

# Cataluña



Generalitat de Catalunya  
**Departament de Salut**



# 1. Características socioeconómicas y demográficas de la población

La población catalana según el *Institut d'Estadística de Catalunya* (IDESCAT) fue de 6.995.206 habitantes en el año 2005 de los cuales un 49,6% fueron hombres y un 50,4% mujeres.

En la tabla 1.1 se muestra la distribución de la población por grupos de edad y género según provincias, correspondiente a las últimas cifras disponibles del padrón continuo de habitantes de Catalunya.

**Tabla 1.1. Población según grandes grupos de edad y género por provincia. Catalunya 2005**

Provincia	Hombres			Total hombres	Mujeres			Total mujeres	Total Catalunya
	0-14	15-64	≥65		0-14	15-64	≥65		
Barcelona	377.651	1.844.987	348.876	2.571.514	355.931	1.796.274	502.635	2.654.840	5.226.354
Girona	50.960	238.284	46.962	336.206	47.868	219.722	60.710	328.300	664.506
Lleida	27.515	142.207	33.896	203.618	25.883	126.876	43.062	195.821	399.439
Tarragona	52.475	253.940	50.482	356.897	49.733	234.176	64.101	348.010	704.907
Catalunya	508.601	2.479.418	480.216	3.468.235	479.415	2.377.048	670.508	3.526.971	6.995.206

Fuente: Padrón Continuo de Población de Catalunya 2005. *Institut d'Estadística de Catalunya* (IDESCAT).

En la tabla 1.2 se observa la distribución evolutiva de la población durante los últimos 5 años por grupos de edad y género.

**Tabla 1.2. Evolución de la población según grandes grupos de edad y género. Catalunya 2000-2005**

Año	Hombres			Subtotal hombres	Mujeres			Total Mujeres	Total Catalunya
	0-14	15-64	≥65		0-14	15-64	≥65		
2005	508.601	2.479.418	480.216	3.468.235	479.415	2.377.048	670.508	3.526.971	6.995.206
2004	489.160	2.395.846	481.323	3.366.329	461.322	2.314.498	671.170	3.446.990	6.813.319
2003	474.976	2.354.658	480.216	3.309.850	448.660	2.276.081	669.555	3.394.296	6.704.146
2002	457.498	2.272.655	470.876	3.201.029	431.599	2.214.650	659.162	3.305.411	6.506.440
2001	444.683	2.210.210	460.443	3.115.336	420.655	2.178.050	647.324	3.246.029	6.361.365
2000	438.014	2.169.951	450.663	3.058.628	414.677	2.153.598	635.096	3.203.371	6.261.999

Fuente: Padrón Continuo de Población de Catalunya 2004. *Institut d'Estadística de Catalunya* (IDESCAT).

## Tarjeta sanitaria individual

La población de Catalunya según el Registro Central de Asegurados (RCA) del *Servei Català de la Salut*, fue durante el mes de enero de 2006 de 7.196.168 habitantes de los cuales un 49,28% fueron hombre y un 50,72% mujeres.

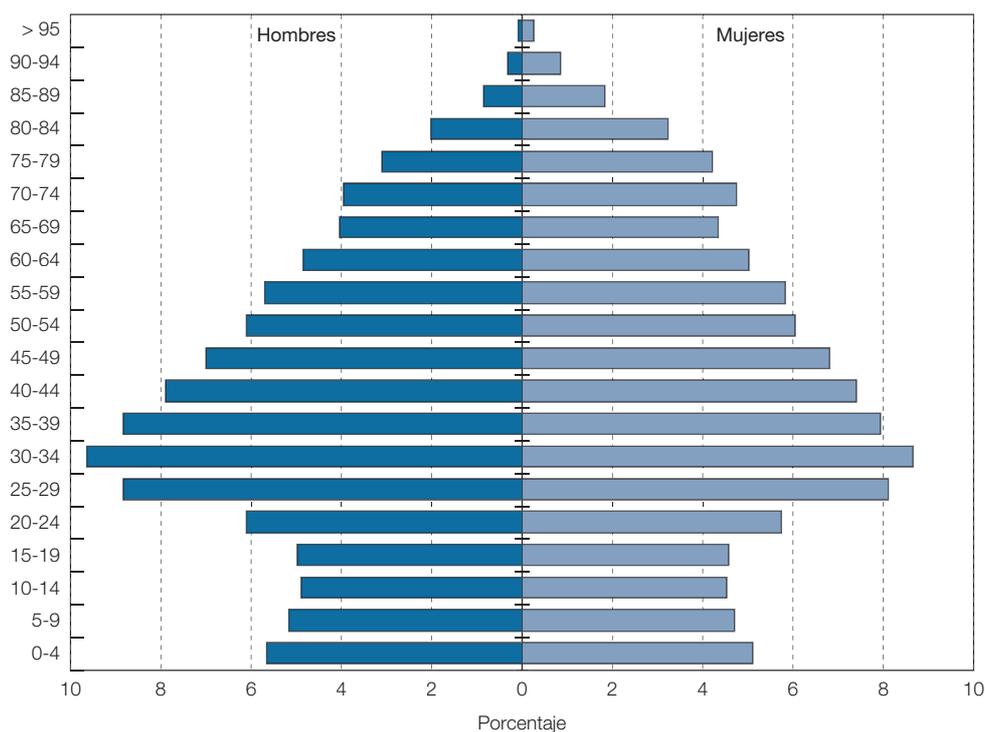
En la tabla 1.3 gráfico 1.1 se muestra la distribución de la población asegurada por grandes grupos de edad y género.

**Tabla 1.3. Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) activa por grupo de edad y género. Catalunya 2006**

Grupo de edad	Cifras absolutas			Porcentaje		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0-14	556.069	523.733	1.079.802	51,50	48,50	15,01
15-64	2.482.785	2.414.726	4.897.511	50,69	49,31	68,06
≥65	507.609	711.245	1.218.854	41,65	58,35	16,94
<b>Total</b>	<b>3.546.463</b>	<b>3.649.704</b>	<b>7.196.168</b>	<b>49,28</b>	<b>50,72</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Central de Asegurados. Enero de 2006. *Servei Català de la Salut*. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

**Gráfico 1.1. Pirámide de población según Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) activas. Catalunya 2006**



Fuente: Registro Central de Asegurados. Enero 2006.

**Tabla 1.4. Evolución de extranjeros residentes en España por CC.AA.: 1990-2005**

	1990	1995	2002	2003	2004	2005
<b>Total CC.AA.</b>	<b>407.647</b>	<b>499.773</b>	<b>1.324.001</b>	<b>2.664.168</b>	<b>3.304.326</b>	<b>3.730.610</b>
Catalunya	65.990	106.809	328.461	543.008	642.846	798.904
Madrid (Com. de)	60.902	93.031	272.692	589.215	664,255	780.752
Andalucía	72.543	67.127	163.942	282.901	321.570	420.207
Valenciana (Com.)	64.451	57.790	138.421	413.760	464.317	581.985
Canarias	51.955	53.188	92.149	179.493	185.781	222.260
Baleares	32.646	28.111	60.779	126.505	131.423	156.270
Murcia (Región de)	3.422	7.390	52.975	113.912	132.918	165.016
Castilla y León	10.047	14.628	35.954	59.440	71.300	91.318
Galicia	15.062	16.833	30.400	53.808	58.387	69.363
Aragón	3.988	6.877	25.994	61.896	77.545	96.848
Castilla-La Mancha	1.992	6.516	25.195	70.899	88.858	115.223
País Vasco	13.169	13.569	24.201	49.231	59.166	72.894
Navarra (Com. Foral de)	1.920	4.202	18.956	38.741	43.376	49.882
Extremadura	2.273	5.060	13.739	17885	20.066	25.341
Asturias (Princ. de)	4.198	6.562	12.237	19.691	22.429	26.797
Rioja (La)	598	1.659	10.287	20.570	24.988	31.075
Cantabria	598	2.864	8.564	13.677	16.364	20.547
Melilla	598	1.083	3.229	6.333	5.874	2.891
Ceuta	598	776	2.114	3.203	2.863	3.037
Errores en CC.AA.	598	5.698	3.712	—	—	

Fuente: Registro de extranjeros residentes. Dirección General de la Policía del Ministerio del Interior Instituto Nacional de Estadística INE.

**Tabla 1.5. Población total y población extranjera por Comunidades Autónomas**

	Población total			Extranjeros				
			Variación relativa (en porcentaje)	A 1 de enero de 2004		A 1 de enero de 2005		
	A 1 de enero de 2004	A 1 de enero de 2005		Número de personas	Porcentaje respecto a la población total	Número de personas	Porcentaje respecto a la población total	Variación relativa (en porcentaje)
<b>Total España</b>	<b>43.197.684</b>	<b>44.108.530</b>	<b>2,11</b>	<b>3.034.326</b>	<b>7,02</b>	<b>3.730.610</b>	<b>8,46</b>	<b>22,95</b>
Andalucía	7.687.518	7.849.799	2,11	321.570	4,18	420.207	5,35	30,67
Catalunya	6.813.319	6.995.206	2,67	642.846	9,44	798.904	11,42	24,28
Madrid (Com. de)	5.804.829	5.964.143	2,74	664.255	11,44	780.752	13,09	17,54
Com. Valenciana	4.543.304	4.692.449	3,28	464.317	10,22	581.985	12,40	25,34
Galicia	2.750.985	2.762.198	0,41	58.387	2,12	69.363	2,51	18,80
Castilla y León	2.493.918	2.510.849	0,68	71.300	2,86	91.318	3,64	28,08
País Vasco	2.115.279	2.124.846	0,45	59.166	2,80	72.894	3,43	23,20
Canarias	1.915.540	1.968.280	2,75	185.781	9,70	222.260	11,29	19,64
Castilla-La Mancha	1.848.881	1.894.667	2,48	88.858	4,81	115.223	6,08	29,67
Murcia (Región de)	1.294.694	1.335.792	3,17	132.918	10,27	165.016	12,35	24,15
Aragón	1.249.584	1.269.027	1,56	77.545	6,21	96.848	7,63	24,89
Extremadura	1.075.288	1.083.879	0,80	20.066	1,87	25.341	2,34	26,29
Asturias (Princ. de)	1.073.761	1.076.635	0,27	22.429	2,09	26.797	2,49	19,47
Baleares (Illes)	955.045	983.131	2,94	131.423	13,76	156.270	15,90	18,91
Navarra (Com. Foral)	584.734	593.472	1,49	43.376	7,42	49.882	8,41	15,00
Cantabria	554.784	562.309	1,36	16.364	2,95	20.547	3,65	25,56
Rioja (La)	293.553	301.084	2,57	24.988	8,51	31.075	10,32	24,36
Ceuta	74.654	75.276	0,83	2.863	3,84	3.037	4,03	6,08
Melilla	68.016	65.488	-3,72	5.874	8,64	2.891	4,41	-50,78

Fuente: Instituto Nacional de Estadística INE.

**Tabla 1.6. Tasa de ocupación 1.º trimestre. Catalunya. 2006**

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
De 16 a 19 años	26,8	22,2	<b>24,6</b>
De 20 a 24 años	69	58,8	<b>64</b>
De 25 a 54 años	89,7	70,3	<b>80,2</b>
De 55 y más años	32	13,8	<b>22</b>
<b>Total</b>	<b>67,9</b>	<b>47,5</b>	<b>57,6</b>

Fuente: Encuesta de Población Activa, INE.

**Tabla 1.7. Renta disponible bruta (per cápita). 2003 (INE)**

Comunidad Autónoma	Valor (euros)	Índice	Variación 2003/2002 (porcentaje)
Andalucía	9.533	79,99	5,43
Aragón	13.005	109,12	4,24
Asturias (Princ. de)	11.470	96,24	5,05
Baleares (Illes)	13.597	114,09	1,42
Canarias	10.996	92,26	3,46
Cantabria	12.162	102,05	4,25
Castilla y León	11.783	98,87	4,89
Castilla-La Mancha	10.110	84,83	4,44
Catalunya	13.615	114,24	4,76
Barcelona	13.288	111,50	5,34
Girona	14.792	124,11	2,14
Lleida	15.399	129,21	4,44
Tarragona	13.997	117,44	3,18
Com. Valenciana	11.289	94,72	3,81
Extremadura	8.964	75,21	5,55
Galicia	10.383	87,12	6,02
Madrid (Com. de)	14.360	120,49	3,21
Murcia (Región de)	9.992	83,84	1,28
Navarra (Com. Foral de)	14.798	124,17	3,67
País Vasco	14.902	125,04	5,31
Rioja (La)	13.305	111,64	3,98
Ceuta	11.247	94,37	7,18
Melilla	11.186	93,86	5,24
<b>España</b>	<b>11.918</b>	<b>100,00</b>	<b>4,42</b>

## 2. Desarrollo normativo e institucional

- Orden SLT/427/2004, 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 al tratamiento de determinados pacientes durante el invierno 2004-2005.
- Orden SLT/467/2004, de 20 de diciembre, por la que se regulan los certificados del Registro de seguimiento y gestión de pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos.
- Decreto 68/2005, de 19 de abril, por el que se establecen los requisitos de reconocimiento de la condición de personal emérito de las instituciones sanitarias del Instituto Catalán de la Salud.
- Orden SLT/164/2005, de 20 de abril, por la que se regula la Comisión experta para la evaluación de currículums profesionales para el nombramiento de personal emérito de las instituciones sanitarias del Instituto Catalán de la Salud.
- Orden SLT/221/2005, de 4 de mayo, por la que se modifica la Orden SSS/416/2002, de 10 de diciembre, por la que se regula la prestación de técnicas de terapia respiratoria domiciliaria.
- Orden SLT/320/2005, de 7 de julio, por la que se modifica la Orden SSS/38/2004, de 20 de febrero, por la que se establece una prueba piloto para la implantación de un sistema de compra de servicios de base poblacional.
- Decreto 202/2005, de 27 de septiembre, por el que se crean y se establecen las normas reguladoras de los órganos de participación de los centros hospitalarios gestionados por el Instituto Catalán de la Salud.
- Decreto 247/2005, de 8 de noviembre, por el que se modifica el anexo del Decreto 60/1999, de 9 de marzo, por el que se establece el calendario de vacunaciones sistemáticas y se adoptan medidas de vacunación frente a la varicela.
- Decreto 264/2005, de 13 de diciembre, de creación de la estructura organizativa para la prevención, control y seguimiento de la evolución de una posible pandemia de gripe.
- Decreto 265/2005, de 13 de diciembre, por el que se establecen los requisitos para el otorgamiento de la autorización sanitaria de funcionamiento a las personas fabricantes de productos sanitarios ortoprotéticos a medida.

**Tabla 2. Normas legales fundamentales en materia de salud. Informe SNS 2005**

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Orden SLT/427/2004, 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 al tratamiento de determinados pacientes durante el invierno 2004-2005	DOGC de 1 de diciembre de 2004	Aprobar un conjunto de actuaciones del Servicio Catalán de la Salud que permitan la ampliación de la cobertura horaria de los programas de atención domiciliaria (PADES); el establecimiento de un plan de altas sociosanitarias de invierno, de un plan de altas de invierno para enfermos subagudos y de un plan de valoración y tratamiento de personas frágiles con complejidad, durante los meses de invierno, para determinados colectivos de pacientes.	La duración del programa aprobado por esta orden se extendía hasta el 31 de marzo de 2005
Orden SLT/467/2004, de 20 de diciembre, por la cual se regulan los certificados del Registro de seguimiento y gestión de pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos	DOGC de 31 de febrero de 2005	El objeto de esta norma es que las personas usuarias a las cuales se haya indicado una intervención quirúrgica puedan acceder a la información general sobre su inclusión en el Registro de seguimiento y gestión de pacientes en listas de espera para procedimientos quirúrgicos y a los datos generados sobre los plazos de acceso para el correspondiente proceso quirúrgico.	Esta norma entró en vigor el 1 de enero de 2005.
Decreto 68/2005, de 19 de abril, por el que se establece los requisitos de reconocimiento de la condición de personal emérito de las instituciones sanitarias del Instituto Catalán de la Salud.	DOGC de 21 de abril de 2005	Tiene por objeto regular el procedimiento para el reconocimiento de la condición de personal emérito de las instituciones sanitarias del Instituto Catalán de la Salud, así como los derechos inherentes a este reconocimiento y el régimen de actividades de este personal. El nombramiento como personal emérito constituye para los profesionales jubilados que hayan acreditado una trayectoria especialmente distinguida en los ámbitos de la asistencia, docencia o la investigación en el campo de las ciencias de la salud, un reconocimiento, de carácter vitalicio, del prestigio y la relevancia profesional adquiridos a lo largo de su vida laboral activa.	Aceptado el requerimiento formulado por la Subsecretaría del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales al amparo del artículo 44 de la Ley 29/1998 de 13 de julio reguladora de la jurisdicción contenciosa administrativa en relación con el artículo 7.6. Está en trámite el Decreto que prevé la derogación del artículo 7.6.

**Tabla 2. Normas legales fundamentales en materia de salud. Informe SNS 2005 (continuación)**

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Orden SLT/164/2005, de 20 de abril, por la que se regula la Comisión experta, para la evaluación de currículos profesionales para el nombramiento de personal emérito de las instituciones sanitarias del Instituto Catalán de la Salud	DOG de 22 de abril de 2005	La comisión experta, objeto de regulación, tiene la función de emitir informe con carácter vinculante, en el procedimiento de nombramiento de personal emérito sobre los currículos de méritos presentados por las personas interesadas en este reconocimiento. El informe valora la especial relevancia en el ámbito de la asistencia sanitaria, la docencia o la investigación en el campo de las ciencias de la salud en el conjunto de toda la trayectoria profesional de la persona solicitante.	
Orden SLT/221/2005, de 4 de mayo por la que se modifica la Orden SSS/416/2002, de 10 de diciembre, por la que se regula la prestación de técnicas de terapia respiratoria domiciliaria.	DOG de 18 de mayo de 2005	Exige a los centros de tratamiento ventilatorio a domicilio de la síndrome de la apnea del sueño que dispongan de un médico especialista en neumología con formación en patología del sueño y en la lectura e interpretación de las diferentes técnicas de estudios con capacidad para hacer estudios completos del sueño.	
Orden SLT/320/2005, de 7 de julio, por la que se modifica la Orden SSS/38/2004, de 20 de febrero, por la que se establece una prueba piloto para la implantación de un sistema de compra de servicios de base poblacional.	DOG de 20 de julio de 2005	Los resultados de la evaluación de la prueba, el actual proceso de descentralización del sistema sanitario público orientado a la integración de los niveles asistenciales y a la continuidad asistencial han hecho necesario ampliar la prueba piloto a otros ámbitos geográficos. La prueba piloto se lleva a cabo con el objeto de establecer una actuación coordinada de todas las entidades proveedoras para alcanzar una prestación integral de los servicios que solicite la población en cada uno de los ámbitos geográficos delimitados.	

**Tabla 2. Normas legales fundamentales en materia de salud. Informe SNS 2005 (continuación)**

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Decreto 202/2005 de 27 de septiembre, por el cual se crean y establece las normas reguladoras de los órganos de participación de los centros hospitalarios gestionados por el Instituto Catalán de la Salud	DOGC 29 de septiembre de 2005	Mediante la participación de los entes locales y la sociedad civil en las cuestiones relacionadas con la salud y en la organización comunitaria de los servicios sanitarios se pretende avanzar un paso más en la consolidación de un sistema plenamente participativo para alcanzar un mayor grado de calidad en la prestación del servicio sanitario público. Como instrumento para articular esta participación en el ámbito hospitalario se crea una comisión de participación en cada uno de los centros hospitalarios gestionados por el Instituto Catalán de la Salud. Estas comisiones se configuran como órganos colegiados de participación comunitaria con finalidades de asesoramiento, consultivas, de seguimiento y de supervisión de la actividad sanitaria del centro hospitalario correspondiente.	
Decreto 247/2005, de 8 de noviembre, por el cual se modifica el anexo del Decreto 60/1999, de 9 de marzo, por el que se establece el calendario de vacunaciones sistemáticas y se adoptan medidas de vacunación frente a la varicela.	DOGC de 17 de noviembre de 2005	Se suprime la quinta dosis de vacuna antipoliomérica inactivada (VIP) después de la experiencia y dadas las características inmunogénicas de esta vacuna que asegura una protección suficiente a los niños con cuatro dosis. También en la línea de homogeneización del calendario vacunal con otras comunidades autónomas se introduce la vacunación contra la varicela a los preadolescentes de doce años susceptibles de contraer esta enfermedad, a partir del curso escolar 2005-2006.	
Decreto 264/2005, de 13 de diciembre, de creación de la estructura organizativa para la prevención, control y seguimiento de la evolución de una posible pandemia de gripe.	DOGC de 15 de diciembre de 2005	Para que el Plan de actuación de Cataluña ante una posible pandemia de gripe pueda implementarse y actualizarse según requiera la situación epidemiológica es necesario contar con una estructura organizativa adecuada. Con esta finalidad se crea el Comité Ejecutivo de Cataluña adscrito al Departamento de Salud para la prevención, el control y el seguimiento de la evolución de una posible pandemia de gripe.	

**Tabla 2. Normas legales fundamentales en materia de salud. Informe SNS 2005 (continuación)**

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Decreto 265/2005, de 13 de diciembre, por el cual se establece los requisitos para el otorgamiento de la autorización sanitaria de funcionamiento a las personas fabricantes de productos sanitarios ortoprotéticos a medida.	DOGC de 15 de diciembre de 2005	El objeto de este Decreto es la regulación de los requisitos que han de cumplir las personas físicas y jurídicas que se dediquen a la fabricación de productos sanitarios ortoprotéticos a medida para obtener la autorización administrativa de funcionamiento, previa al inicio de la actividad, así como el procedimiento de autorización.	

### 3. Planificación y Programas Sanitarios

La planificación en el ámbito de la salud supone un ejercicio extraordinariamente complejo como consecuencia de las constantes transformaciones demográficas, epidemiológicas y científicas que se producen en nuestra sociedad. En las últimas décadas, los procesos de planificación sanitaria han ido evolucionando bajo la influencia de las corrientes de opinión y las orientaciones internacionales de política sanitaria. En Catalunya, durante los años ochenta, los procesos de planificación sanitaria se centraron en la ordenación territorial y de recursos asistenciales, produciéndose en la década de los 90 un cambio cualitativo con el inicio de una etapa de planificación por objetivos de salud.

Las orientaciones de la OMS en el documento «Salud para todos en el siglo 21» se basan en cuatro estrategias para la acción:

- Estrategias multisectoriales para el abordaje de los determinantes de la salud, teniendo en cuenta la perspectiva del entorno físico, cultural y de género, y asegurando la valoración de su impacto en la salud.
- Programas orientados a los resultados en salud e inversiones para el desarrollo de la salud y la atención sanitaria.
- Atención primaria de la salud orientada a la comunidad y la familia, con el apoyo de un sistema hospitalario flexible y receptivo.
- Proceso participativo que implique los agentes relevantes en el desarrollo de la salud —en casa, en la escuela, en el trabajo y en la comunidad, tanto en el entorno local como regional—, que promueva la toma de decisiones conjuntas, la implementación y la transparencia.

En Catalunya, actualmente se está trabajando en un nuevo ciclo de planificación sanitaria que tiene por finalidad la elaboración del Plan de salud 2006-2010, pero es preciso situar el proceso de elaboración del Plan de salud 2006-2010 en un nuevo contexto en que destaca la nueva organización territorial sanitaria y los nuevos instrumentos de planificación.

Siguiendo el modelo administrativo de las veguerías, las antiguas ocho regiones sanitarias se han transformado en siete nuevas regiones sanitarias: Alt Pirineu i Aran, Lleida, Girona, Catalunya Central, Camp de Tarragona, Terres de l'Ebre y Barcelona (Decreto 105/2005, de 31 de mayo, de delimitación de las regiones sanitarias y los sectores sanitarios del Servicio Catalán de la Salud, DOGC 4397).

Por otra parte, la Generalitat de Catalunya y las administraciones locales han iniciado un proceso de colaboración y descentralización en el ámbito de la salud que se ha concretado con la creación de 34 Gobiernos Territoriales de Salud (GTS). Las funciones básicas de los GTS son la ordenación, priorización y coordinación de los recursos de sus territorios de referencia para garantizar la prestación de los servicios sanitarios públicos. Cada GTS tendrá que elaborar un plan estratégico plurianual que integrará el Plan de salud del territorio y el Mapa sanitario y sociosanitario y de salud pública. Finalmente, de acuerdo con la Ley de mejora de barrios, áreas urbanas y villas que requieren una atención especial se pretende identificar los problemas de salud de la población de este ámbito, establecer las necesidades de equipamientos y servicios sanitarios y proponer medidas que reduzcan las desigualdades con otros grupos sociales y/o territorios, lo que

requiere del trabajo transversal entre diferentes departamentos de la Generalitat e instituciones.

En este escenario, el Departament de Salut desarrolla también nuevos instrumentos de planificación estratégica (el Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública, los planos directores y los planos estratégicos) que tienen como marco de referencia el Plan de salud.

La apuesta emblemática del Plan de salud 2006-2010 se centra en la mejora de los resultados en salud y calidad de vida de la población y en conseguir reducir las desigualdades en salud por razón de género, territorio y clase social. Para alcanzar estas finalidades, las intervenciones y objetivos se articularán alrededor de cinco ejes:

- Conseguir mejores resultados en salud y calidad de vida, reduciendo las desigualdades en salud de la población por razón de género, territorio y clase social.
- La dimensión salud en la toma de decisiones en los diferentes sectores de la sociedad.
- Las elecciones saludables y el compromiso de los ciudadanos con su salud.
- La accesibilidad, la adecuación y la eficiencia de los servicios en un contexto de sostenibilidad y equidad.
- Un nuevo profesionalismo en la atención a la salud.
- Fortalecimiento del protagonismo de la sociedad.

**Tabla 3. Planificación sanitaria. Programas, estrategias y planes. Informe SNS 2005**

		Sí/No	Ediciones (fecha)	Observaciones (*)
<b>Planes de Salud</b>	Plan de Salud de Cataluña	Sí	1993-1995 1996-1998 1999-2001 2002-2005	Fase d'elaboración Plan de Salud de Cataluña 2006-2010.
<b>Cáncer de mama</b>	Programa de cribado poblacional a mujeres de 50 a 69 años	Sí	Desde 1992	Implantación progresiva en el territorio que finalizó en el 2004.
<b>Cáncer de cervix</b>	Programa de cribado	Sí		Cribado a partir de la detección oportunista.
<b>Oncología</b>	Plan director de oncología	Sí		
<b>Enfermedades cardiovasculares</b>	Plan director de las Enfermedades del Aparato Circulatorio	Sí		Audit sobre la detección de factores de riesgo en atención primaria.
<b>Salud mental</b>	Plan director de Salud mental	Sí		
<b>Atención socio-sanitaria</b>	Plan director socio-sanitario	Sí		
<b>Inmigración</b>	Plan director de inmigración y cooperación	Sí		
<b>Violencia de género</b>	Programa para la atención integral de las violencias contra las mujeres	Sí		Programa que forma parte del Plan de acción y desarrollo de las políticas de mujeres en Catalunya 2005-2007.
<b>Planificación de servicios</b>	Mapa sanitario, socio-sanitario y de salud pública	Sí		

(\*) Aspectos innovadores y diferenciales.

## 4. Farmacia

Con la finalidad de hacer frente a la coyuntura actual de la prestación farmacéutica, i en la línea de conseguir los objetivos generales, en el 2005 se ha establecido un plan estratégico 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).

Este plano estratégico se ha implementado este año 2005 en una serie de objetivos estratégicos y operativos, entre los cuales cabe destacar los siguientes:

- Implantación de nuevos modelos de prestación farmacéutica en los centros residenciales sociales. Se ha desarrollado una prueba piloto de un nuevo modelo de prestación con 16 residencias, y se ha ampliado el programa de adecuación de la prescripción farmacéutica al 31% de las residencias geriátricas sociales (42% de las plazas).
- Establecimiento de las bases de la receta electrónica en Catalunya con la constitución de los órganos de gobierno y gestión del proyecto, la aprobación del modelo Receta Electrónica Catalunya, la creación del SIRE, la creación comisiones territoriales piloto y el inicio de la prueba piloto (fase tecnológica).
- Redefinición del modelo de concertación con la farmacia comunitaria con la firma de un anexo que incorpora la prueba piloto de receta electrónica, el inicio de la elaboración de un nuevo manual de facturación y la firma de un convenio para la prueba piloto de atención farmacéutica en residencias geriátricas.
- Potenciación de la prescripción de genéricos, y seguimiento y monitorización del efecto desplazamiento de los principios activos sometidos a PR.
- Mejora de la eficiencia en la prescripción de absorbentes de incontinencia urinaria (AIU) con la aplicación de +7 puntos de descuento en la dispensación de AIU (del 17 al 25%), y la evaluación y análisis individualizado del consumo de AIU.
- Optimización del programa de crónicos con la implantación de los criterios comunes mínimos del programa de prescripción crónica, y la definición y consenso de los criterios de evaluación.

Así, las actividades llevadas a cabo durante el 2005 son muchas y de diferentes ámbitos, unas específicas y otras enmarcadas en proyectos a medio/largo plazo, pero la valoración que se puede realizar desde nuestra comunidad autónoma es muy positiva.

En relación al sistema de información sobre consumo farmacéutico a nivel hospitalario (sin receta oficial del SNS), diferenciar entre aquel generado por los pacientes ingresados y el imputado a la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (MHDA).

## a) Pacientes ingresados

Cada hospital recibe una cantidad monetaria por alta en la que se incluye el coste de la medicación. No disponemos 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.

## b) MHDA (medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria)

Para esta medicación sí que existe un sistema informatizado creado en 1999 y del que es posible obtener información sobre el gasto farmacéutico por tipos y agrupación de medicamentos.

Durante el 2006 la explotación de datos se hará en un entorno mucho más interactivo y flexible que permitirá hacer análisis más complejos, y cuya compatibilidad con otros soportes permitirá en un futuro hacer estudios transversales con otros ámbitos de prescripción.

Finalmente, comentar que este sistema de información ha posibilitado realizar tareas de asignación de presupuestos y ha facilitado enormemente el seguimiento de la prescripción.

**Tabla 4. Farmacia. Informe SNS 2005**

Datos dispensación farmacéutica extrahospitalaria (en receta oficial del SNS a través de oficina de farmacia)

	Datos 2005		Observaciones
<b>Número de recetas dispensadas</b>	Número total de recetas	125.056.444	Incremento del 4,56% respecto 2005.
	Porcentaje recetas de genéricos/total de recetas	17,6%	Media 2004: 14,5%. Incremento de 3,1 puntos (21,4%).
<b>Gasto farmacéutico</b> (considerado el resultado de la siguiente operación: Importe total a PVP-aportación del usuario)	Gasto farmacéutico total	1.682.199.480 € (PVP-Aportación)	Incremento del 4,59% respecto el 2004.
	Porcentaje gasto genéricos/gasto farmacéutico total	9,5%	2004: 8,1%. Incremento de 1,4 puntos (17,3%).
<b>Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos</b> (considerando el n.º de recetas dispensadas y especificando el nombre del subgrupo que se corresponda con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según RD 1348/2003)	En el total de recetas dispensadas	N02BE Anilidas N05BA Derivados de la benzodiazepina A02BC Inhibidores de la bomba de protones	N02BE Representa el 5,9% s/total recetas. N05BA Representa el 5,2% s/total recetas. A02BC Representa el 5,0% s/total recetas.
	En el total de recetas dispensadas de genéricos	A02BC Inhibidores de la bomba de protones C09AA Inhibidores de la ECA, monofármacos C10AA Inhibidores de la HMG CoA reductasa	A02BC Representa el 19,4% s/total recetas de genéricos. C09AA Representa el 8,7% s/total recetas de genéricos. C10AA Representa el 8,3% s/total recetas de genéricos.

## 5. Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos

### I. Los recursos humanos del sistema de salud. Catalunya

La Ley de Ordenación sanitaria de Catalunya de 1990 configura un modelo sanitario mixto, que integra en una sola red de utilización pública todos los recursos sanitarios, sean o no de titularidad pública y que aglutina una tradición de entidades (mutuas, fundaciones, consorcios, centros de la Iglesia) históricamente dedicadas a la atención de la salud. El Servicio Catalán de la Salud tiene como objetivos asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario y situar a los ciudadanos y ciudadanas en el centro de la gestión sanitaria y de salud.

La gestión de los recursos humanos del sistema sanitario catalán no corresponde al Servicio Catalán de la Salud, sino a las entidades que forman parte de la red sanitaria de utilización pública y que son las que realizan la actividad asistencial que el Servicio Catalán de Salud, compra, financia y evalúa.

Forman parte de la red asistencial tanto los recursos públicos gestionados por el Instituto Catalán de la Salud, cuyo personal es estatutario, como los recursos de titularidad diversa que son concertados con el Servicio Catalán de la Salud, y cuyo personal es laboral. Existe además, toda una red asistencial privada, de mutuas y entidades aseguradoras no concertada con el Servicio Catalán de la Salud. Ello, evidentemente, tiene repercusiones directas en la gran dispersión de datos que sobre recursos humanos existe en Catalunya y en la complejidad que ello comporta a los efectos de obtención y mantenimiento de datos fiables y actualizados.

Por Orden de la Consellera de Salut SLT/355/2004, de 29 de septiembre, se crea la Comisión de desarrollo operativo del Libro Blanco de las Profesiones Sanitarias, que cuenta con la participación de instituciones y organizaciones profesionales. Las funciones de esta Comisión son: impulsar y proponer líneas de trabajo que permitan analizar las disponibilidades actuales de profesionales, desde una perspectiva cuantitativa y cualitativa, así como su evolución futura, diseñar instrumentos de coordinación de la formación sanitaria que faciliten la integración de los objetivos estratégicos de los sistemas educativo y sanitario, diseñar estructuras para el desarrollo de nuevas estrategias y metodologías de valoración, acreditación y reconocimiento de la calidad de la formación y de la competencia para garantizar la seguridad de las actuaciones sanitarias a los ciudadanos y potenciar mecanismos de motivación de los profesionales e impulsar líneas de trabajo que potencien del trabajo en equipo multidisciplinar y multiprofesional en diferentes ámbitos de los sectores de salud y bienestar.

El proyecto prioritario propuesto por la Comisión de desarrollo operativo del Libro Blanco de las Profesiones Sanitarias, es el análisis de tendencias en las necesidades de profesionales sanitarios que se considera fundamental para la adecuada planificación de los recursos humanos y que ha de basarse en estudios, datos e indicadores fiables, transparentes y adecuados a nuestro entorno sanitario. Este proyecto consta de tres fases:

- 1) Estudio de demografía de las profesiones sanitarias
- 2) Análisis de tendencias en función de la evolución de nuestro entorno
- 3) Observatorio de las Profesiones Sanitarias.

**El Estudio de demografía de las profesiones sanitarias**, realizado a través del Consorci Centre d'Estudis Demogràfics de la Universitat Autònoma de Barcelona analiza los estoc disponibles de profesionales sanitarios en Catalunya y presenta una fotografía actual del perfil sociodemográfico de los profesionales sanitarios tomando como fuentes de información, datos censales, colegiales y administrativos de la población.

El Estudio ha revelado una gran dispersión y falta de información sobre los profesionales sanitarios en Catalunya, y recomienda la creación de un registro único y continuo de profesionales (alimentado básicamente por los registros de profesionales ya existentes) con información integrada sobre sus características sociodemográficas con el objetivo de generar un instrumento que ayude a la planificación de los recursos humanos del sistema sanitario.

Actualmente, y ya entrados en la segunda fase del proyecto, se están realizando proyecciones demográficas y analizando las tendencias en la evolución de las competencias profesionales.

El Observatorio de las Profesiones Sanitarias se configura como el instrumento que ha de permitir tener una visión contextualizada de las profesiones sanitarias en Catalunya y adecuar y actualizar permanentemente las tendencias de necesidades en función de los cambios en el entorno que se produzcan o se pueda prever se producirán.

## II. Formación continuada

En Catalunya, dos profesiones sanitarias, la de médicos y la de farmacéuticos disponen de un Consejo de Formación continuada propio, que son:

Consell Català de formació mèdica continuada, creado por Orden de 20 de diciembre de 1989 (Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 1243 de 17.1.90), modificada por Orden de 27 de jul. de 1999 (DOGC núm. 2971 de 9.9.99), que se adscribe al Departamento de Salut. (<http://www.ccfmc.com/cat/inici.htm>)

Consell Català de formació farmacèutica continuada, creado por Orden de 9 de febrero de 2001 (DOGC núm. 3335 de 26.02.01), adscrito al Departamento de Salut.

**Tabla 5. Planificación y desarrollo de Recursos Humanos. Informe SNS 2005**

Organización de la formación continuada	Sí/no	Nombre	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)		
Institución u Organismo específico	Sí	Consell català de formació mèdica continuada	Ordre de 29 de diciembre de 1989 y Ordre de 27 de julio de 1999 (DOGC núms. 1243 de 17.11.1990 y 2971 de 9.9.1999)			
Otro Sistema (especificar)	Sí	Consell català de formació farmacèutica continuada	Ordre de 9 de febrer de 2001 (DOGC 3335 de 26.02.2001)			
<b>Edad</b>						
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>&lt;30 años</b>	<b>30-50 años</b>	<b>&gt;50 años</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Número de Profesionales en Atención Primaria</b>						
Medicina familiar y comunitaria	1.438	1.770				Total: 3.208
Pediatría	228	436				Total: 664
Enfermería	407	3.205				Total: 3.612
Farmacia						
Psicología Clínica						
Otros profesionales sanitarios (Rehabilitación, Fisioterapia)						odontólogos 353 y auxiliares de enfermería 584
Otros profesionales no sanitarios						
Porcentaje de población atendida por Equipos de Atención Primaria	100%					
<b>Número de Profesionales en Atención Especializada</b>						
Medicina	16.283	13.254				Total: 29.537
Enfermería	4.107	32.017				Total: 36.124
Auxiliar de enfermería*						
Farmacia	2.448	6.477				Total: 8.925
Otro personal sanitario						Total: 23.747
Personal no sanitario vinculado*						

(\*) Sin datos.

Fuente: Demografía de les Professions Sanitàries a Catalunya: Anàlisi dels Estocs Actuals de Professionals Sanitaris. Centre d'Estudis Demogràfics. Fichero de datos proporcionado por el ICS a 31.01.05. Estimación del número de profesionales no jubilados según la categoría profesional y el sexo. Catalunya 2005.

**Tabla 5. Planificación y desarrollo de Recursos Humanos. Informe SNS 2005 (continuación)**

	Edad				Observaciones
	Hombres	Mujeres	<30 años	30-50 años	
<b>Número de profesionales por especialidades médicas</b> (según RD 127/1984 por el que se regula la Formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)					
Alergología					79
Análisis clínicos					112
Anatomía patológica					171
Anestesiología y reanimación					688
Angiología y cirugía vascular					116
Aparato digestivo					300
Bioquímica clínica					53
Cardiología					321
Cirugía cardiovascular					47
Cirugía general y del aparato digestivo					634
Cirugía maxilofacial					63
Cirugía pediátrica					63
Cirugía torácica					146
Cirugía plástica y reparadora					28
Dermatología médico-quirúrgica y venereología					253
<b>Número de médicos no jubilados según especialidad.</b>					
<b>Catalunya 2005</b>					
Endocrinología y nutrición					188
Estomatología					575
Farmacología clínica					48
Geriatría					70
Hematología y hemoterapia					214

**Tabla 5. Planificación y desarrollo de Recursos Humanos. Informe SNS 2005 (continuación)**

	Edad				Observaciones
	Hombres	Mujeres	<30 años	30-50 años	
Hidrología					3
Inmunología					23
Medicina del trabajo					549
Medicina de la educación física y el deporte					139
Medicina espacial					176
Medicina intensiva					799
Medicina interna					26
Medicina legal y forense					53
Medicina Nuclear					87
Medicina preventiva y salud pública					74
Microbiología y parasitología					149
Nefrología					209
Neumología					56
Neurocirugía					43
Neurofisiología clínica					233
Neurología					898
Obstetricia y ginecología					501
Oftalmología					115
Oncología médica					47
Oncología radioterapia					294
Otorrinolaringología					700
Psiquiatría					334
Radiodiagnóstico					177
Rehabilitación					771
Reumatología					227
Traumatología y cirugía ortopédica					
Urología					

Fuente: Demografía de les Professions Sanitàries a Catalunya: Anàlisi dels Estocs Actuals de Professionals Sanitaris. Centre d'Estudis Demogràfics.

## 6. Investigación

### Descripción de la Política de Investigación en Ciencias de la Salud

En el año 2004 se incorpora la Política Científica como una de las acciones estratégicas de la Dirección de Estrategia y Coordinación del *Departament de Salut*. Para la planificación y desarrollo de estas acciones se dispuso la puesta en marcha del Plan Director de Investigación en Ciencias de la Salud redactándose un anteproyecto de Política Científica, Plan Estratégico y creándose el Consejo Asesor de Investigación en Ciencias de la Salud.

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

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

De acreditación y financiación de grupos de investigación.

- Por parte de la Dirección General de Investigación del *Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació, de la Generalitat de Catalunya*.

### Balance comparativo

Catalunya capta el 32,2% de los recursos destinados a proyectos de investigación (FIS).

### Valoración de ensayos clínicos

Actividad muy importante.

Fuente de financiación esencial para las fundaciones de investigación (60% de los ingresos de las fundaciones).

Actividad coadyuvante en la formación metodológica de los facultativos.

## Estrategia de difusión de los resultados

No hay instrumentos centralizados.

Existen memorias de actividad por fundaciones.

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

La introducción de guías clínicas:

- Atención Primaria: ICS en patologías más prevalentes.
- Atención Especializada: se han redactado en áreas prioritarias (oncología, neurología, cardiovascular, etc.).

No se han realizado por parte del Departament de Salut convocatorias públicas y competitivas de proyectos de investigación

El balance de la investigación en nuestra comunidad autónoma a partir de la participación en convocatorias competitivas de ámbito estatal, especialmente FIS-Carlos III, debe considerarse positivo ya que, en términos generales entorno al 30-35% 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 disgregados por grupos, si no que lo que hay es 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 la misma en revistas de prestigio, a poder ser, con el mayor factor de impacto (de la revista). Las memorias de muchos de los institutos y fundaciones de investigación recogen anualmente en un listado los artículos científicos originales, en qué revista se ha publicado y qué factor de impacto tiene esta 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 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, más centrado en meta-análisis y revisiones sistemáticas dentro de la iniciativa internacional que lleva este nombre.

Por otro lado, también encontramos que existen otros diversos mecanismos de difusión de la MBE como, por ejemplo, las diferentes iniciativas, tanto del *Departament de Salut* (Dirección General de Planificación y Evaluación) como de proveedores (especialmente el *Institut Català d'Oncologia* y otros) en la elaboración de guías de práctica clínica.

Además de esta estrategia de difundir e implementar guías, también existen otras estrategias más complejas como los «audits» de la práctica clínica y el feed-back 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 (*Departament de Salut*, *Departament*

*d'Educació i Universitats*), 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 *Institut Català de la Salut*). Existen asimismo otras fundaciones en hospitales de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP) y fundaciones de carácter estrictamente privado (por ejemplo, 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, a 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 del 2005 desde el Departament de Salut se ha promovido la creación del Institut de Recerca Biomedica (IRB) que incluye el laboratorio de Metastasis Tumoraes (METLAB), el Institut de Bioenginyeria de Catalunya (IBEC), el 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 Catalunya (ICCC)

## Ámbito Software

Entre los programa de soporte al desarrollo de la actividad investigadora destacan a lo largo del 2005 el programa RDI Internacional y el 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 captura de recursos para la investigación, tanto en el ámbito europeo como mundial. El programa incluye tanto actividades específicas de soporte a la preparación y gestión de proyectos como de formación de personal de los grupos de investigación, asesoramiento legal. A lo largo del 2005 el desarrollo del programa ha permitido la captura de cerca de 14 millones de € 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 valorización de los resultados de éstos procesos en cualesquiera de las vías existentes (creación de empresas, licencias, venta de patentes). A lo largo del 2005 en el marco del desarrollo del programa se han identificado cerca de 150 innovaciones potencialmente comercializables

## Ámbito Brainware

En el ámbito relacionado con el personal investigador destaca el diseño de la carrera profesional del investigador biomédico, adaptación al entorno hospitalario de la carrera profesional del investigador diseñada desde el Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació. 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 periodo de formación del investigador. En congruencia con este programa se ha iniciado la colaboración con el Instituto de Salud Carlos III para el desarrollo del Programa de Estabilización y intensificación de la actividad investigadora.

	Número investigadores
Programa Estabilización	14
Programa Intensificación	15

## 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 del 2005 se ha procedido a la creación y inicio del desarrollo del proyecto de bioregión catalana.

**Tabla 6. Investigación. Informe SNS 2005**

	Sí/no	Denominación	Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Agencia de Evaluación de Tecnologías	Sí	Agencia de Evaluación de Tecnologías e Investigaciones Médicas (AATRIM)	Empresa pública	
Organismo de Investigación en Ciencias de la Salud				
	Sí/no	Número		Observaciones
Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC)	Sí	25		
Proyectos de Investigación financiados por FIS	Sí	440		
Proyectos de Investigación financiados por Fondos Europeos	Sí	35 proyectos	Financiación: 14.000.000 euros (20 proyectos pendientes de resolución).	
Proyectos de Investigación financiados en Convocatorias Regionales	Sí	Pública AATRIM: 29 proyectos Privada MTV3: 31 proyectos	Financiación: 1.021.720 euros. Financiación: 7.692.513 euros.	
Ensayos Clínicos patrocinados por industria	Sí	450		

## 7. Sistemas de información sanitaria

El *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya* apuesta por implantar soluciones funcionales y tecnológicas que faciliten la integración de la información, mejore la eficiencia, garantice la calidad y permita la equidad de acceso al sistema sanitario en un entorno territorialmente descentralizado y con resultados a corto y medio plazo.

Las soluciones a implantar han de permitir la interoperabilidad con el resto del Estado mediante el establecimiento de canales de información y políticas tecnológicas compartidas entre todas las comunidades, con el objetivo de mejorar la cohesión y la eficiencia del sistema.

El *Departament de Salut* lidera y coopera con los diversos agentes en el avance de las TIC y los Sistemas de Información en salud y ha reorganizado el área SI/TIC entre las distintas unidades que lo componen (*Departament de Salut (DS)*, *Servei Català de la Salut (SCS)*, *Institut Català 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 Catalunya son:

### Proyecto de Historia Clínica Compartida de Catalunya

#### 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 a los sistemas de información de gestión hospitalaria, primaria y de productos intermedios de todos los proveedores asistenciales y a registros centrales del *Departament de Salut* y del *Servei Català de la Salut*. En el ámbito del *Institut Català de la Salut* ya existe alguna experiencia en Historia Clínica Compartida entre centros ICS y centros de la red hospitalaria concertada. Actualmente la experiencia de historia clínica compartida en el entorno ICS implica el acceso a 290.000 informes de hospitalización y 700.000 informes de urgencia desde cualquier estación clínica de atención primaria del ICS.

### Proyecto Sistema de Información de Receta Electrónica en Catalunya (SIRE)

La definición e implantación del proyecto piloto de receta electrónica se ha planteado en cuatro fases: la fase previa, la fase tecnológica (Diciembre 2005), la fase operativa (abril 2006) y la fase de extensión (septiembre 2006, implantación progresiva). El despliegue de la receta electrónica a todo el territorio está previsto a partir del 2007, una vez evaluado el piloto.

Este proyecto implica, entre otros aspectos, la definición de un sistema de información integrado, la adaptación por parte de los proveedores del software de las estaciones clínicas y de gestión de Oficina de Farmacia para posibilitar el uso de SIRE y la elaboración de nuevos procedimientos de trabajo para la aplicación del modelo de receta electrónica. Es imprescindible el uso de sistemas de información y de una red de comunicaciones seguros, para facilitar y dar garantías de protección a la gestión y el intercambio de información exclusivamente sanitaria.

Los principales beneficios de la implantación de la receta electrónica se pueden enumerar según la relación siguiente:

- Mejora de la calidad asistencial: Información al paciente respecto su plano 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 coste-efectivas por la decisión de la selección y el uso de los medicamentos, optimizar la dispensación (adecuación dosis, medidas de envases, etc.) y favorecer la reducción de stocks medicación en los domicilios particulares.

## Cuadro de Mando Integral (CMI) del Departament de Salut

Los objetivos de este cuadro es implantar la herramienta de soporte tecnológica que permita integrar la información proveniente del Sistema de Información del Departament de Salut 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 Departament de Salut.

## Plan de sistemas de información para el despliegue de la nueva Agència de Protecció de la Salut (APS)

El objetivo 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 Gobiernos Territoriales de Salud (comunicación interadministrativa) y a los operadores económicos (gestores del propio autocontrol).

### «Salut en Xifres» (Salud en Cifras)

Este proyecto permite disponer información homogénea, consistente 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 sanitarios, la actividad y calidad asistencial, la satisfacción con el sistema sanitario e información de protección de la salud, farmacéutica y económica. La información está prevista que se suministre en formato electrónico (a través de soluciones de visualización web para intranet e Internet) y papel.

### 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 SAP) configura una parte importante del Programa de Modernización de la Institución tanto desde la perspectiva de la gestión como desde la perspectiva 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 Institut Català de la Salut (850 edificios). La utilizan de forma habitual unos 14.000 usuarios 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 la atención primaria (medicina general, pedia-

tría y enfermería). Este servicio da cobertura al 100% de la población asignada al Institut Català de la Salut y desde el mismo se programan 250.000 visitas mensualmente.

## Otras actuaciones en Sistemas de Información

Otros proyectos en fase de desarrollo son: «El plan integral de Telemedicina y soluciones multicanal para los niveles asistenciales, que incluye el plan estratégico de imagen digital», «Implantación de sistemas de información para la gestión de las nuevas estructuras descentralizadas (Governs Territorials de Salut)», «Registro General de Pacientes (Integración de todas las bases de datos de pacientes del Departament)», «Integración de BBDD y soluciones de Business Intelligence», «Plan de Sistemas del ICAM (responsable de la Gestión de las Incapacidades Temporales) Implantación generalizada», «Atlas electrónico de Salud/Mapa Sanitario on-line», «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».

## Propuesta de colaboración con el conjunto del Sistema Nacional de Salud

Seria adecuado establecer procedimientos de trabajo y estándares a nivel del SNS en:

- **Receta electrónica** - Posibilidades de tratar la facturación si se suprime la receta en formato papel.
- **Historia clínica compartida** - Definición de estándares de mensajería entre las Comunidades Autónomas.
- **Tarjeta sanitaria** para el funcionamiento de las historias clínicas en atención primaria - Capacidad de validar los datos de las tarjetas sanitarias y de conocer el nivel de cobertura en un sistema de información global.

**Tabla 7. Sistemas de información sanitaria. Informe SNS 2005**

	Sí/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Instituto de Información o Estadísticas sanitarias	Sí	Idescat	<p><b>Decreto 341/1989</b> Creación IDESCAT</p> <p><b>Decreto 173/1994</b> Reglamento de régimen interior del IDESCAT</p> <p><b>Decreto 127/2000</b> Estructuración <i>Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació</i></p> <p><b>Decreto 34/2003</b> Organización y Funcionamiento IDESCAT</p> <p><b>Decreto 262/2006</b> Aprobación del Programa anual de actuación estadística para el año 2006</p>	Organismo autónomo de carácter administrativo, adscrito al <i>Departament d' Economia i Finances</i> , con personalidad jurídica propia, con autonomía administrativa y financiera	
<b>Autopercepción estado de salud bueno o muy bueno en &gt;16 años</b>					
		<b>Año(s) en que se ha realizado</b>		<b>Porcentaje hombres</b>	<b>Porcentaje mujeres</b>
<b>Encuestas de Salud (CC.AA.)</b>	<b>Sí/no</b>				
	Sí	1994	77,6	67,2	
	Sí	2002	79,5	71,2	
	Sí	2005/2006			Estado actual: en curso Previsión de resultados: finales del 2006.

## 8. Calidad

El Departament de Salut considera entre sus objetivos principales la calidad de las prestaciones impartidas a los ciudadanos que, junto con el impulso a la mejora de las organizaciones, forman parte de sus líneas de actuación.

De entre las numerosas actuaciones dirigidas a la mejora de la calidad de la asistencia cabe destacar el sistema de acreditación sanitaria, con veinticinco años de experiencia y aplicado hasta el momento actual en centros de asistencia hospitalaria aguda. El programa se impulsa desde la administración con los objetivos destacables de homologar la calidad de dichos centros y evaluar los servicios de salud para poder incidir en el uso eficiente de los recursos. La acreditación constituyó un elemento clave para la creación de la red de hospitales públicos de Catalunya y, desde entonces, está ligada a la contratación de servicios sanitarios públicos y privados.

A finales del año 2005 se han completado tres procesos de acreditación y se dispone de 85 hospitales acreditados, 60 de cobertura pública y 25 centros privados.

Como características globales más destacables, citar que las unidades de dichos centros que presentan un mayor número de aspectos mejorables son la seguridad contra incendios, las actuaciones dirigidas a la evaluación de la calidad de la asistencia, las unidades de hospitalización, la estructura física en general y la documentación clínica.

En este contexto, con la experiencia acumulada en la aplicación de dichos programas de evaluación externa y, teniendo en cuenta las más modernas tendencias de gestión de la calidad en el entorno europeo, el Departament de Salut pone en marcha una nueva iniciativa en el sector de la acreditación sanitaria que va a ser de nuevo pionera en Europa.

El modelo de acreditación para centros hospitalarios de asistencia aguda incluye aspectos completamente innovadores como es la adaptación de la filosofía de un modelo de gestión de la calidad a un modelo de acreditación y a su metodología característica.

Los ejes del modelo pueden resumirse en: un enfoque a los procesos de la organización y una clara orientación a los resultados, satisfacción de ciudadanos y profesionales, impacto positivo en la sociedad, y la posibilidad de adaptación del modelo a todas las líneas de servicios, sin olvidar en ningún momento la situación del entorno así como que el programa sea realista y económicamente sostenible para el sistema sanitario.

Se considera necesario respetar al máximo la idiosincrasia de los propios centros para la implantación del modelo y favorecer el impulso de la cultura de la calidad.

Considerando que la calidad siempre ha sido el propósito más importante para las personas de las organizaciones sanitarias, los objetivos del modelo quieren dar respuesta a la responsabilidad de la administración pública sanitaria de salvaguarda de la garantía de la asistencia prestada en los centros sanitarios, de acuerdo a las líneas de actuación del Departament de Salut.

Entre estos objetivos cabe destacar el establecer un nivel de competencia para las organizaciones acreditadas y el aspecto del impulso a la mejora de la calidad, inherente a todo sistema de acreditación.

Otro de los aspectos innovadores tanto en el modelo de acreditación como para el sector salud es la incorporación de entidades externas a la Administración para la realización de las evaluaciones a los centros que optan por la acreditación, a diferencia de los procesos anteriores en que los evaluadores eran funcionarios públicos. En este sentido y res-

pondiendo a los objetivos principales antes señalados, la administración establece un estricto proceso de autorización y control de las empresas que se constituyan como entidades evaluadoras externas. Conscientes de la novedad del sistema y de la importancia de dicho punto en el proceso de acreditación, el organismo acreditador establece un programa de formación a los evaluadores, que incide directamente en la calidad de sus actuaciones.

Asimismo, la puesta en marcha del modelo incluye un programa de formación a los hospitales, que facilite la auto evaluación y un importante programa de comunicación, ya iniciado, con página web para la gestión, desarrollo, implantación y mejora del sistema de acreditación.

Resaltar por último la participación en la elaboración del modelo y el reconocimiento del mismo por parte de entidades de prestigio en la metodología y aplicación de sistemas de evaluación de la calidad, entre otras, el Centre d' Innovació i Desenvolupament Empresarial (CIDEM), del Departamento de Trabajo e Industria de la Generalitat de Catalunya y la propia Entidad Nacional de Acreditación (ENAC).

Como conclusión, comentar que desde un inicio ha primado en la gestación de todo este trabajo los beneficios que de su aplicación puedan derivarse, así el generar confianza a profesionales y ciudadanos, que pueda constituirse en una guía para la mejora de la institución, que sea el elemento clave para la contratación y que al mismo tiempo que se evalúan los servicios de salud, genere una política activa que incida directamente en el progreso de las instituciones sanitarias.

La progresiva implantación de este nuevo modelo en el sector sanitario de Catalunya ha de ser una herramienta de calidad eficaz, que garantice que nuestro sistema sanitario continúe siendo competente, de la máxima calidad posible y económicamente viable.

## 9. Seguimiento del estado de salud de la población

### Planes de salud

La evaluación sistemática de los objetivos de las sucesivas ediciones del Plan de salud de Catalunya ha constituido un elemento imprescindible para la formulación de los planes de salud siguientes.

La evaluación de los objetivos de salud y de disminución de riesgo para el año 2000 mostró que se habían conseguido 3 de cada 4 de los objetivos formulados. El conocimiento aportado por el proceso de evaluación, señalando qué intervenciones han conseguido el efecto esperado, en que grupos de población, etc., ha permitido formular con mayor precisión los objetivos de salud para el año 2010.

Al finalizar la etapa de cada uno de los planes se efectúa la evaluación de los objetivos operacionales para el periodo. Los distintos procesos de evaluación de estos objetivos han puesto de manifiesto el logro de la mayoría de ellos, no obstante, también ha mostrado las dificultades en la aplicación de las propuestas, entre las que cabe destacar, el reducido potencial del sistema sanitario para lograr determinados objetivos sin la intervención de otros sectores, la escasa asignación de recursos específicos, la deficiente formulación de algunos objetivos, etc.

El proceso de planificación realizado durante los últimos diez años, ha puesto de manifiesto la necesidad de establecer planes específicos para los problemas de salud prioritarios mediante un trabajo en profundidad y con la participación de los profesionales implicados. Su finalidad es, además de definir objetivos de salud, establecer propuestas elaboradas en todo el proceso de atención a los problemas de salud (prevención, detección, tratamiento y rehabilitación).

Las fuentes de información utilizadas para el seguimiento del estado de salud de la población de Catalunya incluyen los registros de mortalidad y morbilidad como el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), el registro de enfermedades de declaración obligatoria, el registro de indicadores materno-infantiles, el de interrupción voluntaria del embarazo, el sistema de información de drogodependencias y diversos estudios específicos como la Encuesta de salud de Catalunya, el Examen de salud de Catalunya, la Auditoria de Historias Clínicas de la atención primaria, las Encuestas de Tabaquismo. También se utilizan otros registros más específicos como las de enfermedades nosocomiales, el registro de infarto (Regicor), etc.

Las fuentes de información pertenecientes a registros permanentes se utilizan con regularidad, sin embargo no existe una periodicidad establecida para los estudios «ad hoc». No obstante, las auditorias se vienen haciendo con una periodicidad de 5 años y, en principio, este sería un intervalo de tiempo que se considera adecuado para otras fuentes de información no sistemáticas.

Existe una monografía de la evaluación de los objetivos del Plan de Salud, que incluye la mayor parte de los métodos y fuentes de información que se utilizan en Catalunya. (*Evaluación de los objetivos de salud y disminución de riesgo del Plan de Salud de Catalunya para el año 2000. Med Clin (Barc) 2003;121 (supl 1): 1-142. Pág. 24 de 30.*)

La evaluación del Plan de salud 2002-2005 es el punto de partida y forma parte del análisis de situación. Incluirá el seguimiento de los objetivos de salud y disminución de riesgo en el horizonte del año 2010, todavía vigentes y el grado alcanzado de los objetivos operacionales 2002-2005 a nivel de Catalunya y su territorio.

El análisis de situación del Plan de salud 2006-2010 se basa en el estudio de los indicadores del estado de salud y sus determinantes, utilización de los servicios sanitarios y satisfacción de los usuarios, analizando la evolución temporal y la comparación territorial. También se ha previsto la aproximación al gasto social de determinados problemas de salud.

## Encuesta de salud de Catalunya

En todos los análisis de resultados generados por las dos ediciones de la ESCA (1994 y 2002) se incorpora la información de desigualdades sociales, por género y por territorio. Asimismo, la base de datos de la ESCA es de acceso público y se ha facilitado para diferentes tipos de investigaciones y estudios en relación a las desigualdades de salud.

Actualmente se está realizando la tercera edición de la ESCA (ESCA 2006), donde se ha ampliado todos los ámbitos relacionados problemas de salud y utilización de servicios y aspectos sociales. En el análisis de la información generada en esta tercera edición de la ESCA se profundizará especialmente en el estudio de las diferencias de salud por edad, género, territorio y clase social.

## Los Planes Directores

La Generalitat de Catalunya, fomentando el rol directivo del Plan de salud, lo refuerza con la creación de los Planes directores que se encargan de operativizar las políticas marcadas por el Plan de Salud. El Departament de Salut ha priorizado seis temas, en base al análisis de la salud, los servicios sanitarios y el contexto socioeconómico de Catalunya: salud mental y adicciones, oncología, enfermedades cardiovasculares, sociosanitarios, inmigración e investigación en ciencias de la salud.

El análisis de la situación de salud y utilización de servicios sanitarios realizado en cada Plan Director se ha enfocado especialmente desde la perspectiva de las desigualdades en salud: básicamente territorial y de género, ya que los proyectos concretos que se proponen llevar a cabo para poder asumir los objetivos y metas en salud definidos son de aplicación en el territorio. Por otro lado, se incorpora la perspectiva de género en aquellas intervenciones donde está demostrado mediante estudios rigurosos llevados a cabo en Catalunya que existe una diferencia entre hombres y mujeres en el acceso y/o utilización de servicios sanitarios.

## 10. Participación

### Gestión listas de espera

La Comunidad Autónoma de Catalunya, una vez incorporado un sistema uniforme de priorización para las prótesis de rodilla, lo ha implantado de forma obligatoria para los pacientes que tienen que ser intervenidos, consiguiendo el 100% de la información para todos los pacientes incluidos en el registro nominal de lista de espera. Este sistema de puntuación, contempla tanto aspectos sociales como clínicos, ha contribuido conjuntamente con las unidades monográficas de rodilla, a disminuir el número y el tiempo de los pacientes en espera.

Incorporación a principios de 2005 de la especialidad que solicita la intervención quirúrgica, para cumplir con las especificaciones de solicitud de información que regula el Real Decreto 605/2003 del 23 de mayo, seguimiento del nivel de cumplimiento por parte de los centros hospitalarios.

Definición de 13 nuevos grupos de procedimientos quirúrgicos, para su monitorización durante el año 2006 y su posterior incorporación en la lista de espera.

La Comunidad Autónoma de Catalunya ha puesto en funcionamiento el registro nominal para el seguimiento de la lista de espera de pruebas diagnósticas.

En Diciembre de 2005 se ha realizado el primer corte de información para su análisis.

Planificación para el año 2006 del diseño y construcción del sistema de información para el seguimiento y gestión de la lista de espera de consultas externas.

**Tabla 10. Participación. Informe SNS 2005**  
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

	Sí/no	Referencia legislativa	Observaciones
Libre elección de médico	Sí	Instrucción 3/2003.	Decreto en trámite.
Segunda opinión			Decreto en trámite.
Acceso a la Historia Clínica	Sí	Llei 21/2000 de 21 de diciembre.	
Consentimiento Informado	Sí	Llei 21/2000 de 21 de diciembre.	
Instrucciones Previas/ Últimas Voluntades	Sí	Llei 21/2000 de 21 de diciembre.	
Guía o Carta de Servicios	Sí		
Información en el Sistema Nacional de Salud (información de carácter administrativo relativa a servicios y unidades asistenciales disponibles y a los requisitos de acceso a los mismos: libertad de elección de médico y centro, conocimiento de listas de espera, posibilidad de segunda opinión, etc.)	Sí		Información de lista de espera.
Garantías a los pacientes con necesidades especiales de información asociadas a la discapacidad	NO		No hay plan específico.
<b>Figura o Institución de Defensa de los derechos de los pacientes</b>	Sí/no	Denominación	Referencia legislativa
	Sí	Síndic de Greuges	Figura jurídico-administrativa (tipo)
<b>Subvenciones a asociaciones de pacientes</b>	Sí/no	Quantia dedicada en 2005	Referencia normativa convocatoria
	Sí	2.186.316,84 euros	Observaciones
			N.º de asociaciones subvencionadas en 2005
			62

# 11. Equidad

## Planes de salud

El Servicio de Plan de Salud tiene encomendada entre otras funciones la de analizar las necesidades de salud y las desigualdades de la población, identificar los problemas de salud prioritarios y proponer las intervenciones de acuerdo con criterios de eficiencia, factibilidad y aceptabilidad social. Desde que en el año 1993 se elaborara el primer Plan de salud de Catalunya hasta el que se está elaborando actualmente para el período 2006-2010 las desigualdades de salud han sido analizadas desde varias perspectivas: edad, género, situación socioeconómica y territorio básicamente.

El análisis de la situación de salud y utilización de servicios sanitarios pone de manifiesto aquellos ámbitos donde se hace necesario definir objetivos de salud e intervenciones destinados a aquellas poblaciones más vulnerables si así queda demostrado.

Concretamente los planes de salud de las regiones sanitarias recogen las desigualdades en salud y se proponen objetivos e intervenciones específicos para reducir estas desigualdades, concretamente estos objetivos e intervenciones quedan definidos en el ámbito de la salud materno-infantil, la tuberculosis, el sida y el consumo de drogas ilegales. También se definen objetivos e intervenciones destinadas a poblaciones diana concretas como pueden ser los inmigrantes –por ejemplo intervenciones relacionadas con la mejora de la accesibilidad de este colectivo a los servicios sanitarios –entendido el término accesibilidad desde una perspectiva completa e integral–.

## Encuesta de salud de Catalunya

En todos los análisis de resultados generados por las dos ediciones de la ESCA (1994 y 2002) se incorpora la información de desigualdades sociales, por género y por territorio.

Algunos productos elaborados a partir de los datos de las dos ediciones de la ESCA han sido:

- La salud de las mujeres en Catalunya ¿Qué sabemos?
- La equidad territorial en la realización de prácticas preventivas en Catalunya
- Estado de salud en mujeres y varones en Catalunya. ¿Se están produciendo cambios?

Actualmente se está realizando una nueva edición de la ESCA, donde el eje estratégico es «conseguir mejores resultados en salud y calidad de vida, reduciendo las desigualdades de salud por razón de género, territorio y clase social» al tiempo que se han ampliado todos los ámbitos relacionados problemas de salud y utilización de servicios y aspectos sociales.

## Los Planes Directores

Uno de los caballos de batalla actualmente en Catalunya y que marcan las líneas estratégicas de actuación y proponen líneas de intervención, objetivos y proyectos concretos en el marco del Plan de salud de Catalunya son los planes directores. De los seis Planes Directores actuales dos se centran en un grupo de población más vulnerable: gente de edad más avanzada e inmigrantes. Por una parte, el Plan director sociosanitario se centra en las personas mayores enfermas y en los pacientes crónicos y define 4 grandes áreas de actividad: la atención geriátrica, la atención a las personas mayores con demencia, la atención a personas con enfermedades neurológicas que pueden cursar discapacidad y la atención al enfermo terminal. Por otra parte, el Plan director de inmigración pretende dar respuesta a los problemas específicos de salud de la población inmigrante y la atención a la diversidad, en un contexto de incremento importante de población inmigrante en Catalunya.

El análisis de la situación de salud y utilización de servicios sanitarios realizado en todos los Planes Director, se ha enfocado especialmente desde la perspectiva de las desigualdades en salud: básicamente territorial y de género, ya que los proyectos concretos que se proponen llevar a cabo para poder asumir los objetivos y metas en salud definidos son de aplicación en el territorio. Por otro lado, se incorpora la perspectiva de género en aquellas intervenciones donde está demostrado mediante estudios rigurosos llevados a cabo en Catalunya que existe una diferencia entre hombres y mujeres en el acceso y/o utilización de servicios sanitarios.

Por ejemplo, en el caso del Infarto Agudo de Miocardio, está documentado que la letalidad post-infarto a corto plazo (primeros 28 días) es superior en las mujeres que en los hombres. El peor pronóstico de las mujeres es debido básicamente a:

- Peores condiciones basales (insuficiencia cardiaca)
- Factores de riesgo: diabetes mellitus, hipertensión arterial
- Tipo de infarto: más extenso
- Retraso en la asistencia: imagen masculina de la cardiopatía isquémica; cuadro clínico atípico

Por esta razón, en los contratos de compra de servicios que establece el Servicio Catalán de Salud con los proveedores se ha incorporado la perspectiva de género, para que el tiempo de respuesta en la atención sanitaria a una mujer que presenta un IAM se acerque a los tiempos de actuación sanitaria que se dan en el caso de los hombres y en este sentido se orientan los centros sanitarios en Catalunya: forma de presentación del infarto, las enfermedades coadyuvantes, el tiempo en la asistencia, la letalidad.

**Tabla 11. Proyectos y medidas para la equidad. Informe SNS 2005**

Género y Etnia	Sí/no	Tipo de medida	Referencia normativa	Observaciones
<b>Género</b>	Sí	Formación mujeres africanas para prevención de Sida, Intervención en programas de salud comunitaria, Prevención de Multilaciones GF.	Protocolo de prevención MGF interdepartamental, y legislación general.	Formación de mujeres africanas en prevención.
	Sí	<ol style="list-style-type: none"> <li>Atención específica (PASSIR).</li> <li>Compra de servicios.</li> <li>Recomendaciones.</li> <li>Formación</li> <li>Estudios</li> <li>Perspectivas de género en Sistemas de información.</li> <li>Discapacidad</li> </ol>		
	Sí	General, de planificación: <b>Plan director de inmigración en el ámbito de la salud</b> , que ha priorizado: <b>Plan de acogida, Plan de Mediación en salud, Plan de Formación de profesionales.</b>	Decreto Generalitat.	
<b>Etnia</b>	Sí	Específicas: acogida y acceso específico a Tarjeta sanitaria a colectivos en riesgo (prostitución, drogodependencias) o a trabajadores temporeros extranjeros.	Circuito interno CatSalut.	Aun no siendo en tanto que extranjeros, sí lo son en su mayoría. Personas que ejercen prostitución, drogodependientes.
<b>Etnia</b>	Sí	Específicas: guías y protocolos para profesionales. Promoción de materiales culturalmente adaptados (Videos, Juegos), para actuaciones en SIDA y TBC. Elaboración de Jornadas de Formación para las comunidades y profesionales.	En elaboración y fase de coordinación en el Plan director.	
<b>Etnia</b>	Sí	<ol style="list-style-type: none"> <li>Accesibilidad.</li> <li>Mediación</li> <li>Formación</li> <li>Plan Integral del pueblo gitano.</li> </ol>		
<b>Discapacidad</b>	Sí	<ol style="list-style-type: none"> <li>Apoyo a fundaciones.</li> <li>Sordera.</li> <li>Discapacitados.</li> <li>Formación</li> <li>Estudios.</li> </ol>		

## 12. Descripción de experiencias innovadoras

### 12.1. El proceso de la gobernabilidad

El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya ha iniciado un proceso de descentralización de la gobernabilidad del sistema de salud en base a la voluntad de compartir la toma de decisiones con las administraciones locales.

Los principales objetivos del proyecto se basan en la firme creencia de que la proximidad a la población es la mejor fórmula para conocer las características diferenciales de sus necesidades y prioridades y que sólo desde esta proximidad es posible una toma de decisión eficiente y el desarrollo de las actuaciones más efectivas.

Por este motivo, se está desplegando un nuevo modelo que se estructura en tres ejes principales:

- Un consejo rector formado de manera paritaria entre la administración de la Generalitat (50%) y las administraciones locales del territorio (50%). Este consejo rector es el espacio de diálogo, debate y de toma de decisiones conjuntas. Es la expresión de la democracia representativa.
- Un consejo de participación o consejo social formado por el asociacionismo civil presente en el territorio y vinculado al ámbito de la salud. En este consejo participan también los agentes sociales y profesionales. Es la expresión de la democracia participativa.
- Una comisión de las entidades prestadoras de servicios, integrando tanto a las de salud pública como a las asistenciales sanitarias y sociales.

Estas organizaciones, llamadas Gobiernos Territoriales de Salud (GTS), tienen personalidad jurídica propia bajo la forma de consorcio interadministrativo. En su despliegue, pero, no se prevé que dispongan de estructura presupuestaria propia, teniendo como estructura para su funcionamiento, las estructuras desconcentradas y descentralizadas del Departament de Salut y del Servicio Catalán de la Salud o aquella aportada por los Ayuntamientos participantes.

Esta nueva organización, además del objetivo general de acercar las decisiones (y por tanto las actuaciones) al territorio, persigue otras finalidades:

- Favorecer la integración de competencias en el ámbito de la Salud y de los servicios sociales.
- Promocionar la continuidad de servicios en el ámbito de la salud y de los servicios sociales.

Este proyecto de descentralización hacia el territorio debe ir acompañado con un proceso de centralización en determinados conceptos.

Tiene que haber un cierto grado de reafirmación de la autoridad sanitaria y especialmente en la fijación de criterios comunes y homogéneos, en líneas directivas comunes a todos los territorios y en la fijación de políticas comunes, con una recentralización de determinados aspectos de la planificación que permitan garantizar la prestación de servicios de calidad en todo el territorio.

### 12.1.1. Situación actual del proceso de la descentralización

El decreto que regula la creación de los GTS se ha aprobado por el Govern de la Generalitat el día 14 de Marzo de 2006. Este decreto da cobertura jurídica, define la composición de los órganos de gobierno, las funciones y la participación de ciudadanos, profesionales, proveedores y representantes de la administración local en el territorio dentro del nuevo modelo.

### Normas que regulan/apoyan el proceso

La LOSC, llei 15/1990 de ordenació sanitària de Catalunya, es el marco general de referencia que aporta los principios informadores relativos a la descentralización, la integración de servicios y la participación. La Ley 13/1989 de 14 de diciembre de organización, procedimiento y régimen jurídico de la Administración de la Generalitat de Catalunya, da el soporte jurídico a la creación de estos consorcios.

### 12.1.2. Ámbito territorial y número de GTS

Estos gobiernos tienen un alcance territorial definido que se han concretado en función de los acuerdos con la Asociación Catalana de Municipios y la Federación de Municipios de Catalunya, con otras entidades representativas del ámbito local y acuerdos específicos con las administraciones locales, que se han materializado con la firma de pactos de salud de los diferentes territorios de referencia, con el fin de facilitar el desarrollo de los procesos de colaboración y descentralización de forma equilibrada.

El número de GTS previstos que han de cubrir el territorio de Catalunya es de 37. Hasta la fecha se han firmado 27 pactos de salud que conducirán a la constitución de los correspondientes gobiernos territoriales.



### 12.1.3. Plan de comunicación

Para dar a conocer e impulsar este nuevo modelo, el Departament de Salut está promoviendo un Plan de comunicación y de participación en el proyecto destinada a todos los posibles actores y agentes implicados. En este sentido se han organizado jornadas participativas con administraciones locales, entidades proveedoras y asociaciones civiles de Catalunya, forums de debate y se ha publicado el primer número de la revista «Governant la Salut».

### 12.1.4. Conclusiones

Actualmente el Consejo de Dirección del Servei Català de la Salut ha aprobado la propuesta de Decreto que da cobertura jurídica, define la composición de los órganos de gobierno, las funciones y la participación de ciudadanos profesionales y proveedores en el nuevo modelo.

Este proyecto estratégico está en la fase de aprobación, por los diferentes plenarios municipales y Gobierno de la Generalitat, de la creación de los diferentes consorcios y modelo de estatutos que regirán el funcionamiento homogéneo del órgano de gobierno de los mismos.

## 12.2. Programa «Salud y Escuela» Departamento de Salut Departamento de Educación

### 12.2.1. Introducción

La adolescencia es, especialmente, una etapa de cambios entre la vida infantil y adulta, donde se consolidan los valores y las actitudes, como los estilos de vida, tan importantes para la salud actual y futura.

La utilización de los servicios sanitarios por parte de los adolescentes y jóvenes se caracteriza por problemas de baja frecuentación, seguimiento irregular de los trastornos y un abordaje poco estructurado. Los principales elementos que en la población adolescente influyen en la baja e irregular utilización de los servicios son entre otros: escasa sensibilización sobre salud y enfermedad, baja consciencia del riesgo y la prevención así como problemas de accesibilidad a los servicios, por otra parte presentan factores de riesgo asociado a problemas de salud prioritarios (embarazos no deseados, salud mental, drogodependencias, trastornos alimentarios. Como demuestran los resultados de la tendencia en la evolución de embarazos en mujeres de 14 a 17 años del 1999 al 2003 ha ido en aumento en un ratio de 7,0 por 1.000, al 9,8 por 1.000. La evolución de pacientes atendidos de 14-15 años en los centros de salud mental fue de 2.533 jóvenes en 1999 a 4.461 en el 2002, siendo los trastornos mas frecuentes los trastornos de la personalidad y la ansiedad en un 33,52% y los de adaptación en un 22,19%. Respecto a la evolución de la prevalencia del consumo de drogas en la población de 14-18 años se observa que las drogas que tienen una evolución creciente de consumo (al menos una vez en los últimos 30 días), son el Cannabis (de 17% en el 1994 al 26,8% en el 2002 y la Cocaína 0,8% en el 1994 al 2,7% en el 2002.

Desde los Departamentos de Educación y Salud se quiere impulsar las actuaciones de promoción y prevención de la salud a la escuela y coordinar mejor las actuaciones en el territorio, integrándolas en un único proyecto. El programa Salud y Escuela con la finalidad de potenciar la coordinación de los centros docentes, los servicios educativos y los servicios sanitarios en acciones de promoción y prevención de la salud y de atención a los alumnos, ordenando y coordinando las actuaciones en el territorio. Favorecer la accesibilidad de los adolescentes a los programas de salud con garantías de privacidad, confidencialidad y proximidad. Teniendo en cuenta las posibilidades de actuación en los ámbitos extra sanitarios haciendo intervenciones orientadas a la comunidad., actuar es en los centros de enseñanza secundaria, en equipos interdisciplinarios (atención primaria de salud, servicios especializados, equipos de asesoramiento psicopedagógico, educadores)

### 12.2.2. Objetivos del Programa

Mejorar la salud de los adolescentes a través de acciones de promoción de la salud y prevención de las situaciones de riesgo y atención precoz de problemas de salud relacionados con salud mental, la salud afectivo sexual el consumo de drogas, alcohol y tabaco y en colaboración con los centros educativos los servicios de salud comunitarios presentes en el territorio.

### 12.2.3. Actividades que desarrolla el programa

Detección de casos de riesgo. Consulta abierta en el centro educativo. Actuaciones de Promoción i Educación para la Salud

### 12.2.4. La población objeto

Población adolescente de segundo ciclo d'ESO (3.º y 4.º), de los centros públicos y concertados ( $\cong$ 125.000 alumnos en Catalunya)

### 12.2.5. Profesionales implicados

El Programa tiene como eje vertebrador el equipo de atención primaria de salud (principalmente en enfermería), de acuerdo con la priorización del Departament de Salut de potenciar la atención comunitaria, de los equipos

Las enfermeras de referencia reciben formación específica en técnicas de entrevista con adolescentes, trabajo en grupos y aspectos relacionados con los problemas de salud más relevantes.

Los profesores de los centros educativos a los que se les facilitan de sesiones de formación y materiales didácticos para la realización de actuaciones de promoción de actitudes y actividades saludables.

Todos los Centros que imparten educación secundaria (públicos y concertados) tendrán como referente un profesional del centro de salud

### 12.2.6. Recursos movilizados

La implantación del programa esta prevista en tres fases; la 1.ª fase se realizó durante el curso 2004-05 en 71 equipos de atención primaria, 198 centros ESO con 27.036 alumnos

con un total de 129 enfermeras referentes. La 2.<sup>a</sup> fase ha tenido lugar durante el curso 2005-06. En 99 EAP; 292 centros ESO con un total de 37.444 alumnos, y 151 enfermeras referentes, queda pendiente de iniciar la 3.<sup>a</sup> fase durante el curso 2006-07 en 171 EAP 448 centros de ESO con 55.000 alumnos y una previsión de 250 enfermeras referentes. Actualmente disponemos de 381 centros de ESO con una enfermera referente con 3 horas de consulta a la semana.

#### 12.2.7. Evaluación del programa

Se realiza mediante la evaluación de proceso, evaluando los motivos de consulta y las intervenciones realizadas por la enfermera en la consulta y las actividades de educación para la salud realizadas mayoritariamente por los profesores en las aulas en el marco de la actividad curricular. Paralelamente se ha llevado a cabo una evaluación cualitativa, al final del curso 2004-05, realizando entrevistas en profundidad para conocer: la opinión, percepción y satisfacción de los profesionales implicados en el programa, su despliegue y posible impacto, y la pertinencia de las intervenciones y recursos. Evaluación de impacto con un estudio transversal. Encuesta de Salud, población diana: alumnos de 3ro y 4to de ESO matriculados en el curso 2005-06 (13165 de 122 centros ESO) resultados situación basal septiembre 2006 resultado del impacto finales 2008. Responsable fundación Jordi Gol i Gurina.

#### 12.2.8. Conclusiones Preliminares de la evaluación cualitativa

Ponen de manifiesto una estrecha colaboración entre los tutores los EAP, los equipos psicopedagógicos y las enfermeras referentes, que ha permitido tratar situaciones que antes pasaban desapercibidas. Se ha instaurado una colaboración permanente con los servicios municipales de salud pública. Los alumnos disponen de un espacio donde poder informarse pedir consejo sobre temas que les preocupan y para ellos son difíciles de solucionar, los profesores pueden consultar como enfocar situaciones o problemas, se han realizado las primeras intervenciones, en casos detectados de anorexia, consumo de drogas y sexualidad de riesgo con posibilidad de una intervención precoz.

### 12.3. Creación y despliegue de la Agencia de Protección de la Salud de Catalunya

#### 12.3.1. Justificación

La Ley 7/2003, de 25 d'abril, de protección de la salud, aprobada el 8 de mayo del 2003, moderniza una parte de la salud pública, la protección de la salud. Constituye un primer paso en el ordenamiento de las actividades y los servicios de salud pública y prevé las herramientas científicas, técnicas y organizativas necesarias para contribuir a preservar la salud de la población de Catalunya:

- define con concreción cuáles son las actividades de protección de la salud que abarca,

- define cuál es la intervención administrativa en estas actividades,
- crea la Agencia de Protección de la Salud (APS),
- crea la red de laboratorios de salud ambiental y alimentaria de utilización pública, integrada por los laboratorios acreditados,
- crea un marco flexible de colaboración entre la Agencia de Protección de la Salud y las administraciones locales, y
- establece una participación significativa de las personas que representan los ayuntamientos y los consejos comarcales en sus órganos de dirección.

La APS, adscrita al Departament de Salut, se crea como organismo autónomo administrativo con personalidad jurídica propia, autonomía administrativa y financiera, presupuesto propio y total capacidad para obrar en ejercicio de sus funciones. Integra todos los servicios y las actividades de protección de la salud y los coordina con el resto de organismos de protección de la salud, con el fin de proteger la población de los factores ambientales y alimentarios que pueden producir un efecto negativo en la salud de las personas.

El Decreto 128/2006, de 9 de mayo, por el cual se aprueba el Estatuto de la Agencia de Protección de la Salud, regula la organización y el régimen de funcionamiento de acuerdo con los principios de desconcentración de funciones y de participación de las administraciones públicas competentes en la materia.

### 12.3.2. Población diana

Las acciones de protección de la salud se dirigen a la prevención de los efectos negativos que diversos elementos del medio pueden tener sobre la salud y el bienestar de las personas. Tradicionalmente, se han dividido en dos grandes áreas: la salud ambiental y la salud alimentaria. Con respecto a la salud ambiental, las actuaciones van destinadas a la vigilancia y el control de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en los diferentes elementos del medio y en los lugares de convivencia humana. Respecto a la salud alimentaria, las intervenciones se destinan al control y la vigilancia de los agentes mencionados que están presentes en los alimentos o que éstos pueden vehicular.

La población diana incluye, por tanto, todos los colectivos de personas que se benefician de las intervenciones de l'Agencia de Protección de la Salud:

- a) Los colectivos de personas, físicas o jurídicas, que comercializan un producto alimentario o reciben un producto comercializado en la Unión Europea, tanto de un Estado miembro como de un país tercero, en cualquier fase de su producción o distribución (Establecimientos de elaboración de alimentos, almacenes, locales de venta al menor...).
- b) Las personas que gestionan los lugares de convivencia humana i equipamientos públicos.
- c) La población en general, incluidos los colectivos de especial riesgo de sufrir enfermedades de transmisión alimentaria o ambiental, como los niños, ancianos y personas inmunodeprimidas.

### 12.3.3. Características principales de su desarrollo

La ordenación de las actividades y de los servicios de protección de la salud se ajusta a los siguientes principios informadores:

- *Protección de la salud de la población*: fomento de un grado adecuado de protección de la salud de la población respecto a los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el medio, en el marco de los planes de salud y de seguridad alimentaria de Catalunya.
- *Concepción global e integrada de los servicios de protección de la salud*: La Agencia de Protección de la Salud cuenta con un sistema integral de gestión para implantar un control por resultados, delimitar claramente las responsabilidades y establecer una evaluación adecuada de los parámetros que inciden en la calidad y los costes de los servicios.
- La racionalización, la eficacia, la efectividad, la *simplificación y la eficiencia en la organización*, y el fomento y la *mejora de la calidad de los servicios* de protección de la salud.
- La *descentralización y desconcentración* de la gestión: Con la finalidad de acercar sus servicios a la ciudadanía, la Agencia de Protección de la Salud tiene una estructura desconcentrada en el territorio en diversos servicios regionales y sectores sanitarios dónde los profesionales de los equipos de protección de la salud llevan a término las actividades de protección de la salud. Existen siete servicios regionales (*Barcelona, Catalunya Central, Girona, Lleida, Camp de Tarragona, Terres de l'Ebre* y *Alt Pirineu Aran*) y 44 sectores sanitarios.
- La *equidad* y la superación de las desigualdades territoriales y sociales.
- La *participación comunitaria* en la planificación y el control de la ejecución de las políticas de protección de la salud.
- La *coordinación y cooperación interdepartamentales e interadministrativas* en las actividades de protección de la salud: La APS ejerce competencias relativas a la protección de la salud en concurrencia y coordinación con el resto de administraciones competentes en la materia.
- El *seguimiento del procedimiento de análisis del riesgo* para abordar los problemas de salud relacionados con los alimentos y otros elementos ambientales.
- La *preeminencia de las actividades de protección de la salud* sobre los intereses económicos u otras consideraciones.
- El *fomento de la creación de recursos científicos y de información* en el ámbito de la protección de la salud: La APS ha de establecer los instrumentos de información y comunicación suficientes para informar la población y ha de adoptar los canales de comunicación permanente, con el fin de tener informados los ciudadanos de las cuestiones más relevantes y destacadas en materia de salud pública y, así, contribuir a incrementar la confianza de la población en el caso de situaciones de riesgo.

### 12.3.4. Aspectos destacables de su implantación o aplicación

- La *creación de los órganos de dirección de la APS*, el Consejo Rector y el director o directora gerente. El Consejo Rector es el órgano superior de dirección de la

APS en el cual hay representantes de las administraciones competentes (*Generalitat de Catalunya* i entes locales), en el ámbito de protección de la salud, y fija los criterios de actuación de la APS, de acuerdo con las directrices del Departament de Salut y del Servicio Catalán de la Salud.

- La *creación de órganos de participación de la APS*, el Consejo General de Participación de la APS y los consejos regionales de participación. Son órganos de participación activa en los cuales hay representantes de la sociedad en términos relacionados con la protección de la salud, con objeto de cooperar en la consecución de los objetivos que le son propios. Forman parte representantes de la *Generalitat de Catalunya*, entes locales (*Associació Catalana de Municipis i Comarques* y *Federació de Municipis de Catalunya*), organizaciones sindicales con más representación en el ámbito sanitario en Catalunya, organizaciones económicas más representativas de Catalunya en el ámbito de la protección de la salud, asociaciones de consumidores y usuarios, organizaciones profesionales de médicos, diplomados en enfermería, farmacéuticos y veterinarios, asociaciones medioambientales, universidades y expertos en el ámbito de gestión del riesgo en protección de la salud. Ejercen funciones de participación social, de asesoramiento, de consulta y de seguimiento sobre cuestiones relacionadas con la protección de la salud.
- La *creación de los servicios regionales*, demarcaciones territoriales que son coincidentes con las regiones sanitarias del Servicio Catalán de la Salud. Llevan a término, con respecto al ámbito territorial respectivo, las actividades de protección de la salud, de acuerdo con las directrices del Consejo Rector y del director o directora gerente de la entidad.
- La *creación de los Equipos de Protección de la Salud (EPS)*, conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que hace actuaciones relativas a la protección de la salud, de una manera integrada en subunidades territoriales denominadas sectores, que son coincidentes con los sectores sanitarios del Servicio Catalán de la Salud. El EPS es pluridisciplinario y se organiza bajo el principio general de polivalencia de funciones de las personas que lo componen para asegurar el cumplimiento de las actividades establecidas al catálogo de servicios en su ámbito. Al frente del equipo de protección de la salud hay una persona responsable, que dirige el funcionamiento y asegura la coordinación con el resto de estructuras del sistema sanitario y con los entes locales del ámbito respectivo.  
Esta persona ha de asegurar también la prestación de los servicios mínimos y del apoyo técnico a los entes locales, especialmente en los casos de urgencia. Está prevista la creación de cuarenta centros de trabajo territoriales con el equipamiento necesario para ejercer las actividades de protección de la salud con criterios de proximidad en relación a los ayuntamientos y la población y de desconcentración en la gestión.
- La *Integración del personal de la Agencia de Protección de la Salud*: a) Personal funcionario de la Administración de la *Generalitat* (todos los puestos de trabajo que comportan el ejercicio de funciones de autoridad son provistos por este personal). b) El personal procedente de las corporaciones locales adscrito. c) El personal procedente de las corporaciones locales que sea adscrito funcionalmente en el marco de los convenios que se establezcan con la Agencia. El personal al servicio de las corporaciones locales, durante el tiempo que presta apoyo técnico a la

- Agencia de Protección de la Salud, tiene la consideración, sólo a estos efectos, de personal al servicio de la Agencia, y d) Personal laboral, que se rige por la legislación correspondiente.
- El *desarrollo del Sistema Integrado de Información* de l'APS, que da soporte informático y establece los instrumentos de información y comunicación necesarios para desarrollar las actividades de protección de la salud con eficiencia y eficacia en cualquier nivel de la organización, y atender las necesidades de los profesionales.
  - La *elaboración de los instrumentos necesarios para el seguimiento, evaluación y la planificación* de las futuras políticas y medidas de protección de la salud. Entre estos instrumentos cabe destacar:
    - a) la elaboración del *mapa ambiental y alimentario en protección de la salud* donde se describen las entidades y actividades que pueden ser una fuente de riesgo;
    - b) el diseño de un *modelo de planificación de los recursos humanos en el territorio*, que tiene en cuenta la demanda de prestación de servicios, los recursos disponibles, y las cargas netas de trabajo territoriales.
    - c) la *evaluación y clasificación del riesgo de todas las actividades* de protección de la salud.
    - d) la elaboración del *mapa de riesgos de Catalunya*, sobre la base de los puntos anteriores.
  - La *estandarización de las actividades* de los profesionales con criterios uniformes y procedimientos de evaluación y seguimiento.
  - La *elaboración del catálogo de servicios*, documento donde se recoge de forma ordenada, el conjunto de las actividades y productos que la Agencia puede proveer para preservar, proteger y promover la salud de la población. Constituye el referente para la provisión de servicios destinados a proteger la salud de las personas en todo el territorio catalán, a la vez que propicia un marco de estabilidad para la cooperación y colaboración entre las diferentes administraciones sanitarias encargadas de la prestación de los servicios de protección de la salud. A partir del conjunto de servicios y prestaciones esenciales del Catálogo, se *elaboran las carteras de servicios*, documentos que incluyen las actividades previstas para proveer servicios acordados con diferentes clientes y usuarios.
  - El *establecimiento del convenio marco* de relaciones con las organizaciones asociativas de entes locales. La concurrencia de competencias obliga a compartir criterios, circuitos y responsabilidades entre las administraciones por poder conseguir la eficacia y la eficiencia en la prestación de servicios.
- La Ley de protección de la Salud establece un nuevo ámbito de cooperación interadministrativa basado en la colaboración y, para hacerlo posible, crea un marco flexible de colaboración entre la APS y las administraciones locales, que permite encuadrar los diferentes niveles de colaboración con los entes locales de Catalunya. En este contexto, el pasado mes de enero se firmó por la consejera de Salud, el presidente de la Asociación Catalana de Municipios, y el presidente de la Federación de Municipios de Catalunya, el convenio marco de la APS, dónde

se acuerda la relación de actividades y servicios que la Agencia de Protección de la Salud podrá prestar a los entes locales para proveer los servicios mínimos de competencia local, en materia de protección de la salud previa formalización del correspondiente convenio de encargo de gestión.

- La fijación de la relación de actividades y servicios para proveer los servicios mínimos obligatorios de competencia local como: la educación sanitaria en materia de protección de la salud en el ámbito de las competencias locales; la gestión del riesgo para la salud derivados de los productos alimentarios (en las actividades del comercio minorista, la restauración, la producción de ámbito local y el transporte urbano), de la contaminación del medio, de los animales domésticos y peri-domésticos, de las plagas y con respecto a las aguas de consumo público; La gestión del riesgo para la salud en los equipamientos públicos y los lugares habitados, incluidas las piscinas; La policía sanitaria mortuoria en el ámbito de las competencias locales y; Cualquier otra actividad de competencia local relacionada con la gestión en materia de protección de la salud, en conformidad con la legislación vigente en la materia.
- El establecimiento de criterios generales que han de regir los contratos y los convenios de la APS, donde se especifican las variables que deben tenerse en cuenta: a) la relación de actividades correspondientes a los servicios mínimos de competencia local acordados que proveerá l'Agencia de Protección de la Salud a los entes locales sin contraprestación económica b) la descripción y alcance de cada una de las actividades que estarían incluidas en cada servicio mínimo relacionado; c) La determinación de las líneas estratégicas prioritarias de actuación en función de los riesgos sanitarios determinados por cada fuente de riesgo a controlar; d) La valoración de los tiempos medios necesarios para la realización de cada actividad; i e) La disponibilidad de recursos humanos en cada uno de los sectores sanitarios en que se organiza la Agencia en el territorio.

#### 12.3.5. Metodología seguida para su seguimiento y evaluación

La creación y el despliegue de l'APS se han formalizado como un proyecto prioritario del Departament de Salut de la *Generalitat de Catalunya*. Su seguimiento se realiza a través de la metodología del *cuadro de mando integral*, técnica mediante la que se han fijado los objetivos, los indicadores y las metas de la organización a corto y largo plazo, y se realizan evaluaciones quincenales.

#### 12.3.6. Resultados más destacables

La creación y despliegue de l'Agencia de Protección de la Salud de Catalunya permite la superación de las principales deficiencias en la prestación de los servicios de protección de la salud existentes con anterioridad, como por ejemplo la ausencia de liderazgo y de iniciativa, la prestación de servicios inequitable, centralizada y burocratizada, la baja renovación, cohesión y coordinación técnica, o la frustración de los usuarios (entes locales y regionales).

En particular, cabe destacar la modernización y reforma de los dispositivos de provisión de servicios, mediante la integración de todos los servicios y las actividades referidos a la protección de la salud y la coordinación con el resto de organismos de protección de la salud, los siguientes resultados:

- la optimización de los recursos personales y materiales que se destinan a las actividades de protección de la salud,
- la ejecución de las actividades de protección de la salud de una manera uniforme y con una elevada calidad,
- la planificación de las futuras políticas y medidas de protección de la salud,
- la disponibilidad de la capacidad de maniobra suficiente para adaptar las actividades a las nuevas prioridades y acontecimientos,
- el aumento de la capacidad de reaccionar rápidamente y coordinadamente delante de las amenazas para la salud y de lucha de manera eficaz contra las amenazas para la salud, ya sean previstas o imprevistas,
- la mejora de la información disponible para los profesionales sanitarios de información básica sobre las actuaciones y las acciones de protección de la salud que deben desarrollar,
- el aumento del diálogo con los consumidores y otras partes interesadas, y
- el aumento de la confianza en los sistemas de vigilancia y control de de las autoridades competentes gubernamentales.

En definitiva, el resultado es la mejora de la calidad de los servicios de protección de la salud con la consiguiente mejora del nivel de protección de la salud de la población de Catalunya:

- Disminución de la incidencia de enfermedades de transmisión alimentaria como la salmonel·losi, la campilobacteriosi, ...
- Disminución de la incidencia de enfermedades de transmisión ambiental como la legionel·losi.