

C S B Consorci Sanitari de Barcelona

Ens públic de la Generalitat de Catalunya
i l'Ajuntament de Barcelona



CatSalut

Servici Català
de la Salut.



Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat
i Seguretat Social

RESUM DE L'INFORME SOBRE LA RAE A LA REGIÓ SANITÀRIA BARCELONA CIUTAT

Estat de situació i línies de millora

Direcció de Planificació i Avaluació
Febrer 2003
Ref/resumRAE02

Redacció i coordinació del document

Aïna Plaza
Àlex Guarga

Grup consultor

Xavier Altimiras
Jaume Estany
Josep Farrés
Sofia Ferré
Vicenç Perelló
Anna Càrol Pérez
Alfonso Pozuelo
Corinne Zara

Índex

1.	ANTECEDENTS.....	3
2.	EL PROCÉS DE LA RAE A LA CIUTAT DE BARCELONA.....	4
2.1.	CRITERIS PER A LA IMPLANTACIÓ I MODEL DE REFERÈNCIA	4
2.2.	GRAU D'IMPLANTACIÓ I CARACTERÍSTIQUES DE LA RAE	5
3.	OBJECTIUS I METODOLOGIA	7
4.	SÍNTESE DE RESULTATS	10
5.	CONCLUSIONS I LÍNIES DE MILLORA.....	18

1. Antecedents

Un sistema sanitari articulat al voltant de l'atenció primària requeria un suport especialitzat ben definit i resolutiu. Aquest fet va plantejar la necessitat de configurar dos nivells assistencials plenament vinculats i en constant interacció: l'**atenció primària** (AP) i l'**atenció especialitzada** (AE).

Aquest procés de transformació del sistema sanitari té com a marc legal de referència la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC), el Decret 84/1985 dels requisits de la reforma de l'atenció primària (RAP) i, el Decret 284/1990, que tracta de la reordenació de les especialitats mèdiques.

El desenvolupament d'aquest model organitzatiu va representar transformar en paral·lel el procés de la RAP i el de l'atenció especialitzada de contingent. L'atenció especialitzada de contingent donava atenció especialitzada a nivell ambulatori i comptava amb una estructura ben definida, però amb funcionament molt poc relacionat amb l'AP canviant i, a més, no tenia cap vinculació amb la xarxa d'hospitals d'utilització pública (XHUP).

Així va néixer el procés anomenat reordenació de l'atenció especialitzada (RAE), que es basa en la integració orgànica i funcional de l'AE als hospitals de la XHUP. Aquesta integració no es entesa com un fi en sí mateixa, sinó com un instrument al servei de l'eficàcia i la racionalització del procés assistencial.

Els objectius de la RAE van ser:

- Establir dos nivells d'atenció estructuralment vinculats, on l'AP es configura com a element vertebrador i l'atenció especialitzada actua com a suport de la primera.
- Millorar l'accessibilitat de la població a un nivell especialitzat resolutiu, per indicació de l'AP
- Potenciar el paper de filtre de l'AP i, per tant, augmentar la seva capacitat resolutiva.
- Millorar la integració i cooperació dels professionals de l'AP i AE, en accions centrades en el pacient.
- Establir un nivell apropiat de comunicació que asseguri la continuïtat assistencial.
- Afavorir l'organització assistencial cap a un model d'atenció compartida, més eficient, més satisfactori i equitatiu.
- Millorar l'eficàcia de la prestació de suport especialitzat

2. El procés de la RAE a la ciutat de Barcelona

2.1. Criteris per a la implantació i model de referència

La resolució del Departament de Sanitat i Seguretat Social de 21 d'octubre de 1997, delega al Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) la funció d'acordar l'adscripció de les especialitats mèdiques als centres inclosos a la XHUP de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat.

Per duu a terme aquesta funció el CSB ha definit els criteris necessaris per a la implantació de la RAE a la ciutat els quals són:

- 1. la reordenació de l'atenció primària finalitzada i consolidada,**
- 2. el proveïdor hospitalari amb capacitat d'assumir el procés íntegrament i**
- 3. la viabilitat del projecte estratègicament i pressupostàriament.**

Quant a l'ordre de reordenació de les especialitats, es prioritza en funció de la possibilitat de conferir la màxima capacitat resolutiva en l'àmbit de l'AP, la demanda assistencial elevada, la possibilitat d'introduir l'especialista com a consultor i la capacitat de gestionar els recursos humans.

Així, s'ha definit un model de referència per al desplegament de la RAE que es concreta en els següents punts:

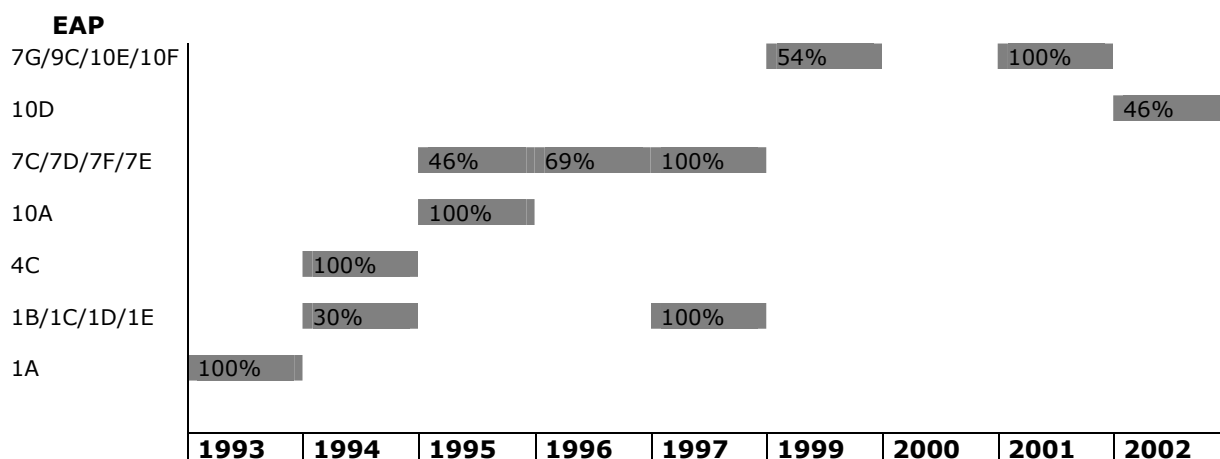
- Els especialistes estan integrats a l'hospital, i realitzen l'activitat corresponent, si és possible, descentralitzadament als diferents centres d'atenció primària (CAP) on treballen els equips d'atenció primària (EAP).
- La informació clínica generada es recull en la mateixa història clínica d'atenció primària (HCAP).
- S'estableixen mecanismes de coordinació entre els dos nivells, orientats a millorar la gestió de pacients.
- L'especialista que intervé a nivell de l'AP i l'hospital és el mateix.
- Es realitzen sistemàticament sessions de treball i consultories amb els EAP.
- El proveïdor de l'especialitat és responsable de la gestió de la llista d'espera, té capacitat per modular i redistribuir la dedicació horària dels professionals als diferents EAP segons les necessitats, i té capacitat per filtrar les derivacions a l'hospital segons la prioritat del cas.
- Es recull sistemàticament un paquet mínim d'informació que permet fer un seguiment i l'avaluació del procés: activitat assistencial (visites, petita cirurgia, si s'escau) i no assistencial (sessions i consultories), tipus i nombre de les proves complementàries sol·licitades, nombre i destinació de les derivacions a altres nivells assistencials, diagnòstics (CIM-9) i llista d'espera.

2.2. Grau d'implantació i característiques de la RAE

Tal i com es veu a la figura 1 la RAE a la ciutat de Barcelona es va iniciar l'any 1993 a l'EAP Barceloneta 1A, a la majoria dels equips la reordenació d'especialitats ha estat progressiva.

L'any 2002 hi havia 16 EAP amb RAE, és a dir, el 24% de les ABS; en termes de cobertura poblacional hi havia un 23% de la població amb especialista RAE.

Figura 1 Cronograma de la implantació de la RAE a la Regió Sanitària Barcelona Ciutat



Els percentatges representen el nombre d'especialitats reformades sobre el total d'especialitats possibles (13)

El procés d'implantació ha seguit un ritme lent. Després d'un període d'estancament, ha adquirit un nou impuls a partir de l'any 1999 amb la seva extensió al CAP Maragall i posteriorment al CAP Besòs. Properament es desplegarà en 7 EAP de l'Esquerra de l'Eixample.

Actualment la RAE es caracteritza per la diversitat de proveïdors tant a nivell d'atenció especialitzada com a nivell d'atenció primària, dins d'un mateix EAP podem trobar tres proveïdors diferents d'atenció especialitzada. Aquest fet confereix un nivell de complexitat al procés de coordinació; per la qual cosa té un especial interès l'anàlisi comparativa dels indicadors segons les diferents fórmules de gestió en la prestació dels serveis.

Amb algunes excepcions, en totes les experiències s'han integrat la majoria d'especialitats, predominant el sistema d'atenció directa sobre la consultoria de casos.

Taula 1 Proveïdors de la RAE segons àmbit territorial i tipus d'especialitat. Any 2002

Àmbit territorial	Proveïdors	
	Atenció primària	Atenció especialitzada
1A/10A	PAMEM (equips de base associativa)	Hospital del Mar: Digestiu Cardiologia Pneumologia Traumatologia Cirurgia General Reumatologia Endocrinologia Urologia Neurologia Obstetrícia/Ginecologia PAMEM: Dermatologia ORL Oftalmologia
1B/1C/1D/1E	ICS	Hospital del Mar: Digestiu Cardiologia Pneumologia Traumatologia Cirurgia General Reumatologia Obstetrícia/Ginecologia Neurologia Urologia Hospital Sant Pere Claver: Dermatologia Oftalmologia Àmbit ICS: ORL Endocrinologia
4C	Gesclínic	Hospital Clínic: Digestiu Cardiologia Pneumologia Traumatologia Cirurgia General Reumatologia Obstetrícia/Ginecologia Endocrinologia Neurologia Urologia Dermatologia Oftalmologia ORL
7C/7D/7F/7E	ICS	Hospitals Vall d'Hebron: Digestiu Cardiologia Pneumologia Traumatologia Cirurgia General Reumatologia Obstetrícia/Ginecologia Endocrinologia Neurologia Urologia Dermatologia Oftalmologia ORL
7G/9C/10F/10E	ICS	Hospital Sant Pau: Digestiu Cardiologia Pneumologia Traumatologia Cirurgia General Reumatologia Obstetrícia/Ginecologia Endocrinologia Neurologia Dermatologia Oftalmologia ORL Fundació Puigvert: Urologia
10D	ICS	Hospital del Mar: Digestiu Cardiologia Pneumologia Traumatologia Reumatologia Endocrinologia

PAMEM: Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica a Empleats Municipals

ICS: Institut Català de la Salut

3. Objectius i metodologia

L'any 2002 a la ciutat de Barcelona es completa la RAP, per tant, és necessari avançar en el desenvolupament de la RAE per tal de **millorar la coordinació i la continuïtat entre nivells, l'accessibilitat i la capacitat resolutiva en l'àmbit de AP**.

Amb l'objectiu de reflexionar i disposar d'elements de referència sobre el desenvolupament del model RAE implantat fins ara, s'ofereix una descripció de l'estat de situació a la ciutat. Aquesta anàlisi i les consideracions que se'n derivin han de facilitar el futur desplegament del procés de reordenació.

Aquest document presenta una anàlisi de l'evolució de la RAE i l'estat de situació a l'any 2001; els resultats segons les diferents fórmules de provisió de serveis; i també del grau d'adequació existent entre la pràctica dels especialistes RAE i el model de referència definit pel CSB per al desplegament de la reordenació.

Per a tal fi hem elaborat un estudi descriptiu i comparatiu de la RAE en 15 ABS (1A, 1B, 1C, 1D 1E, 4C, 7G, 9C, 10A, 10E, 10F, 7C, 7D, 7F i 7E) amb un total de 348.253 habitants de referència.

Es descriuen els següents indicadors: les derivacions dels EAP a l'AE, l'activitat assistencial de l'especialista extrahospitalari, les derivacions dels especialistes a l'hospital d'aguts, els diagnòstics, la despesa farmacèutica, les llistes d'espera i els costos.

A l'anàlisi s'han inclòs totes les especialitats menys la neurologia, l'obstetrícia i la ginecologia. En el primer cas per manca d'informació dels diferents EAP; en el segon perquè actualment predomina l'accés directe de la dona i l'EAP no desenvolupa el paper de filtre.

Per elaborar aquest informe s'han utilitzat diferents fonts d'informació:

- el sistema de registre que han posat en marxa els proveïdors hospitalaris per monitoritzar i recollir informació bàsica requerida pel CSB,
- la base de dades sobre la casuística de la patologia atesa a l'especialitzada extrahospitalària,
- el registre d'activitat assistencial dels EAP i dels especialistes no RAE,
- l'aplicatiu de farmàcia del CatSalut i FARDAT
- el registre de llistes d'espera d'atenció ambulatoria especialitzada i
- l'avant projecte del pressupost anual del CSB

La presentació dels resultats s'estructura en 2 grans apartats:

1. Principals resultats de l'anàlisi de la RAE, amb els següents punts:

- *Antecedents*: els anteriors models d'atenció
- *Comparació dels dos models coexistents d'atenció especialitzada*: RAE i model de contingent. La comparació es realitza entre els especialistes RAE i els de contingent dels àmbits territorials de l'Eixample (2A, 2B, 2C, 2E, 2D i 2H), Sants (3B), Nou Barris (8B, 8H, 8E, 8G i 8I) i Sant Andreu (9D, 9G, 9E i 9F).
- *Evolució de la RAE*, on es compara els indicadors de derivacions i activitat assistencial de AE a l'any 1998 i l'any 2001.
- *Capacitat resolutiva* de l'AP, valorada a través de les derivacions que els EAP fan a l'AE extrahospitalària i hospitalària i també els diagnòstics.
- *Activitat assistencial* de la RAE a través de les visites de l'AE, les derivacions de l'especialista a l'hospital i la ràtio successives/primeres.

2. Anàlisi comparativa segons el model de gestió

- Es fa una anàlisi qualitativa del model RAE implantat i dels indicadors assistencials segons models de gestió en la provisió de serveis.

Limitacions dels resultats:

- Els indicadors s'han elaborat a partir del registre d'activitat dels diferents proveïdors, pot haver-hi variabilitat en els criteris de definició de les diferents categories i continguts que es registren, per tant, no hi ha garantia d'homogeneïtat en la recollida d'informació.
- Els resultats que es presenten no s'han ajustat per les característiques sociodemogràfiques, l'estat de salut o la complexitat de la població atesa a l'AP que ens podrien explicar part de les variacions observades.
- Pel que fa a l'anàlisi de la casuística de la patologia atesa a la RAE es disposa de manera majoritària de la codificació CIM-9 MC. A l'anàlisi s'han incorporat les dades dels Hospitals: del Mar, de la Santa Creu i Sant Pau, de Sant Pere Claver i de la Fundació Puigvert. Les dades referides a l'especialitzada de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau poden ser codificades per més d'un diagnòstic o procediment tant pel que fa a les primeres visites com a les successives, en canvi d'altres proveïdors codifiquen un sol diagnòstic. En el cas dels hospitals de la Vall d'Hebron només disposem de les dades de diagnòstic a través d'un mostreig d'històries clíniques.
- En la casuística hem trobat un volum importat de visites sense codificar. Segons proveïdor hospitalari les dades sense codificar en relació al volum de visites són:
 - Hospital de la Santa Creu i Sant Pau 30,7% en primeres visites i 3,7% en successives.
 - Hospital del Mar 18,2% en primeres y 22,6% en successives.
 - Fundació Sant Pere Claver (dermatologia i oftalmologia) 41,9% de les primeres visites i el 34,1% en les successives.
- La recuperació de les dades de la despesa farmacèutica de les especialitats es fa en base al codi d'especialitat informat en el registre de talonaris de cada unitat proveïdora (UP). Les dades de Ciutat Vella s'han extret agregades ja que la UP USE Ciutat Vella i l'Hospital Sant Pere Claver no ens permeten diferenciar-les per ABS. En el cas de la RAE Maragall, la informació s'ha extret de la UP de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Això és factible encara, perquè aquest hospital no ha introduït la utilització de la recepta del CatSalut en l'entorn de l'hospital.
- L'activitat de CCEE ajudaria a completar l'anàlisi de la RAE, no s'ha pogut incorporar aquesta informació ja que no està disponible en tots els territoris analitzats.
- La informació que tenim sobre llistes d'espera s'ha extret del registre que recentment ha posat en marxa el CatSalut, és una informació parcial, només disposem de dades del mes de juny 02.

4. Síntesi de resultats

El anteriors models d'atenció i l'evolució de la RAE

- ⇒ La **reordenació de l'AE** (RAE) és un dels objectius fixats pel CatSalut per tal de millorar l'accés i la qualitat de l'atenció a la població. Es basa en la integració orgànica i funcional de l'AE als hospitals de la xarxa hospitalària d'utilització pública.
- ⇒ El **procés d'implantació** de la RAE a la ciutat de Barcelona es va iniciar l'any 1993 i ha seguit un ritme lent. L'any 2002 hi ha 16 EAP amb RAE.
- ⇒ La comparació entre el **model tradicional** (no RAP i no RAE) i el **reformat** evidencia una millora substancial en els indicadors assistencials. Les derivacions de l'AP a l'especialitzada disminueixen un 40% i el volum de visites d'especialistes un 49%.
- ⇒ Actualment **coexisteixen** dos models d'atenció especialitzada **el model RAE i el model de contingent**. Les dades mostren que:
 - la *capacitat resolutiva* dels EAP on s'ha implantat la RAE és un 10% major que la dels EAP amb especialista de contingent.
 - la *ràtio visites successives/primeres* és un 21% més elevada als especialistes de contingent i també el nombre de visites d'especialista per 100 persones ateses.
 - els especialistes de contingent *deriven* un 46% més a l'*AE hospitalària* que els especialistes RAE.
- ⇒ La **tendència dels indicadors** assistencials de la RAE durant el període 1998-2001, és a reduir les derivacions dels EAP i les visites dels especialistes extrahospitalaris. Si bé aquesta xifra encara és força elevada.

Derivacions dels equips d'atenció primària: Capacitat resolutiva

- ⇒ Entenent com a capacitat resolutiva de l'EAP el volum total de pacients que no són derivats a l'AE, veiem que l'AP amb RAE han estat resolutiva en un **69% de la població atesa**. Per cada 100 persones ateses se'n deriven 31, de les quals 29 van a l'AE extahospitalària i 2 a l'especialitzada hospitalària. Aquest volum de derivacions ens situa a prop model d'Estat Units, on deriven entre un 30 i un 36,8% dels pacients atesos a l'AE, mentre que al Regne Unit en deriven un 13,9%.
- ⇒ Els **diagnòstics més prevalents de les derivacions** són: cataracta, glaucoma, neoplàsies benignes de pell/nevus, dermatitis seborreica, fractures i entesopaties, pèrdua d'audició, otitis media, hepatitis víriques, asma, MPOC, cardiopatia isquèmica, arritmies, espondilosis/mielopatia, síndrome del manegot dels rotadors del múscle, espatlla dolorosa, hiperplàsia prostàtica, impotència orgànica masculina, diabetis mellitus, i hipotiroidisme adquirit.
- ⇒ Els EAP **1A, 1C, 10A 4C** presenten un comportament menys derivador en comparació a la resta EAP. Els EAP **7D, 1B i 1D** mostren comportaments més heterogenis, segons l'especialitat són més o menys derivadors.
- ⇒ L'equip **1E**, en relació als equips dels seu entorn té un comportament molt derivador. Els equips **7C, 7F i 7E** també mostren un elevat volum de derivacions.
- ⇒ En el cas dels equips de Maragall: **7G, 9C, 10E i 10F** s'observa una discrepança important entre el volum de derivacions declarades pels EAP i les primeres visites d'AE. Segons la declaració dels equips ens trobaríem amb un conjunt d'equips molt derivadors, no obstant s'ha d'analitzar amb més detall la situació ja que en aquest entorn la RAE és de molt recent implantació, hi ha especialitats que s'han posat en marxa l'any 2001: traumatologia, digestiu, cirurgia i ORL.

Taula 2 Indicadors assistencials segons equip d'atenció primària. Any 2001

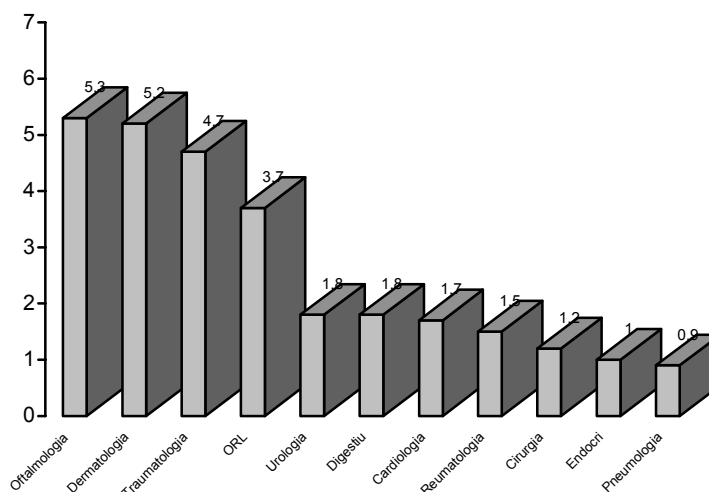
Codi	Cobertura	Capacitat resolutiva
1A	84,4%	74,9%
1C	73,2%	74,6%
4C	59,5%	71,3%
10A	66,2%	70,6%
7D	93,7%	69,7%
1D	96,1%	68,9%
1B	79,7%	66,2%
1E	79,0%	62,5%
7E	93,0%	62,1%
7C	83,4%	60,2%
7F	80,3%	58,6%
7G*	69,0%	60,9% -- 71,9%
9C*	71,5%	37,0% -- 73,9%
10E*	69,9%	38,8% -- 71,7%
10F*	79,1%	54,0% -- 78,4%

*En aquests EAP es mostren dos valors de la capacitat resolutiva, el més baix correspon a les derivacions, declarades per l'EAP i el més alt a les primeres visites de l'AE, l'indicador de derivacions s'ha calculat a partir de la informació declarada per l'EAP

Activitat assistencial de la RAE

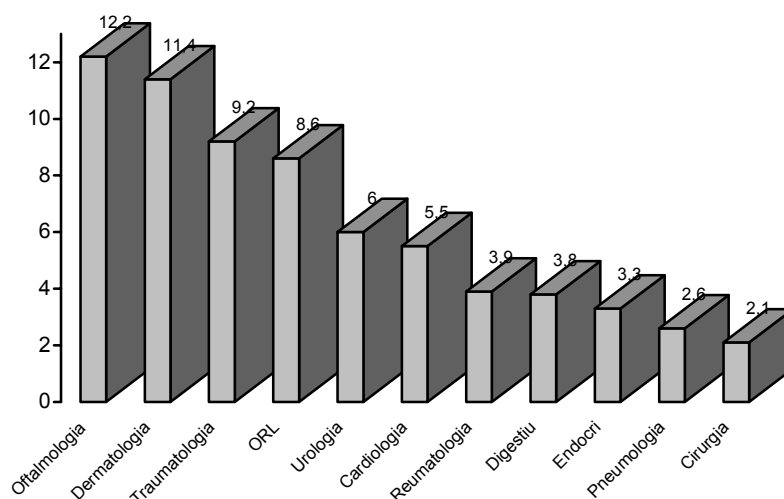
⇒ Hi ha 4 especialitats extrahospitalàries que concentren **el 66% del total de derivacions dels EAP: l'oftalmologia, la dermatologia, l'ORL i la traumatologia**. Les especialitats amb menor volum de derivacions són pneumologia, endocrinologia i cirurgia.

Figura 2 Distribució de les derivacions per cada 100 persones ateses a l'atenció primària segons especialitat extrahospitalària. Any 2001



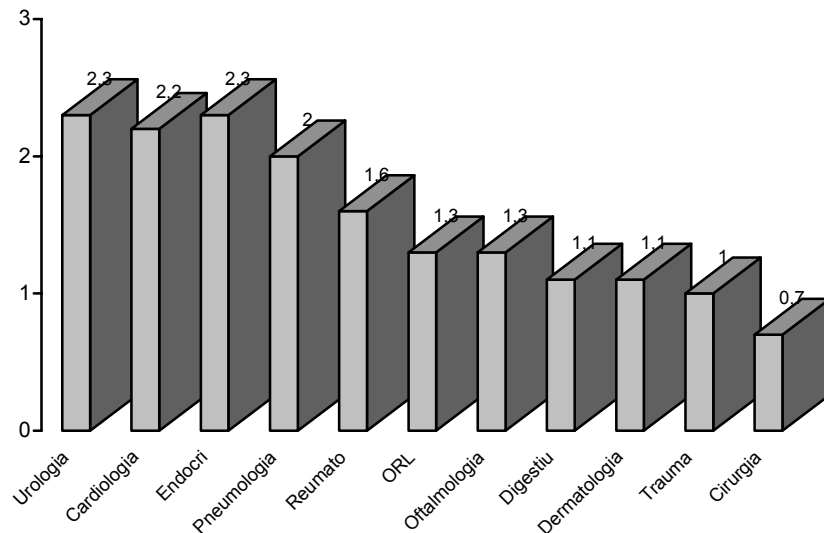
⇒ L'any 2001 es van fer **68,7 visites als especialistes RAE per cada 100 persones ateses** a l'AP. El major nombre de visites per població atesa es concentren en les especialitats d'oftalmologia, dermatologia, traumatologia i ORL.

Figura 3 Visites de l'atenció especialitzada extrahospitalària per 100 persones ateses a l'atenció primària, segons especialitat. Any 2001



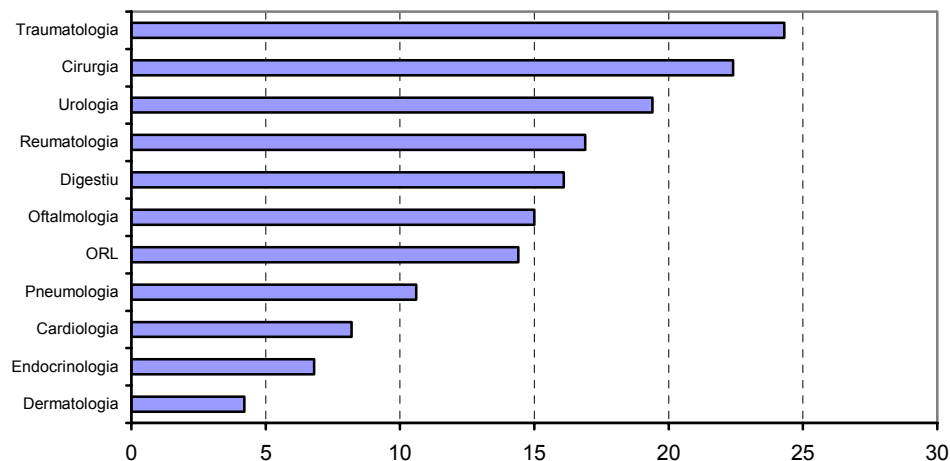
⇒ La ràtio successives/primeres pel conjunt de la RAE és d'1,4, la relació **successives/primeres més elevades** corresponen a urologia, endocrinologia, cardiologia i pneumologia, les **més baixes** són cirurgia, traumatologia i dermatologia.

Figura 4 Relació de visites successives/primeres segons especialitat. Any 2001



⇒ S'observa una **major derivació** per part de l'especialista RAE a l'àmbit hospitalari en les **especialitats quirúrgiques**. Les especialitats quirúrgiques amb major volum de derivacions a l'atenció hospitalària són: la traumatologia, la cirurgia i la urologia. Les especialitats mèdiques amb major volum de derivacions són la reumatologia, l'aparell digestiu i la pneumologia. Les especialitats que presenten un menor volum de derivacions, es a dir, **es resolen més des de l'àmbit de l'AP** són la dermatologia, l'endocrinologia i la cardiologia.

Figura 5 Derivacions de l'especialista RAE a l'atenció hospitalària per cada 100 primeres visites segons especialitat. Any 2001



NOTA: No inclou les dades de la RAE Vall d'Hebron

Aproximació qualitativa al model d'atenció especialitzada

- ⇒ Una de les característiques de la RAE a Barcelona, és la **diversitat de proveïdors tant a nivell d'AE com a nivell d'AP**. Aquest fet confereix un especial interès a l'anàlisi comparativa dels indicadors segons les diferents fórmules de gestió en la prestació dels serveis. També ens obliga a fragmentar les especialitats en grups per fer-les comparables entre ells.
- ⇒ El diferents models d'AE responen a la gestió del **proveïdor hospitalari**, també al **proveïdor d'AP** i, amb un pes molt important, a la **interacció** que s'ha produït en el territori **entre els EAP i els especialistes**.
- ⇒ El **model de referència** definit al CSB per al desplegament de la RAE s'ha implementat de manera **poc homogènia al territori**. L'estat de situació d'alguns dels seus components clau és:
- A totes les experiències RAE s'utilitza l'HCAP com a registre de la informació clínica de l'especialista.
 - Hi ha un volum important d'especialitats descentralitzades al CAP. A l'hospital d'aguts de manera més habitual s'ubiquen les especialitats de neurologia i de cirurgia general. En determinats models s'ubiquen a l'hospital la urologia i l'endocrinologia o la traumatologia.
 - Les especialitats majoritàriament funcionen amb atenció directa, s'ha implantat molt poc el funcionament de les especialitats en base a consultoria.
 - Les experiències que han desplegat el model de consultoria com a model de funcionament d'algunes especialitats són:
 - L'**Hospital del Mar** té als EAP de **PAMEM** les següents especialitats de consultoria: l'endocrinologia, l'urologia, la neurologia, vascular, psiquiatria, oncologia i radiologia.
 - L'**Hospital de la Santa Creu i Sant Pau** als EAP **ICS** CAP Maragall, ha impulsat com a consultoria l'endocrinologia, i de manera parcial la pneumologia.
 - L'**Hospital Clínic** en totes les especialitats dedica una part de l'activitat assistencial a la consultoria.
 - Hi ha diferents mecanismes pautats que faciliten la continuïtat i la integració clínica entre l'AP i l'AE; identificant-se territoris amb un nivell d'integració més desenvolupats que d'altres. Els mecanismes més comuns són les sessions clíniques i la interconsulta.

Indicadors assistencials segons proveïdor d'atenció especialitzada

✓ Relació visites successives/primeres (s/p):

- ⇒ La RAE de l'**Hospital de la Santa Creu i Sant Pau** en totes les especialitats té una relació s/p visites més baixa en comparació a la resta de proveïdors.
- ⇒ **L'Hospital de Mar** en traumatologia mostra un comportament similar per tots els EAP en s/p. En canvi a la resta d'especialitats presenta comportaments diferents segons EAP: té una ràtio més baixa en l'equip 1A i més elevada a la resta.
- ⇒ La relació s/p dels equips **1A i 10A** és més elevada en les especialitats de dermatologia, ORL i oftalmologia.
- ⇒ En l'**ORL de l'ICS/Ciutat Vella** presenta una ràtio s/p molt més elevada que la resta de proveïdors.
- ⇒ **L'Hospital Clínic** té la ràtio per sobre de la mitjana en cardiologia, reumatologia, traumatologia, oftalmologia i dermatologia.
- ⇒ Els **Hospitals de la Vall d'Hebron** mostren ràtio s/p elevades en reumatologia, cardiologia i urologia.

Taula 3 Ràtio successives/primeres

Especialitat	1A	10A	4C	Ciutat Vella	Maragall	Horta	TOTAL
Reumatologia	1,1	1,8	1,7	1,6	1,0	2,1	1,6
Cardiologia	1,2	3,3	2,9	3,5	0,7	3,1	2,2
Pneumolog	2,2	3,2	1,2	4,4	0,6	2,1	2,0
Endocrinologia			1,9	3,0	0,3	2,6	2,3
Aparell digestiu	0,2	3,0	1,3	2,3	0,9	0,7	1,1
Traumatologia	1,2	1,1	1,4	1,1	0,5	0,9	1,0
Cirurgia			1,1	0,3	0,2	0,9	0,7
Dermatologia	2,3	2,1	1,4	1,2	0,8	1,0	1,1
Oftalmologia	3,4	0,4	2,9	1,5	0,1	1,9	1,3
Urologia			2,0	1,9	2,0	2,7	2,3
ORL	0,6	1,0	1,2	3,3	0,4	0,7	1,3
TOTAL	1,8	1,1	1,6	1,8	0,7	1,4	1,4

✓ Despesa farmacèutica/població atesa:

- ⇒ L'AE de l'**Hospital del Mar en l'àmbit ICS Ciutat Vella** presenta una despesa farmacèutica més elevada que la resta de proveïdors en: reumatologia, pneumologia i traumatologia.
- ⇒ El proveïdor **ICS en ORL** té una despesa més elevada que la resta de proveïdors.
- ⇒ **L'Hospital Clínic** presenta una major despesa farmacèutica en cardiologia, aparell digestiu i dermatologia.
- ⇒ Els **Hospitals de la Vall d'Hebron** tenen una despesa elevada en: cardiologia, pneumologia i traumatologia.

✓ Accessibilitat de l'atenció especialitzada:

- ⇒ Es disposa d'informació parcial en relació a l'accés de l'AE. El **temps de demora** per primeres visites més elevat corresponen a l'especialitzada de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau-CAP Maragall i després a l'Hospital del Mar-Vila Olímpica.
- ⇒ S'ha d'analitzar amb més detall els problemes d'accés al CAP Maragall, identificats a través de les discrepàncies entre les derivacions declarades pels EAP i les primeres visites de l'AE, aquesta informació concorda amb el temps de demora elevat per primeres visites.

✓ Exploracions complementàries:

En principi s'identifica un volum d'exploracions complementàries per població atesa més baix al conjunt d'EAP del CAP Maragall i Horta, mentre que els EAP de Ciutat Vella-ICS es concentra el volum més alt. No obstant creiem que cal fer una anàlisi més detallada d'aquest apartat.

Costos de l'atenció especialitzada:

- ⇒ Hi ha diferents models de gestió de l'AE, la gestió des de l'àmbit hospitalari on l'hospital disposa de pressupost per gestionar l'AE que dóna suport a l'AP, la gestió des de l'àmbit hospitalari amb integració vertical on el mateix proveïdor hospitalari gestiona l'AP i l'AE i, la gestió de l'AE des de l'AP, on els EAP gestionen el pressupost i compren els serveis de manera directa a l'àmbit especialitzat.

- ⇒ Hi ha molta **variabilitat en la despesa/habitant i despesa/població atesa**: globalment són força més elevades en els casos en que la gestió de la RAE correspon als centres hospitalaris.

5. Conclusions i línies de millora

- ⇒ Cal unificar i homogeneïtzar els sistemes d'informació dels diferents proveïdors d'AE, així com la codificació dels diagnòstics per assegurar la comparabilitat. S'ha de reduir en un 10% com a molt els casos sense diagnòstic codificat.
- ⇒ En relació al model tradicional d'especialista de contingent, la RAE suposa un canvi qualitatiu i quantitatiu notable en l'atenció sanitària. No obstant hi ha diferències en els resultats dels indicadors assistencials segons proveïdors que cal tenir en compte en el futur desplegament a la resta dels EAP.
- ⇒ L'elevada variabilitat en els indicadors assistencials pels diferents territoris, inclòs en territoris amb característiques sociodemogràfiques i de morbiditat similars, suggereix variabilitat en la pràctica clínica i en la integració de l'atenció i el maneig compartit primària/especialitzada. Per tant, es requereix de manera prioritària:
 - elaborar guies de pràctica clínica i protocols comuns entre l'AE i l'AP així com entre territoris
 - promoure mecanismes efectius de gestió clínica compartida i estendre'ls a tots els territoris.
- ⇒ S'ha de potenciar la capacitat resolutiva de l'AP, la qual cosa comporta identificar, transferir i dotar a aquest nivell assistencial determinats procediments, tècniques i equipaments que actualment no s'integren de manera homogènia en tots els EAP.
- ⇒ Cal concentrar un esforç prioritari en analitzar amb més detall les quatre especialitats que concentren al voltant del 70% de les derivacions i visites: la traumatologia, l'oftalmologia, la dermatologia i l'ORL i proposar mecanismes efectius de gestió de la demanda.
- ⇒ S'ha d'analitzar amb més detall el volum elevat de derivacions dels equips del CAP Maragall i Horta, amb l'objectiu d'impulsar de manera prioritària intervencions de millora.
- ⇒ S'ha de potenciar encara més el model de funcionament en base a la consultoria de l'AE. Les experiències que l'han posat en funcionament compten amb una valoració positiva del professional de l'AP i de l'AE. Cal elaborar de manera consensuada entre els professionals de l'AP i de l'AE, els criteris de selecció de les especialitats en les que s'ha de potenciar el funcionament assistencial en base a la consultoria; així com les condicions necessàries d'integració i coordinació dels equips implicats.

- ⇒ Caldria impulsar fórmules per facilitar la derivació hospitalària en cas de traumatologia, cirurgia i urologia evitant duplicitat de consultes, com podria ser la derivació directa seguint protocol-lització de processos. Com a criteri de selecció s'haurien d'analitzar la viabilitat d'aquest model en les especialitats que generen un elevat volum de derivacions de l'especialista a l'atenció hospitalària; arribant a un necessari consens entre els professionals de l'APS i l'AE.

- ⇒ S'identifiquen temps de demora molt elevats en certs proveïdors i especialitats. Caldria incorporar més informació sobre l'accessibilitat de la RAE i iniciar accions de millora. De manera prioritària s'ha d'acabar d'analitzar i impulsar accions per modificar la situació del CAP Maragall.

- ⇒ S'hauria d'aprofundir en l'anàlisi de costos incorporant els productes intermedis, la valoració de farmàcia per unitat productiva de primària i l'anàlisi de les diferències en les fórmules de gestió en base hospitalària o en base primària. Els resultats han de permetre incorporar mesures per millorar l'eficiència així com aspectes de transferència de risc i pagament vinculats a objectius.

- ⇒ Hem de millorar el coneixement del tipus d'intervenció que està realitzant l'AE com a suport a l'AP per tal d'avançar en el model de coordinació i integració clínica. D'acord amb el model definit per Barbara Starfield (2000), la contribució de l'AE es concreta en:
 - Ajuda en el procés diagnòstic
 - Consell en el tractament
 - Tractament definitiu
 - A curt termini
 - Llarg termini
 - Responsabilitat compartida amb l'equip d'atenció primària
 - Transferència de responsabilitat a l'especialista

En aquest sentit cal aprofundir en l'anàlisi dels resultats positius del model de gestió d'especialitzada Hospital del Mar/PAMEM, ICS/Ciutat Vella, Hospital Clínic/4C i Hospitals Vall d'Hebron/Horta; incorporant informació complementària a la ja disponible que ens ajudaria a orientar les intervencions de l'AE.

- ⇒ Altres línies d'avenç són:
 - Anàlisi de les intervencions desenvolupades a l'AP i l'AE sobre les patologies més prevalents a l'AP i que generen major volum de visites.
 - Estudi dels perfil d'especialista, orientat o amb visió d'AP.
 - Enquesta de satisfacció dels professionals de l'AP i l'AE.
 - Impacte de la RAE en les consultes externes i en l'activitat hospitalària en general.