comunicació a la societat i als professionals dels resultats</i>										
<i>El reglament del MAAS observa les millores que resulten de l'avaluació</i>										
Estratègia 4: Un sistema integrat, per optimitzar la capacitat resolutiva i la qualitat dels serveis										
LOP 15: Implantació processos clínics integrats per a l'atenció als pacients amb patologies cròniques i/o factors de risc										
<i>Disseny Xarxa Diabetis total</i>										
<i>Implantació efectiva de la Xarxa Diabetis total</i>										
<i>Disseny Xarxa Salut Mental</i>										
<i>Implantació efectiva de la Xarxa Salut Mental</i>										
<i>Disseny Xarxa acompanyament final de vida</i>										
<i>Implantació efectiva de la Xarxa acompanyament final de vida</i>										
<i>Disseny Xarxa pacient fràgil</i>										
<i>Implantació efectiva de la Xarxa pacient fràgil</i>										
<i>Disseny Xarxa Malalties Aparell circulatori</i>										
<i>Implantació efectiva de la Xarxa Malalties Aparell circulatori</i>										
<i>Disseny Xarxa Malalties Aparell respiratori</i>										
<i>Implantació efectiva de la Xarxa Malalties Aparell respiratori</i>										
LOP 16: Promoure l'autoresponsabilitat del pacient i del cuidador amb la salut i l'autocura del pacient										
<i>Millores a la Web per facilitar a l'usuari el coneixement del sistema i fomentar el bon ús del mateix</i>										
<i>Consell Sanitari a la Web sobre les patologies més prevalents: Diabetis, malalties aparell circulatori, malalties aparell respiratori, càncer, etc</i>										

Proposta actuacions principals implementació PNS2020- CALENDARI ESTIMATIU	2016		2017		2018		2019		2020	
	1s	2s	1s	2s	1s	2s	1s	2s	1s	2s
<i>Consell Sanitari a la Web sobre els principals hàbits saludables: deshabituació tabaquica, activitat física, alimentació saludable, salut emocional, vacunació, prevenció accidents i lesions, etc.</i>										
<i>Disseny del centre multiresposta de la sanitat andorrana (MSASO)</i>										
<i>En funcionament el centre multiresposta d'atenció telefònica principalment per consell i redireccionament al recurs més adequat (sanitaris i sociosanitaris)</i>										
<i>Disseny Programa Pacient expert de la Diabetis</i>										
<i>Llançament del Programa Pacient expert de la Diabetis</i>										
LOP 17: Enfortiment de les polítiques de qualitat, seguretat i satisfacció pacients										
<i>Presentació Pla Qualitat SAAS</i>										
<i>Acreditació de l'Hospital HSNM</i>										
<i>Acreditació atenció Primària SAAS</i>										
<i>Acreditació Centre Sociosanitari El Cedre</i>										
<i>Desplegament recomanacions MNCOSS a la CASS</i>										
<i>Inici nous contractes amb tots els provisors orientats a resultats i a qualitat</i>										
<i>Realització cada dos anys d'enquestes (actives) de satisfacció a pacients hospitalitzats, consultes externes i urgències</i>										
<i>Creació de l'àrea d'inspecció i control del MSASO (organigrama)</i>										
<i>Creació d'una unitat de qualitat al MSASO que reculli i gestioni les queixes dels usuaris i impulsi accions per conèixer el nivell de satisfacció dels mateixos i defineixi les accions de millora i quies de bona pràctica</i>										
EIX 3: ENFORTIMENT DE LA GOVERNANÇA DEL SISTEMA										
Estratègia 5: L'enfortiment de la funció de rectoria del Sistema										
LOP 18: Consolidació de la funció rectora del MSASO										
<i>Aprovació Llei medicament</i>										

Proposta actuacions principals implementació PNS2020- CALENDARI ESTIMATIU	2016		2017		2018		2019		2020	
	1s	2s	1s	2s	1s	2s	1s	2s	1s	2s
Elaboració i aprovació Llei regulació infermeria										
Modificació Llei de creació del SAAS										
Desenvolupament reglamentari Llei serveis socials i sociosanitaris										
Desenvolupament reglamentari Llei 18/2014 CASS										
Creació Comissió nacional del medicament d'elevat cost i elevada complexitat										
Desenvolupar la normativa de ratificació del Principat del Conveni drets persones discapacitades										
Desenvolupar i consolidar l'àrea d'Inspecció MSASO										
Desenvolupament de la funció d'autorització d'equipaments, instal·lacions i tecnologies										
Disseny i establiment política d'autorització i acreditació rec.Humans										
Modificar la Llei General de Sanitat										
Aprovar la Llei de Drets i Deures dels pacients.										
Elaborar i aprovar la Llei que reguli la professió sanitària										
Elaborar i aprovar la Llei que reguli la professió d'infermeria										
Elaborar i aprovar la Normativa per la creació i ús (professionals i usuaris) de la HCDA.										
Elaborar i aprovar la Normativa necessària pel MAAS i les xarxes										
Elaborar i aprovar la Normativa per l'autorització i acreditació dels professionals sanitaris.										
Elaborar i aprovar el Decret de Cartera de serveis sanitaris										
Revisió normativa per l'enfortiment de la Comissió de cartera de serveis i de prestacions.										
Adaptació de tots els convenis del MSASO amb provisors ex: Clara rabassa, EESNM, altres cap a resultats.										
Impuls a la gestió pressupostaria del sistema										
Pla d'adequació de la despesa										

Proposta actuacions principals implementació PNS2020- CALENDARI ESTIMATIU	2016		2017		2018		2019		2020	
	1s	2s	1s	2s	1s	2s	1s	2s	1s	2s
<i>Elaborar el Pla de formació dels professionals i els gestors del sistema</i>										
<i>Elaborar i aprovar el nou Reglament del 100% de la CASS</i>										
Estratègia 6: L'enfortiment de la funció de compra i control dels provisors										
LOP 19: Consolidació de la funció de compra i control de la CASS										
<i>Disseny i implementació dels nous convenis amb la CASS orientats a qualitat, resultats en salut i millores en la gestió (COMA)</i>										
<i>Disseny i implementació dels nous convenis amb la CASS orientats a qualitat, resultats en salut i millores en la gestió (altres)</i>										
<i>Dessenvolupament de la Unitat de Compra</i>										
<i>MNCOSS: Millorar el rol i funcions dels òrgans de govern: funcions del Consell Administració i funcions de la Direcció general</i>										
<i>MNCOSS: Revisió dels processos i de l'organització per aconseguir la millora de l'atenció a l'usuari i del control dels assegurats i dels proveïdors.</i>										
<i>MNCOSS: Millora de la política de recursos humans (capacitació i formació)</i>										
<i>MNCOSS: Millora funcions de suport: sistemes informàtics, comptabilitat i àrea</i>										
<i>MNCOSS: Millora de les funcions de suport: sistemes informàtics, comptabilitat, àrea jurídica...</i>										
Estratègia 7: L'enfortiment de la funció de provisió de serveis										
LOP 20: Introducció de canvis legislatius, organitzatius i de funcionament a la provisió										
<i>Contractualització de TOTS els professionals liberals que presten serveis a L'Hospital</i>										
<i>Creació de l'àrea de planificació estratègica del SAAS</i>										
<i>Presentació del Pla estratègic del SAAS 2016-2020</i>										
<i>Canvis organitzatius que han de permetre la màxima integració entre l'Hospital, la primària i el CSS Cedre</i>										

Proposta actuacions principals implementació	2016		2017		2018		2019		2020	
PNS2020- CALENDARI ESTIMATIU	1s	2s	1s	2s	1s	2s	1s	2s	1s	2s
<i>Homogeneïtzació de la normativa de tots els serveis de l'Hospital</i>										
<i>Implementació de mesures per millorar la productivitat i eficiència dels serveis assistencials i no assistencials</i>										
<i>Implementació nova política retributiva SAAS</i>										
<i>Implementar la responsabilitat per centres de costos al SAAS</i>										
Estratègia 8: La generació i gestió de recursos										
LOP 21: Un sistema d'informació per a la planificació, el finançament, la compra de serveis, la provisió i l'avaluació										
<i>Sistema d'Informació de la Salut d'Andorra (SISSPA)</i>										
<i>Quadre de comandament del Sistema salut i protecció social consolidat</i>										
<i>Millora de l'intercanvi d'informació entre SAAS i CASS (CASS accés telemàtic HCDA)</i>										
<i>Disseny i establiment dels quadres de comandament dels contractes marc i el contracte transversal</i>										
<i>Vademècum (base de dades) Nacional de medicaments.</i>										
<i>Esforç inversor en millores en els sistemes de informació per les tres institucions (MSASO-CASS-SAAS)</i>										
<i>Nova ENSA publicada</i>										
LOP 22: Integració de la informació assistencial entre provisors mitjançant la HCDA i el desenvolupament de les TICS										
<i>Nova HCIS 3.10 en funcionament a tot el SAAS</i>										
<i>Implementació total HCDA: un únic sistema de gestió documental clínica per tots els proveïdors assistencials.</i>										
<i>Disseny de la Història Social per HCDA</i>										
<i>HCDA: Història clínica i social compartida en funcionament</i>										
<i>Tots els professionals del SAAS (Liberals + assalariats) compliran l'obligació de registrar en HCIS-HCDA</i>										

Proposta actuacions principals implementació	2016		2017		2018		2019		2020	
PNS2020- CALENDARI ESTIMATIU	1s	2s	1s	2s	1s	2s	1s	2s	1s	2s
<i>Tots els professionals lliberals amb conveni CASS compliran l'obligació de registrar en HCIS-HCDA</i>										
<i>Disseny Projecte Recepta electrònica Andorra</i>										
<i>Inici funcionament Recepta electrònica Andorra</i>										
Estratègia 9: Una major participació i implicació dels professionals										
LOP 23: Establiment de mecanismes per a una major participació dels professionals en la planificació i avaluació del sistema										
<i>Presentació del Pla formatiu pels professionals (per part del MSASO) en consonància amb els ítems clau de la reforma</i>										
Estratègia 10: Transparència i retiment de comptes a la ciutadania i a la societat										
LOP 24: Mecanismes de comunicació envers la societat										
<i>Aprovació llei Drets i Deures</i>										
<i>Creació de la Unitat d'atenció a l'usuari al MSASO</i>										
<i>Presentació del Pla de comunicació amb la ciutadania</i>										

14 Annexos

14.1 Annex 1. L'estat de salut

Taula 1. Prevalença dels trastorns crònics segons sexe. ENSA 2002 2011

	HOMES		DONES	
	2011	2002	2011	2002
Dolor cervical	14,2	12,3	27,5	30,4
Mal d'esquena crònic	14,0	15,2	24,8	27,5
Mala circulació	8,2	10,9	24,2	35,8
Varis a les cames	8,2	6,8	21,9	29,1
Artrosi o reumatisme	8,2	10,7	19,2	21,6
Dolor menstrual	-	-	17,9	22,6
Trastorns de pròstata	4,9	4,1	-	-
Ansietat	4,9	-	13,9	-
Al·lèrgies cròniques	8,9	13,1	12,8	17,9
Problemes nerviosos /Depressions	4,0	6,4	11,9	13,0
Colesterol elevat	12,5	-	11,6	-
Pressió alta	8,0	9,3	10,5	9,5
Osteoporosis	0,8	-	8,3	-
Problemes de tiroides	0,8	-	8,1	-
Migranya	3,6	5,1	7,4	16,1
Tendinitis	3,2	-	7,2	-
Diabetis	5,7	3,8	6,7	2,7
Asma	4,7	3,4	6,3	3,9
Restrenyiment crònic	1,5	2,0	6,0	11,4
Trastorns cardíacs	4,9	4,7	5,4	4,7
Morenes	3,4	4,1	5,4	8,3
Visió que les ulleres no solucionen)	1,7	3,1	4,3	5,6
Problemes d'audició	3,2	4,7	3,8	4,8
Incontinència urinària	2,3	-	3,6	-
Bronquitis crònica	3,2	6,7	3,1	3,6
Problemes crònics de la pell	2,7	-	3,1	-
Úlcera d'estómac o de duodé	3,4	3,4	2,9	4,0
Anèmia	0,4	-	2,9	-
Cataracta	0,8	2,0	2,7	3,7
Espondilitis	0,4	-	1,3	-
Fibromiàlgia	0,2	-	1,1	-
Tumors malignes	1,3	-	0,9	-
Altres trastorns mentals	0,8	-	0,4	-
Embòlia/ Atac de feridura	0,2	0,2	0,4	0,1
Angina de pit/ infart	1,1	0,4	0,0	0,3
Altres	1,3	-	1,8	-

Font: ENSA 2011

Taula 2. Problemes de salut mental. Prevalença (%) dels trastorns detectats en persones de 18 anys i més.

Trastorns detectats	%
Un trastorn com a mínim (sense risc de suïcidi ni insomni)	15,5
Trastorns d'humor⁽¹⁾	9,7
Episodi depressiu (2 setmanes)	8,7
Amb trastorn depressiu recurrent (vida sencera)	4,5
Distímia (2 darrers anys)	1,3
Episodi maníac (vida sencera)	0,6
Trastorns d'ansietat⁽²⁾	8,9
Ansietat generalitzada (6 darrers mesos)	5,9
Fòbia social (actual)	0,7
Trastorn de pànic (actual)	2,4
Agorafòbia (actual)	1
Amb agorafòbia amb trastorn de pànic (actual)	0,5
Estat d'estrès posttraumàtic (actual)	0,4
Síndrome de comportament psicòtic (vida sencera)	1,5
Risc de suïcidi	3,9
Baix ⁽³⁾	2,5
Mitjà	0,8
Elevat	0,7
Insomni actual	5

Font: Salut Mental en la població General. Enquesta de Salut Mental 2010- (1) El diagnòstic d'episodi depressiu recurrent exclou en un principi el de la distímia. (2) L'exploració dels símptomes d'ansietat generalitzada només es fa en el cas que no hi hagi cap altre trastorn d'ansietat. (3) Es considera que amb un únic intent de suïcidi al llarg de la vida és suficient per comptar-lo com un risc de suïcidi baix (majors de 18 anys).

Taula 3. Evolució baixes malaltia CASS 2012-2014

	2012		2013		2014		2012-2014
	Nombre aturs vigents	PES	Nombre aturs vigents	PES	Nombre aturs vigents	PES	Nombre aturs vigents
00-Diagn indeterminat	332	3,29%	234	2,31%	163	1,64%	-50,90%
01-M Infeccioses i parasitàries	159	1,58%	165	1,63%	227	2,28%	42,77%
02-Neoplàsies	289	2,87%	274	2,70%	267	2,68%	-7,61%
03-M endocrines, nutric, metabol	76	0,75%	81	0,80%	66	0,66%	-13,16%
04-M Sang	28	0,28%	16	0,16%	13	0,13%	-53,57%
05- Trastorns mentals	662	6,56%	688	6,78%	654	6,58%	-1,21%
06- M Sistema Nerviós/òrgans sentits	333	3,30%	315	3,11%	359	3,61%	7,81%
07- Patol Ap Circulatori	327	3,24%	276	2,72%	294	2,96%	-10,09%
08- Patol Ap Respiratori	1399	13,87%	1780	17,55%	1430	14,38%	2,22%
09- Patol Ap Digestiu	687	6,81%	672	6,62%	612	6,15%	-10,92%
10- Patol Ap genito urinari	200	1,98%	205	2,02%	204	2,05%	2,00%
11- Embaràs part puerperi	225	2,23%	199	1,96%	278	2,80%	23,56%
12- Patol pell i teixit subcutani	105	1,04%	109	1,07%	113	1,14%	7,62%
13- Patol ap locomotor i teixit conjuntiu	2252	22,33%	2255	22,23%	2314	23,27%	2,75%
14- Anomalies congènites	9	0,09%	13	0,13%	13	0,13%	44,44%
16- Signm, simpt, estats i patol mal def	635	6,30%	556	5,48%	543	5,46%	-14,49%
17- Lesions i efectes adversos	1217	12,07%	1238	12,20%	1236	12,43%	1,56%
18- Altres	1150	11,40%	1068	10,53%	1159	11,65%	0,78%
Total	10085	100,00%	10144	100,00%	9945	100%	-1,39%

Font: Estats Financers 2014 CASS

14.2 Annex 2. L'oferta i la utilització de serveis.

Taula 4. Recursos humans sanitaris Andorra (Setembre 2015)

	Liberals amb conveni	SAAS	Guàrdies SAAS	Liberals sense conveni	total
Metges capçalera	38	1		3	42
Metges especialistes	71	101	31	15	218
Anestesiologia	4	6	1	0	11
Cardiologia	3	0	0	0	3
Ginecologia	7	0	7	0	14
Cirurgia general	5	2	1	0	8
Medicina Esportiva	3	0	0	0	3
Dermatologia	3	1	0	2	6
Medicina del Treball	0	0	0	4	4
Traumatologia	4	8	0	0	12
Angiologia	1	0	0	0	1
Cirurgia vascular	2	0	0	0	2
Radiologia	4	6	2	0	12
Medicina Interna	2	5	0	0	7
Oftalmologia	5	1	0	0	6
ORL	2	2	0	0	4
Nefrologia	1	2	2	0	5
Pediatría	6	7	9	0	22
Neurologia	1	1	0	0	2
Pneumologia	6	0	0	0	6
Urologia	2	1	5	0	8
Psiquiatria	2	5	0	0	7
Rehabilitació	1	4	0	0	5
Reumatologia	1	0	0	0	1
Endocrinologia	2	0	0	0	2
Gastroenterologia	3	0	3	0	6
Geriatría	1	0	0	0	1
Medicina Intensiva	0	9	1	0	10
Microbiologia	0	2	0	0	2
Anàlisis clíniques	0	1	0	0	1
Urgències	0	27	0	0	27
Oncologia	0	2	0	0	2
Hematologia	0	2	0	0	2
Neuropsiquiatria infantil	0	1	0	0	1
Al·lèrgologia	0	2	0	0	2
Anatomia Patològica	0	2	0	0	2
Biokímica	0	1	0	0	1
Documentació clínica	0	1	0	0	1
Cirurgia estàtica i reparadora	0	0	0	4	4
Medicina estàtica	0	0	0	3	3
Medicina biològica i funcional	0	0	0	2	2
Total metges	109	102	31	18	260

Altres Recursos					
Odontòlegs	64				64
Fisioterapeutes	91	11			102
Logopedes	28	1			29
Tècnics ortopedes	9				9
Reeducadors visuals	4				4
Terapeutes ocupacionals	3	4			7
Òptics	22				22
Farmacèutics	77	2			79
Farmacèutic esp. Fcia. hospitalària	0	3			3
Infermeres	26	270			296
Llevadores	1	13	3		17
Psicòlegs	45	5			50
Osteòpates	8				8
Podòlegs	11				11

Font: ÀREA Recursos Sanitaris . MSASO

Taula 5. Recursos sanitaris Andorra per parròquies (Setembre 2015)

CANILLO	
Metges generalistes	3
Odontòlegs	2
Fisioterapeutes	3
Logopedes	1
Centres de salut	1
Centres mèdics de traumatologia	1
Centres mèdics d'atenció a les pistes d'esquí	3
ENCAMP	
Metges generalistes	2
Odontòlegs	2
Fisioterapeutes	7
Logopedes	4
Centres de salut	1
PAS DE LA CASA	
Metges generalistes	1
Odontòlegs	1
Infermers	1
Centres de salut-urgències	1
Centres mèdics d'atenció a les pistes d'esquí	2
ORDINO	
Metges generalistes	1
Odontòlegs	3
Fisioterapeutes	2
Centres de salut	1
Centres mèdics d'atenció a les pistes d'esquí	1
LA MASSANA	
Metges generalistes	3
Odontòlegs	2
Fisioterapeutes	8
Logopedes	1
Centres de salut	1
Centres mèdics d'atenció a les pistes d'esquí	2

ANDORRA LA VELLA	
Metges generalistes	18
Metges especialistes	22
Anestesiologia	1
Ginecologia	4
Medicina Esportiva	3
Medicina del treball	4
Oftalmologia	2
ORL	1
Pediatría	4
Rehabilitació	1
Cirurgia vascular	1
Geriatra	1
Altres professionals de la Salut	101
Odontòlegs	28
Audioprotesistes	7
Fisioterapeutes	44
Logopedes	12
Tècnics ortopedes	4
Reeducadors visuals	3
Terapeutes Ocupacionals	3
Centres	
Laboratoris d'anàlisis clíniques	5
Residències persones tercera edat (persones assistides i autònomes)	1
Residències medicalitzades	1
Residències persones discapacitades- Albó	1
Centres de Salut	3
SANT JULIÀ DE LÒRIA	
Metges generalistes	3
Odontòlegs	11
Fisioterapeutes	6
Logopedes	2
Laboratoris d'anàlisis clíniques	1
Centres de salut	1
ESCALDES-ENGORDANY (sense SAAS)	
Metges generalistes	11
Metges especialistes	53
Anestesiologia	3
Cardiologia	3
Ginecologia	3
Cirurgia general	5
Dermatologia	3
Traumatologia	3
Angiologia	1
Radiologia	4
Medicina Interna	2
Oftalmologia	3
ORL	2
Nefrologia	1
Pediatría	2
Neurologia	1
Pneumologia	6

Urologia	2
Psiquiatria	2
Reumatologia	1
Endocrinologia	2
Cirurgia vascular	1
Gastroenterologia	3
Altres professionals Salut	48
Odontòlegs	15
Fisioterapeutes	21
Logopedes	7
Tècnics ortopedes	4
Reeducadors visuals	1
Centres	
Laboratoris d'anàlisis clíniques	1
Centres de salut	2
Hospital Nostra Senyora de Meritxell	1

Font: ÀREA Recursos Sanitaris . MSASO

Taula 6. Especialitats mèdiques-Hospitalització. Activitat HNSM 2011-2014

	2011		2012		2013		2014		2011-2014
	Altes	EM	Altes	EM	Altes	EM	Altes	EM	Altes
Cardiologia	272	5,6	219	3,9	237	4,5	168	3,3	-38,24%
Digestologia	0		0		2	1	0		NA
Dermatologia	2	2,5	2	2,8	3	2,8	3	2	50,00%
Medicina interna	868	8,7	934	8,5	923	7,7	929	5,6	7,03%
Nefrologia	33	17,3	31	11,7	31	1,7	51	7,8	54,55%
Reumatologia	10	11	16	12,2	13	10,1	8	9,3	-20,00%
Pneumologia	377	10,2	377	10,1	364	9,4	359	8,7	-4,77%
Total	1.563	8,7	1.579	8,3	1.573	7	1.518	7,5	-2,88%

Font: SAAS

Taula 7. Especialitats mèdiques-Proves funcionals Activitat HNSM 2011-2014.

Proves funcionals	2011	2012	2013	2014	2011-2014
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	1.509	1.509	1.590	1.762	16,77%
ENDOSCOPIA DIG BAIXA	1.471	1.664	1.558	1.745	18,63%
TOTAL ENDOSCOPIES	2.980	3.173	3.148	3.587	20,37%
PROVA D'ESFORÇ	517	538	594	493	-4,64%
BRONCOSCÒPIA	140	138	179	160	14,29%
ESPIROMETRIA	866	968	941	953	10,05%
PLETISMOGRAFIA / DIFUSIÓ	664	778	786	824	24,10%
POLISOMNOGRAFIA	174	276	264	257	47,70%
Polisomnografia convencional	70	125	170	165	135,71%
Polisomnografia respiratòria	76	140	84	76	0,00%
PR amb CPAP	28	11	10	16	-42,86%

Font: SAAS

Taula 8. Consultes externes Oncohematologia. Activitat HNSM 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Total Visites Oncologia	2.176	2.389	3.924	4.241	94,90%
Total visites Hematologia	1.002	1.076	1.086	1.226	22,36%

Font: SAAS

Taula 9. Area Quirúrgico-obstètrica. Activitat HNSM 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
PARTS	711	653	580	572	-19,55%
TRACTAMENT DEL DOLOR	334	380	359	339	1,50%
QUIMIOTERÀPIA	1.488	1.481	1.628	1.574	5,78%
INTERVENCIONS Hospital dia	1.588	1.792	2.199	1.457	-8,25%
INTERVENCIONS Area Quir-obs	1.111	1.071	1.127	1.181	6,30%

Font: SAAS

Taula 10. Total Intervencions per servei. Activitat HNSM 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Anestesiologia i reanimació	71	55	69	109	53,52%
Cardiologia	36	23	36	31	-13,89%
Cirurgia	848	885	912	860	1,42%
Cir. ortopèdica i traumatologia	1596	1.551	1.492	1.309	-17,98%
Dermatologia	1	0	0	0	-100,00%
Digestologia	1	0	0	0	-100,00%
Endoscòpia	0	2	2	3	
Ginecologia	572	570	549	500	-12,59%
Hematologia	19	3	12	15	-21,05%
Odontologia	126	89	108	132	4,76%
Oftalmologia	433	360	410	408	-5,77%
Otorinolaringologia	288	331	350	466	61,81%
Pneumologia	0	3	1	1	
Urologia	394	303	402	424	7,61%
Vascular	2	0	0	0	-100,00%
No informat	1	2	0	0	-100,00%
Litotricia	0	100	103	59	
Rehabilitació	0	3	1	5	
Total intervencions	4.388	4280	4.447	4322	-1,50%

Font: SAAS

Taula 11. Unitat de Cirurgia Sense Ingress UCSI- hosp de dia Activitat HNSM 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Cirurgia General	64	77	105	122	90,63%
COT	267	391	369	367	37,45%
Cirurgia Vascular	2	0	0	0	-100,00%

Estomatologia	121	85	104	81	-33,06%
Ginecologia	122	140	141	148	21,31%
Oftalmologia	418	357	410	393	-5,98%
Otorinolaringologia	12	26	36	102	750,00%
Odontologia	99	78	0	50	-49,49%
Urologia	56	79	75	77	37,50%
Hematologia/ONCS	18	10	5	12	-33,33%
Unitat de Tractament del dolor (UCSI)	27	6	15	74	174,07%
Cardiologia	5	10	2	2	-60,00%
TOTAL	1.211	1.259	1.262	1.428	17,92%

Font: SAAS

Taula 12. Tractaments i exploracions Hospital de dia. Activitat HNSM 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Tractament del dolor	334	380	359	339	1,50%
Sessions de quimioteràpia	1.488	1.481	1.628	1.574	5,78%
Cirurgia menor HD	1.588	1.792	2.173	2.433	53,21%
Transfusions	96	91	98	103	7,29%
Mielogrames	24	35	70	25	4,17%
Paracentesis	35	20	20	23	-34,29%
Sedacions	1.902	2.001	2.036	2.129	11,93%
Exploracions funcionals H de Dia					
Ergometria	517	538	594	493	-4,64%
Fibrogastrosòpia	1.509	1.650	1.590	1.762	16,77%
Fibrocolonoscòpia	1.471	1.664	1.558	1.745	18,63%
Electrocardiograma	4.270	4.923	4.774	4.851	13,61%
Fibrobroncoscòpia*	140	138	179	160	14,29%
Làser oftalmològic	386	419	342	232	-39,90%
Angiografia	150	83	105	47	-68,67%
Ecografia ocular	238	231	234	210	-11,76%

Font: SAAS-* Probable error de registre

Taula 13. UCI- Activitat HNSM 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Pacients atesos	330	307	223	224	-32,12%
Ingressos	324	324	302	322	-0,62%
Estades produïdes	1.467	1.670	1.341	1.814	23,66%
Taxa ocupació	67	63,7	61,21	47,98	-28,39%
Estada mitjana dels ingressos	4,53	5,43	5,51	3,71	-18,10%

Font: SAAS-* Probable error de registre

Taula 14. Servei de Farmàcia. Activitat HNSM 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Dispensacions	664.619	619.500	577.161	681.160	2,49%
Pacient hospitalitzat	648.862	601.343	554.228	644.915	-0,61%
Pac hospitalització no convencional	10.955	11.881	12.432	15.194	38,69%
Extrahospitalari	4.802	6.276	10.501	11.092	130,99%
Elaboració de fórmules	8.814	7.881	8.227	9.406	6,72%
Fórmules no estèrils	905	753	767	681	-24,75%
Fórmules estèrils	1.496	1.276	1.637	1.911	27,74%
Citostàtics	4.644	3.927	4.234	4.757	2,43%
Nutrició parenteral	1.024	1.005	1.524	2.057	100,88%
Nutrició enteral	745	920	876	1.145	53,69%
Intervencions F Clínica	17.498	16.767	15.083	14.561	-16,78%
Ajust, segons la funció renal	350	443	543	84	-76,00%
Interaccions entre medicaments	6.380	6.226	4.955	6.919	8,45%
Substitucions de medicaments	3.551	3.201	1.832	1.565	-55,93%
Miscel·lània	4.826	1.824	3.784	2.282	-52,71%
Risc de teratogènia	284	138	150	96	-66,20%
Seguretat-al·lèrgies medicamentoses	441	3.825*	3466	1761	299,32%
Medicaments sota protocol	1.666	1.110*	353	971	-41,72%
Valoracions nutricionals	191	195	232	390	104,19%
Farmacovigilància	378	276	225	290	-23,28%
Informació de medicaments	44.409	44.964	47.567	49.098	10,56%
Resolució consultes Farmacoteràpia	226	137	66	48	-78,76%
Comunic en línia	43.970	44.592	47.046	48.768	10,91%
Informes de medicaments	72	104	235	282	291,67%

Font: SAAS- Probable error de registre

Taula 15. Servei Diagnòstic per la imatge. Activitat HNSM 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
TOTAL EXPLORACIONS	52.766	55.312	57.190	61.309	16,19%
ECO	5.931	6.171	6.817	7.237	22,02%
MAMOGRAFIA	1.423	1.590	1.675	1.813	27,41%
RADIOGRAFIA SIMPLE	37.576	39.083	40.180	41.792	11,22%
TC	6.730	7.397	7.453	8.449	25,54%
ALTRES	1.002	1.071	1.065	2.018	101,40%

Font: SAAS

Taula 16. Servei Laboratori. Activitat HNSM 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
AMBULATORI					
Analítiques	30.475	29.534	30.706	31.951	4,84%
Proves	300.224	287.415	293.371	311.103	3,62%
CENTRES AP					
Analítiques	15.579	16.959	16.352	15.211	-2,36%
Proves	93.536	84.979	73.579	70.914	-24,19%
HOSPITALITZACIÓ					
Analítiques	15.528	15.549	14.696	17.309	11,47%
Proves	112.230	104.618	96.977	111.826	-0,36%
REVISIONS					
Analítiques	38	0	0	0	-100,00%
Proves	304	0	0	0	-100,00%
URGÈNCIES					
Analítiques	18.572	19.399	19.553	20.964	12,88%
Proves	170.892	174.977	180.647	198.815	16,34%
SOCIOSANITARI					
Analítiques	414	311	314	822	98,55%
Proves	3.315	2.137	2.062	3.876	16,92%
TOTAL					
Analítiques	80.603	81.752	81.621	86.257	7,01%
Proves	680.501	654.126	646.636	696.534	2,36%

Font: SAAS

Taula 17. Servei Anatomia Patològica Activitat HNSM 2011-2014.

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
EXÀMENS HISTOLÒGICS	7.860	8.387	9.464	10.772	37,05%
Biòpsies	7.860	8.387	9.397	10.714	36,31%
Biòpsies peroperatòries	104	71	67	58	-44,23%
EXÀMENS NECROSCÒPICS	21	27	15	24	14,29%
Estudis clínics	7	8	2	10	42,86%
Estudis forenses	14	19	13	14	0,00%
EXÀMENS CITOLÒGICS	5.105	3.986	4.098	3.853	-24,52%
Citologies vaginals	4.261	3.134	3.116	2.738	-35,74%
Citologies generals	844	852	982	1115	32,11%
TOTAL D'EXPLORACIONS	12.986	12.400	13.577	14.649	12,81%

Font: SAAS

Taula 18. Servei Rehabilitació. Activitat HNSM 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Sessions hospitalitzats	5.649	5.001	4.954	4.734	-16,20%
Sessions ambulatoris	21.508	22.223	24.169	19.015	-11,59%

Font: SAAS

Taula 19. Servei Rehabilitació. Activitat HNSM 2011-2013

	2011	2012	2013	2011-2013
ELECTROTÈRÀPIA				
Ultrasons	4386	4.925	5.651	28,84%
Estimulació	3369	3.641	2.964	-12,02%
Electroanalgèsia	5.965	6.491	7.640	28,08%
TERMOTÈRÀPIA				
Hot pack (compresa calenta)	983	2.124	3.636	269,89%
Parafina	1.683	785	394	-76,59%
Crioteràpia	1.229	2.646	2.011	63,63%
Crio air	2.927	2.920	2.068	-29,35%
MAGNETOTÈRÀPIA	2.669	2.582	2.463	-7,72%
CINESITÈRÀPIA				
Individual	11.318	12.835	12.656	11,82%
Mobilitzacions	10.228	13.224	12.189	19,17%
Fibròlisis	843	1.218	1.474	74,85%
Massoteràpia	1.966	2.116	1.840	-6,41%
Kinetec genoll	1.086	1.957	1.405	29,37%
Propiocepció (Wii, Tral...)	1.346	855	665	-50,59%
HIDROTÈRÀPIA				
Infantil	467	153	222	-52,46%
Respiratori	1.034	888	583	-43,62%
Altres	639	787	1.062	66,20%
TERÀPIA OCUPACIONAL				
Sessions	3.066	2.337	2.371	-22,67%
Dinamòmetre de mà	734	537	486	-33,79%
Bany de contrast	746	2.885	1.739	133,11%
Bici	2.259	1.631	2.095	-7,26%
Limfopress	719	308	527	-26,70%
Marxa (escal.marxa)	3.375	3.892	4.338	28,53%
Microones	2.694	686	777	-71,16%
Taula lumbar, dorsal	1.212	896	1.445	19,22%
Tral	608	25	0	NA

Font: SAAS- Per canvi d'aplicatiu no es poden aconseguir les dades 2014

Taula 20. Urgències. Activitat HNSM 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
VISITES D'URGÈNCIES	36.003	36.263	35.795	35.932	-0,20%
INGRESSOS DES D'URGÈNCIES	3.329	3.582	3.536	3.484	4,66%
Índex Ingrés	9,20%	9,90%	9,88%	9,70%	5,39%

Font: SAAS

Taula 21. Evolutiu activitat urgències adults per nivell de triatge. Activitat HNSM 2011-2014

Urgències	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Nivell 1	0,20%	0,30%	0,16%	0,18%	-10,00%
Nivell 2	5,40%	6,70%	5,44%	5,66%	4,81%
Nivell 3	36,70%	39,70%	33,48%	36,32%	-1,04%
Nivell 4	53,20%	49,80%	55,98%	53,22%	0,04%
Nivell 5	4,40%	3,50%	4,94%	4,63%	5,23%
Total general	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	0,00%

Font: SAAS

Taula 22. Evolutiu activitat urgències adults per diagnòstic. Activitat HNSM 2011-2014

Grups diagnòstics adults- 10 principals	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Lesions, traumatismes i enverinaments	35,00%	35,10%	33,55%	33,45%	-4,43%
Signes, símptomes i afeccions mal definits	12,80%	12,70%	14,03%	13,83%	8,05%
Malalties de l'aparell locomotor i del teixit connectiu	11,50%	11,50%	12,78%	12,35%	7,39%
Malalties de l'aparell respiratori	9,20%	9,20%	8,10%	8,20%	-10,87%
Malalties de l'aparell digestiu	6,40%	6,30%	5,40%	5,58%	-12,81%
Malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits	5,30%	5,30%	5,88%	6,23%	17,55%
Malalties de l'aparell genitourinari	3,80%	3,80%	3,50%	3,93%	3,42%
Trastorns mentals	3,60%	3,60%	3,72%	3,78%	5,00%
Malalties de la pell i del teixit subcutani	3,10%	3,10%	3,38%	3,29%	6,13%
Resta de causes	9,40%	9,40%	9,66%	9,36%	-0,43%

Font: SAAS

Taula 22. Urgències pediàtriques. Activitat HNSM 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Urgències pediatria	8.461	8.309	11.823	10.949	29,41%

Font: SAAS

Taula 23. Evolució activitat urgències pediàtriques per nivell de triatge. Activitat HNSM 2011-2014

Urgències	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Nivell 1	0,00%	0,00%	0,26%	0,29%	ND
Nivell 2	1,20%	1,40%	1,57%	1,69%	40,83%
Nivell 3	15,70%	19,10%	19,02%	20,52%	30,70%
Nivell 4	71,80%	71,00%	70,99%	69,62%	-3,04%
Nivell 5	11,20%	8,50%	8,15%	7,87%	-29,73%
Total general	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	0,00%

Font: SAAS

Taula 24. Evolució activitat Pas de la Casa. Activitat HNSM 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Contactes Metge capçalera SAAS	2.915	3.117	3.064	3140	7,72%
Contactes Metge capçalera SAAS Domicili	10	14	12	8	-20,00%
Urgències adults	1.117	1.104	1.000	1.048	-6,18%
Urgències pediàtriques	401	421	408	396	-1,25%
N contactes Infermeria AP (CS)	3.259	2.925	2.871	2484	-23,78%
N contactes Infermeria AP dom	105	55	28	31	-70,48%

Font: SAAS, My Vision

Taula 25. Servei Salut Mental. Consultes Externes. Activitat HNSM 2011-2014

Àrea	Tipus d'activitat	2011	2012	2013	2014	2011-2014
PSIQUIATRIA	Primeres visites	652	621	533	515	-21,01%
	Segones visites	5.712	6.112	5.984	6.319	10,63%
	Visites H Dia	576	769	755	763	32,47%
	Total Visites	6940	6733	6513	6834	-1,53%
PSICOLOGIA	Primeres visites	333	323	367	341	2,40%
	Segones visites	1.906	2.542	2.271	2.436	27,81%
	Total Visites	2239	2865	2638	2576	15,05%
PSICOLOGIA INFANTIL	Primeres visites	125	92	94	76	-39,20%
	Segones visites	1.422	1.605	1.561	1.592	11,95%
	Total Visites	1547	1697	1652	1668	7,82%

Font: SAAS+ Direcció Assistencial SAAS

Taula 26. Servei Salut Mental. Programes especials. Activitat HNSM 2011-2014. Estadets

Àrea	2011	2012	2013	2011-2013
CENTRE DE DIA	2.228	2.241	2.185	-1,93%
HOSPITAL DE DIA	1.484	1.563	1.575	6,13%
H DE DIA INFANTOJUVENIL	226	266	222	-1,77%

Font: SAAS

Taula 27. Servei Salut Mental. Hospitalització. Activitat HNSM 2011-2014

Àrea	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Ingressos	253	252	226	233	-7,91%
Altes	194	185	183	187	-3,61%
Estades	2.030	1.671	1.658	1.832	-9,78%

Font: SAAS

Taula 28. UCA. Consultes Externes. Activitat HNSM 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Consultes UCA	3.657	3.220	2971	2745	-24,94%
Dispensacions de metadona	2.561	2.304	2.184	2.473	-3,44%
Controls d'orina	2.003	1.157	1.452	1.117	-44,23%
Dispensacions de medicació	4.001	5.438	5.257	4.571	14,25%
Assistències a grup d'alcoholisme	262	210	214	226	-13,74%
Assistència a grup de tabaquisme		11	151	249	#iDIV/0!
Assistència a grup patologia dual	12	38	0	0	-100,00%

Font: SAAS

Taula 29. UCA. Hospital de dia. Activitat HNSM 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Persones ateses	36	26	28	25	-30,56%
Estades	1.229	1.523	1.501	1.323	7,65%
Visites de seguiment individual o familiar	716	719	651	653	-8,80%
Assistències a teràpia grupal	4.091	5.287	5.616	4.924	20,36%
Dispensacions d'interdictors orals i medicació	2.334	3.046	3.002	2.652	13,62%

Font: SAAS

Taula 30. UCA. Hospitalització. Activitat HNSM 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Nombre de pacients ingressats	105	113	104	94	-10,48%
Estades	1.164	1.159	858	607	-47,85%
Visites de psiquiatre	798	870	1023	946	18,55%
Visites de psicòleg	520	495	1100	1043	100,58%

Visites de treball social	134	160	158	166	23,88%
Estada mitjana altes	11,5	10,3	8,25	6,46	-43,83%

Font: SAAS

Taula 31. CSS EL CEDRE. Activitat 2011-2014.

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Estades Centre de Dia	3.859	4.093	4.110	6.062	57,09%
Estades Programa Respir	319	269	410	538	68,65%
Estades temporals	726	179	227	82	-88,71%
Estades llarga estada	20.507	21.723	21847	42014	104,88%

Taula 32. CSS EL CEDRE. Activitat 2011-2014

Agrupació diagnòstica mèdica (mitjana)- Residents CSS cedre					
	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Demències i associades	45,90%	41,50%	43,75%	50,00%	8,93%
Malalties del sist. neurològic-AVC	16,10%	11,60%	9,00%	13,00%	-19,25%
Malalties de l'ap. locomotor, fractures	5,70%	3,80%	3,25%	1,60%	-71,93%
Tumors	3,40%	3,80%	3,00%	7,40%	117,65%
Malalties cardiocirculatòries	6,90%	7,50%	5,50%	14,80%	114,49%
M. insuf. Renal	0,10%	1,00%	1,00%	0,80%	700,00%
Malalties de l'ap. Respiratori	5,70%	3,10%	3,00%	1,60%	-71,93%
Altres	16,20%	27,80%	31,50%	9,00%	-44,44%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	0,00%

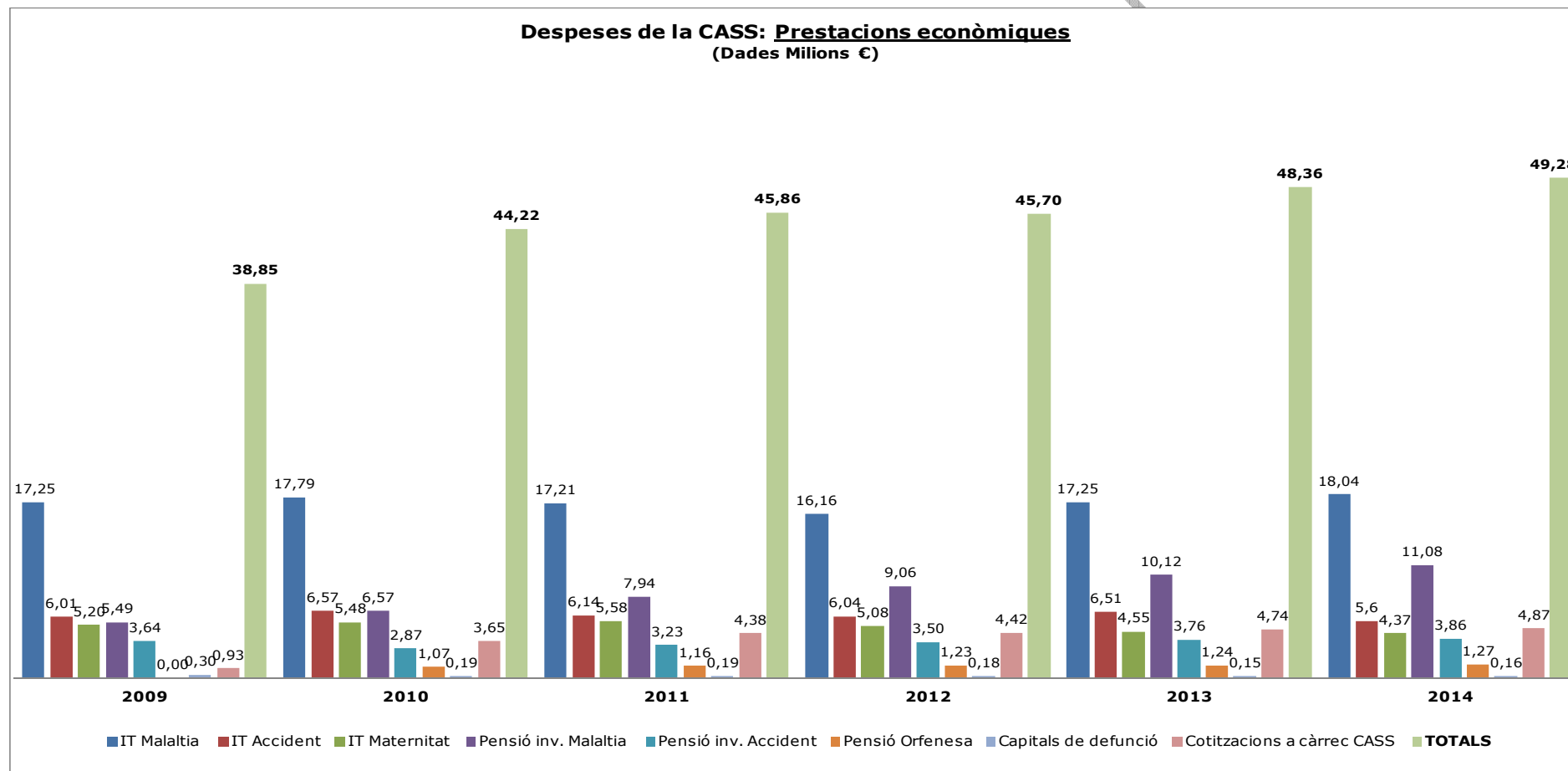
Font: SAAS

Taula 33. CSS EL CEDRE. Centre de dia. Activitat 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Estada mitjana	323,5	529,88	341,08	619,88	91,62%
Índex d'ocupació	88,3	55,9	88,25	126,61	43,39%
Índex de rotació	8,9	2,71	0,1	6,58	-26,07%
Nombre usuaris	18	18	19	28	55,56%
Ingressos	21	18	2	4	-80,95%

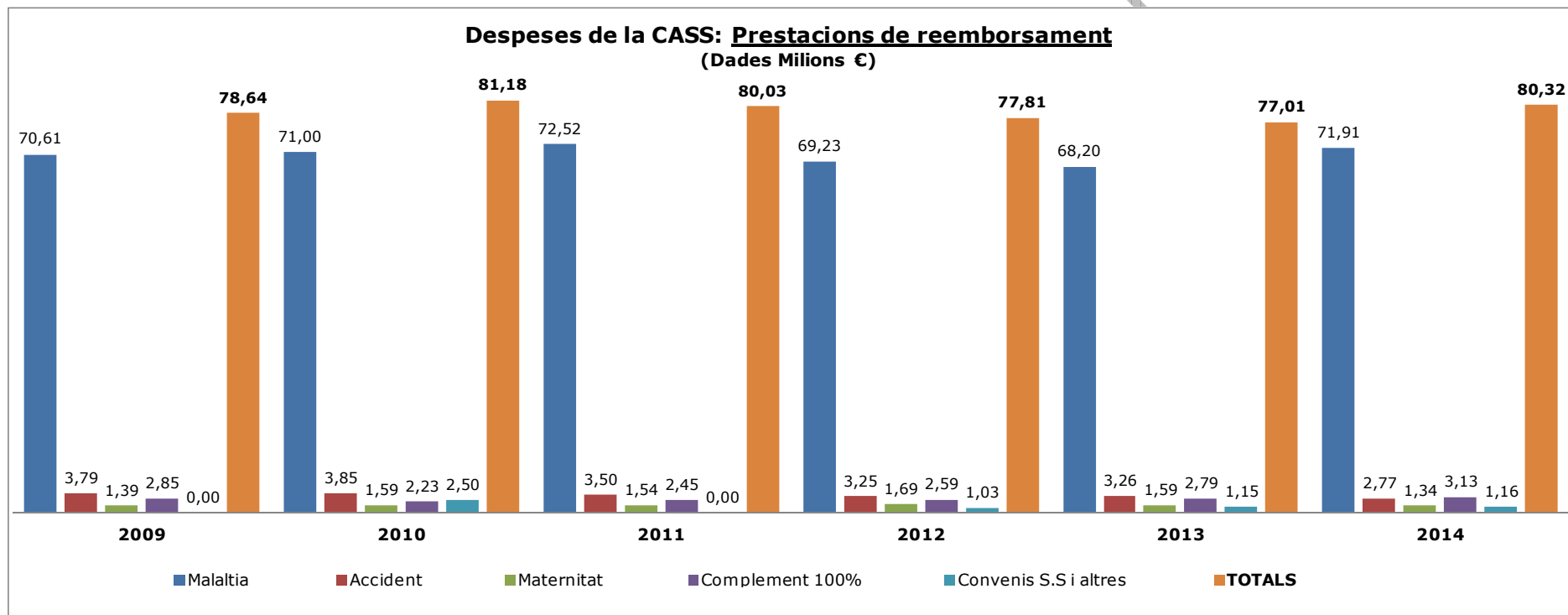
Font: SAAS

Taula 34. Desglossament prestacions econòmiques BG CASS (2009-2014)



Font: Dades Estats Financers CASS 2009-2014

Taula 35. Desglossament prestacions reemborsament BG CASS (2009-2014)



Font: Dades Estats Financers CASS 2009-2014

15 Referències bibliogràfiques

Pla estratègic de Salut PES 2009. Ministeri de Salut i Benestar. Govern d'Andorra

Enquesta Nacional de Salut d'Andorra- ENSA 2002,2011.

Reforma Sistema Salut i protecció social -Pla de Govern 2012-2015. Govern d'Andorra

Informe de Natalitat i Mortalitat al Principat d'Andorra 2010-2014. Ministeri de Salut, Afers Socials i Ocupació

Avaluació de l'estructura i la prestació d'atenció primària al Principat Andorra. OMS 2014

Anàlisi del Registre Hospitalari de Càncer d'Andorra 2002-2013

Llibre Salut Mental 2013. Ministeri de Salut i Benestar

Enquesta nacional sobre drogues a l'alumnat 2^a ensenyança 2008. Ministeri de Salut i Benestar

Informe sobre la Dependència a Andorra-CASB 2014. Ministeri de Salut i Benestar

Informe primer semestre 2014 de l'Observatori CRES-IEA

Estratègia Nacional per a la Nutrició, l'Esport i la Salut ENNES: Ministeri de Salut i Benestar

Presentació del Programa NEREU

Pla nacional contra les drogodependències. PNCD. Ministeri de Salut i Benestar.

Model Andorrà d'Atenció Sanitària (MAAS). <http://www.salut.ad/departament-de-salut/la-reforma-sanitaria-maas>

Estats financers CASS 2019-2014

Pla Oncològic Andorra ICO 2003

Anàlisi evolutiu 2010-2014 HSNM –IAMETRICS

Fluxos financers del Sistema Sanitari Andorra. FUB 2013

Auditoria MNCOSS

Mapa Sociosanitari d'Andorra CASB 2015

Guia d'actuació de la prova pilot MAAS diabetis 2015

Estudi de valoració del Centre Sociosanitari El Cedre 2014

Memòria Atenció al Usuari del SAAS 2014

Pla de Salut per Andorra 1990-1991. Govern d'Andorra, octubre 1989

Diagnòstic de la situació sobre l'entorn i la salut al Principat d'Andorra 1995-1997. Govern d'Andorra

Pla d'acció nacional Entorn i Salut. Govern d'Andorra, Juny 1999.

Nou model de gestió per a les àrees de suport del SAAS. Arthur de Little. 2014

Soluciones para la gestión de la cronicidad. Foro de debate SEDISA. Setembre 2015

WHO. Health 2020: the European policy for health and well-being.
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>

WHO. Health21: An introduction to the health for all policy frameworks for the WHO European Region. European Health for all Series, Nº 5, 1998

World Health statistics 2014. WHO 2014

Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. Ellen Nolte, Martin Mc Kee. European observatory on Health Systems and Policies Series. 2008

Healthy People 2020. Department of Health and Human Services.
<http://www.healthypeople.gov/2020/default.aspx>

Fazekas M, Ettel S, Newbould J, Nolte E. Framework for assessing, improving and enhancing health service planning. Rand Corporation 2010

Peiró S, Artells JJ, Meneu R. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit 2011;25:95-105

National Health Service in England. <http://www.dh.gov.uk/health/category/policy>

National Standards, local action. Health and Social Care Standards and Planning Framework 2005/06-2007/08. www.dh.gov.uk www.nhs.uk

Sánchez Martínez FI et al. ¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. Gac Sanit. 2008;22(Supl 1):126-36

Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. A M J Public Health 1982:800-808

Declaració de Rio sobre els determinants socials de la salut

http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf

Stiglitz JE, Sen A, Fitouse JP. Report by the commission on the measurement of Economic Performance and Social Progress. Disponible a: http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf

Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P; Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet 2012 Sep;380(9846):1011-29.

Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the context of Health 2020. WHO

WHO. Global Status Report on Non Communicable Diseases 2010. Geneva 2011

Action group and NCD Alliance www.the-lancet.com Vol. 377 April 2011

Draft comprehensive global monitoring framework and targets for the prevention and control of non-communicable disease
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-en.pdf

McDaid D, Sassi F, Merkur S. Eds. The economic case for public health action. Maidenhead, Open University Press
<http://www.mapasanitario.org/2/index.php?secc=7c>

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>

http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cardiopatia_isquemica/Estrategia_Cardiopatia_Isquemica.pdf

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>

https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaEPOCSNS.pdf>

http://www.sediabetes.org/Estrategia_en_diabetes_del_SNS_Accesible.pdf

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidado_spaliativos.pdf

Tresserras R, en nombre del Grupo de Trabajo de Planes directores. Planificación según prioridades de salud. Criterios de planificación relacionados con los Planes Directores. Med Clin (Barc). 2008;131 (Supl 4):42-6

www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf

<http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/preventing-youth-tobacco-use/exec-summary.pdf> accedit juliol 2014

<http://www.thecommunityguide.org/library/book/index.html> accedit juliol 2014

<http://www.bibliotecacochrane.com/BPGetDocument.asp?DocumentID=AEA000087>

World Economic Forum. Sustainable health Systems. Visions, strategies, critical uncertainties and Scenarios. 2013

Wienke Boerma. Primary Care Evaluation Tool (PCET) in the Principality of Andorra. OMS, 2014

Chris Ham. Developing integrated care in the NHS: adapting lessons from Kaiser. Health Service Management Centre. School of public Policy. University of Birmingham.

Serveis Sanitaris Integrats del Baix Empordà (SSIBE). Pla estratègic 2009-2012
<http://www.ssibe.cat/documents/e160.pdf>

Vázquez ML. et al. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26(S):94-101

Starfield B. Atención Primaria: una creciente e importante colaboradora en la eficacia, la equidad y la eficiencia de los servicios de salud. En Gaceta Sanitaria. Informe SESPAS 2012

WHO. Rapport sur la santé dans le monde, 2008. Les Soins de Santé Primaires.

Starfield B, Atenció Primària. Equilibri entre necessitats de salut, serveis i tecnologia. Fundació Gol i Gorina. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. MASSON, 2001

Smith J, Holder H, Rosen R, and others. Securing the future of general practice. The Kings Fund, 2013
http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/130718_securing_the_future_revised.pdf

White F. Primary Health Care and Public Health: Foundations of Universal Health Systems Franklin White. Med Princ Pract DOI: 10.1159/000370197. 2015

Van Herten LM, Gunning-Schepers L J. *Targets as a tool in health policy. Part I: lessons learned.* Health Policy 2000; 52:1-11

Van Herten LM, Gunning-Schepers L.J. Targets as a tool in health policy. Part II: guidelines for application. Health Policy 2000; 53:13-23

Health Systems Governance in Europe: The Role of EU Law and Policy. European Observatory on Health Systems and Policies

Health Systems governance. Juny 2008. WHO
<http://www.who.int/healthsystems/topics/stewardship/en/>

Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. WHO 2010

Options for reform of Commonwealth and State governance responsibilities for the Australian health system. Judith Dwyer and Kathy Eagar August 2008

Governance in Health Care Delivery: Raising Performance. The World Bank - Maureen Lewis, Gunilla Pettersson

Health System Organization and Governance in Canada and Australia: A Comparison of Historical Developments, Recent Policy Changes and Future Implications. 2008 Donald J. Philippon, PhD, CHE and Jeffrey Braithwaite, MBA, PhD

La función de rectoría en salud y el fortalecimiento institucional de las autoridades sanitarias nacionales y subnacionales. OPS/OMS. La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial documento CD 40/13.

World Health Organization 2014. Smart governance for health and well-being: the evidence
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131952/1/Smart%20governance%20for%20health%20and%20well-being%20the%20evidence.pdf?ua=1>

Transparency-the most powerful driver of health care improvement?. McKinsey & Company 2011

Catalunya i les TIC en la Salut: estem en xarxa. Departament de Salut. Desembre 2012
<https://www.google.com/search?q=l%27European+eHealth+Action+Plan+&ie=utf-8&oe=utf-8>

Cabasés JM, Gaminde I, Gabilondo L. Contracting arrangements in the health strategy context. A regional approach for Spain. European Journal of Public Health 2000; Vol. 10 (4): 45-50

Purchasing to improve health system's performance. European Observatory on Health Systems and Policies. 2005

The European Commission's eHealth Action Plan 2012-2020. European Commission

eHealth Action Plan 2012-2020: Innovative healthcare for the 21st century. Digital Agenda for Europe. European Commission

<https://www.karger.com/Article/Pdf/370197>

Victoria CG y Santos IS. Los siete pecados capitales de la evaluación del impacto. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit 2008;22 (Supl 1):1-7

Estratègia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Gobierno Vasco 2010

Transformando el sistema de Salud 2009-2012. Gobierno Vasco 2013

Rifat Atun. Transitioning health systems for multimorbidity. The Lancet June 8, 2015

Els projectes del Pla Nacional de Salut de Catalunya 2016-2020. Juliol 2015. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Text refós de l'articulat de la Llei general de sanitat, del 20 de març de 1989, amb la incorporació de totes les modificacions, les addicions i les precisions aportades per la Llei 1/2009, del 23 de gener

Llei 6/2014 del 24 d'abril, de serveis socials i sociosanitaris

Llei 17/2008, del 3 d'octubre, de la seguretat social.

Llei 18/2014, del 24 de Juliol, de modificació de la Llei 17/2008, del 3 d'octubre, de la seguretat social

Ratificació del Principat d'Andorra del *Conveni relatiu als drets de les persones discapacitades i del Protocol opcional al Conveni relatiu als drets de les persones discapacitades*

16 Glossari

MSASO- Ministeri de Salut, Afers Socials i Ocupació

SAAS- Servei Andorrà d'Atenció Sanitària

CASS- Caixa Andorrana de Seguretat Social

MAAS- Model Andorrà d'Atenció Sanitària

OMS- Organització Mundial de la Salut

AP- Atenció Primària

CHA- Centre Hospitalari Andorrà

HNSM- Hospital Nostra Senyora de Meritxell

UE- Unió Europea

HCDA- Història Clínica Digital D'Andorra

E- Estratègia

LOP Línia operativa

TICS- Tecnologies de la informació i comunicació

APVP- Anys Potencials de Vida Perduts

ENSA- Enquesta Nacional de Salut d'Andorra

CONAVA- Comissió Nacional de Valoració de la discapacitat

COVASS- Comissió de valoració sociosanitària

SIMA- Sistema d'informació Microbiològica d'Andorra

SISSPA- Sistema d'informació del sistema salut i protecció social d'Andorra

PNCD- Pla Nacional contra les Dependències

ENNES- Estratègia Nacional per a la Nutrició, Esport i Salut

PAD- Programa d'atenció a domicili

SAD- Servei d'atenció a domicili

PMI – Programa Materno-Infantil

CAP- Centre d'Atenció Primària

CS- Centre de Salut

UCSI- Unitat de Cirurgia Sense Ingrès

ORL- Otorrinolaringologia

CSI- Cirurgia Sense Ingrès

COT- Cirurgia ortopèdica i traumatològica

IMAR- Índex de Mortalitat Ajustada a risc

ICAR- - Índex de Complicacions Ajustat a risc

IRAR- Índex de Readmissions Ajustat a risc

ICSIA- Índex de Cirurgia Sense Ingrés Ajustat

IEAR- Índex d'Estades Ajustades a Risc

SSM- Servei de Salut Mental

UCA- Unitat de Conductes Addictives

CSS - Centre Sociosanitari

CGSVE – Clínica Geriàtrica Sant Vicenç d'Enclar

SNVSP- Sistema Nacional de Vigilància de la Salut Pública

SUM- Servei Urgent Mèdic

PDPC- Programa de detecció Precoç de Càncer de Colon

PDPCM- Programa de detecció Precoç de Càncer de Mama

PA - Pressió Arterial

MPOC- Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica

PS 2020 – Pla Nacional de Salut 2020

DM – Diabetis mellitus

CV – Cardiovascular

GPC- Guies de Pràctica Clínica

RA – Ruta Assistencial

SPM- Servei de Permanències Mèdiques

CCEE – Consultes d'especialitats

URG – Urgències

ATDOM – Atenció a domicili

SM – Salut Mental

CM- Contracte Marc

CT- Contracte Transversal

PES- Pla estratègic de Salut

ONU- Organización de las Naciones Unidas

UCI – Unitat de Cures Intensives

MC -Metge capçalera

COMA - Col·legi Oficial de Metges d'Andorra