

# **Informe anual del Sistema Nacional de Salud**

**2006**



CATALUÑA

## CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

La población catalana a 1 de enero de 2006, según datos del padrón continuo del Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat), es de 7.134.697 habitantes, de los cuales 3.543.706 son hombres y 3.590.991, mujeres. Por edades, el 14,3 % tiene entre 0 y 14 años; el 69,2 %, entre 15 y 64 años, y el 16,5 %, 65 años o más. Según datos del Registro Central de Usuarios (Departamento de Salud) a 31 de diciembre de 2006, 7.324.047 personas residentes en Cataluña disponen de tarjeta sanitaria.

De los más de 7 millones de catalanes, poco más de 900.000 tienen nacionalidad extranjera (12,8 %). Las áreas de procedencia son, por orden decreciente de cantidad: Sudamérica (principalmente, Ecuador, Colombia, Argentina, Bolivia y Perú), África (Marruecos), países de la Unión Europea (Rumanía, Italia y Francia), resto de países europeos, Asia y Oceanía (China y Paquistán) y de Norte y Centroamérica. La inmigración ha causado un gran impacto sobre la población catalana; así, el Idescat estima que cerca del 90 % del crecimiento total de la población catalana entre los años 2001 y 2005 es resultado de la aportación de los inmigrantes. En relación con la población catalana, los inmigrantes tienen una estructura por edad joven, mayoritariamente entre 20 y 40 años, que es la edad de máxima actividad productiva y reproductiva. En cuanto a la actividad productiva, las tasas de actividad y ocupación han aumentado, así como las aportaciones a la seguridad social por un incremento de los puestos de trabajo. Por lo que respecta a la reproducción, el número de bebés nacidos vivos en Cataluña es de 79.547 (2005), muchos más que los 53.809 registrados 10 años antes (1995). De éstos, la madre es extranjera en más del 20 % de los casos.

Si bien la llegada de inmigrantes ha rejuvenecido la estructura relativa de la población, directamente por la incorporación de población en edades jóvenes y adultas e, indirectamente, por el aumento de los nacimientos,

este hecho resulta compatible con un continuo aumento del envejecimiento absoluto. Cada vez es mayor el número de personas que están por encima de los 65 años, así como el envejecimiento de las personas mayores (el 28 % de los mayores de 65 años supera los 80 años de edad). El envejecimiento es cada vez más femenino y tiene una fuerte disparidad geográfica: en las zonas rurales la estructura relativa de la población está muy envejecida, pero en zonas urbanas industriales se concentra el mayor número de personas de edad avanzada, especialmente en las áreas de fuerte inmigración de las décadas de 1960 y 1970.

En cuanto a la relación de la población con la actividad, de los casi 6 millones de catalanes y catalanas con más de 16 años, 3.709.900 son activos, con una tasa de actividad superior en los hombres (71,5 %) que en las mujeres (53,1 %). La ocupación es elevada y aumenta con la edad; entre los 25 y los 54 años el 94,8 % de los hombres y el 92,8 % de las mujeres están ocupados. La tasa global de paro es del 6,7 %, superior en las mujeres (8,2 %) y en los jóvenes: entre los 15 y 19 años es del 19,9 %. El 16,6 % de la población ocupada es de nacionalidad extranjera.

### Tarjeta sanitaria individual

La población de Cataluña según el Registro Central de Asegurados (RCA) del Servicio Catalán de la Salud era, en diciembre de 2006, de 7.324.047 habitantes, de los cuales el 49,3 % eran hombres y el 50,7 %, mujeres. Las **tablas 1-3** y la **figura 1** aportan más información al respecto.

### SEGUIMIENTO DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

El Plan de Salud de Cataluña es la agenda política estratégica en materia de salud del Gobierno catalán que integra y da coherencia a las políticas de salud y servicios sanitarios. El Plan de Salud describe la situación

**TABLA 1. Datos de población con tarjeta sanitaria individual activa por grupos de edad y sexo, 2006 (Cataluña)**

Grupo de edad	Cifras absolutas			Porcentaje		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
De 0 a 14 años	580.014	547.605	<b>1.127.619</b>	18,69	18,24	<b>18,47</b>
De 15 a 64 años	2.522.836	2.455.049	<b>4.977.885</b>	81,31	81,76	<b>81,53</b>
Mayores de 64 años	507.824	710.719	<b>1.218.543</b>	16,37	23,67	<b>19,96</b>
<b>Total</b>	<b>3.610.674</b>	<b>3.713.373</b>	<b>7.324.047</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Del Registro Central de Asegurados, diciembre de 2006. Servicio Catalán de la Salud, Departamento de Salud, Generalitat de Cataluña.

**TABLA 2. Datos de población por entidades de cotización, 2006 (Cataluña)**

Región sanitaria	Servicio Catalán de la Salud	Instituto Nacional de la Seguridad Social	Muface	Mugeju	Isfas
Lleida	27.050	309.957	6.801	651.160	
Camp de Tarragona	41.774	496.069	7.431	881.378	
Terres de l'Ebre	15.698	163.030	2.248	33	310
Girona	55.166	617.379	8.626	114	1.652
Catalunya central	26.317	455.734	5.189	47	609
Alt Pirineu i Aran	6.254	59.436	960	10	367
Barcelona	401.711	4.537.159	66.278	1.143	6.676
Sin especificar	58	66	4		
<b>Total</b>	<b>574.028</b>	<b>6.638.830</b>	<b>97.537</b>	<b>1.500</b>	<b>12.152</b>

Del Registro Central de Asegurados, diciembre de 2006. Isfas, Instituto Social de las Fuerzas Armadas; Muface, Mutualidad de Funcionarios de la Administración Central del Estado; Mugeju, Mutualidad General Judicial.

**TABLA 3. Datos de población por tipo de afiliación, 2006 (Cataluña)**

Región sanitaria	Activa	Activa pensionista	Farmacia gratuita	Farmacia parcial	No afiliada	Pensionista	Sin especificar
Lleida	234.402	5.306	201	2.871	3.867	78.272	20.114
Camp de Tarragona	391.867	7.313	601	16.707	8.395	105.809	16.048
Terres de l'Ebre	119.082	2.084	127	2.446	1.318	44.459	11.803
Girona	490.358	8.738	389	5.847	10.775	128.655	38.175
Catalunya central	339.711	7.315	284	4.338	5.625	114.560	16.063
Alt Pirineu i Aran	44.811	889	52	722	1.624	15.078	3.851
Barcelona	3.497.081	66.019	2.651	39.496	92.382	1.048.189	267.149
Sin Especificar	61	2	1	3	1	7	53
<b>Total</b>	<b>5.117.373</b>	<b>97.666</b>	<b>4.306</b>	<b>72.4301</b>	<b>23.987</b>	<b>1.535.0293</b>	<b>73.256</b>

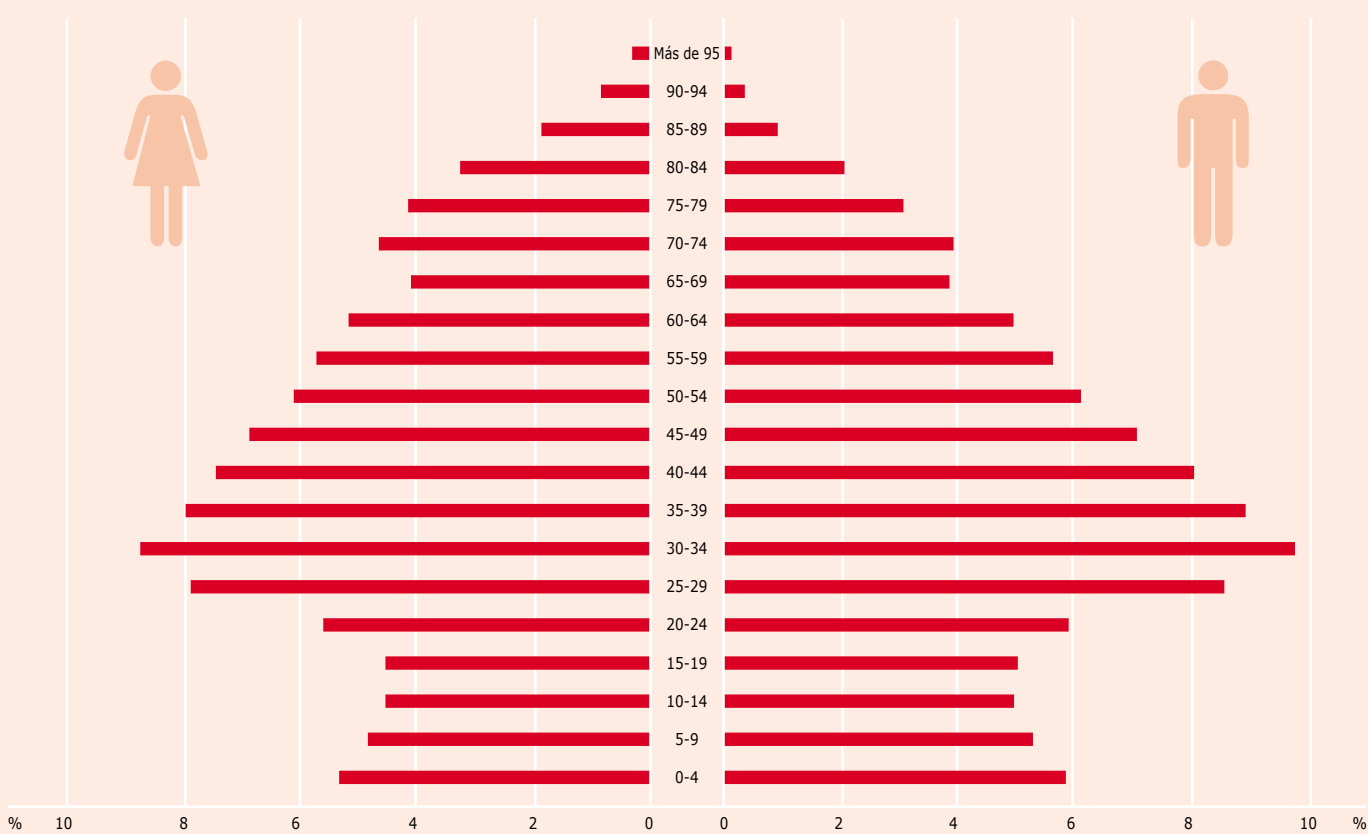
Del Registro Central de Asegurados, diciembre de 2006.

actual de la salud y los servicios sanitarios, incluyendo la evaluación de los objetivos establecidos en los planes precedentes, a partir de las fuentes estadísticas habituales (registro de mortalidad, registro de morbilidad hospitalaria, conjunto mínimo básico de datos [CMBD] al alta hospitalaria, registro de población, enfermedades infecciosas, etc.) y del examen de salud y la Encuesta de Salud de Cataluña 2006, con lo cual es posible identificar los problemas y las necesidades, y establecer las prioridades de intervención.

La evolución a lo largo de la última década de los hábitos y estilos de vida relacionados con la salud muestra que los comportamientos y las prácticas preventivas han cambiado. El abanico de intervenciones destinadas a reducir el hábito tabáquico ha tenido respuesta en la población, pues ha disminuido la tasa de fumadores en los hombres y se ha estabilizado la de las mujeres. Actualmente, en Cataluña 3 de cada 10 personas de 15 años o más es fumadora (el 34,5 % de

los hombres y el 24,4 % de las mujeres). El consumo excesivo de alcohol es más frecuente en los hombres que en las mujeres (el 6,8 % y el 1,6 %, respectivamente). El consumo de riesgo de alcohol tiene proporciones muy elevadas entre los jóvenes y desciende con la edad. El 25,8 % de la población catalana no realiza ninguna actividad física habitual, el sedentarismo es superior en las mujeres que en los hombres y aumenta con la edad. En relación con las prácticas preventivas, destaca el incremento de personas que periódicamente miden su presión arterial (el 46,6 % en población de 15 años o más), mucho más elevado entre la población a partir de 65 años (86,7 %). La implantación del programa de cribado de cáncer de mama ha conllevado un incremento de las mamografías periódicas, especialmente en el grupo diana de 50 a 69 años, que es del 85,5 % de las mujeres. Destaca que este aumento ha ido acompañado de una mejora en la equidad territorial y por clase social.

**FIGURA 1. Pirámide de población, 2006 (Cataluña)**



Del Registro Central de Asegurados, diciembre de 2006. Según el número de tarjetas sanitarias individuales (TSI) activas.

Las medidas de promoción de hábitos saludables han ido acompañadas por la prevención y el control de las enfermedades crónicas y los accidentes. En la última década el estado de salud percibido de la población general mejora. El 83,4 % de los hombres y el 73,8 % de las mujeres declaran que su salud es excelente, muy buena o buena. Únicamente, la población del grupo de edad más avanzada percibe peor su salud puesto que con la disminución de la mortalidad un número mayor de individuos alcanza edades elevadas y algunos de ellos con estados de salud precarios. Tres de cada cuatro personas de todas las edades declaran sufrir trastornos crónicos. El aumento de la frecuencia de estos trastornos está relacionado con el envejecimiento de la población, los cambios en la práctica clínica y el desarrollo de programas preventivos, que con frecuencia incluyen actividades de detección precoz. Los principales trastornos crónicos declarados por la población adulta (a partir de los 15 años de edad) son las enfermedades de los huesos y las articulaciones (dolor de espalda, artrosis, artritis y reumatismo) y las enfermedades del sistema circulatorio (hipertensión, mala circulación de la sangre o varices en las piernas). Las

personas de más de 15 años que declaran sufrir alguna discapacidad representan el 17,9 % de la población, frecuencia más elevada en las mujeres (21,7 %) que en los hombres (14,0 %) y en las clases sociales más desfavorecidas. Tanto los trastornos crónicos como las discapacidades son más frecuentes entre la población a partir de 65 años, algunos de ellos con polipatologías que los discapacitan. En este sentido, es preciso resaltar que una de cada cinco personas de más de 65 años que declara necesitar ayuda no la recibe.

La esperanza de vida en Cataluña es muy elevada y continúa creciendo a un ritmo más atenuado por los altos niveles ya alcanzados. En 2004, la esperanza de vida masculina era de 77,4 años y la femenina, de 84,0 años. La tasa bruta de mortalidad es de 9,46 defunciones por cada 1.000 habitantes en los hombres y de 8,47 en las mujeres. El patrón de mortalidad por causas de defunción se corresponde con los países de su entorno, ubicados en la cuarta fase de la transición epidemiológica, que se caracteriza por la elevada incidencia de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio (enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardíaca,

etc.) y tumores (de pulmón, de mama, de próstata, de intestino grueso, etc.). Tanto en hombres como en mujeres estas causas representan cerca del 60 % de las defunciones totales. El envejecimiento de la población comporta que los trastornos mentales (demencias y enfermedad de Alzheimer, principalmente) muestren una tendencia ascendente. Cabe resaltar que, pese a los esfuerzos de las Administraciones Públicas, algunas enfermedades evitables o prematuras presentan una incidencia relativamente elevada. Los accidentes de tráfico implican más de 15.000 años potenciales de vida perdidos al concentrarse buena parte de las defunciones en edades jóvenes (547 en el año 2004).

Finalmente, cabe destacar que el Plan de Salud de Cataluña 2006-2010, actualmente en elaboración, introduce nuevos elementos de planificación. Destaca el proceso de colaboración y descentralización en el ámbito de la salud, con la creación de 37 gobiernos territoriales de salud (GTS) que tienen como funciones básicas la ordenación, priorización y coordinación de los recursos de sus territorios para garantizar la prestación de los servicios sanitarios públicos. El Plan de Salud consta, pues, de tres series de documentos (el Plan de Salud de Cataluña, el Plan de Salud para cada una de las siete regiones sanitarias y el Plan de Salud para cada gobierno territorial de salud), coordinados (uso

de los mismos sistemas de información y metodologías de análisis), participativos (profesionales, ciudadanos, expertos, pacientes, familiares, etc.) y de acuerdo con las peculiaridades de los distintos niveles de planificación (Cataluña, región sanitaria y GTS), pasando de las intervenciones más estratégicas a las más operativas.

## DESARROLLO NORMATIVO E INSTITUCIONAL

A continuación, se detallan las diferentes normas introducidas durante el año 2006 (tabla 4):

- Decreto 5/2006, de 17 de enero, por el que se regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras.
- Orden SLT/26/2006, de 27 de enero, por la que se proroga la vigencia de la prueba piloto para la implantación de un sistema de compra de servicios de base poblacional, regulada por la Orden SSS/38/2004, de 20 de febrero, y se amplía su alcance territorial en nuevos ámbitos geográficos.
- Orden SLT/25/2006, de 31 de enero, por la que se aprueba el Programa de actuaciones del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) para la coordinación de las diferentes redes asistenciales en rela-

**TABLA 4. Normas legales fundamentales en materia de salud, 2006 (Cataluña)**

Denominación	Fecha	Descripción del ámbito regulado	Observaciones
Decreto 5/2006, de 17 de enero, por el que se regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras	DOGC núm. 4.554 19/01/2006	Regular un nuevo modelo de acreditación de los centros de atención hospitalaria aguda basado, como ejes clave, en una clara orientación a la satisfacción de los ciudadanos, en la valoración del grado de satisfacción de los profesionales de las organizaciones sanitarias y en una evaluación centrada en el proceso, y orientada a los resultados asistenciales  El procedimiento de acreditación se inicia a partir de un previo proceso de autoevaluación formalizado por el propio centro hospitalario de acuerdo con los estándares de acreditación vigentes y prevé la intervención de entidades evaluadoras especializadas, autorizadas por el Departamento de Salud, competentes para verificar el cumplimiento de los criterios técnicos. En consecuencia, el Decreto aborda también la regulación del procedimiento de autorización de estas entidades como sistema de reconocimiento de su capacidad para la realización de sus funciones y de la competencia técnica de su personal  La capacidad del modelo abre la posibilidad de su aplicación a todas las líneas de servicios sanitarios, en un marco realista con la situación sanitaria de Cataluña y económicamente sostenible	Por Resolución SLT/135/2006, de 29 de marzo, se da publicidad al Acuerdo del Gobierno de la Generalitat de 28 de marzo de 2006, mediante el cual se aprueban los estándares de acreditación que se regulan en el artículo 4 del Decreto 5/2006, de 17 de enero, por el que se regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras
Orden SLT/26/2006, de 27 de enero, por la que se proroga la vigencia de la prueba piloto para la implantación de un sistema de compra de servicios de base poblacional, regulada por la Orden SSS/38/2004, de 20 de febrero, y se amplía su alcance territorial en nuevos ámbitos geográficos	DOGC núm. 4.571 13/10/2006	Ampliar la vigencia de la prueba piloto para la implantación de un sistema de compra de servicios de base poblacional y también ampliar el actual alcance territorial a otros ámbitos geográficos, como consecuencia del resultado de la evaluación de la referida prueba piloto, así como del actual proceso de descentralización del sistema sanitario público	

**Continuación TABLA 4**

Denominación	Fecha	Descripción del ámbito regulado	Observaciones
<p>Orden SLT/25/2006, de 31 de enero, por la que se aprueba el Programa de Actuaciones del CatSalut para la coordinación de las diferentes redes asistenciales en relación con el tratamiento de determinados pacientes durante el invierno 2005-2006</p>	<p>DOGC núm. 4.571 13/02/2006</p>	<p>Dar respuesta específica y coordinada con los dispositivos asistenciales para la demanda sanitaria que se genera durante los meses de invierno de determinados colectivos, dentro del marco de las competencias de coordinación del CatSalut y del Plan Integral de Urgencias de Cataluña</p> <p>Las medidas que adopta, con esta finalidad, la referida norma son: la ampliación de los horarios de los días laborables y la apertura los fines de semana y días festivos de los PADES, el establecimiento de un plan de altas sociosanitarias de invierno, de un plan de valoración y tratamiento de personas frágiles con complejidad y de un plan de altas de invierno para enfermos subagudos</p> <p>Para hacer efectivas las finalidades perseguidas por la norma, este mismo instrumento normativo regula el régimen jurídico y los instrumentos jurídicos necesarios para contratar las actuaciones que integran los referidos planos</p>	
<p>Decreto 27/2006, de 28 de febrero, por el que se crea el Plan Director de Oncología y su consejo asesor</p>	<p>DOGC núm. 4.584 02/03/2006</p>	<p>Crear el Plan Director de Oncología como instrumento de información, estudio y propuesta mediante el cual el Departamento de Salud determina las líneas directrices para impulsar, planificar, coordinar y evaluar las actuaciones que hay que desarrollar en el ámbito de la prevención, el tratamiento y la rehabilitación del cáncer, con el objetivo de reducir la mortalidad asociada con esta enfermedad y mejorar la calidad de vida de los afectados</p> <p>El Plan Director de Oncología ha de definir las estrategias que hay que tener en cuenta en la determinación de los objetivos y las intervenciones del Plan de Salud de Cataluña para la prevención y el control de las enfermedades oncológicas</p> <p>Para articular territorialmente el Plan Director de Oncología se ha previsto su vinculación a los gobiernos territoriales de salud creados al amparo del Decreto 38/2006, de 14 de marzo, con la finalidad de adaptar los objetivos del plan a las especificidades del territorio de referencia y velar por su aplicación en este ámbito</p> <p>Para la elaboración, implantación, evaluación y actualización del plan, de vigencia trianual, se constituye un Consejo Asesor de Oncología, de composición eminentemente técnica</p>	<p>Aprobado por Acuerdo del Gobierno de la Generalitat, GOV/5/2006, de 18 de julio (DOGC núm. 4.689, 02/08/2006), el Plan de Oncología 2005-2007</p>
<p>Decreto 28/2006, de 28 de febrero, por el que se crea el Plan Director de Enfermedades del Aparato Circulatorio y su consejo asesor</p>	<p>DOGC núm. 4.584 02/03/2006</p>	<p>Crear el Plan Director de Enfermedades del Aparato Circulatorio como instrumento de información, estudio y propuesta mediante el cual el Departamento de Salud determina las líneas directrices para impulsar, planificar, coordinar y evaluar las actuaciones que hay que desarrollar en el ámbito de la promoción de la salud del aparato circulatorio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades vasculares cerebrales, con el objetivo de reducir la mortalidad asociada con esta enfermedad y mejorar la calidad de vida de los afectados</p> <p>El Plan Director de Enfermedades del Aparato Circulatorio ha de definir las estrategias que hay que tener en cuenta en la determinación de los objetivos y las intervenciones del Plan de Salud de Cataluña para la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares y vasculocerebrales</p> <p>Para articular territorialmente el Plan Director de Enfermedades del Aparato Circulatorio se ha previsto su vinculación a los gobiernos territoriales de salud creados al amparo del Decreto 38/2006, de 14 de marzo, con la finalidad de adaptar los objetivos del Plan a las especificidades del territorio de referencia y velar por su aplicación en este ámbito</p> <p>Para la elaboración, implantación, evaluación y actualización del Plan, de vigencia trianual, se constituye un Consejo Asesor de Enfermedades del Aparato Circulatorio, de composición eminentemente técnica</p>	<p>Aprobado por Acuerdo del Gobierno de la Generalitat, GOV/6/2006, de 18 de julio (DOGC núm. 4.689, 02/08/2006), el Plan Director de Enfermedades del Aparato Circulatorio 2005-2007</p>
<p>Decreto 29/2006, de 28 de febrero, por el que se crea el Plan Director de Investigación en Ciencias de la Salud y su consejo asesor</p>	<p>DOGC núm. 4584 02/03/2006</p>	<p>Crear el Plan Director de Investigación en Ciencias de la Salud como instrumento de información, estudio y propuesta mediante el cual el Departamento de Salud determina las líneas directrices para impulsar, planificar, coordinar y evaluar las actuaciones que hay que desarrollar en el campo de la investigación biomédica y de las ciencias de la salud, como fuente de innovación del sistema sanitario y mejora de la atención de la salud de las personas, en coherencia con las prioridades del Plan de Salud de Cataluña y de los planes de política científica en el ámbito de la salud</p> <p>Para la elaboración, implantación, evaluación y actualización del plan, de vigencia cuatrianual, se constituye un Consejo Asesor de Investigación, participado por los distintos ámbitos y sectores implicados en la investigación</p>	

**Continuación TABLA 4**

Denominación	Fecha	Descripción del ámbito regulado	Observaciones
Decreto 30/2006, de 28 de febrero, por el que se crea el Plan Director de Salud Mental y Adicciones y su consejo asesor	DOGC núm. 4.584 02/03/2006	<p>Crear el Plan Director de Salud Mental y Adicciones como instrumento de información, estudio y propuesta mediante el cual el Departamento de Salud determina las líneas directrices para impulsar, planificar, coordinar y evaluar las actuaciones que hay que desarrollar en el ámbito de la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento de las enfermedades asociadas con la salud mental y las adicciones, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los afectados</p> <p>El Plan Director de Salud Mental y adicciones ha de definir las estrategias que hay que tener en cuenta en la determinación de los objetivos y las intervenciones del Plan de Salud de Cataluña para la prevención y el control de las enfermedades mentales y las adicciones</p> <p>Para articular territorialmente el Plan Director de Salud Mental y adicciones se ha previsto su vinculación con los gobiernos territoriales de salud creados al amparo del Decreto 38/2006, de 14 de marzo, con la finalidad de adaptar los objetivos del Plan a las especificidades del territorio de referencia y velar por su aplicación en este ámbito</p> <p>Para la elaboración, implantación, evaluación y actualización del plan, de vigencia trianual, se constituye un Consejo Asesor de Salud Mental y Adicciones, de composición eminentemente técnica</p>	Aprobado por Acuerdo del Gobierno de la Generalitat, GOV/7/2006, de 18 de julio (DOGC núm. 4.689, 02/08/2006), el Plan Director de Salud Mental y Adicciones 2005-2007
Decreto 31/2006, de 28 de febrero, por el que se determina la integración del personal estatutario del Instituto Catalán de la Salud, que percibe sus haberes por el sistema de contingente y zona en el sistema de prestación de servicios, de dedicación y de retribuciones que se establecen en la Ley del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud	DOGC núm. 4.584 02/03/2006	Regular las características, los plazos y las condiciones del proceso de integración del personal estatutario del Instituto Catalán de la Salud que percibe sus haberes por el sistema de contingente y zona en el sistema de prestación de servicios, de dedicación y retributivo del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. Con esta norma, dictada en desarrollo de la Disposición Transitoria tercera de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, se pretende a través de la armonización de las condiciones laborales de los profesionales del sistema, culminar el proceso de implantación del nuevo modelo asistencial y garantizar a los ciudadanos un mismo nivel de servicios. Teniendo en cuenta la evolución de la reforma de la atención primaria, la integración se aborda de manera escalonada: se prevé una primera fase, objeto de regulación completa en el Decreto, para los profesionales de los equipos de atención primaria y matronas del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, y una segunda fase, que exige un desarrollo normativo posterior, para los facultativos especialistas que desarrollan sus funciones localizados físicamente en el ámbito de la atención primaria	Este Decreto ha sido objeto de impugnación ante el TSJ de Cataluña. La Sección Cuarta de la Sala Contencioso-administrativa de dicho tribunal, mediante auto de 24 de mayo de 2003, confirmado en suplicación, ha acordado la suspensión de la ejecutividad del artículo 6 y de la Disposición Adicional Cuarta.
Decreto 38/2006, de 14 de marzo, por el que se regula la creación de gobiernos territoriales de salud	DOGC núm. 4.594 16/03/2006	<p>Establecer fórmulas estables de colaboración entre la Generalitat de Cataluña y las Administraciones locales en el ámbito de la salud, con la finalidad de alcanzar un alto grado de integración de las competencias de Administraciones territoriales y profundizar en el principio de descentralización administrativa que inspira la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, en beneficio de la atención sanitaria de la ciudadanía</p> <p>De conformidad con este objetivo se prevé la promoción de acuerdos globales para todo el territorio con las organizaciones asociativas de entes locales y, si procede, otras entidades representativas del ámbito, y acuerdos específicos concebidos como pactos de salud en los distintos territorios de referencia, con la finalidad de facilitar el desarrollo equilibrado de procesos de colaboración y descentralización. Los pactos de salud se concretarán en la creación de consorcios integrados por las Administraciones con competencias concurrentes en el ámbito sanitario denominados gobiernos territoriales de salud</p> <p>Las funciones básicas de los gobiernos territoriales de salud son la ordenación, la priorización y la coordinación de los recursos de sus territorios de referencia para garantizar la prestación efectiva de la cartera de servicios del sistema de salud a partir de las directrices generales del Departamento de Salud, desde aplicación de criterios de corresponsabilización con los ayuntamientos. Asimismo, se prevé la posibilidad de delegación expresa por parte del Departamento de Salud y del Servicio Catalán de la Salud del ejercicio de competencias en materia de planificación, programación y evaluación, tanto respecto a los aspectos de promoción, prevención, protección y vigilancia de la salud, como respecto a la asistencia sanitaria y sociosanitaria en sus territorios de referencia</p>	Hasta la actualidad, se han creado los gobiernos territoriales de salud de Osona, Garraf, Baix Vallès, Garrotxa, Lleida, Baix Llobregat Litoral y Alt Urgell

**Continuación TABLA 4**

Denominación	Fecha	Descripción del ámbito regulado	Observaciones
Decreto 39/2006, de 14 de marzo, por el que se crea el Plan Director Sociosanitario y su consejo asesor	DOGC núm. 4.594 16/03/2006	<p>Crear el Plan Director Sociosanitario como instrumento de información, estudio y propuesta mediante el cual el Departamento de Salud determina las líneas directrices para impulsar, planificar, coordinar y evaluar las actuaciones que hay que desarrollar en los ámbitos de los cuidados paliativos, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, la atención geriátrica, la atención a las personas con enfermedades neurodegenerativas y el daño cerebral, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los afectados</p> <p>El Plan Director Sociosanitario ha de definir las estrategias que hay que tener en cuenta en la determinación de los objetivos y las intervenciones del Plan de Salud de Cataluña en los ámbitos señalados</p> <p>Para articular territorialmente el Plan Director de Enfermedades del Aparato Circulatorio se ha previsto su vinculación a los gobiernos territoriales de salud creados al amparo del Decreto 38/2006, de 14 de marzo, con la finalidad de adaptar los objetivos del plan a las especificidades del territorio de referencia y velar por su aplicación en este ámbito</p> <p>Para la elaboración, implantación, evaluación y actualización del plan, de vigencia trianual, se constituye un Consejo Asesor Sociosanitario, de composición eminentemente técnica</p>	Aprobado por Acuerdo del Gobierno de la Generalitat, GOV/83/2006, de 22 de agosto (DOGC núm. 4.708, 30/08/2006), el Plan Director Sociosanitario 2005-2007

DOGC, Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña; GOV, Acuerdo de Gobierno de la Generalitat de Cataluña; PADES, programa de atención domiciliaria y equipos de soporte; SLT, Salut (Departamento de Salud); SSS, Sanidad y Seguridad Social (Departamento de Salud; antes, Departamento de Sanidad y Seguridad Social); TSJ, Tribunal Superior de Justicia.

ción con el tratamiento de determinados pacientes durante el invierno 2005-2006.

- Decreto 27/2006, de 28 de febrero, por el que se crea el Plan Director de Oncología y su consejo asesor.
- Decreto 28/2006, de 28 de febrero, por el que se crea el Plan Director de Enfermedades del Aparato Circulatorio y su consejo asesor.
- Decreto 29/2006, de 28 de febrero, por el que se crea el Plan Director de Investigación en Ciencias de la Salud y su consejo asesor.
- Decreto 30/2006, de 28 de febrero, por el que se crea el Plan Director de Salud Mental y Adicciones y su consejo asesor.
- Decreto 31/2006, de 28 de febrero, por el que se determina la integración del personal estatutario del Instituto Catalán de la Salud que percibe sus haberes por el sistema de contingente y zona en el sistema de prestación de servicios, de dedicación y de retribuciones que se establecen en la Ley del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.
- Decreto 38/2006, de 14 de marzo, por el que se regula la creación de gobiernos territoriales de salud.
- Decreto 39/2006, de 14 de marzo, por el que se crea el Plan Director Sociosanitario y su consejo asesor.
- Decreto 40/2006, de 14 de marzo, por el que se crea el Plan Director de Inmigración y Cooperación en el Ámbito de la Salud y su consejo asesor.

- Decreto 128/2006, de 9 de mayo, por el que se aprueba el Estatuto de la Agencia de Protección de la Salud.
- Orden SLT/349/2006, de 6 de julio, de creación del Consejo de la Profesión Médica de Cataluña, adscrito al Departamento de Salud.
- Decreto 298/2006, de 18 de julio, por el que se regula la Red de Hemoterapia y se crea el Sistema de Hemovigilancia en Cataluña.
- Orden SLT/457/2006, de 2 de octubre, de creación del Consejo de la Profesión Enfermera de Cataluña, adscrito al Departamento de Salud.
- Decreto 406/2006, de 24 de octubre, por el que se regulan los requisitos y el procedimiento de acreditación de los comités de ética de investigación clínica.
- Decreto 407/2006, de 24 de octubre, de creación del Consejo Catalán de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y de los consejos técnicos de formación continuada.
- Orden SLT/519/2006, de 3 de noviembre, por la que se regulan los ficheros que contienen datos de carácter personal en el ámbito del Departamento de Salud.
- Decreto 658/2006, de 27 de diciembre, de modificación del Decreto 5/2006, de 17 de enero, por el que se regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras.



- Orden SLT/577/2006, de 1 de diciembre, por la que se modifica la Orden SLT/26/2006, de 27 de enero, por la que se prorroga la vigencia de la prueba piloto para la implantación de un sistema de compra de servicios de base poblacional, regulada por la Orden SSS/38/2004, de 20 de febrero, y se amplía su alcance territorial a nuevos ámbitos geográficos.
- Orden SLT/593/2006, de 1 de diciembre, por la que se aprueba el programa de actuaciones del Servicio Catalán de la Salud para la coordinación de las diferentes redes asistenciales en relación con el tratamiento de determinados pacientes durante el invierno 2006-2007.

## PLANIFICACIÓN Y PROGRAMAS SANITARIOS

Actualmente se está finalizando el proceso de elaboración del nuevo Plan de Salud, que prevé las estrategias y objetivos que hay que desarrollar hasta el año 2010. El Plan de Salud de Cataluña es el principal instrumento estratégico en materia de salud del Gobierno de la Generalitat de Cataluña. En este sentido, es el marco de referencia de las políticas de salud y servicios sanitarios que se dirigen a la población catalana (tabla 5).

El Departamento de Salud, hacia 1990, inició un innovador proceso de planificación sanitaria basado en objetivos de salud bien definidos y evaluables y en las estrategias de la Región Europea de la OMS. Desde entonces, la experiencia adquirida en el diseño, implementación y evaluación de las sucesivas ediciones del Plan de Salud (tanto en el ámbito de Cataluña como en las regiones sanitarias catalanas) ha proporcionado una base muy sólida de conocimientos y estructura organizativa, de gran utilidad en la actual fase de planificación.

La elaboración del Plan de Salud 2006-2010 se sitúa en un nuevo contexto, con cambios importantes en la organización territorial de la sanidad catalana e innovaciones en el modelo y los instrumentos de planificación. Así, actualmente las regiones sanitarias son siete: Alt Pirineu-Aran, Lleida, Girona, Catalunya Central, Camp de Tarragona, Terres de l'Ebre y Barcelona (ésta, a su vez, subdivida en cuatro subregiones). Asimismo, la Generalitat de Cataluña y las Administraciones locales han iniciado un proceso de colaboración y descentralización en el ámbito de la salud y los servicios sanitarios que se concreta en la creación y desarrollo de 37 GTS.

Las funciones principales de los GTS son la ordenación de recursos y programas, la priorización de in-

**TABLA 5. Planificación sanitaria. Programas, estrategias y planes, 2006 (Cataluña)**

	Nombre del plan	Sí/no	Ediciones (fecha)	Observaciones
<b>Planes de Salud</b>	Plan de Salud de Cataluña	Sí	1993-1995, 1996-1998, 1999-2001, 2002-2005	Actualmente, proceso de elaboración del Plan de Salud de Cataluña 2006-2010 Los objetivos de salud y de disminución de riesgo de todos los Planes de Salud anteriores han sido evaluados
<b>Cáncer de mama</b>	Programa de cribado poblacional en mujeres entre 50 y 69 años	Sí	Desde 1994	Incremento progresivo de las mujeres del grupo diana de 50 a 69 años que declaran la práctica de mamografías periódicas: el 85,5 % en 2006. Sin diferencias territoriales significativas
	Apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento	Sí		
<b>Cáncer de cuello uterino</b>	Protocolo de cribado del cáncer de cuello uterino en atención primaria	Sí	2006	Cribado a partir de detección oportunista El 55,4 % de las mujeres a partir de 20 años declara realizar citologías periódicas según la Encuesta de Salud de Cataluña 2006
<b>Enfermedades cardiovasculares</b>	Plan Director de las Enfermedades del Aparato Circulatorio	Sí	2005-2007	Actividades preventivas Código Ictus y código Infarto
<b>Salud mental</b>	Plan Director de Salud Mental y Adicciones	Sí	2005-2007	Plan Integral de Salud Mental de carácter interdepartamental
<b>Violencia de género</b>	Plan de acción	Sí	Previsión de publicación en 2007	"Protocolo y circuito para el abordaje de la violencia hacia las mujeres", en fase de consenso El Programa de Violencia de Género forma parte del V Plan de Acción y Desarrollo de Políticas de Mujer en Cataluña 2005-2007
	Acciones preventivas	Sí		
	Protocolo de actuación sanitaria	Sí		

tervenciones y la coordinación de los recursos en sus territorios de referencia, con vistas a garantizar una prestación más eficiente, adecuada y equitativa de los servicios sanitarios y de salud pública.

En este contexto, el Departamento de Salud está diseñando y aplicando nuevos instrumentos de planificación estratégica: el mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública, los planes directores (inmigración y salud, enfermedades cardiovasculares, oncología, atención sociosanitaria, salud mental y adicciones, plan de innovación de la atención primaria y salud comunitaria) y los planes estratégicos de ordenación de servicios (atención al paciente nefrológico, pediatría, atención a la salud sexual y reproductiva, materno-infantil y atención domiciliaria, entre otros). Todos estos instrumentos tienen como marco referencial las estrategias y objetivos del Plan de Salud.

Tanto el propio Plan de Salud como los demás instrumentos de planificación han desarrollado recursos específicos de información sanitaria, entre los cuales cabe destacar la Encuesta de Salud de Cataluña 2006 y el Examen de Salud 2006.

La misión fundamental del Plan de Salud 2006-2010 se centra en la mejora del estado de salud y la calidad de vida de la población, así como en conseguir reducir sustancialmente las desigualdades en salud por razón de género, clase social o territorio. Con esta finalidad, se han elaborado las diversas propuestas que componen el nuevo Plan de Salud:

- La definición del contexto y las nuevas políticas de salud.
- La evaluación del anterior período de planificación estratégica y operativa.
- El proceso de participación y priorización de propuestas.
- Un análisis de situación detallado que incluye indicadores exhaustivos de los diversos ámbitos relacionados con la salud y los servicios.
- La definición y características de los objetivos seleccionados.
- Las estrategias de mejora en los resultados en salud y calidad de vida, y en la reducción de las desigualdades.

Todas estas propuestas se basan en cinco ejes estratégicos del nuevo Plan de Salud:

- Salud en las políticas de los diferentes sectores sociales, es decir, los programas e intervenciones intersectoriales.

- Elecciones saludables y compromiso de los ciudadanos con su salud: hábitos y estilos de vida. Autonomía de las personas y determinados problemas crónicos de salud.
- Múltiples dimensiones de la calidad de los servicios: accesibilidad, seguridad y eficiencia.
- Fomento de los valores del profesionalismo.
- Fortalecimiento del protagonismo de los ciudadanos y del compromiso de la sociedad en la mejora de la salud.

## EQUIDAD

Una de las principales estrategias de las políticas de salud del Gobierno catalán consiste en la reducción de las desigualdades de salud por razón de género, clase social y territorio (tabla 6).

En relación con las desigualdades de salud por género, es remarcable la mayor longevidad de las mujeres respecto a los hombres. La esperanza de vida al nacer en 2004 era, respectivamente, de 84,0 y 77,4 años. No obstante, la autovaloración del estado de salud (Encuesta de Salud de Cataluña, 2006) muestra una peor percepción en las mujeres, de las cuales el 73,8 % la definen como excelente, muy buena o buena, frente al 83,4 % de los hombres. Entre la población adulta, en todos los grupos de edad, las mujeres declaran sufrir trastornos crónicos con mayor frecuencia que los hombres, y las enfermedades de los huesos y articulaciones y las enfermedades del sistema circulatorio son las más declaradas. La discapacidad también es más frecuente en las mujeres (21,7 %) que en los hombres (14,0 %) y también aumenta con la edad. Por tipos destacan las relacionadas con la limitación del movimiento, andar y actividades domésticas. Las mujeres frecuentan más atención primaria, van más al especialista y toman más medicamentos, mientras que los hombres ingresan más en los centros hospitalarios, exceptuando los ingresos por embarazo y parto. Los hábitos y comportamientos de las mujeres son más saludables: la proporción de prácticas preventivas es superior e inferior el hábito tabáquico (a excepción de las mujeres más jóvenes), la ingesta de alcohol en niveles de riesgo, la accidentalidad y los comportamientos sexuales de riesgo. Sin embargo, las mujeres practican menos ejercicio físico en su tiempo de ocio.

Las desigualdades sociales de salud, analizadas a partir de la clase social, medida por la ocupación, tie-

**TABLA 6. Proyectos y medidas para la equidad, 2006 (Cataluña)**

	Sí/no	Tipo de medida	Referencia normativa	Observaciones
<b>Género</b>	Sí	PASSiR. Programa de soporte al equipo de atención primaria. Compra de servicios. Recomendaciones		
<b>Etnia</b>	Sí	Programa de formación para mujeres africanas para la prevención de la infección del VIH. Intervención en programas de salud comunitaria. Prevención de mutilaciones genitales femeninas	Protocolo de prevención de las mutilación genital femenina (interdepartamental y legislación general)	Formación de mujeres africanas en prevención
		Planificación general: Plan Director de Inmigración que prevé de manera prioritaria planes de acogida, Plan de Mediación en Salud y Plan de Formación de Profesionales	Decreto de la Generalitat	
		Planificación operativa: acogida y acceso específico a la tarjeta sanitaria para colectivos de riesgo (prostitución, drogodependencias, etc.) o trabajadores y trabajadoras extranjeros(as) temporales	Normativa interna del CatSalut	
		Planificación operativa: guías y protocolos para profesionales, promoción de materiales culturalmente adaptados para actuaciones en Sida y tuberculosis, elaboración de jornadas de formación para las comunidades afectadas y el colectivo profesional	En fase de coordinación en los planes directores correspondientes	
		Planificación operativa específica sobre: accesibilidad, mediación y formación. Plan Integral del Pueblo Gitano	Plan Director de Inmigración	
<b>Discapacidad</b>	Sí	Apoyo a fundaciones de personas con discapacidad. Protocolo para el cribado neonatal de la hipoacusia. Formación y sensibilización de profesionales		
<b>Otras</b>	Sí	Programa de salud en barrios desfavorecidos	Ley de Barrios	Actuación interdepartamental

PASSiR, Programa de atención a la salud sexual y reproductiva.

nen un claro gradiente: cuanto más favorecida es la clase social, más baja es la frecuencia en la autovaloración del estado de salud regular o malo. Las clases más desfavorecidas presentan frecuencias más elevadas de trastornos crónicos, discapacidad, consumo de medicamentos y, en menor medida, de la hospitalización. El gradiente no es unívoco al analizar el hábito tabáquico, superior en los hombres de las clases desfavorecidas y en las mujeres de mejor posición social; ni en las visitas a los profesionales sanitarios, inferior en las clases desfavorecidas con relación al último año y superior sólo en las mujeres cuando el tiempo de referencia son los últimos 15 días. Lo mismo ocurre en los accidentes acaecidos en las últimas dos semanas, sin variación en los hombres y con mayor frecuencia en las mujeres más desfavorecidas. Destaca el hecho de que en el control de la presión arterial y en la realización periódica de una mamografía no existen desigualdades por clase social, presumiblemente por la influencia de las políticas preventivas públicas. En general, las des-

igualdades sociales son mucho más evidentes en las mujeres que en los hombres.

La evolución de los indicadores de salud por clase social muestra comportamientos divergentes. Por una parte, aumentan las desigualdades de autovaloración del estado de salud, del hábito tabáquico en los hombres, de la declaración de discapacidad en hombres y mujeres y de los ingresos hospitalarios a lo largo del último año. Por otra parte, disminuyen las desigualdades sociales del hábito tabáquico en mujeres, la declaración de sufrir trastornos crónicos, el control periódico de la presión arterial, las mamografías periódicas preventivas, las visitas médicas en los últimos 15 días y los accidentes en las últimas dos semanas, por citar algunos ejemplos.

Las diferencias territoriales en salud en Cataluña, analizadas a partir de las regiones sanitarias (y los GTS como divisiones geográficas sanitarias), no son tan destacables al eliminar la influencia de la estructura por sexo y edad. Las diferencias territoriales son

menores en las regiones sanitarias, al ser territorios mayores y más heterogéneos, y mayores por GTS dado que son áreas pequeñas bastante homogéneas. Aquellas variables que presentan una distribución territorial más desigual son las visitas al profesional, la declaración de sufrir discapacidad o trastornos crónicos y en todos estos casos los hombres tienen el rango más elevado que las mujeres.

Para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas, es preciso que las intervenciones públicas incidan en aquellos aspectos y colectivos en los cuales se pueden obtener mejores ganancias para la salud porque se encuentran en una situación comparativamente desfavorable. Las actuaciones del Departamento de Salud son transversales, incluyendo en sus diseños y aplicaciones otros departamentos de la Generalitat de Cataluña, como los de Educación, Acción Social y Ciudadanía, Trabajo, Política Territorial y Obras Públicas y Presidencia. Entre los programas iniciados más destacados cabe citar el de atención a las personas con problemas de salud que comporten

discapacidad y/o dependencia (Prodep), el de salud de barrios en que se actúa globalmente sobre entornos urbanos frágiles, el de salud laboral, el de la violencia a las mujeres, a las personas mayores y a la infancia enmarcados en la nueva Ley de derecho de las mujeres para la erradicación de la violencia de género y el Plan de seguridad viaria para reducir los accidentes de tráfico, entre otros.

### ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS (tablas 7-10)

#### Recursos humanos del sistema de salud

La determinación, no ya cualitativa, sino cuantitativa de los efectivos profesionales, es una de las cuestiones centrales en la gestión de los recursos humanos, aun más con el objetivo de ordenar una planificación de éstos, adecuadamente orientada al servicio con calidad y eficiencia de la ciudadanía.

**TABLA 7. Planificación y desarrollo de recursos humanos, 2006 (Cataluña)**

		Sí/no	Nombre	Referencia legislativa
<b>Organización de la formación continuada</b>	Institución u organismo específico	Sí	Consejo Catalán de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias	Decreto 407/2006, de 24 de octubre (DOGC núm. 4.728)
	Otro sistema	Sí	Consejo Técnico de Formación Continuada en Medicina. Consejo Técnico de Formación Continuada en Farmacia (dependiente del anterior)	Decreto 407/2006, de 24 de octubre (DOGC núm. 4.728)

**TABLA 8. Número de profesionales en atención primaria, 2006 (Cataluña)**

	Hombres	Mujeres	Total	Observaciones
<b>Medicina familiar y comunitaria</b>	1.438	1.770	<b>3.208</b>	3.450
<b>Pediatría</b>	228	436	<b>664</b>	710
<b>Enfermería</b>	407	3.205	<b>3.612</b>	
<b>Otros profesionales sanitarios</b> (rehabilitación y fisioterapia)				Odontólogos: 353 Auxiliares de enfermería: 584
<b>Población atendida por equipos de atención primaria: 100 %</b>				

**TABLA 9. Número de profesionales en atención especializada, 2006 (Cataluña)**

	Hombres	Mujeres	Total
<b>Medicina</b>	16.283	13.254	<b>29.537</b>
<b>Enfermería</b>	4.107	32.017	<b>36.124</b>
<b>Farmacia</b>	2.448	6.477	<b>8.925</b>
<b>Otro personal sanitario</b>			<b>23.747</b>

**TABLA 10. Número de profesionales por especialidades médicas, 2006 (Cataluña)**

	<b>Total</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Alergología</b>	<b>79</b>	82
<b>Análisis clínicos</b>	<b>112</b>	121
<b>Anatomía patológica</b>	<b>171</b>	181
<b>Anestesiología y reanimación</b>	<b>688</b>	743
<b>Angiología y cirugía vascular</b>	<b>116</b>	123
<b>Aparato digestivo</b>	<b>300</b>	313
<b>Bioquímica clínica</b>	<b>53</b>	63
<b>Cardiología</b>	<b>321</b>	337
<b>Cirugía cardiovascular</b>	<b>47</b>	49
<b>Cirugía general y del aparato digestivo</b>	<b>634</b>	644
<b>Cirugía maxilofacial</b>	<b>63</b>	66
<b>Cirugía pediátrica</b>	<b>63</b>	66
<b>Cirugía torácica</b>	<b>146</b>	31
<b>Cirugía plástica y reparadora</b>	<b>28</b>	33
<b>Dermatología medicoquirúrgica y venereología</b>	<b>253</b>	261
<b>Endocrinología y nutrición</b>	<b>188</b>	197
<b>Estomatología</b>	<b>575</b>	-
<b>Farmacología clínica</b>	<b>48</b>	77
<b>Geriatría</b>	<b>70</b>	78
<b>Hematología y hemoterapia</b>	<b>214</b>	226
<b>Hidrología</b>	<b>3</b>	-
<b>Inmunología</b>	<b>23</b>	25
<b>Medicina del trabajo</b>	<b>549</b>	-
<b>Medicina de la educación física y el deporte</b>	<b>139</b>	-
<b>Medicina intensiva</b>	<b>176</b>	194
<b>Medicina interna</b>	<b>799</b>	849
<b>Medicina legal y forense</b>	<b>26</b>	-
<b>Medicina nuclear</b>	<b>53</b>	59
<b>Medicina preventiva y salud pública</b>	<b>87</b>	98
<b>Microbiología y parasitología</b>	<b>74</b>	80
<b>Nefrología</b>	<b>149</b>	160
<b>Neumología</b>	<b>209</b>	221
<b>Neurocirugía</b>	<b>56</b>	59
<b>Neurofisiología clínica</b>	<b>43</b>	47
<b>Neurología</b>	<b>233</b>	248
<b>Obstetricia y ginecología</b>	<b>898</b>	931
<b>Oftalmología</b>	<b>501</b>	518
<b>Oncología médica</b>	<b>115</b>	129
<b>Oncología radioterápica</b>	<b>47</b>	52
<b>Otorrinolaringología</b>	<b>294</b>	302
<b>Psiquiatría</b>	<b>700</b>	729
<b>Radiodiagnóstico</b>	<b>334</b>	359
<b>Reumatología</b>	<b>177</b>	184
<b>Traumatología y cirugía ortopédica</b>	<b>771</b>	803
<b>Urología</b>	<b>227</b>	237

Según Real Decreto 127/1984, por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de médico especialista.

Elo implica de forma importante, y en su propio interés estructural y funcional, al conjunto de agentes que intervienen en el sector sanitario en Cataluña, con independencia de su naturaleza o titularidad. Las organizaciones proveedoras, en su respectivo dispositivo asistencial, también de cualquier tamaño y condición, y en su respectivo plan de empresa, sea ésta pública, privada o sin afán de lucro, deben ser parte colaboradora importante en el proceso de articulación de aquella determinación de los efectivos profesionales.

Igualmente, las instituciones o entidades profesionales, de distinto tipo (colegial, académico, etc.), deben ser parte colaboradora decisiva en la misma determinación, atendiendo a su proximidad a los propios colectivos profesionales y en aras del interés de la autogestión de éste en términos de número, ciclo personal-profesional, calificación, mercado de trabajo, etc.

Por todo esto, desde la más alta Administración sanitaria de Cataluña, correspondiente al Departamento de Salud, ha habido y hay un empeño especial en abordar este tema. Primero, el propio Libro Blanco de las Profesiones Sanitarias y, después, la creación y actuación de la Comisión para el Desarrollo Operativo del Libro Blanco de las Profesiones Sanitarias han puesto en marcha distintas iniciativas al respecto.

Así, el estudio de *Demografía de las Profesiones Sanitarias en Cataluña: Análisis de los Stocks Actuales de Profesionales Sanitarios*, estableció con suficiente exactitud los efectivos totales en las diferentes profesiones, disponibles en un momento temporal transversal de la situación de éstas dentro del sistema sanitario. La laboriosa elaboración, en curso, de un estudio posterior atiende a unas proyecciones demográficas cuantitativas de los movimientos vegetativos, por sus diversos componentes o causas, del colectivo profesional correspondiente. La disponibilidad, en su momento, de los resultados de este estudio, proporcionará un elemento de previsión importante para la gestión de los efectivos profesionales en todo el sistema.

Sin embargo, cualquier determinación cuantitativa está sujeta a las muchas veces imprevisibles o difícilmente cuantificables modificaciones del escenario, en todos sus aspectos y, particularmente, y dentro del propio sistema sanitario, a sus también a veces sobrenvenidas y complejas propias actuaciones internas y transformaciones espontáneas o forzadas (marco de ordenación y relación entre organizaciones y profesionales, cambios en los métodos o técnicas asistenciales, etc.).

Se pretende, pues, estudiar también las tendencias en la evolución de las profesiones sanitarias en Cataluña, cualitativamente, en lo que esto, tal y como se ha descrito, podría influir en las necesidades de efectivos numéricos, pero también, o tal vez más, de perfiles competenciales que deben determinarse para dar cobertura adecuada, en calidad y eficiencia, a la prestación de los servicios a la población.

No es necesario afirmar lo útil que sería disponer de un instrumento de conocimiento transversal y longitudinal de la demografía profesional, como un registro de profesionales sanitarios con base y alcance en cada nacionalidad o región, para la gestión de los recursos humanos por parte de cada comunidad autónoma, debidamente interoperativa en el conjunto del Estado. Éste es, igualmente, un objetivo y una acción en estudio y desarrollo por parte del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.

En este contexto, el Instituto de Estudios de la Salud, que está participando activamente en los procesos de estudio mencionados, ha realizado algunas prospecciones sobre tendencias futuras de demografía de las profesiones sanitarias. Cabe decir, con todo, que en el ámbito de Cataluña y como datos válidos para la Administración sanitaria catalana y sus organismos, continúa considerándose que los valores de referencia sólida son los establecidos en el también mencionado estudio *Demografía de las Profesiones Sanitarias en Cataluña: Análisis de los Stocks Actuales de Profesionales Sanitarios*, realizado por el Centro de Estudios Demográficos, de la Universidad Autónoma de Barcelona.

En las **tablas 8 y 10**, en la columna de Observaciones, se reflejan los datos derivados de este estudio, atendiendo a su solidez (realizado por profesionales y con metodologías específicas de la demografía), como valores sostenidos de referencia.

Teniendo en cuenta que ha transcurrido un período anual (2005-2006) desde la última referenciación y del propio estudio, el Instituto de Estudios de la Salud no excluye la opción de aplicar una adaptación de los mencionados datos del estudio sobre la base de más recientes prospecciones o de la titulación de nuevos profesionales (como es sabido, no se dispone en el conjunto del sistema de salud, de nuevas o más fiables actualizaciones con datos objetivos).

### **Formación continuada**

En el último trimestre del año 2006 se publicó el Decreto del Gobierno de Cataluña, por el que se crea el

Consejo Catalán de Formación Continuada de las Profesionales Sanitarias, el cual está en proceso de aplicación, en vistas a su constitución.

Este consejo, como alto órgano en la materia en la cual se le declara competente, ha de proponer, también y posteriormente, la constitución de los denominados Consejos Técnicos de Formación Continuada (para cada una de las profesiones sanitarias establecidas por la Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias), los cuales dependerán del primer y más alto consejo.

De acuerdo con esta disposición y nueva ordenación, los anteriormente creados consejos de formación continuada para las profesiones de medicina y de farmacia quedan convertidos y mantienen su actividad previa, en sendos Consejos Técnicos de Formación Continuada.

El Consejo Catalán de Formación Continuada de las Profesionales Sanitarias y los correspondientes consejos técnicos de las respectivas profesiones, tendrán y desplegarán, según se disponga, las distintas competencias, funciones y actuaciones alusivas al desarrollo del ámbito de la formación continuada.

## FARMACIA (tabla 11)

Durante 2006 se iniciaron nuevos proyectos y se continuó desarrollando parte de los proyectos ya incluidos en el plan estratégico de la prestación farmacéutica, enmarcado por cinco ámbitos conceptuales de actuación: fomento de la corresponsabilización de todos los agentes, redefinición de los servicios y prestaciones, mejora

de la calidad y eficiencia, potenciación de la evaluación y control y mejora de los sistemas de información. En este sentido, se han introducido mejoras con el fin de optimizar la rentabilidad de los resultados esperados y adecuarlos a la coyuntura actual. Concretamente, hay que destacar los que a continuación se describen.

### Inicio de la prueba piloto de la receta electrónica en Cataluña

En octubre se inició el pilotaje de la receta electrónica con pacientes reales en cinco áreas básicas de salud (ABS). A fecha 19 de enero de 2007, había 317 pacientes en el sistema de receta electrónica y se habían dispensado 616 recetas electrónicas.

### Despliegue de un programa de adecuación de la prescripción farmacéutica en residencias geriátricas en todas las regiones sanitarias

Con el objetivo de adecuar la prescripción y el uso de medicamentos y productos sanitarios en las residencias geriátricas se ha desplegado el proyecto de mejora de la asignación y utilización de los talonarios de recetas, y de mejora de la calidad de la prescripción y racionalización de la utilización de medicamentos con el fin de conseguir la máxima calidad y eficiencia. A final de 2006 este programa cubría el 57 % de las plazas de Cataluña.

### Pilotaje de un nuevo modelo de atención farmacéutica en los centros residenciales sociales

Se ha realizado una experiencia de atención farmacéutica personalizada desde la farmacia comunitaria en 16 residencias geriátricas, mediante la firma de un con-

**TABLA 11. Datos sobre la dispensación farmacéutica extrahospitalaria, 2006 (Cataluña)**

		Datos de 2006	Observaciones
<b>Número de recetas dispensadas</b>	Número total de recetas	129.274.450	
	Porcentaje de recetas de genéricos/total de recetas	20,28	
<b>Gasto farmacéutico*</b>	Gasto farmacéutico total	1.674.288.889	
	Porcentaje del gasto en genéricos/gasto farmacéutico total	10,57	
<b>Los tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos**</b>	En el total de recetas dispensadas	7.187.711 6.817.725 6.760.606	<b>A02BC:</b> inhibidores de la bomba de protones <b>N05BA:</b> derivados de las benzodiacepinas
	En el total de recetas dispensadas de genéricos***	5.000.171 2.290.302 2.071.374	<b>A02BC:</b> inhibidores de la bomba de protones <b>C10AA:</b> inhibidores de la HMG-CoA-reductasa

En receta oficial del Sistema Nacional de Salud en oficina de farmacia. \*Si se considera el resultado de la siguiente operación: importe total a PVP - aportación de la persona usuaria. \*\*Si se considera el número de recetas dispensadas y se especifica el nombre del subgrupo que se corresponda con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC de medicamentos, según Real Decreto 1.348/2003. \*\*\*Se ha considerado el total de envases dispensados. ATC, *Anatomical, Therapeutic, Chemical*; HMG-CoA-reductasa, 3-hidroxi-3-metil-glutaril-CoA-reductasa.

venio de colaboración entre el CatSalut, el Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña y el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales, entidad proveedora de las residencias geriátricas.

### **Mejora de la concertación con la farmacia comunitaria**

El modelo de concertación con la farmacia comunitaria se ha enfocado hacia la potenciación de la actividad farmacéutica y su integración efectiva en el sistema de salud, reforzando las actividades profesionales, la coordinación entre atención primaria y atención comunitaria y potenciando las tecnologías de la información y de la comunicación. En 2006 se han firmado cuatro anexos con relación a lo siguiente:

- La dispensación y facturación de recetas electrónicas.
- El desarrollo de la prueba piloto de la receta electrónica en determinadas ABS.
- La digitalización de recetas.
- La facturación de absorbentes de incontinencia urinaria.

### **Potenciación de la prescripción de genéricos y precios de referencia**

Se ha conseguido alcanzar a final de año una cuota de genéricos del 22 % del total de envases de medicamentos y se ha optimizado el sistema de precios de referencia, evitando el efecto desplazamiento entre principios activos.

### **Establecimiento de criterios de rentabilidad de los tratamientos**

En el ámbito de la Comisión de Análisis Económico e Impacto Presupuestario (Comissió d'Anàlisi Econòmic i Impacte Pressupostari, CAEIP) de CatSalut, se han determinado los criterios y las bases sobre las cuales se desarrollarán los estudios y revisiones sistemáticas de evaluación económica e impacto presupuestario que tienen como finalidad potenciar el perfil fármaco-económico y reforzar el concepto del coste de oportunidad en las decisiones de prescripción.

### **Optimización del programa de crónicos**

Se han realizado auditorías de los programas de enfermos crónicos de las entidades proveedoras, estandarizándolos y velando por el cumplimiento de los criterios comunes mínimos definidos.

Con relación al sistema de información sobre consumo farmacéutico en el ámbito hospitalario (sin receta oficial del Sistema Nacional de Salud [SNS]), hay que

diferenciar entre aquél generado por los pacientes ingresados y el imputado a la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (MHDA):

- *Pacientes ingresados.* Cada hospital recibe una cantidad monetaria por alta en la cual se incluye el coste de la medicación. No se dispone de un sistema informatizado centralizado de este consumo farmacéutico, excepto el informe anual de la central de balances de la red hospitalaria de utilización pública.
- *MHDA.* Para esta medicación existe un sistema informatizado creado en 1999 y del cual es posible obtener información sobre el gasto farmacéutico por tipos y agrupación de medicamentos. La valoración actual que puede efectuarse de este sistema de información es muy positiva ya que ha posibilitado realizar tareas de asignación de presupuestos y ha facilitado enormemente el seguimiento de la prescripción.

Durante 2006 se desarrollaron e iniciaron pruebas de explotación de un entorno mucho más interactivo y flexible que permitirá hacer análisis más complejos, y cuya compatibilidad con otros soportes permitirá en un futuro realizar estudios transversales con otros ámbitos de prescripción.

## **INVESTIGACIÓN**

En el año 2004 se incorpora la política científica como una de las acciones estratégicas de la Dirección de Estrategia y Coordinación del Departamento de Salud. Para la planificación y desarrollo de estas acciones, se dispuso la puesta en marcha del Plan Director de Investigación en Ciencias de la Salud, para lo cual se redactó un anteproyecto de política científica, un plan estratégico y se creó el Consejo Asesor de Investigación en Ciencias de la Salud.

### **Visión de los retos en materia de investigación en salud**

Las principales actuaciones estratégicas por parte del Departamento de Salud son:

- Creación de un sistema de información de investigación en ciencias de la salud.
- Redacción de un Plan Estratégico de Investigación en Ciencias de la Salud.
- Definición de un Plan Director de Intervenciones en investigación básica, clínica y en epidemiología y salud pública.



### Convocatorias autonómicas

Se han realizado convocatorias autonómicas de acreditación y financiación de grupos de investigación por parte de la Dirección General de Investigación del Departamento de Educación y Universidades, de la Generalitat de Cataluña.

El Departamento de Salud a través del CatSalut y de la empresa pública Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigaciones Médicas realiza una convocatoria de proyectos de investigación orientados a la investigación clínica, epidemiológica, de salud pública y de servicios sanitarios.

### Balance comparativo

Con relación al conjunto del Estado, Cataluña capta el 38 % de los recursos destinados a proyectos de investigación en forma del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS).

### Valoración de ensayos clínicos

En Cataluña se realiza una actividad al respecto muy importante que el Departamento de Salud considera fundamental. Representa una fuente de financiación esencial para las fundaciones de investigación (el 60 % de los ingresos de las fundaciones) y una actividad coadyuvante en la formación metodológica de los facultativos.

### Estrategia de difusión de los resultados

No existen instrumentos centralizados de difusión de resultados a pesar de la existencia de memorias de actividad editadas por parte de las fundaciones.

### Mecanismos de introducción de la práctica clínica basada en la evidencia

Respecto a la introducción de guías clínicas, hay que tratar de dos ámbitos:

- *Atención primaria.* El Instituto Catalán de la Salud (ICS) es el actor principal en las patologías más prevalentes.
- *Atención especializada.* Se han redactado en áreas prioritarias (oncología, neurología, sistema cardiovascular, etc.).

El Departamento de Salud no ha realizado convocatorias públicas y competitivas de proyectos de investigación. El balance de la investigación en esta comunidad autónoma a partir de la participación en convocatorias competitivas de ámbito estatal, especialmente el FIS Carlos III, debe considerarse positivo, ya que, en términos generales en torno al 35-40 % de

los proyectos o de la financiación es captada por grupos de instituciones catalanas.

El análisis de los grupos de investigación es mucho más complicado, pues no acostumbra a haber datos desgregados por grupos, sino por centros y teniendo en cuenta los análisis bibliométricos.

La primera estrategia de difusión de los resultados de la investigación es que los mismos investigadores, independientemente de si los resultados de la investigación son positivos o negativos, publiquen los resultados de ésta en revistas de prestigio, a poder ser, con el mayor factor de impacto posible. Las memorias de muchos de los institutos y fundaciones de investigación recogen anualmente en un listado los artículos científicos originales, en qué revista se han publicado y qué factor de impacto tiene dicha revista.

En cuanto a la existencia de mecanismos para introducir la práctica sanitaria basada en la evidencia científica, la mayor parte de las actividades de la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas (Agència de l'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, AATRM) se dirigen a difundir el conocimiento científico más actualizado que contribuye a mejorar la práctica asistencial. También está localizado en Barcelona el Centro Cochrane Iberoamericano, que se centra en metaanálisis y revisiones sistemáticas dentro de la iniciativa internacional que lleva este nombre.

Asimismo, también existen otros mecanismos de difusión de la medicina basada en la evidencia (MBE), como las diferentes iniciativas, tanto del Departamento de Salud (Dirección General de Planificación y Evaluación) como de proveedores (especialmente, el Instituto Catalán de Oncología y otros) en la elaboración de guías de práctica clínica.

Además de esta estrategia de difundir e implementar guías, también existen otras más complejas, como los *audits* de la práctica clínica y el *feedback* a los profesionales, la evaluación de la contratación de servicios, etc. Existen diversos organismos de investigación en ciencias de la salud si bien deben distinguirse aquellos propios del Gobierno catalán (Departamento de Salud, Departamento de Educación y Universidades) y de las fundaciones (que no dejan de ser organismos sometidos al control público, como las fundaciones o institutos de investigación de los principales hospitales del Instituto Catalán de la Salud). Existen, asimismo, otras fundaciones en hospitales de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública, XHUP) y fundaciones de carácter estrictamen-

te privado (p. ej., las pertenecientes a centros sanitarios privados).

El desarrollo del Plan Director de Investigación en Ciencias de la Salud se ha llevado a cabo a partir de medidas en cuatro ámbitos: ámbito *hardware* (de desarrollo de infraestructuras científicas a partir básicamente del programa de centros de investigación); ámbito *software* (de desarrollo de programas transversales de soporte a la actividad investigadora, la captación de recursos para la investigación, así como de fomento de la innovación en hospitales); ámbito *brainware* (de soporte y desarrollo del personal investigador), y ámbito *orgware* (de implantación de medidas y proyectos de coordinación de los agentes del sistema).

### Ámbito *hardware*

El desarrollo del programa de centros de investigación ha permitido la creación y consolidación de centros de investigación en las distintas etapas de la cadena de valor de la investigación. A lo largo de 2005 desde el Departamento de Salud se promovió la creación del Instituto de Investigación Biomédica (Institut de Recerca Biomèdica, IRB) que incluye el laboratorio de Metástasis Tumorales (Metlab), el Instituto de Bioingeniería de Cataluña (Institut de Bioenginyeria de Catalunya, IBEC), el Centro de Investigación en Epidemiología Ambiental (Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental, CREAL), así como la consolidación de las actividades del Centro de Medicina Regenerativa de Barcelona (CMRB), el Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol y el Instituto de Ciencias Cardiovasculares de Cataluña (ICCC). En 2006 se promovió la creación del Centro de Investigación en Salud Internacional (Centre de Recerca de Salut Internacional de Barcelona, CRESIB), del Instituto de Medicina Predictiva y Personalizada del Cáncer (IMPPC) y de Vall d'Hebron Investigación Oncológica (VHIO).

### Ámbito *software*

Entre los programas de soporte al desarrollo de la actividad investigadora a lo largo de 2006 destacan la consolidación del programa RDI (Research, Development and Innovation) Internacional y del programa de fomento de la innovación en hospitales.

El programa RDI Internacional tiene como objetivo favorecer la conexión de los grupos de investigación del sector salud con las principales redes de conocimiento mundiales, así como la captura de recursos para la investigación, tanto en el ámbito europeo como en el mundial. El programa incluye actividades específicas de soporte a

**TABLA 12. Desarrollo del Programa de Estabilización e Intensificación de la Actividad Investigadora, 2006 (Cataluña)**

2005-2006	Número de investigadores
Programa de Estabilización	18
Programa de Intensificación	34

la preparación y gestión de proyectos, de formación de personal de los grupos de investigación y asesoramiento legal. A lo largo de 2006 el desarrollo del programa ha permitido la captura de cerca de 18 millones de euros procedentes básicamente de programas europeos.

El programa de fomento de la innovación en hospitales tiene como objetivo favorecer el desarrollo de procesos de innovación en los hospitales, así como la valoración de los resultados de estos procesos en cualquiera de las vías existentes (creación de empresas, licencias y venta de patentes). A lo largo de 2006 en el marco del desarrollo del programa se ha favorecido la creación de cinco empresas de base tecnológica para explotar innovaciones desarrolladas en los hospitales.

### Ámbito *brainware*

En el ámbito relacionado con el personal investigador, destaca el diseño de la carrera profesional del investigador biomédico, la adaptación al entorno hospitalario de la carrera profesional del investigador diseñada desde el Departamento de Universidades, Investigación y Sociedad de la Información. La carrera profesional está en el origen del programa de desarrollo de la carrera profesional del investigador biomédico. Este programa tiene como objetivo iniciar el proceso de estabilización de investigadores en el sistema de salud a través de diversas modalidades de contratos de acuerdo con las diferentes etapas del período de formación del investigador. En congruencia con este programa, se inició la colaboración con el Instituto de Salud Carlos III para el desarrollo del Programa de Estabilización e Intensificación de la Actividad Investigadora (tabla 12).

### Ámbito *orgware*

Para favorecer la coordinación de las actuaciones que desarrollan los distintos agentes tanto públicos como privados relacionados, como el ámbito de la biotecnología a lo largo de 2006, se ha procedido a la consolidación del proyecto de biorregión catalana. Asimismo, se ha procedido a consolidar el desarrollo de tres institutos de investigaciones biomédicas (IIB).

En relación con la convocatoria de Centros de Investigación Biomédica en Red (Ciber) se han incorporado a los consorcios 86 grupos de investigación, lo que representa el 41 % del total de grupos aceptados en la convocatoria.

La presencia de grupos catalanes en los Ciber es la siguiente:

Bioingeniería, biomateriales y nanomedicina .	40,63 %
Epidemiología y salud pública .....	48,78 %
Fisiopatología de la obesidad y nutrición..	43,48 %
Enfermedades respiratorias .....	37,04 %
Enfermedades hepáticas y digestivas .....	43,90 %
Enfermedades neurodegenerativas .....	28,20 %
Enfermedades raras.....	31,91 %

### SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA (tabla 13)

El Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña apuesta por implantar soluciones funcionales y tecnológicas que faciliten la integración de la información, mejoren su eficiencia, garanticen la calidad y permitan la equidad de acceso al sistema sanitario en un entorno territorialmente descentralizado y con resultados a corto y medio plazo.

Las soluciones que deben implantarse tienen que permitir la interoperabilidad con el resto del Estado mediante el establecimiento de canales de información y políticas tecnológicas compartidas entre todas las comunidades autónomas con el objetivo de mejorar la cohesión y la eficiencia del sistema.

El Departamento de Salud lidera y coopera con los diversos agentes en el avance de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y los sistemas de información (SI) en salud y ha reorganizado el área SI/TIC entre las distintas unidades que lo componen (Departamento de Salud [DS], CatSalut [SCS] e Instituto Catalán de la Salut [ICS]). Con esta reorganización se facilita la realización de los proyectos intradepartamentales y se promueve la creación de sistemas de información globales y compartidos de manera que se proporcionan herramientas de mejora en la calidad de la gestión y la prestación de los servicios de salud.

Las principales iniciativas que se están desarrollando en Cataluña se describen a continuación.

### Proyecto de Historia Clínica Compartida de Cataluña HC3

El objetivo del proyecto es que cualquier profesional, convenientemente identificado y autorizado, pueda acceder a toda la información disponible de sus pacientes. La estrategia del proyecto implica los sistemas de información de gestión hospitalaria, atención primaria y de productos intermedios de todos los proveedores asistenciales y registros centrales del Departamento de Salud y del CatSalut.

Para este menester, se ha partido de los sistemas de información del ICS, que ya contaba con experiencia en historia clínica compartida: actualmente, todos los centros de atención primaria pertenecientes al ICS comparten información clínica en formato electrónico, a través del llamado eCAP.

**TABLA 13. Sistemas de información sanitaria, 2006 (Cataluña)**

	Sí/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa
<b>Instituto de información o estadísticas sanitarias</b>	Sí	Idescat	Decreto 341/1989, sobre la creación del Idescat Decreto 173/1994, sobre el reglamento de régimen interior del Idescat Decreto 127/2000, sobre la estructuración del Departamento de Universidades, Investigación y Sociedad de la Información Decreto 34/2003, sobre la organización y el funcionamiento del Idescat Decreto 649/2006, de 27 de diciembre, por el que se aprueba el Programa anual de actuación estadística para el año 2007	Organismo autónomo de carácter administrativo, adscrito al Departamento de Economía y Finanzas, con personalidad jurídica propia, con autonomía administrativa y financiera
	<b>Sí/no</b>	<b>Año(s) en que se ha realizado</b>	<b>Autopercepción estado de salud bueno o muy bueno en personas mayores de 16 años (%)</b>	
			<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>Encuestas de salud</b>	Sí	1994	77,6	67,2
	Sí	2002	79,5	71,2
	Sí	2006	81,2	70,0

Idescat, Instituto de Estadística de Cataluña.

De acuerdo con lo comentado, el Proyecto de Historia Clínica Compartida se basa en un sistema de visualización de la información (Visor) y el sistema de indexación de ésta (Índice), que es la evolución del que ya existía en el ICS.

Finalmente, el sistema global de HC3 incluye un módulo de seguridad que garantizará robustez del sistema y privacidad y seguridad de los datos.

Actualmente, el desarrollo del Índice, del Visor y del Sistema de Seguridad ha finalizado. En este sentido, se realizaron las pruebas de conexión de los centros iniciales seleccionados durante el año 2007.

### **Proyecto del Sistema de Información de Receta Electrónica en Cataluña (SIRE)**

La definición e implantación del proyecto piloto de receta electrónica se ha planteado en cuatro fases: la de planificación, la tecnológica, la operativa y la de extensión.

Durante el año 2006 se han sentado las bases tecnológicas, de comunicaciones y de *software* para asegurar la interoperabilidad del proyecto piloto. Éste incluye cinco áreas básicas de salud de las regiones sanitarias de Terres de l'Ebre y Girona, que incluyen 40 farmacias y 100.000 pacientes potenciales.

En este período, entre otras actuaciones, se ha implementado la solución de firma electrónica y seguridad, se han acreditado los médicos y farmacéuticos del programa piloto, se han creado los elementos de soporte y contingencia necesarios y se ha definido el Plan Director bianual 2007-2008.

Se ha consolidado el programa piloto en 2007 y se ha iniciado la primera fase de la extensión.

Los principales beneficios que se persiguen con la implantación de la receta electrónica son:

- *Mejora de la calidad asistencial:* información al paciente respecto su plan de medicación, favorecer la coordinación de los procesos de prescripción-dispensación con la correspondiente reducción de errores potenciales.
- *Mejora de la accesibilidad del paciente:* disminuir el número de visitas a los centros sanitarios por renovación de recetas, facilitar el acceso a la prestación farmacéutica a colectivos de pacientes crónicos de especial seguimiento y/o problemas de acceso al centro de salud.
- *Mejora de la seguridad en el uso de los medicamentos:* facilitar el seguimiento terapéutico y la detección de posibles incompatibilidades, interacciones y actuaciones sobre alertas farmacológicas.

- *Mejora de la calidad de la información:* disponer de forma integrada de la información cualitativa y cuantitativa y en tiempo real sobre la prestación de productos farmacéuticos.
- *Mejora de la sostenibilidad de la prestación:* favorecer el consumo racional de los medicamentos, facilitar herramientas rentables por la decisión de la selección y el uso de los medicamentos, optimizar la dispensación (adecuación de dosis, medidas de envases, etc.) y favorecer la reducción de *stocks* de medicación en los domicilios particulares.

### **Cuadro de Mando Integral (CMI) del Departamento de Salud**

Los objetivos de este cuadro son implantar la herramienta de soporte tecnológico que permita integrar la información proveniente del Sistema de Información del Departamento de Salud e implantar la herramienta de visualización del CMI, garantizando la seguridad de acceso a los datos. La herramienta ha sido diseñada según la metodología de Norton y Kaplan y el Plan de Implantación se extiende al conjunto de actores implicados en el proceso de gestión de la estrategia del Departamento de Salud.

### **Programa de Seguridad de la Información**

El Programa de Seguridad de la Información integra, en primer lugar, la adecuación del Departamento de Salud y el Servicio Catalán de la Salud-CatSalut a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y, en segundo lugar, el Plan Director de Seguridad.

El Plan Director de Seguridad incluye los siguientes subproyectos:

- Análisis de riesgos y plan de mitigación para el Departamento de Salud, el Servicio Catalán de la Salud y el Instituto Catalán de la Salud.
- Plan de continuidad y contingencias.
- Auditoría del reglamento de la LOPD.

En la actualidad, el Programa de Seguridad de la Información está en fase de aprobación del documento de seguridad, por un lado, y en fase de validación del informe de análisis de riesgos, por el otro.

### **Plan de sistemas de información para el despliegue de la nueva Agencia de Protección de la Salud (APS)**

El objetivo de este proyecto es desarrollar e implantar un plan de sistemas de TIC en protección de la salud,

orientado fundamentalmente a los propios profesionales (captadores y gestores de la información sanitaria), a los ayuntamientos y GTS (comunicación interadministrativa) y a los operadores económicos (gestores del propio autocontrol).

Este plan de sistemas tiene como objetivo:

- Facilitar y proporcionar la ayuda necesaria por parte de los servicios centrales y regionales a los profesionales de la protección de la salud en todo el territorio.
- Optimizar la prestación de servicios en eficacia y eficiencia por parte de la Agencia y cualquier otro proveedor que participe de las competencias de la protección de la salud.
- Proporcionar un sistema de información de soporte a la toma de decisiones.

Los subproyectos que lo conforman son:

- Planes y programas en la protección de la salud.
- Identificación y evaluación de entidades y objetos de riesgo.
- Laboratorios de salud ambiental y alimentaria.
- Oficina móvil.

### Salud en cifras

Este proyecto permite disponer de información homogénea, coherente y comparable con el resto del Estado referida a las características básicas del sistema sanitario catalán, incorporando información sobre la población, la salud y desigualdades, los planes de salud y encuestas de salud, la cartera de servicios, la planificación y la estructura del sistema sanitario, la actividad y calidad asistencial, la satisfacción con el sistema sanitario e información de protección de la salud, farmacéutica y económica. Está previsto que la información se suministre en formato electrónico (a través de soluciones de visualización *web* para intranet e internet) y papel.

### Atlas electrónico de Salud

El objetivo de la herramienta Atlas electrónico de Salud (AeS) es representar sobre un mapa aquella información que se considera georreferenciable. En consecuencia, actualmente y aunque hay prevista una segunda fase del proyecto, la información disponible en el AeS responde a dos criterios:

- Inventario de activos:
  - Centros asistenciales: hospitales, atención primaria, centros sociosanitarios de salud mental y drogodependencia.

- Registro de industrias y productos alimentarios.
- Mapa de inversiones.

- Indicadores de seguimiento:
  - Enfermedades de declaración obligatoria.
  - Brotes epidemiológicos.
  - Mortalidad.
  - Listas de espera para pruebas diagnósticas y lista de espera quirúrgica.
  - Registro poblacional de asegurados.

La información está representada, por un lado, en divisiones sanitarias (región, sector, área básica de salud y GTS) y, por el otro, en división territorial, como comarcas y municipios.

### Registro de centros y establecimientos farmacéuticos

El objetivo de este proyecto es la mejora del registro de centros sanitarios para la inclusión de los centros y establecimientos farmacéuticos. Este nuevo sistema de información integrado permite la centralización de la información por parte de la Subdirección de Farmacia para disponer de todos los datos necesarios para la tramitación de expedientes, la comunicación con el ciudadano, la explotación estadística de la información y la exportación de la información a otros registros centralizados.

Como planteamiento en sucesivas fases se pretende la interacción activa por parte del Colegio de Farmacéuticos de Cataluña en la creación de centros y en la tramitación de expedientes.

Adicionalmente, es voluntad del Departamento de Salud continuar con el desarrollo de la integración en la actual aplicación en el Registro de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios (Recess), mediante el envío de información por intranet sanitaria o bien por correo electrónico mientras se incorpora a dicha intranet.

### Seguimiento del Plan de Calidad de Radiología, Diagnóstico por Imagen y Radiofísica

El nuevo sistema de información utilizado por cada unidad asistencial de radiología, diagnóstico por imagen y radiofísica se basa en los protocolos de gestión y seguimiento de la calidad desarrollada por la Sociedad Catalana de Radiología. Asimismo, éstos están basados en el Real Decreto 1.976/1999, de 23 de diciembre, en el cual se establecen los criterios de calidad que deben

ser aplicados en todas las unidades asistenciales de radiodiagnóstico con el objetivo de asegurar la optimización en la gestión de imágenes, prevaleciendo como objetivo final la protección del paciente.

El sistema permite la creación de formularios de recomendaciones por parte de las unidades, así como la recopilación de documentos relacionados con la gestión de calidad (inspecciones, manuales, etc.). Adicionalmente, permite disponer de un almacén único de información tanto para las unidades asistenciales como para la Dirección de Recursos del Departamento de Salud, que, a su vez, hace posible la explotación de la información de manera conjunta y el análisis de las recomendaciones realizadas.

### **Sistema de Notificación Microbiológica de Cataluña (SNMC) y Sistema de Declaración de Enfermedades Obligatorias (MDO)**

A lo largo del año 2006 se ha trabajado en ambos sistemas con el objetivo de mejorar la calidad de las extracciones que se realizan para informar al Ministerio de Sanidad y Consumo, así como para incorporar nueva información a los ficheros existentes de intercambio. Los ficheros generados que son enviados contienen los datos relativos a las declaraciones de enfermedades o detección de microorganismos, exceptuando aquéllos de carácter personal.

### **Voluntades anticipadas**

El documento de voluntades anticipadas está regulado por la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, y es el documento dirigido al médico responsable, en el cual una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y de manera libre, expresa las instrucciones que hay que tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad.

El Departamento de Salud tiene actualmente un registro centralizado en una plataforma corporativa de la Generalitat que permite el registro de documentos de voluntades anticipadas de los ciudadanos por parte de profesionales del Departamento, así como la recepción diferida de documentos de los sistemas del Colegio de Notarios y la consulta de documentos por parte de profesionales sanitarios.

El Departamento está iniciando un proyecto para llevar a cabo tanto la migración de este registro a la plataforma de Salud, como la renovación tecnológica del sistema con el objetivo de desarrollar las fun-

cionalidades de interoperabilidad necesaria con otras organizaciones (notarios, proveedores sanitarios, Administraciones local y estatal) y con otros sistemas sanitarios estratégicos como la Historia Clínica Compartida en Cataluña.

### **Programa de Modernización del ICS**

El equipo de dirección del ICS ha diseñado un proceso de transformación que tiene como objetivo modernizar la institución mediante un programa de actuación a medida que dé respuestas y alternativas de desarrollo a los nuevos retos. El nuevo sistema de información para el ámbito hospitalario del ICS (basado en el servicio de atención al paciente [SAP]) configura una parte importante del Programa de Modernización de la Institución tanto desde la perspectiva de la gestión como desde la asistencial. Entre las actuaciones destacables en el ámbito de la atención primaria destaca el proceso de mejora continua de la estación clínica de atención primaria. La estación clínica proporciona servicio a todos los centros de atención primaria y consultorios locales del ICS (850 edificios). La utilizan de forma habitual unas 14.000 personas usuarias desde unos 10.000 ordenadores personales.

Las utilidades e indicadores más destacados son (en cálculo mensual):

- Acceso a las historias clínicas: 12.000.000.
- Recetas impresas: 7.000.000.
- Visitas programadas: 3.200.000.
- Seguimientos clínicos: 1.000.000.
- Problemas sanitarios nuevos detectados: 400.000.
- Vacunas administradas: 300.000.

También destaca la consolidación del *call center*, un número único de recepción de llamadas para la programación de visitas en atención primaria (medicina general, pediatría y enfermería). Este servicio da cobertura al 100 % de la población asignada al ICS y desde éste se programan 250.000 visitas mensualmente.

### **Otras actuaciones en sistemas de información**

Otros proyectos en fase de desarrollo son: implantación de sistemas de información para la gestión de las nuevas estructuras descentralizadas (GTS), registro general de pacientes (integración de todas las bases de datos de pacientes del Departamento), integración de bases de datos y soluciones de *Business Intelligence*, Plan de Sistemas del ICAM (responsable de la gestión de las incapacidades temporales) de implantación ge-

neralizada, Proyecto de Mejora de las Telecomunicaciones para el Intercambio de Datos entre Proveedores y Autoridad Sanitaria (punto neutro de internet) y nuevo portal de Salud Gencat.

## CALIDAD

### Plan de encuestas de satisfacción de los asegurados del CatSalut (2002-2007)

La misión que tiene encomendada el Servicio Catalán de la Salud es garantizar una atención sanitaria de calidad a toda la ciudadanía de Cataluña mediante una adecuada adaptación de la oferta sanitaria a sus necesidades. El CatSalut garantiza las prestaciones de servicios de salud a sus asegurados, estableciendo un contrato con diferentes proveedores para cada una de las diferentes líneas de servicio (atención primaria de salud, atención hospitalaria, atención sociosanitaria y atención en salud mental).

El compromiso de servicio adquirido por el CatSalut con sus asegurados implica una vocación de mejora continua de los servicios como respuesta a las profundas transformaciones de la sociedad actual. Así, los avances tecnológicos promueven modificaciones en los atributos y dimensiones de la calidad técnica (mayor seguridad, rapidez diagnóstica, no invasividad, etc.) y su bondad estará determinada por una revisión de las mejores evidencias disponibles (en función de la rentabilidad). En el caso de la calidad percibida, tal y como ya se ha especificado, la misma sociedad origina los cambios y modifica las expectativas de las personas y el grado de exigencia para con el servicio que quiere recibir.

Hasta el momento, la información disponible sobre el grado de satisfacción de los asegurados de CatSalut se ha obtenido principalmente por iniciativa de los propios proveedores. La heterogeneidad de metodologías y sistemas de evaluación obtiene resultados de difícil integración que los convierte en poco comparables. Esta realidad hace más evidente la conveniencia de que el CatSalut disponga de una herramienta metodológicamente robusta y contrastada que permita conocer con fiabilidad el grado de satisfacción de sus asegurados con los servicios recibidos en cada línea de servicio. La razón de ser de este proyecto es cubrir estas carencias, estudiar la satisfacción de todos los asegurados sea cual sea el servicio que reciban y seguir una metodología común, científicamente validada y contrastada, que permita una perspectiva de evalua-

ción comparada de resultados entre proveedores en el marco de cada línea de servicio o producto.

Esta aproximación posibilita también la identificación de áreas excelentes y de mejora por línea de servicio, lo que puede resultar útil desde la perspectiva del comprador de servicios. El diseño metodológico permite la posibilidad de disponer de datos de satisfacción comunes a todas las líneas de servicio estudiadas y con gran probabilidad en las restantes líneas de prestación de servicios de salud no incluidas en esta fase.

En el año 2001 se diseñó un Plan para los años 2002-2007 y se inició el estudio de satisfacción de las líneas de servicios sanitarios de mayor volumen de asistencia. En la primera fase (2002-2004) se realizaron las encuestas de satisfacción de las líneas de servicio siguientes y que pueden consultarse en la página web corporativa [www10.gencat.net/catsalut/esp/coneix\\_model\\_s\\_pri\\_enquesta.htm](http://www10.gencat.net/catsalut/esp/coneix_model_s_pri_enquesta.htm):

- *Atención primaria*: medicina general y enfermería.
- *Atención hospitalaria*: hospitalización de agudos.
- *Atención sociosanitaria*: convalecencia, media y larga estancia y cuidados paliativos.
- *Atención en salud mental (Centro de Salud Mental de Adultos, CSMA)*: atención psiquiátrica y salud mental ambulatoria de adultos.
- *Atención en salud mental (Media y Larga Estancia, MILLE)*: atención psiquiátrica y salud mental con internamiento de media y larga estancia de adultos.

En esta primera fase se desarrollaron y validaron con pretest y estudio piloto cinco instrumentos de medida en forma de cuestionario, uno por cada línea estudiada. La pasación telefónica (25.000 encuestas) fue en el caso de la hospitalización, la atención primaria y la atención ambulatoria de salud mental, y mediante entrevista personal (5.000 entrevistas), en los casos de internamiento en las líneas de atención sociosanitaria y de la salud mental de larga estancia.

Las dimensiones o atributos incluidos en los cuestionarios y que resultan de las aportaciones de la etapa de investigación cualitativa previa han sido: la accesibilidad a los servicios, el trato de los profesionales, la información del proceso asistencial, la competencia profesional y la confianza, la comodidad, la organización y coordinación entre servicios, la continuidad asistencial y el soporte personal y la atención psicosocial. Estas dimensiones están representadas en los cuestionarios en forma de preguntas (entre 20 y 30), 10 de las cuales son comunes en todas las líneas, a las cuales

se les han añadido algunas preguntas específicas de línea y otras libres o de interés.

En el período 2005-2006, el estudio permitió conocer el grado de satisfacción en la atención urgente en los hospitales de agudos. También se está trabajando en un proyecto de monitorización de la satisfacción, que contiene un conjunto de recomendaciones de mejora de los instrumentos utilizados y una estrategia de análisis de continuidad, concretado en un plan plurianual de recogida y explotación de información estadística. Además, ha sentado la base metodológica para la nueva medida de satisfacción del año 2006 para las líneas de servicio y producto estudiadas en el año 2003. Este proyecto está permitiendo la comparación entre los sucesivos resultados obtenidos y el referente inicial, es decir, con los resultados de la encuesta de 2003.

Se ha previsto la realización como complemento de las líneas de atención estudiadas, un estudio cualitativo para conocer la opinión, expectativas y percepciones de las familias y/o referentes de las personas atendidas en los centros de atención sociosanitaria y de atención psiquiátrica y de salud mental con internamiento. Está previsto disponer de la información a finales de 2007.

### Seguimiento de las reclamaciones y sugerencias presentadas por los asegurados del CatSalut

Los datos de los informes de reclamaciones en Cataluña se reflejan en las tablas 14-17 y están extraídos del Registro de Gestión de Reclamaciones (Gre) y son pro-

visionales hasta el cierre definitivo de la Memoria 2006; engloba los meses de enero a diciembre de 2006.

La respuesta del 70 % de las reclamaciones en menos de 15 días es una de las cláusulas que se incorporaron en los contratos de los proveedores en el año 2006 y, tal y como puede apreciarse, la media alcanza da supera este valor.

Tal y como se ha comentado anteriormente, el Servicio Catalán de Salud inició en 2002 como planteamiento estratégico la medida del grado de satisfacción de los ciudadanos con los servicios sanitarios públicos mediante cuestionarios validados. Conocido el grado de satisfacción, incorporó mediante el contrato de compra de servicios de 2005 cláusulas específicas de mejora de calidad percibida a dos años vista para que las organizaciones proveedoras realizaran actuaciones de mejora sobre los aspectos que tienen mayor impacto en la satisfacción de los pacientes.

Los objetivos que se quieren obtener a medio plazo son incorporar los conceptos de satisfacción y de calidad percibida de la ciudadanía en la gestión de las organizaciones sanitarias, implicar en la cultura de mejora continua de la calidad a los responsables de Atención al Ciudadano de las Regiones Sanitarias, así como a los responsables de las organizaciones proveedoras sanitarias de Cataluña, en una sinergia que promueva un entorno de *benchmarking*.

En la revisión del primer año (2005), se obtuvo una cumplimentación favorable en el 92 % de los contratos. Todos los proyectos están mayoritariamente relacionados con los factores predictores de satisfacción

**TABLA 14. Reclamaciones por línea de servicio, 2006 (Cataluña)**

Línea de servicio	Número de reclamaciones	Porcentaje
Atención primaria	14.563	32,98
Atención hospitalaria	26.524	60,07
Atención sociosanitaria	424	0,96
Atención en salud mental	685	1,55
CatSalut (Servicios centrales y Regiones Sanitarias)	1.962	4,44

**TABLA 15. Clasificación por motivo de reclamación, 2006 (Cataluña)**

Tipología de motivos	Número de reclamaciones	Porcentaje
Asistencial	8.515	18,32
Trato	3.834	8,25
Información	1.585	3,41
Organización y trámites	27.799	59,81
Hostelería/habitabilidad/comodidad	2.328	5,01
Documentación	2.414	5,19



**TABLA 16. Resolución, 2006 (Cataluña)**

Número de reclamaciones	44.158
Expedientes resueltos	94,33 %

**TABLA 17. Tiempo de resolución por tramos de días, 2006 (Cataluña)**

Entre 0 y 14 días	77,80 %
Entre 15 y 30 días	8,70 %
Entre 31 y 60 días	7,20 %
Más de 60 días	6,30%

identificados en el estudio de satisfacción previo, como la mejora de la lista de espera quirúrgica, la accesibilidad a los centros de atención primaria y la información tanto organizativa como asistencial.

Al cierre del período (2006) se había cumplimentado el 70,6 % (tabla 18).

### Gestión de las listas de espera

La Comunidad Autónoma de Cataluña, una vez que ha establecido un sistema uniforme de priorización para los pacientes que tienen que ser intervenidos de prótesis de rodilla, implanta con éxito que todos los pacientes incluidos por este procedimiento tengan su puntuación asignada. Este sistema de puntuación, que tiene en cuenta los aspectos sociales y médicos, ha contribuido, conjuntamente con las unidades monográficas de rodilla, a disminuir el número de pacientes en espera.

Se incorporó a principios de 2005 la especialidad que solicita la intervención quirúrgica para cumplir con las especificaciones de solicitud de información que regula el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, y sigue el grado de cumplimiento por parte de los centros hospitalarios.

Se definieron 13 nuevos grupos de procedimientos quirúrgicos durante el año 2005, para su monitorización. Durante 2006 se realizó el seguimiento de 29 grupos y esto representa el seguimiento del 65 % de los procedimientos en lista de espera quirúrgica.

La Comunidad Autónoma de Cataluña pone en funcionamiento el registro para el seguimiento de la lista de espera de pruebas diagnósticas para su seguimiento y gestión. A partir de diciembre de 2005 se realiza el primer corte de información para su análisis. Con todo, a partir del corte de información de diciembre de 2006 se publican los datos en la página web.

Durante este año se ha trabajado en el sistema de información del registro nominal de lista de espera de consulta externa desde el punto de vista de necesidades tecnológicas. A partir del año 2007 se va a trabajar en el diseño de los contenidos y su construcción; para ello es necesaria la participación de todos los agentes implicados.

### Acreditación

Éstas son algunas de las medidas llevadas a cabo al respecto de la acreditación:

- Diseño de la estrategia de implantación del modelo de acreditación de centros sanitarios de Cataluña y revisión de estándares y consenso con las diferentes unidades del Departamento de Salud.
- Redacción y tramitación del Decreto que regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda de Cataluña, con su correspondiente publicación, el 17 de enero de 2006.
- Presentación del modelo de acreditación al sector sanitario y especialmente a los hospitales de atención aguda.
- Diseño e implementación del Plan de Comunicación Interno y Externo sobre el modelo de acreditación. Creación de un espacio web específico dentro de la página web del Departamento de Salud.
- Diseño e implementación del Plan de Formación a los centros hospitalarios de atención aguda de Cataluña tributarios de ser acreditados. Realización de 10 ediciones de 20 horas cada una dirigidas a los profesionales referentes de la acreditación en dichos centros. Participación de 70 centros (el 75 % de la red pública y el 25 % de la privada), con un total de 160 profesionales inscritos.

**TABLA 18. Actuaciones para la mejora de la satisfacción de la ciudadanía, 2006 (Cataluña)**

	ASS	SMLE	SMA	AH	AP
	89	14	70	59	338
<b>Total de actuaciones</b>	176	28	136	118	676
<b>Actuaciones conseguidas</b>	150	17	102	103	433
<b>Porcentaje</b>	100	100	97,1	100	100
<b>Resultados (porcentaje)</b>	94,9	85,7	88,6	87,3	65,4

AH, atención hospitalaria; AP, atención primaria; ASS, atención sociosanitaria; SMA, salud mental ambulatoria; SMLE, salud mental de larga estancia.

- Diseño y realización de 80 horas de formación dirigidas a los potenciales evaluadores del modelo de acreditación.
- Autorización de las entidades evaluadoras del modelo de acreditación en Cataluña, en un número de 6, con un total de 18 evaluadores que han superado la prueba de idoneidad.
- Publicación y adjudicación de 2 concursos públicos para la elaboración de estándares de acreditación para centros de salud mental y adicciones y para centros sociosanitarios, dentro del objetivo de ampliación del modelo de acreditación al resto de líneas de servicios sanitarios.

### Seguridad de pacientes

- Creación de la Alianza para la seguridad de los pacientes en Cataluña, cuya misión es la promoción de la seguridad mediante el desarrollo y mejora de los sistemas de detección y prevención de problemas de seguridad asistencial y la coordinación de las distintas iniciativas, además de contribuir a la implicación entre ciudadanos, profesionales, centros y Administración con el objetivo de que la sociedad pueda abordar esta temática de forma positiva.
- Firma del convenio de colaboración entre el Departamento de Salud y la Fundación Avedis Donabedian para la gestión del proyecto.

- Estructuración de la Alianza en grupo impulsor, con participación del Departamento de Salud, patronales, colegios profesionales, representantes del ámbito clínico, de gestión, pacientes, judicatura y prensa, Comité Operativo y grupo de profesionales referentes en los distintos ámbitos.
- Definición de sus objetivos estratégicos:
  - Promover la sensibilización e implicación de los profesionales sanitarios en relación con la mejora de la seguridad.
  - Promover la evaluación y el conocimiento de los principales problemas de seguridad de los pacientes.
  - Coordinar la implantación de estrategias de mejora de la seguridad basadas en la evidencia.
  - Favorecer la participación de los pacientes en éstas.

### PARTICIPACIÓN (tabla 19)

Mediante el Decreto 166/2005 se reguló la modificación del Comité Consultivo de Bioética de Cataluña y se amplió el carácter multidisciplinar en su constitución. Dicho comité impulsó durante el año 2006 diferentes debates para fomentar el respeto a los derechos de los pacientes que reconoce la Ley 41/2002 y su homóloga autonómica, la 21/2000.

**TABLA 19. Participación, 2006 (Cataluña)**

	Sí/no	Referencia legislativa	Observaciones	
<b>Libre elección de médico</b>	Sí	Instrucción 3/2003	Decreto en trámite	
<b>Segunda opinión</b>	Sí		Decreto en trámite	
<b>Acceso a la historia clínica</b>	Sí	Ley 21/2000, de 21 de diciembre		
<b>Consentimiento informado</b>	Sí	Ley 21/2000, de 21 de diciembre		
<b>Instrucciones previas/últimas voluntades</b>	Sí	Ley 21/2000, de 29 de diciembre		
<b>Información en el Sistema Nacional de Salud*</b>	Sí		Información de lista de espera: <a href="http://www10.gencat.net/catsalut/cat/servcat_espera.htm">www10.gencat.net/catsalut/cat/servcat_espera.htm</a>	
	Sí/no	Denominación		
<b>Figura o institución de defensa de los derechos de los pacientes</b>	Sí	Síndic de Greuges		
	Sí/no	Cuantía dedicada en 2006 (euros)	Número de asociaciones subvencionadas en 2006	Referencia normativa de la convocatoria
<b>Subvenciones a asociaciones de pacientes</b>	Sí	4.122.432,68	167	Resolución SLT/930/2006, de 3 de abril Resolución SLT/895/2006, de 6 de abril Resolución SLT/902/2006, de 7 de abril

Desarrollo de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. \*Información de carácter administrativo relativa a servicios y unidades asistenciales disponibles y a los requisitos de acceso a éstos: libertad de elección de médico y centro, conocimiento de listas de espera. SLT, Salut (Departamento de Salud).

## **Voluntades anticipadas<sup>1</sup>**

El impulso de las actividades relacionadas con las voluntades anticipadas se ha concretado en un volumen de 15.000 documentos depositados en el registro central de voluntades anticipadas.

Se inicia un proceso para agilizar el registro y acceso por parte de los profesionales que debe concluir a finales de 2007, coincidiendo con la interconexión con el futuro registro central para todo el Estado.

Asimismo, se han impulsado debates relacionados con:

- Auxilio al suicidio médicamente asistido y la eutanasia.
- Transferencia nuclear.
- Medicalización creciente de la vida.
- Autonomía en relación con las personas menores.
- Diversidad cultural.

## **DESCRIPCIÓN DE EXPERIENCIAS INNOVADORAS**

### **Programas de promoción y prevención de la salud: Salud y Escuela**

Con 99 áreas básicas de salud implicadas en Cataluña, el objetivo de este programa es impulsar las actuaciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad en la escuela y coordinar mejor las actuaciones del territorio, integrándolas en un solo proyecto, así como la atención precoz preferente en: salud mental, salud afectivo-sexual, consumo de drogas, alcohol y tabaco, y trastornos relacionados con la alimentación.

Las principales actividades se realizan en la propia escuela (con el desplazamiento de enfermería a las aulas) y en cooperación con los servicios de salud municipales y las organizaciones comunitarias presentes en el territorio. El programa está orientado a los estudiantes de 3.º y 4.º de ESO, y se realiza con un equipo interdisciplinario y mediante una actuación integral. La principal ventaja es el mejor acceso por parte de los adolescentes a los programas de salud con total garantía de privacidad, confidencialidad y proximidad.

El programa comenzó en la legislatura 2004-2006, y en la actualidad hay 292 centros docentes, 7.444 alumnos, 99 ABS, 151 enfermeras(os) referentes y 167 municipios implicados. Durante la legislatura 2007-2010 se espera ampliar el programa a 635 municipios.

Las principales campañas pueden encontrarse en la página del Departamento de Salud: [www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/salutjove/index.html](http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/salutjove/index.html).

### **Gestión de los servicios sanitarios: gobierno de los servicios públicos de salud en Cataluña: GTS**

Cataluña ha iniciado un proceso de descentralización del sistema sanitario que se ha formalizado, inicialmente, a través de pactos de salud entre las diferentes Administraciones locales de un territorio y la Generalitat de Cataluña. En ellos se expresa la voluntad de establecer fórmulas organizativas que conduzcan a un cogobierno y a establecer mecanismos de participación con los diferentes actores que puedan influir en la provisión de los servicios públicos.

La finalidad básica de este proceso de descentralización es integrar diferentes niveles de gobierno, local y autonómico, en una misión compartida de mejora de la prestación de los servicios públicos de salud, sin diluir las responsabilidades del Gobierno de la Generalitat, manteniendo la legitimidad de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LLOSC) e introduciendo otro elemento, como la generalización del sistema de pago en base poblacional en todo el territorio catalán. La implantación de este nuevo modelo de gobernar el sistema sanitario se traduce en la creación de los GTS –que son consorcios públicos entre las dos Administraciones, local y autonómica–, que, a su vez, se regulan a través del Decreto 38/2006 de la Generalitat de Cataluña.

La delimitación territorial de los GTS es un marco de referencia común para todas las estructuras del Departamento de Salud. El alcance geográfico parte de la delimitación propia de las ABS, definidas en la LLOSC como unidades territoriales elementales de la ordenación sanitaria en nuestro país, y de un dimensionado que incluya como mínimo la atención primaria, la hospitalaria y la sociosanitaria.

Estos consorcios se dotan de estatutos propios y reglamentos internos y sus actuaciones se regirán, tal y como se ha descrito anteriormente, a partir de los principios de la LLOSC, añadiendo los de subsidiariedad, proximidad, territorialización, corresponsabilización, sustitución y participación. Las funciones básicas son la ordenación, priorización y coordinación de los recursos de sus territorios de referencia para garantizar la prestación de los servicios sanitarios públicos.

1. En la página 22 de este documento puede encontrarse más información sobre la regulación y gestión de las voluntades anticipadas en Cataluña.

Para llevar a cabo sus funciones, los GTS se componen de tres órganos: un Consejo Rector como máximo órgano de gobierno, un Consejo de Salud como órgano de participación y una Comisión Coordinadora de Entidades Proveedoras como órgano de asesoramiento y ejecutor de las actuaciones.

Con esta nueva organización territorial se pretenden mejorar diferentes aspectos relacionados con:

- Continuidad e integración asistencial de todos los niveles de atención (incluida la salud pública), facilitando la accesibilidad a los servicios de salud a través de sistemas de información clínica compatibles y de la homogeneidad progresiva de actuaciones.
- Transversalidad de las intervenciones.
- Equidad interterritorial y eficiencia en la prestación de servicios.
- Capacidad de respuesta de las políticas sanitarias a la diversidad territorial, a las necesidades locales (especialmente debido a cambios en el perfil social, demográfico, laboral, cultural, epidemiológico, de transportes y comunicaciones) de cada uno de los territorios.
- Participación a través de los órganos de gobierno de los GTS de los proveedores y profesionales de la salud, así como de la ciudadanía.
- Transparencia y rendición de cuentas a los ciudadanos.
- Subsidiariedad.
- Calidad de los servicios con mecanismos.

La constitución de los GTS precisa la aprobación de su constitución y de sus estatutos en: plenos de los Ayuntamientos que forman parte del GTS, el Consejo de Dirección de CatSalut y la Comisión de Gobierno de Políticas Sociales de la Generalitat.

Durante el año 2006 se han firmado 29 Pactos de Salud y los siguientes GTS se constituyeron en Comisión de Gobierno: Osona (26/09/06), Garrotxa (26/09/06), Baix Vallès (1/10/06), Garraf (24/10/06) y Alt Urgell (24/10/06). Se prevé firmar todos los Pactos de Salud y constituir todos los GTS durante la legislatura 2007-2010.

Para más información, puede consultarse la página web [www.governantlasalut.com](http://www.governantlasalut.com).

### **Equidad de género en la atención a la salud**

En los últimos años, la violencia de género ha pasado a ser uno de los problemas al cual los poderes públi-

cos, desde distintos ámbitos, deben dar una respuesta coordinada. Por eso, desde Cataluña se está aplicando un programa de abordaje de la violencia contra las mujeres, que está integrado en el Plan de Acción de Políticas de Mujeres. El programa se coordina desde el Instituto Catalán de las Mujeres y es aplicado por los distintos departamentos de la Generalitat.

Desde el Departamento de Salud, en el marco de este programa, estamos realizando distintas actuaciones, que van desde la prevención hasta la recuperación de la mujer. Tal y como ya han demostrado algunos estudios, la violencia contra las mujeres es un determinante clave de mala salud y desigualdades en salud. Además, la frecuente utilización de los servicios sanitarios los convierte en un punto privilegiado de detección. Por esta razón, la detección de casos debe ser una prioridad para el sistema sanitario.

En la línea de potenciar y mejorar la detección de casos de violencia se ha introducido, en la nueva cartera de servicios de la Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, el cribado proactivo en el control y seguimiento del embarazo y en los embarazos no deseados. El modelo que se propone proviene de experiencias foráneas, como la que se está llevando a cabo en Glasgow.

Las mujeres utilizan a lo largo de su vida los servicios de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva con frecuencia. Una mujer con riesgo de sufrir maltrato es más vulnerable durante el embarazo. Por ello, este período es una oportunidad para que los profesionales de este servicio puedan establecer, con fundamento, la sospecha, confirmarla y actuar posteriormente de forma adecuada. El cribado se realiza a través de preguntas en un marco de privacidad, sólo con la gestante. La aplicación de este cribado está acompañada de una fase de formación de los profesionales de los servicios de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva.

### **Atención a la salud de las personas inmigrantes: Plan Director de Inmigración**

El Plan de Salud de Cataluña es el instrumento del que se dota el Gobierno para marcar las prioridades en materia de salud. El Gobierno de la Generalitat, fomentando el rol directivo del Plan de Salud, lo refuerza mediante la creación de los planes directores que se encargan de convertir en operativas las políticas marcadas en el Plan de Salud. El Departamento ha priorizado seis materias, en función del análisis de la salud, de los servicios sanitarios y del contexto socioeconómico del país. Los planes directores para el período 2005-2007 son la salud

mental y las adicciones, la oncología, las enfermedades vasculares, los problemas de salud sociosanitarios, la inmigración y la investigación en ciencias de la salud.

### **Misión del Plan Director de Inmigración**

Mejorar la salud de la población inmigrada mediante la definición de un modelo de atención y organización de los servicios que permita al sistema de salud catalán enfrentarse a la nueva situación planteada por el fenómeno de la inmigración.

### **Objetivos del Plan de Salud 2010**

El Plan Director de Inmigración contribuirá a los objetivos del Plan de Salud para 2010, especialmente en la disminución de las barreras y las desigualdades que, con la presencia de población inmigrante, son más evidentes, especialmente en materias como:

- Salud materno-infantil.
- Infección por VIH/Sida.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Tuberculosis.
- Cáncer.

Se definen como objetivos estratégicos del Plan:

- Conocer la situación de salud y utilización de servicios de la población inmigrante.
- Mejorar la accesibilidad de esta población a la salud y los servicios sanitarios (planes de acogida, de medicación y formación de profesionales).
- Planificar y ordenar los servicios para dar respuesta a los problemas específicos de la población inmigrante.
- Reordenar y coordinar la red de Unidades de Salud Internacional de Referencia.

El seguimiento y evaluación del Plan Director se realiza a través de los indicadores que pueden observarse en la **tabla 20**, vinculados a los diferentes objetivos.

### **Apoyo a la investigación – Programa Hivacat**

El Departamento de Salud conjuntamente con el Departamento de Innovación, Universidades y Empresa, la Fundación Privada IrsiCaixa y la Fundación Privada Clínic para la Investigación Biomédica han impulsado la creación de un programa de investigación dedicado a vacunas profilácticas y terapéuticas del Sida.

**TABLA 20. Evaluación del Plan Director de Inmigración, 2006 (Cataluña)**

<b>Objetivo</b>	<b>Indicador</b>	<b>Periodicidad de la evaluación</b>	<b>Justificación</b>	<b>Construcción del indicador</b>		<b>Fuente de información</b>
Mejorar el acceso de la población inmigrada a los servicios sanitarios	Porcentaje de extranjeros con TSI	Anual	Nuestro sistema de salud tiene que cuidar de toda la población de su territorio	Numerador: número de nuevas TSI (por año) con nacionalidad extranjera	Denominador: número de extranjeros en el RCA	RCA
Mejorar el acceso de la población inmigrada a los servicios hospitalarios	Tasa de hospitalización bruta y estandarizada de población inmigrada por edad y sexo	Anual	Es un indicador de utilización de servicios medido por altas y permite comparar la utilización en diferentes territorios	Numerador: número de altas de enfermos inmigrantes	Denominador: número de TSI con nacionalidad extranjera	CMBDAH y RCA
Mejorar el acceso de la población inmigrada a los servicios de atención primaria	Cobertura de la atención primaria en la población inmigrada	Anual	Es un indicador de utilización de servicios medido por número de visitas y permite comparar la utilización en diferentes territorios	Numerador: número de primeras visitas de atención primaria a inmigrantes	Denominador: número de TSI con nacionalidad extranjera	Registros de AP y RCA
Dotar de mediadores a los servicios de salud que lo requieran	Número de mediadores contratados de acuerdo con las demandas de los centros	Anual	La mediación facilita el acceso de la población a los servicios de salud y facilita el trabajo de los profesionales	Numerador: número de mediadores contratados por territorio	Denominador: número de mediadores solicitados por territorio	Mesas PDI

Continuación TABLA 20

Objetivo	Indicador	Periodicidad de la evaluación	Justificación	Construcción del indicador		Fuente de información
Mejorar la atención sanitaria de la población inmigrada en el área de salud infantil	Porcentaje de niños inmigrantes vacunados correctamente	Anual	Mejorar el estado de salud de la población infantil, regulando el calendario vacunal según recomendaciones de la DGSP	Numerador: número de niños inmigrantes vacunados correctamente según protocolo del Departamento de Salud	Denominador: número de niños inmigrantes	DGSP/ECAP
Conseguir que el control y seguimiento del embarazo de las mujeres inmigrantes se haga desde el PASSiR, según protocolo establecido	Porcentaje de mujeres inmigrantes embarazadas atendidas en el PASSiR antes de las 12 semanas de gestación	Anual	Debido a la inadecuada utilización por parte de las mujeres inmigrantes de los servicios de urgencias hospitalarias, para el seguimiento del embarazo, desde el Plan se llevan a cabo actuaciones informativas y de mediación con el fin de reconducirlas al PASSiR (servicio donde está indicado y protocolizado el control y seguimiento del embarazo)	Numerador: número de mujeres inmigrantes embarazadas atendidas antes de las 12 semanas de gestación	Denominador: número de partos de mujeres embarazadas inmigrantes atendidas en el PASSiR	Historia clínica del PASSiR
Conocer los embarazos de adolescentes inmigrantes atendidas en el PASSiR	Número de embarazos de adolescentes inmigrantes atendidas en el PASSiR	Anual	Aumento de los embarazos de adolescentes en la población inmigrante	Número de embarazos de adolescentes inmigrantes atendidas en el PASSiR		Historia clínica del PASSiR
Conocer el número de IVE en adolescentes inmigrantes	Porcentaje de IVE en adolescentes inmigrantes embarazadas	Anual	Incremento de los IVE en adolescentes inmigrantes	Numerador: número de IVE en adolescentes inmigrantes	Denominador: número de IVE en población adolescente	Registro materno-infantil del Departamento
Mejorar la atención sanitaria de la población inmigrada con tuberculosis	Porcentaje de pacientes inmigrantes con tuberculosis con conclusión del tratamiento registrada en la historia clínica	Anual	Necesidad de realizar un buen seguimiento del tratamiento para erradicar la enfermedad	Numerador: número de casos de tuberculosis en inmigrantes diagnosticados por GTS durante el año 2005 que a diciembre de 2006 tenían registrado en la historia clínica un resultado del tratamiento indicado	Denominador: número de casos de tuberculosis en inmigrantes diagnosticados por GTS durante el año 2005	Registros de la DGSP

Continuación TABLA 20

Objetivo	Indicador	Periodicidad de la evaluación	Justificación	Construcción del indicador		Fuente de información
Mejorar la atención sanitaria de la población inmigrada en el área de VIH/Sida	Tasa de incidencia de Sida ajustada por edad y sexo en parejas homosexuales y heterosexuales inmigrantes	Anual	La infección por VIH/Sida se puede evitar con medidas preventivas adecuadas	Numerador: número de casos nuevos de VIH en inmigrantes	Denominador: número de personas inmigrantes por GTS en el período de estudio	Se expresa como: número de casos en el período/ 100.000 habitantes y se ajusta por edad y sexo
Mejorar la atención sanitaria de la población inmigrada en relación con las ETS	Tasa de incidencia de sífilis/ gonococia en inmigrantes	Anual	Las ITS se pueden evitar con medidas preventivas adecuadas	Numerador: número de casos nuevos de sífilis/ gonococia en inmigrantes	Denominador: número de personas inmigrantes por GTS en el período de estudio	Se expresa como: número de casos en el período/ 100.000 habitantes y se ajusta por edad y sexo

AP, atención primaria; CMBDAH, conjunto mínimo de datos de alta hospitalaria; DGSP, Dirección General de Salud Pública; eCAP, centro de atención primaria que comparte información clínica en formato electrónico; ETS, enfermedades de transmisión sexual; GTS, Gobierno Territorial de Salud; ITS, infecciones por transmisión sexual; IVE, interrupción voluntaria del embarazo; PASSIR, Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva; PDI, Plan Director de Inmigración; RCA, Registro Central de Asegurados; Sida, síndrome de inmunodeficiencia adquirida; TSI, tarjeta sanitaria individual; VIH, virus de inmunodeficiencia humana.

Este programa, denominado Hivacat (acrónimo de virus HIV [o VIH], vacuna y Cataluña) estará dotado de partes iguales por las cuatro instituciones antes mencionadas, lo que implica una aportación paritaria público-privada del 50 % por cada parte.

El programa resulta de la colaboración y sinergias entre los dos grupos pioneros de investigación del Sida en Cataluña y en el Estado español: grupos de investigación en el Sida del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol y del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

El convenio marco se firmó a finales de 2006 y la implementación de las actividades está prevista para 2007.

El Programa Hivacat financiará, adicionalmente, los presupuestos actuales de la Fundación IrsiCaixa y de la Fundación Clínic, las nuevas actividades de investigación orientadas a la investigación básica e inmunológica para el desarrollo de vacunas profilácticas y terapéuticas del Sida.

El programa también entrará a formar parte de una red internacional de vacunas del Sida propiciada por la OMS.