

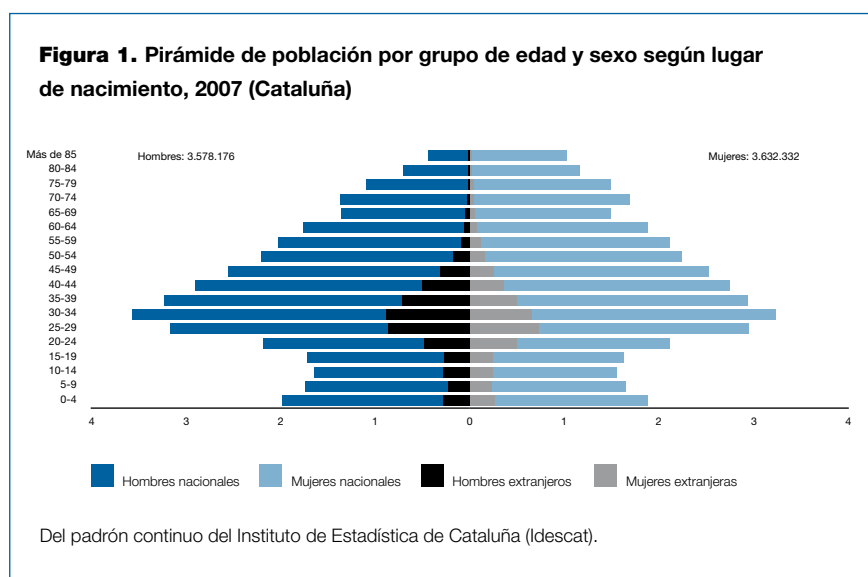
# Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007

## Cataluña



# Características socioeconómicas y demográficas de la población

En Cataluña, la población crece, envejece y se diversifica. La población catalana a 31 de diciembre de 2007, según datos del padrón continuo del Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat), es de 7.210.508 habitantes, de los cuales 3.578.176 son hombres y 3.632.332, mujeres. Por edades, el 14,5 % tiene entre 0 y 14 años; el 69,1, entre 15 y 64 años, y el 16,1, 65 años o más. El número de nacidos vivos en Cataluña es de 82.077 (2006), con una tasa de fecundidad de 46,44 hijos por cada mil mujeres de 15 a 49 años y una media de 1,45 hijos por mujer en edad fértil (fig. 1).



Los dos fenómenos que caracterizan la evolución demográfica reciente son el envejecimiento de la población y la llegada de población extranjera.

Desde el año 2000, la población residente ha aumentado cerca de un millón de habitantes. La mayor parte de este crecimiento está ocasionado por la llegada de población de otros países; concretamente, de los más de siete millones de personas residentes en Cataluña, 1.066.070 son nacidas en el extranjero (14,8 %) y 972.507 tienen nacionalidad extranjera (13,5 %).

Las nacionalidades más frecuentes entre los extranjeros son, en orden decreciente: Marruecos, Ecuador, Colombia, China, Rumanía, Perú, Italia, Argentina, Pakistán y República Dominicana, todos ellos con más de 15.000 personas empadronadas en Cataluña. En total, uno de cada cinco residentes en España nacido en el extranjero vive en Cataluña.

En comparación con la población catalana, los inmigrantes tienen una estructura por edades más joven, mayoritariamente entre 20 y 40 años, edades de máxima actividad productiva y reproductiva. Según datos de 2006, más del 20 % de los nacidos vivos en Cataluña tienen madre extranjera.

La población que supera los 64 años es, cada vez, más numerosa, como consecuencia de la reducción continuada de la mortalidad en edades adultas y avanzadas. Según datos del padrón continuo de 2007, viven en Cataluña 1.183.628 personas mayores, de las cuales el 58 % son mujeres. Sin embargo, la tendencia al envejecimiento relativo se ha lentificado en los últimos años debido a la llegada de la población extranjera y al aumento de la población infantil.

Según datos del Registro Central de Asegurados (Departamento de Salud) de 31 de diciembre de 2007, 7.503.118 personas residentes en Cataluña disponen de tarjeta sanitaria (tabla 1). El número de población con derecho a la asistencia sanitaria es ligeramente superior al de población empadronada.

**TABLA 1. Estructura de la población asegurada por grupo de edad y sexo, 2007 (Cataluña)**

Grupo de edad	Número			Porcentaje		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
De 0 a 14 años	599.339	565.699	1.165.038	16,2	14,9	15,5
De 15 a 64 años	2.595.497	2.514.030	5.109.527	70,0	66,2	68,1
Mayores de 64 años	513.130	715.423	1.228.553	13,8	18,9	16,4
<b>Total</b>	<b>3.707.966</b>	<b>3.795.152</b>	<b>7.503.118</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Del Registro Central de Asegurados, Departamento de Salud.

En cuanto a la actividad productiva, analizada a partir de la Encuesta de Población Activa, las tasas de actividad y de ocupación, las aportaciones a la Seguridad Social y, más recientemente, el número de personas paradas registradas ha aumentado en Cataluña. En 2007, de la población entre 16 y 64 años 3.757.000 se declaran activas o, lo que es lo mismo, el 86,1 % de los

hombres y el 67,6 % de las mujeres. La ocupación es también más elevada en hombres (81,2 %) que en mujeres (62,3 %) con unas tasas máximas entre los 25 y los 44 años. El 19,7 % de la población ocupada es de nacionalidad extranjera. El paro estimado es de 246.000 personas, con una tasa superior en las mujeres (7,9 %) que en los hombres (5,6 %) y más elevada entre los jóvenes.

La renta media neta anual por persona era 9.731 euros en 2006, según el Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat), inferior entre las mujeres y las personas de edad avanzada. Uno de cada cinco hogares catalanes declara dificultad o mucha dificultad para llegar a final de mes. Si añadimos los hogares que declaran poca dificultad, la proporción supera la mitad de los hogares (53,6 %). Además, el 27,6 % de los hogares declaran no tener capacidad para hacerse cargo de gastos imprevistos. Finalmente, el 19,0 % de las personas se encuentran en riesgo de pobreza.

# Seguimiento del estado de salud de la población

El Plan de Salud de Cataluña, de acuerdo con lo establecido en el Plan de Gobierno 2007-2010, define la estrategia de salud y sanidad del Gobierno de la Generalitat de Cataluña, considerando tanto las políticas de salud como los servicios sanitarios.

Previamente a la definición de los objetivos estratégicos 2007-2010, el Plan de Salud realiza un análisis del estado de salud de la población y de sus determinantes a partir de las fuentes estadísticas y de los registros habituales (mortalidad, natalidad, datos hospitalarios, farmacia, etc.) y especialmente con la información de la Encuesta de Salud de Cataluña 2006.

El análisis de situación pone de manifiesto que la salud y la calidad de vida relacionada con la salud de los residentes en Cataluña es buena: 8 de cada 10 personas evalúan positivamente su salud, declarando que es excelente, muy buena o buena. Asimismo, la evolución de los indicadores de mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares y accidentes ha sido favorable si bien aún queda mucho espacio para la mejora.

Las enfermedades del aparato circulatorio son la primera causa de mortalidad entre el total de la población, entre las mujeres y la segunda en hombres; además, es un problema de salud prioritario, por sus consecuencias sobre la autonomía de las personas afectadas y su coste social y económico. En los últimos años, la mortalidad por enfermedad coronaria y por accidente vascular cerebral ha disminuido. En atención primaria, el control de la hipertensión arterial y de la hipercolesterolemia en pacientes diagnosticados(as) ha mejorado significativamente y se han reducido las diferencias por sexo.

El cáncer es la primera causa de mortalidad en hombres y la segunda en mujeres. Anualmente se diagnostican 37.500 nuevos casos de cáncer, excluyendo el de piel no melanoma. Entre 1995 y 2004, la mortalidad global por cáncer ha disminuido (el 1,0 % anual en hombres y el 1,4 % en mujeres) mientras que la incidencia ha ido en aumento. Se espera que las tendencias en mortalidad e incidencia se mantengan en los próximos años. El incremento de la supervivencia al cáncer ha sido posible gracias al desarrollo de estrategias de detección precoz, como los cribados poblacionales y las mejoras en la atención de la enfermedad. A día de hoy, más de la mitad de las personas diagnosticadas de cáncer continúan vivas a los 5 años.

Los accidentes de tráfico son, con relación a la media de años potenciales de vida perdidos, la primera causa de mortalidad prematura para los

dos sexos, además de la segunda causa de mortalidad que origina una pérdida global mayor de años en los hombres y la tercera entre las mujeres. La mortalidad por accidentes de tráfico y la prevalencia de lesionados graves ha disminuido en todas las edades y para ambos sexos aunque la disminución de la accidentalidad asociada con la alcoholemia continúa siendo elevada. Además, la accidentalidad de tráfico presenta diferencias territoriales significativas que deben ser consideradas.

En referencia a los estilos de vida, según la Encuesta de Salud de Cataluña de 2006, el 23,9 % de la población catalana se declara sedentaria, las mujeres en mayor proporción que los hombres, situación que se observa desde la infancia. El consumo de tabaco constituye la primera causa prevenible de pérdida de salud y de mortalidad evitable y prematura. La prevalencia del consumo de tabaco en Cataluña es del 29,4 %, y es superior en hombres (34,5 %) que en mujeres (24,4 %). Sin embargo, entre los 25 y los 34 años la proporción de fumadores es similar en ambos sexos (alrededor del 36 %). La prevalencia del tabaquismo en hombres es más frecuente entre las clases desfavorecidas mientras que en mujeres este patrón está poco definido.

Los datos sobre consumo excesivo de alcohol de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006<sup>1</sup> muestran que en Cataluña la proporción de población bebedora de alcohol de riesgo en el período 1999-2005 ha pasado del 6,4 % (el 8,7 % en hombres y el 4,0 % en mujeres) al 8,5 % (el 10,3 % en hombres y el 6,7 % en mujeres). En la población de 15 a 29 años, el porcentaje ha pasado del 7,5 % (el 9,0 % en hombres y el 5,8 % en mujeres) al 12,6 % (el 12,9 % en hombres y el 13,3 % en mujeres) en el mismo período.

El 77,4 % de la población de 15 años o mayores declara sufrir uno o más trastornos crónicos. Este tipo de trastornos son más frecuentes en mujeres (83,0 %) que en hombres (71,6 %) a medida que aumenta la edad y en clases sociales más desfavorecidas. El 65,8 % de la población (el 59,6 % de los hombres y el 71,8 % de las mujeres) declara sufrir, al menos, uno de los 10 trastornos crónicos más prevalentes. Los trastornos crónicos más frecuentes son las enfermedades de los huesos y las articulaciones y las del aparato circulatorio.

El 15,9 % de la población general declara tener una discapacidad grave, el 19,0 % de las mujeres y el 12,7 % de los hombres, proporción que también aumenta con la edad y en las clases sociales más desfavorecidas. Las principales discapacidades son las relacionadas con el movimiento, las dificultades

1 *Subdirección General de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006.* Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

para andar y las limitaciones para realizar las actividades domésticas. Entre las personas mayores de 64 años, 4 de cada 10 declaran estar, en mayor o menor medida, en situación de dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria. Las personas con dependencia grave representan el 9,2 % de la población de 65 años o mayores, el 6,5 % de los hombres y el 11,2 % de las mujeres.

En relación con la utilización de los servicios sanitarios, el 99,4 % de la población catalana declara tener derecho a la asistencia sanitaria pública y el 26,2 % dispone de doble cobertura. La atención primaria de salud es la referencia del sistema sanitario: 9 de cada 10 personas adultas declaran haber sido visitadas por un profesional de la salud en el último año, y el médico de medicina general es el más frecuentado. La confianza y satisfacción con los servicios asistenciales utilizados en el último año es elevada: el 83,9 % de los hombres y el 83,5 % de las mujeres se sienten satisfechos.

# Desarrollo normativo e institucional

A continuación, se detallan los diferentes decretos, órdenes y leyes promulgados en el año 2007 (tabla 2):

- Decreto 13/2007, de 16 de enero, por el que se establece el Plan de Vigilancia y Control de Residuos en Animales, Vegetales y Alimentos en Cataluña (PRAVA).
- Decreto 31/2007, de 30 de enero, por el que se regulan las condiciones para el ejercicio de determinadas terapias naturales.
- Orden SLT/46/2007, de 5 de marzo, por la que se regula el contenido y el modelo de la tarjeta sanitaria individual en Cataluña.
- Decreto 54/2007, de 6 de marzo, de modificación del anexo del Decreto 60/1999, de 9 de marzo, por el que se establece el calendario de vacunaciones sistemáticas y se prorroga la vigencia del Programa Piloto de Vacunación Antihepatítica A+B.
- Decreto 125/2007, de 5 de junio, por el que se regula el ejercicio del derecho a obtener una segunda opinión médica.
- Decreto 136/2007, de 19 de junio, por el que se crea el Registro de Convenios y Contratos en el ámbito de la asistencia sanitaria pública.
- Decreto 147/2007, de 3 de julio, por el que se establecen los órganos del Departamento de Salud y del Servicio Catalán de la Salud competentes para imponer las sanciones y las medidas cautelares que establecen la Ley 31/1991, de 13 de diciembre, de ordenación farmacéutica de Cataluña, y la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Decreto 159/2007, de 24 de julio, por el que se regula la receta electrónica y la tramitación telemática de la prestación farmacéutica a cargo del Servicio Catalán de la Salud.
- Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud.
- Decreto 192/2007, de 4 de septiembre, de modificación del Decreto 92/2002, de 5 de marzo, por el que se establecen la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y se fijan las normas de autorización.
- Decreto 258/2007, de 27 de noviembre, por el que se establecen, con carácter provisional hasta que se aprueben los estatutos y normas de despliegue de la Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud, normas organizativas del Instituto Catalán de la Salud.



- Decreto 275/2007, de 18 de diciembre, por el que se modifican la disposición transitoria primera del Decreto 213/1999, de 27 de julio, por el que se crea la red de centros, servicios y establecimientos de salud mental de utilización pública de Cataluña, y la disposición transitoria única del Decreto 242/1999, de 31 de agosto, por el que se crea la red de centros, servicios y establecimientos sociosanitarios de utilización pública de Cataluña.

**TABLA 2. Normas legales fundamentales en materia de salud, 2007 (Cataluña)**

Denominación	Fecha	Descripción	Observaciones
Decreto 13/2007, de 16 de enero, por el que se establece el Plan de Vigilancia y Control de Residuos en Animales, Vegetales y Alimentos en Cataluña (PRAVA)	DOGC núm. 4.802, 18/01/2007	<p>Establece el PRAVA como instrumento indicativo y de coordinación de la Administración de la Generalitat de Cataluña y de los entes locales en materia de vigilancia y control oficial de sustancias y residuos en animales, vegetales y alimentos.</p> <p>Tiene como finalidades:</p> <p>a) Planificar la vigilancia y el control de los diferentes grupos de sustancias y residuos que pueden encontrarse en las diferentes especies de animales, vegetales o de alimentos que se trate</p> <p>b) Coordinar las estrategias de vigilancia y las medidas de control de estas sustancias y sus residuos</p> <p>c) Impulsar y colaborar en la formación específica en esta materia de los agentes de las Administraciones implicadas y de los operadores económicos</p> <p>d) Promover estudios científicos y trabajos de investigación relacionados con el ámbito del plan</p> <p>e) Fomentar el autocontrol realizado por las personas titulares de las empresas agroalimentarias, principales responsables de la seguridad de sus productos</p> <p>El PRAVA tiene por objeto establecer anualmente en Cataluña:</p> <p>a) Las medidas de vigilancia y control relativas a las sustancias previstas en el anexo I, grupo A y grupo B, apartados 1 y 2, del Real Decreto 1.749/1998, de 31 de julio, y disposiciones concordantes, y sus residuos, que pueden ser administradas a los animales productores de alimentos de consumo humano</p> <p>b) Las medidas de vigilancia y control relativas a las sustancias previstas en el Real Decreto 280/1994, de 18 de febrero, y disposiciones concordantes, y sus residuos, que pueden ser encontrados en los productos vegetales destinados al consumo humano y/o animal</p> <p>El PRAVA tiene que prever la vigilancia y el control de estas sustancias y residuos en cualquiera de las fases de elaboración, almacenaje, comercialización y su administración a animales vivos y/o vegetales, así como a lo largo de toda la cadena alimenticia, desde la producción primaria hasta la distribución final, y en cualquier tipo de alimento</p>	

<p>Decreto 31/2007, de 30 de enero, por el que se regulan las condiciones para el ejercicio de determinadas terapias naturales</p>	<p>DOGC núm. 4.812, 01/02/2007</p>	<p>Establece las condiciones de ejercicio, en Cataluña, de las terapias naturales siguientes: naturopatía, naturopatía china, quinesiológia, osteopatía, shiatsu, reflexología podal, espinología, drenaje linfático, quiromasaje, diafreoterapia y liberación holística de estrés con técnicas de quinesiológia. Regula los requisitos estructurales, de equipamiento y de actividad que deben cumplir los establecimientos de terapias naturales para su autorización y registro; el procedimiento de autorización de los establecimientos de práctica de terapias naturales; los requisitos del personal no sanitario para la aplicación de las terapias naturales; la formación y la evaluación de conocimientos y competencias de este personal; los requisitos de acreditación de los centros de formación en terapias naturales; la creación y regulación de diversos registros asociados al control de las autorizaciones y acreditaciones otorgadas, de acuerdo con este Decreto, y el régimen de control y sancionador en el ámbito de las terapias naturales. Se excluye del ámbito de aplicación de este Decreto la regulación de los requisitos y el procedimiento de autorización de las unidades asistenciales de terapias no convencionales de los centros sanitarios.</p>	<p>Este Decreto ha sido objeto de la interposición de varios recursos contencioso-administrativos. La Sala Contencioso-administrativa del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña ha declarado mediante autos de 18 de junio de 2007, dictado en el recurso contencioso administrativo 186/2007, y de 25 de julio de 2007, dictado en el recurso contencioso-administrativo 357/2007, la suspensión de los artículos 2, 5, 6, 7, 12.2 e) en relación con el artículo 1.1 b), 18 y disposiciones transitorias primera, segunda, tercera y cuarta.</p>
<p>Orden SLT/46/2007, de 5 de marzo, por la que se regula el contenido y el modelo de la tarjeta sanitaria individual en Cataluña</p>	<p>DOGC núm. 4.839, 12/03/2007</p>	<p>Establece el contenido mínimo de los datos que de la tarjeta sanitaria individual, como documento identificativo y acreditativo de las personas usuarias para el acceso a los servicios sanitarios de cobertura pública a cargo del Servicio Catalán de la Salud. Prevé la posibilidad de incorporar otros datos de interés sanitario, en cumplimiento de la normativa vigente, asegurando la accesibilidad, la confidencialidad y la seguridad de los datos.</p>	<p>Deroga la Orden de 2 de octubre de 2001, de despliegue del Decreto 90/1990, de 3 de abril, sobre la tarjeta sanitaria individual a Cataluña.</p>
<p>Decreto 54/2007, de 6 de marzo, de modificación del anexo del Decreto 60/1999, de 9 de marzo, por el que se establece el calendario de vacunaciones sistemáticas y se proroga la vigencia del Programa Piloto de Vacunación Antihepatítica A+B</p>	<p>DOGC núm. 4.838, 09/03/2007</p>	<p>Modifica el calendario de vacunaciones sistemáticas aprobado por el Decreto 60/1999, de 9 de marzo; establece la continuación de la vacunación frente a la varicela de los preadolescentes de 12 años susceptibles de contraer la enfermedad; prevé la administración de una dosis de vacuna meningocócica C conjugada (MCC) a toda la población de menos de 20 años que no haya recibido dosis alguna después de los 12 meses de vida y proroga la vigencia del Programa Piloto de Vacunación Antihepatítica A+B, creado en el Decreto 60/1999, dirigido al alumnado de 6.º curso de educación primaria, hasta el curso escolar 2013-2014, incluido.</p>	<p>El calendario de vacunaciones sistemáticas vigente fue aprobado por el Decreto 60/1999, de 9 de marzo, y su anexo ha sido modificado por el Decreto 318/2000, de 27 de septiembre, por el Decreto 135/2002, de 30 de abril, por el Decreto 183/2004, de 17 de febrero, y por el Decreto 247/2005, de 8 de noviembre. El Decreto 60/1999, de 9 de marzo, creó el Programa Piloto de Vacunación Antihepatítica A+B para el alumnado de 6.º curso de educación primaria con la finalidad de prevenir la incidencia de las enfermedades causadas por estos dos virus. Este programa, creado inicialmente con una vigencia correspondiente a tres cursos escolares, ha sido prorrogado en dos ocasiones más, la primera para los cursos escolares 2001-2002 y 2002-2003, mediante el Decreto 325/2001, de 4 de diciembre, y la segunda, mediante el Decreto 183/2004, de 17 de febrero, hasta el curso escolar 2005-2006 incluido.</p>

Decreto 125/2007, de 5 de junio, por el que se regula el ejercicio del derecho a obtener una segunda opinión médica	DOGC núm. 4.899, 07/06/2007	Garantiza a las personas que tienen derecho a la asistencia sanitaria a cargo del Servicio Catalán de la Salud el ejercicio del derecho a obtener una segunda opinión médica sobre su proceso patológico Define el concepto de segunda opinión médica y los supuestos que permiten solicitarla, así como el procedimiento de tramitación de las solicitudes de segunda opinión y los informes facultativos y los centros habilitados para emitirlos	
Decreto 136/2007, de 19 de junio, por el que se crea el Registro de Convenios y Contratos en el ámbito de la asistencia sanitaria pública	DOGC núm. 4.909, 21/06/2007	Crea el Registro de Convenios y Contratos de prestación de servicios sanitarios en el ámbito de asistencia sanitaria pública a cargo del Servicio Catalán de la Salud, regula el ámbito objetivo de aplicación –convenios, contratos y subcontratos–, así como el ámbito subjetivo, en tanto que se aplica a la Administración de la Generalitat de Cataluña, sus entidades autonómicas y el resto de entidades de derecho público con personalidad jurídica propia vinculadas o dependientes de la Administración de la Generalitat. También regula el contenido del registro, la comunicación de datos, la publicidad y el régimen de protección de datos	
Decreto 147/2007, de 3 de julio, por el que se establecen los órganos del Departamento de Salud y del Servicio Catalán de la Salud competentes para imponer las sanciones y las medidas cautelares que establecen la Ley 31/1991, de 13 de diciembre, de ordenación farmacéutica de Cataluña, y la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios	DOGC núm. 4.920, 06/07/2007	Establece los órganos competentes para imponer las sanciones y las medidas cautelares que establecen la Ley 31/1991, de 13 de diciembre, de ordenación farmacéutica de Cataluña, como despliegue de su artículo 21.3, que determina que el Gobierno de la Generalitat es competente para imponer las sanciones previstas en este artículo cuando sobrepasen la cantidad de 210.354,25 euros, y remite a la regulación reglamentaria para la determinación de los órganos del Departamento de Salud y del Servicio Catalán de la Salud para imponer las sanciones relativas a las infracciones leves, graves y muy graves –previsión que no había sido objeto de despliegue hasta este momento–, y la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en ejercicio de las competencias de la Generalitat de Cataluña en materia de ejecución de la legislación del Estado sobre productos farmacéuticos y de acuerdo con la potestad de autoorganización de la Administración de la Generalitat de Cataluña También establece las medidas cautelares que adoptar por razones de riesgo para la salud de la población y el órgano competente para adoptar estas medidas, en cumplimiento de lo que disponen el artículo 22 de la Ley 31/1991, de 13 de diciembre, de ordenación farmacéutica de Catalunya, y el artículo 99 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios	
Decreto 159/2007, de 24 de julio, por el que se regula la receta electrónica y la tramitación telemática de la prestación farmacéutica a cargo del Servicio Catalán de la Salud	DOGC núm. 4.934, 26/07/2007	Regula la receta electrónica y la tramitación de la prestación farmacéutica a cargo del Servicio Catalán de la Salud, incorporando automáticamente los datos de la prescripción a una base de datos integrados en un sistema informático que permite generar, a favor del paciente, lo que se podría denominar una cuenta farmacéutica, de la que puede disponer cuando se dirija a una oficina de farmacia para pedir la dispensación de los productos incluidos en la prestación farmacéutica Este sistema tiene garantizado el derecho de la persona a su intimidad y a la confidencialidad de los datos clínicos, el deber del secreto profesional de los médicos y farmacéutico y el acceso a los datos por parte de la Administración sanitaria y las oficinas de farmacia para gestionar la prestación farmacéutica	Por Orden SLT/72/2008, de 12 de febrero, se despliegan las previsiones contenidas en el Decreto 159/2007, de 24 de julio, por el que se regula la receta electrónica y la tramitación telemática de la prestación farmacéutica a cargo del Servicio Catalán de la Salud

<p>Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud</p>	<p>DOGC núm. 4.940, 03/08/2007</p>	<p>Configura el Instituto Catalán de la Salud como una entidad de derecho público de la Generalitat que actúa sujeta al derecho privado, con personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus funciones de provisión de servicios de salud de Cataluña en el ámbito en que tiene que actuar como referente y modelo de organización sanitaria</p> <p>Exige que la actuación del Instituto Catalán de la Salud tiene que ser ágil, competitiva, adaptable a los cambios constantes sociodemográficos, epidemiológicos y tecnológicos y cercano a la realidad y necesidades de la población en todo el territorio</p> <p>Determina que la regulación de la organización y el régimen de funcionamiento del Instituto Catalán de la Salud debe preverse en sus estatutos que tienen que ser aprobados por el Gobierno de la Generalitat en el plazo de 6 meses a partir de la entrada en vigor de la Ley.</p> <p>La Ley se estructura en 5 capítulos, 4 disposiciones adicionales, 2 disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y 3 disposiciones finales</p> <p>El capítulo 1 determina la creación de la empresa pública Instituto Catalán de la Salud (ICS); el capítulo 2 regula los órganos de dirección, de participación comunitaria y de gestión del ICS; el capítulo 3 trata la prestación de servicios sanitarios y sociosanitarios; el capítulo 4 fija el régimen de contratación, de impugnación de actos y de responsabilidad del ICS, y el capítulo 5 trata sobre el régimen de personal, económico y patrimonial del propio Instituto</p> <p>En lo que respecta a la parte final de esta Ley, cabe destacar que contiene una disposición final que modifica las disposiciones primera, segunda, octava y novena de la Ley 7/2003, de 25 de abril, de protección de la salud, con el fin de regular la situación del personal que ha ejercido funciones y actividades en el ámbito de la salud pública en Cataluña, adaptándolo a las nuevas necesidades del ICS y dotando de coherencia interna a los procesos de selección previstos</p>	<p>Por Decreto 258/2007, de 27 de noviembre, se establecen con carácter provisional, hasta que se apruebe el estatuto y las normas de despliegue de la Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud, normas organizativas del ICS</p>
<p>Decreto 192/2007, de 4 de septiembre, de modificación del Decreto 92/2002, de 5 de marzo, por el que se establecen la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y se fijan las normas de autorización</p>	<p>DOGC núm. 4.963, 06/09/2007</p>	<p>Modifica la disposición transitoria única del Decreto 92/2002, de 5 de marzo, por el que se establecen la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y se fijan las normas de autorización, ampliando el plazo, estableciendo como fecha límite el 19 de marzo de 2008, para que los centros y servicios sociosanitarios autorizados antes de la entrada en vigor de este Decreto se adapten a los requisitos funcionales y asistenciales y a los requisitos físicos y materiales que se establecen en él</p>	
<p>Decreto 258/2007, de 27 de noviembre, por el que se establecen, con carácter provisional hasta que se aprueben los estatutos y normas de despliegue de la Ley 8/2007, del 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud, normas organizativas del Instituto Catalán de la Salud</p>	<p>DOGC núm. 5.020, 30/11/2007</p>	<p>Establece con carácter provisional, hasta que se apruebe el estatuto y las normas de despliegue de la Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud, normas organizativas del ICS</p>	

<p>Decreto 275/2007, de 18 de diciembre, por el que se modifican la disposición transitoria primera del Decreto 213/1999, de 27 de julio, por el que se crea la red de centros, servicios y establecimientos de salud mental de utilización pública de Cataluña, y la disposición transitoria única del Decreto 242/1999, de 31 de agosto, por el que se crea la red de centros, servicios y establecimientos sociosanitarios de utilización pública de Cataluña</p>	<p>DOGC núm. 5.033, 20/12/2007</p>	<p>Modifica la disposición transitoria primera del Decreto 213/1999, de 27 de julio, por el que se crea la red de centros, servicios y establecimientos de salud mental de utilización pública de Cataluña, estableciendo que el procedimiento que prevé el artículo 5 del Decreto 213/1999 para la incorporación a la red, así como el resto de requisitos, entrará en vigor el 1 de enero de 2009. Mientras tanto, configuran la red los centros que tienen en la actualidad convenios o contratos suscritos con el Servicio Catalán de la Salud o aquellos que puedan suscribirse como nuevos</p> <p>Modifica la disposición transitoria única del Decreto 242/1999, de 31 de agosto, por el que se crea la red de centros, servicios y establecimientos sociosanitarios de utilización pública de Cataluña, estableciendo que el procedimiento que prevé el artículo 5 del Decreto 213/1999 para la incorporación a la red, así como el resto de requisitos, entrará en vigor el 1 de enero de 2009. Mientras, configuran la red los centros que tienen en la actualidad convenios o contratos suscritos con el Servicio Catalán de la Salud o aquellos que puedan suscribirse como nuevos</p>	
<p>DOGC, Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña.</p>			

# Planificación y programas sanitarios

Actualmente, está pendiente de presentación y aprobación el nuevo Plan de Salud 2010, que prevé las estrategias y objetivos que desarrollar hasta el año 2010. Las regiones sanitarias elaboran sus propios planes de salud con un enfoque y propuestas de intervención de carácter operativo.

El Plan de Salud de Cataluña es el principal instrumento estratégico en materia de salud del Gobierno de la Generalitat de Cataluña. En este sentido, es el marco de referencia de las políticas de salud y servicios sanitarios que se dirigen a la población catalana. Las siete regiones sanitarias y los gobiernos territoriales de salud (GTS) participan en el proceso de planificación, aportan la especificidad del territorio y deciden los objetivos operativos para desarrollar las propuestas estratégicas.

La misión fundamental del Plan de Salud horizonte 2010 se centra en la mejora del estado de salud y la calidad de vida de la población, así como en contribuir a reducir las desigualdades en salud por razón de género, clase social y territorio.

El plan consta de dos partes: la primera corresponde al informe de salud y contiene el análisis de los indicadores sobre los determinantes de salud, estilos de vida, estado de salud, utilización de servicios y satisfacción, así como un análisis sobre diferencias por razón de género, territorio y clase social.

La segunda parte del Plan de Salud contiene los objetivos de salud y de disminución de riesgo planteados con un horizonte temporal en el año 2010, así como las principales estrategias para desarrollarlo y sus indicadores de evaluación. Todo ello a partir de cinco ejes estratégicos, 31 ámbitos de actuación y 188 propuestas estratégicas (tabla 3).

**TABLA 3. Planificación sanitaria. Programas, estrategias y planes, 2007 (Cataluña)**

		Sí/no	Ediciones (Fecha)	Observaciones
Planes de salud	Sí	Sí	1993-1995 1996-1998 1999-2001 2002-2005 Horizonte 2010	Pendiente de aprobación por parte del Gobierno de la Generalitat

<b>Cáncer de mama</b>	Programa de cribado poblacional	Sí	Desde 1994	Cobertura poblacional: el 85,5 % en 2006
	Apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento	Sí	Desde 1994	
<b>Cáncer de cuello uterino</b>	Programa de cribado poblacional	No		Protocolo de prevención y cribado de cáncer de cuello uterino
<b>Cáncer</b>	Plan director de oncología	Sí	2005-2007	Prevención primaria, prevención secundaria (prueba piloto programa poblacional detección precoz de cáncer colorrectal 50-69 años), diagnóstico rápido en caso de sospecha, mejorar la calidad del proceso asistencial, formación e información, investigación, sistemas de información y evaluación
	Programa de diagnóstico rápido del cáncer	Sí	2005 -2007	Este programa se inició priorizando el cáncer de mama, de pulmón y colorrectal. Posteriormente a lo largo de 2007 se amplió a dos más: vejiga y próstata
<b>Cardiopatía isquémica</b>	Plan director del aparato circulatorio	Sí	2005-2007	Actividades preventivas. Código infarto
<b>Cuidados paliativos</b>	Estrategia final de vida del plan director sociosanitario	Sí	2005-2007	Observatorio de Cuidados Paliativos
<b>Diabetes</b>		No		Se aborda dentro del Plan de Salud de Cataluña
<b>Salud mental</b>	Plan director de salud mental y adicciones	Sí	2005-2007	Plan interdepartamental de atención integral a las personas con problemas de salud mental
<b>Atención al parto normal</b>	Protocolo de asistencia al parto normal Protocolo para la asistencia natural al parto normal enmarcado en el plan de nacimiento Protocolo de asistencia al parto y al puerperio y de atención al recién nacido normal	Sí		El 100 % de los hospitales ofrecerá asistencia natural al parto normal en el año 2010
<b>Violencia de género</b>	Plan de acción	Sí		En colaboración con el Instituto Catalán de la Mujer y otros departamentos de la Generalitat de Cataluña
	Protocolo de actuación sanitaria	No		En elaboración

Los cinco ejes del Plan de Salud de Cataluña 2010 son los siguientes:

- Políticas del Gobierno de la Generalitat: compromiso intersectorial en la salud.
- Políticas de salud: favorecer las elecciones saludables de los ciudadanos y ciudadanas.
- Políticas de servicios: mejora de la calidad.
- Los profesionales y la atención a la salud: retos y oportunidades.
- Políticas de gobierno: fortalecimiento del protagonismo y compromiso de la ciudadanía.

En este contexto, el Departamento de Salud dispone de nuevos instrumentos de planificación estratégica que posibilitan la traducción operativa de sus objetivos y la organización de los servicios sanitarios para hacer efectivas las políticas que establece. Estos dos instrumentos son el mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública y los siguientes planes directores:

- Plan director de enfermedades del aparato circulatorio.
- Plan director de oncología.
- Plan director de salud mental y adicciones.
- Plan director sociosanitario.
- Plan director de inmigración en el ámbito de la salud.

Además del mapa sanitario y los planes directores, el Departamento de Salud ha diseñado durante el año 2007 tres planes estratégicos de ordenación de los servicios sanitarios:

- Plan estratégico de ordenación de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva.
- Plan estratégico de ordenación de la atención de pediatría en la atención primaria.
- Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico.

El mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública será la clave para tener un servicio sanitario público planificado, que permita anticiparse a los retos de futuro. Los planes directores definen las actividades y la ordenación de servicios necesaria para alcanzar las políticas planteadas con una visión integrada de la situación y abordan desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad hasta la rehabilitación, con las actuaciones de diagnóstico y tratamiento.

En este momento están en fase de diseño los siguientes planes: Plan de Innovación de la Atención Primaria y Salud Comunitaria, Programa de Diagnóstico por Imagen, Plan Estratégico de Ordenación de la Atención Especializada. Asimismo, el Plan de Salud 2010 incluye, entre sus prioridades, la elaboración del Plan Director de Enfermedades Reumáticas y del



Aparato Locomotor y el Plan Director de Enfermedades del Aparato Respiratorio.

El Departamento de Salud también desarrolla numerosos programas en el ámbito de la salud pública y comunitaria. Se destaca muy brevemente aquellos programas relacionados con el tabaco, el VIH/sida y las drogodependencias.

En cuanto a la prevención y el control del tabaquismo, cuatro son los ejes principales de actuación:

- Protección de la población no fumadora respecto al humo ambiental de tabaco: actividades de información y sensibilización para la población mediante acciones generales y locales con medios de comunicación, de creación de redes territoriales intersectoriales, de apoyo a acciones de base comunitaria y de vigilancia y control del seguimiento de la Ley 28/2005 (en 2007: 11.380 inspecciones y 177 expedientes sancionadores).
- Prevención del inicio, especialmente en jóvenes, mediante el despliegue territorial de los programas de base escolar existentes, ampliándolos con acciones en el entorno familiar y comunitario; también se han realizado acciones concretas de base mediática como cuatro oleadas de cuñas radiofónicas para adolescentes.
- Promoción de la cesación tabáquica, mediante la ayuda al fumador desde diversos ámbitos asistenciales y no asistenciales; se ha llegado a coberturas superiores al 75 % en las redes sanitarias sin humo (atención primaria y hospitalaria), ha crecido la ayuda especializada, la oferta farmacológica integrada gratuitamente en los diversos programas para profesionales, pacientes y trabajadores y se ha creado una línea de ayuda telefónica proactiva de cobertura universal para toda Cataluña.
- Monitorización de los procesos y resultados ligados a los principales programas en activo, de los indicadores epidemiológicos poblacionales clave.

Los programas y actuaciones más relevantes en cuanto a la prevención, detección y atención del VIH/sida llevadas a cabo durante 2007 han sido la puesta en marcha del test rápido en dispositivos dirigidos a personas más vulnerables a la exposición a la infección y se ha incentivado la formación en habilidades de los equipos de atención primaria en el ofrecimiento de la prueba convencional. Asimismo, se ha ampliado el acceso al preservativo masculino a través de máquinas expendedoras en ámbitos de encuentro entre jóvenes en el marco del Programa Máquina. Finalmente, se incorporaron las técnicas adecuadas a las prestaciones del sistema sanitario para reparar la lipodistrofia facial en las personas infectadas que sufren este trastorno.

En el ámbito de la prevención y la atención de las drogadicciones, éstos han sido los programas que destacamos del año 2007:

- Plan de actuación en cocaína: prevención, asistencia y reducción de daños.
- Ampliación del programa de atención a los adolescentes en conductas de consumo de sustancias.
- Programa de apoyo para la atención de los pacientes drogodependientes en el medio abierto de Cataluña.
- Programa de apoyo en drogodependencias a los centros educativos de justicia juvenil.
- Programa para el abordaje de los episodios violentos: análisis de la situación y formación de los y las profesionales de la XAD (Red de Atención a las Drogodependencias).
- Programa de prevención de la violencia de género entre los pacientes atendidos en la XAD. Formación de los y las profesionales y elaboración de protocolos.
- Definición del plan de actuación en prevención de los consumos de drogas y problemas asociados de Cataluña.

# Equidad

La reducción de las desigualdades en salud es uno de los objetivos estratégicos del Departamento de Salud de cara al año 2010, además de la mejora del estado de salud de la población y de la eficiencia del sistema.

La mayor parte de las desigualdades en salud derivan de las diferencias de oportunidades entre grupos sociales en el acceso a condiciones de vida saludables. Los principales ejes generadores de diferencias de oportunidades son la clase social, los roles de género y, eventualmente, el territorio de residencia (tabla 4).

**TABLA 4. Proyectos y medidas para la equidad, 2007 (Cataluña)**

	Sí/no	Tipo de medida	Referencia normativa	Observaciones
Género	Sí	1. Finalización del protocolo sanitario y circuito para la atención a la violencia contra las mujeres e implementación en todo el territorio 2. Atención a la salud sexual y reproductiva (PASSIR). Programa de soporte al equipo de atención primaria 3. Perspectiva de género en la compra de servicios y evaluación de la compra 4. Perspectiva de género en la recogida de los sistemas de información	Programa para el abordaje integral de la violencia contra las mujeres del Plan de Acción y Desarrollo de las políticas de mujeres en Cataluña (2005-2007)	
Etnia	Sí	Plan Director de Inmigración. Proyecto de creación de las mesas de inmigración y salud a nivel central y territorial	Plan Director de Inmigración	
	Sí	Programa de formación para mujeres africanas para la prevención de la infección del VIH Intervención en programas de salud comunitaria. Prevención de mutilaciones genitales femeninas	Protocolo de prevención de la mutilación genital femenina (interdepartamental y legislación general)	Formación de mujeres africanas en prevención
	Sí	Planificación operativa: guías y protocolos para profesionales, promoción de materiales culturalmente adaptados para actuaciones en sida y tuberculosis, elaboración de jornadas de formación para las comunidades de afectados y los y las profesionales		

Discapacidad	Sí	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Programa individual de atención integral (PIAI) orientado en una primera fase de ProdeP a las personas con dependencia grave o gran dependencia</li> <li>2. Apoyo a fundaciones de personas con discapacidad</li> <li>3. Finalización del protocolo e implantación de la detección neonatal de la hipoacusia</li> </ol>	Programa para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas con dependencias	
Otras	Sí	Programa de salud en barrios orientado a los grupos de población vulnerable que reside en entornos urbanos frágiles	Ley 2/2004, de 4 de junio, de mejora de barrios, áreas urbanas y villas	Incluye actuaciones con mujeres, personas mayores, niños y adolescentes y población inmigrante en función de necesidades detectadas para cada uno de los grupos Enfoque local

Con relación a las desigualdades por motivo de género, la población femenina presenta más envejecimiento, tanto en términos absolutos como relativos, más riesgo de pobreza y mayor heterogeneidad que la masculina, tanto en renta como en las condiciones laborales. A la vez, las responsabilidades derivadas del ámbito doméstico y del cuidado de niños y gente de edad avanzada recaen generalmente sobre las mujeres. En el trabajo, los hombres realizan, en mayor proporción y frecuencia, tareas que conllevan esfuerzo físico, además sufren más riesgo de accidente laboral.

Con relación a los estilos de vida, la proporción de personas fumadoras, bebedoras de riesgo o que consumen drogas continúa siendo superior entre la población masculina, aunque las diferencias se concentran más en los grupos de edad media o avanzada y en menor medida en los jóvenes. Los hombres presentan también mayor sobrepeso y obesidad, excepto en tramos de edad avanzada mientras que las mujeres tienen más riesgo de infrapeso y realizan menos actividad física desde la infancia.

En mortalidad, se observa cómo generalmente la población masculina continúa presentando una mayor mortalidad prematura y evitable, en buena medida relacionada con roles de género (accidentes de tráfico, laborales, tumores de pulmón y enfermedades isquémicas del corazón), y consecuentemente una menor esperanza de vida. Por su parte, las mujeres tienen peor

autopercepción de su estado de salud a todas las edades (excepto menores), declaran más trastornos crónicos, tienen más riesgo de ser caso de mala salud mental y declaran más limitaciones para la realización de las actividades básicas de la vida cotidiana. Los hombres presentan a todas las edades mayor accidentalidad laboral y de tráfico.

Las mujeres utilizan de forma más generalizada la atención primaria, los servicios ambulatorios de salud mental y los servicios sociosanitarios. Además, con relación a la atención primaria, las mujeres suman más frecuencia de visitas. Sin embargo, los hombres presentan tasas de hospitalización superiores a las de las mujeres –si no se tiene en cuenta los ingresos por embarazo y parto–, utilizan más los servicios de hospitalización psiquiátrica y declaran en mayor proporción disponer de doble cobertura sanitaria.

En los últimos años, si bien se ha producido una convergencia en algunos aspectos relativos a estilos de vida, como el consumo de tabaco o la realización de prácticas preventivas, no se observa una disminución de las diferencias y desigualdades en salud entre hombres y mujeres, sino más bien un mantenimiento de éstas.

En el abordaje de las desigualdades en salud por razón de clase social se debe tener en cuenta que las diferentes clases sociales no son homogéneas respecto a edad, sexo, nacionalidad y territorio de residencia. Las clases sociales desfavorecidas están más feminizadas y presentan más proporción de personas mayores y de personas de nacionalidad extranjera. Además, clase social y nivel de renta son actualmente factores de ordenación y segregación territorial. Cada uno de estos aspectos tiene generalmente, por sí solo, un efecto sobre la salud de estos grupos, al cual se le suma el de la clase social.

Las clases sociales más favorecidas trabajan generalmente en entornos más saludables, realizan en menor proporción trabajos que implican esfuerzo físico o trabajos monótonos y tienen más control de su ritmo de trabajo. Con relación a las tareas del hogar, las clases medias y, sobre todo, las altas suelen contratar a terceras personas como soporte para la realización de las tareas domésticas y el cuidado de niños y ancianos. Como resultado, las clases más favorecidas y medias realizan más horas de trabajo remunerado mientras que las desfavorecidas realizan más horas de trabajo doméstico.

Existe un gradiente entre clase social y salud. Las clases sociales más desfavorecidas declaran un estado de salud peor en todas las edades, tanto en hombres como en mujeres, aunque el efecto de la clase social afecta más las mujeres. En trastornos crónicos, discapacidad y riesgo de mala salud mental el gradiente, a favor de las clases altas, se repite. Sin embargo, el resultado es diferente entre hombres y mujeres. Mientras que entre los primeros las diferencias de salud se concentran entre la clase media y la clase desfavorecida, presentando la clase media resultados parecidos a la alta, entre las mujeres

el gradiente también se produce entre la clase alta y la media.

Las clases sociales más desfavorecidas utilizan en mayor proporción los servicios de atención primaria y urgencias mientras que las clases medias y más favorecidas declaran en mayor proporción haber visitado al especialista. Las diferencias entre clases son importantes en visitas al dentista y ginecología. Las diferencias entre clases en visitas a estos dos tipos de especialistas son mayores que las diferencias en visitas a la atención primaria. En consumo de medicamentos las mujeres de clase desfavorecida son el grupo que realiza más consumo, hecho que concuerda con su peor percepción del estado de salud.

Las diferencias en salud y utilización de los servicios sanitarios entre la población de origen extranjero y la población autóctona se explican por las diferentes estructuras de edades de los grupos y por la concentración de población de origen extranjero en los grupos sociales de menor renta.

Desde el punto de vista de las desigualdades territoriales, en los últimos años se está consolidando un modelo que tiende a homogeneizar las condiciones medias de vida de la población de los distintos territorios sin que este hecho signifique la desaparición de diferencias y desigualdades entre ellos, y al mismo tiempo, incrementa la diversidad intraterritorial. En este contexto, el desarrollo de sistemas de información que posibiliten el estudio fiable de las desigualdades en territorios pequeños es de gran utilidad.

Debido a su origen multicausal, el enfoque más adecuado para abordar las desigualdades en salud es el intersectorial. Las principales estrategias del Departamento de Salud en este ámbito son:

- La implementación del programa ProdeP, dirigido a personas en situación dependencia.
- La implementación del Plan Director de Inmigración, que tiene como objetivo reducir las barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud.
- La implementación del protocolo y circuito para la atención a la violencia hacia mujeres y del protocolo para la atención de los maltratos agudos a la infancia, así como la elaboración de un protocolo para la atención de los maltratos a las personas mayores.
- La implementación del programa Salud en los Barrios, que incluye acciones dirigidas a perfiles sociales vulnerables que residen en entornos urbanos frágiles.
- La mejora de la información relativa a salud laboral y cooperación entre los diferentes órganos e instituciones implicadas en salud laboral en el marco de la Agencia de Salud Pública de Cataluña.

# Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos

## Recursos humanos del sistema de salud

Tal y como ya se expuso en el informe del año pasado, el Departamento de Salud ha estado desarrollando diversos instrumentos que permitan desarrollar las políticas de recursos humanos. Entre estos instrumentos destacamos el *Libro Blanco de las Profesionales Sanitarias*, la posterior creación y actuación de la Comisión para el Desarrollo Operativo y el estudio de *Demografía de las Profesionales Sanitarias en Cataluña: Análisis de los stocks actuales de profesionales sanitarios*.

La cuantificación de profesionales del sistema sanitario es un ejercicio que presenta múltiples dificultades, sobre todo por las múltiples transformaciones y modificaciones de escenario (tablas 5-8). Por ello, también es interesante obtener información sobre las tendencias cualitativas. Un estudio relativo a esto también está en curso por parte del Instituto de Estudios de la Salud, dependiente del Departamento de Salud.

**TABLA 5. Planificación y desarrollo de recursos humanos, 2007 (Cataluña)**

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

**TABLA 6. Número de profesionales en atención primaria, 2007 (Cataluña)**

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años	
Medicina familiar y comunitaria	1.999	2.487	130	2.801	1.555	Personal facultativo con categoría o especialidad de medicina familiar
Pediatría	242	450	9	325	358	Personal facultativo con categoría o especialidad de pediatría
Enfermería	674	5.400	447	3.004	2.623	Personal diplomado en enfermería/ATS
MIR (medicina familiar y comunitaria)	120	412	327	198	7	Personal residente con la especialidad de medicina familiar y comunitaria
Farmacia	4	21	2	22	1	Personal con la especialidad de farmacia de atención primaria o farmacología clínica
Psicología clínica	6	24	1	18	11	Personal con la especialidad de psicología
Otros profesionales sanitarios (rehabilitación y fisioterapia)	1.199	2.414	196	1.558	1.859	Resto de personal facultativo y asistencial no facultativo
Otros profesionales no sanitarios	1.867	4.080	533	3.776	1.638	Personal no sanitario
<b>Población atendida por equipos de atención primaria: 70,39 %**</b>						
*Plantilla de personal fijo, interino y eventual de atención primaria.						
**Población atendida/personas usuarias asignadas: 4.108.016/5.836.456.						
ATS, auxiliar técnico sanitario; MIR, médico interno residente.						



**TABLA 7. Número de profesionales en atención especializada, 2007 (Cataluña)**

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

**TABLA 8. Número de profesionales por especialidades médicas, 2007 (Cataluña)**

	Total	Observaciones
Alergología	79	82
Análisis clínicos	112	121
Anatomía patológica	171	181
Anestesiología y reanimación	688	743
Angiología y cirugía vascular	116	123
Aparato digestivo	300	313
Bioquímica clínica	53	63
Cardiología	321	337
Cirugía cardiovascular	47	49
Cirugía general y del aparato digestivo	634	644
Cirugía maxilofacial	63	66
Cirugía pediátrica	63	66
Cirugía torácica	146	31
Cirugía plástica y reparadora	28	33
Dermatología medico-quirúrgica y venereología	253	261
Endocrinología y nutrición	188	197
Estomatología	575	-
Farmacología clínica	48	77
Geriatría	70	78
Hematología y hemoterapia	214	226
Hidrología	3	
Inmunología	23	25
Medicina del trabajo	549	-
Medicina de la educación física y el deporte	139	-
Medicina intensiva	176	194
Medicina interna	799	849
Medicina legal y forense	26	-

Medicina preventiva y salud pública	87	98
Microbiología y parasitología	74	80
Nefrología	149	160
Neumología	209	221
Neurocirugía	56	59
Neurofisiología clínica	43	47
Neurología	233	248
Obstetricia y ginecología	898	931
Oftalmología	501	518
Oncología médica	115	129
Oncología radioterápica	47	52
Otorrinolaringología	294	302
Psiquiatría	700	729
Radiodiagnóstico	334	359
Reumatología	177	184
Traumatología y cirugía ortopédica	771	803
Urología	227	237

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

A pesar de las limitaciones y problemas, desde el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, se continúa considerando prioritaria la creación de un instrumento de conocimiento transversal y longitudinal de la demografía profesional, como sería un registro de profesionales sanitarios. En esta línea, desde el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, y en el marco general antes referido, se ha dispuesto y está en fase de ordenación y formulación la creación de un Registro de Profesionales Sanitarios de Catalunya, previéndose la puesta en marcha de una fase piloto de elaboración y aplicación durante este año 2008; la implantación operativa del registro, para y en el conjunto del sistema sanitario catalán, estaría prevista en el año 2009.

Cabe decir, por tanto, que en el momento en que se disponga de los datos extraíbles del citado registro, en coordinación pertinente entre las Administraciones públicas sanitarias, aquéllos se aportarán a la base de conocimiento del sistema español de salud, en informes de años venideros.

Dejando de lado estos instrumentos de planificación y desarrollo de los recursos humanos, el Departamento de Salud puso en marcha dos órganos consultivos y de participación, el Consejo de la Profesión Médica y el de

Enfermería. Mediante estos órganos se pretendía crear un espacio de debate alrededor del papel de estos dos colectivos de profesionales sanitarios en el desarrollo de las políticas del Departamento de Salud.

Tal y como recogen las órdenes de creación de ambos consejos (Orden SLT/349/2006, de 6 de julio, y Orden SLT/457/2006, de 2 de octubre), las propuestas que se acuerden en el seno de estas foros serán consideradas vinculantes para el Departamento de Salud en la determinación de las políticas sanitarias. Los acuerdos deberán ser adoptados en los plenarios y por mayoría absoluta.

Ambos consejos fueron creados en la segunda mitad del año 2006 y a lo largo de 2007 han desarrollado una importante actividad.

La Comisión de la Profesión Médica está integrada por dos comisiones de trabajo:

- La comisión de ordenación de la profesión: se encarga de los temas de formación, desarrollo, planificación y ordenación de la profesión médica y tiene, entre sus objetivos principales, estudiar la necesidad de médicos en el sistema sanitario catalán, sus causas y soluciones.
- La comisión de ejercicio profesional: centra sus trabajos en el análisis de las retribuciones médicas.

En 2007, el pleno del Consejo de la Profesión Médica se reunió 2 veces, y respecto a las comisiones, 19 la del Ejercicio Profesional y 9 la de Ordenación. Fruto de este trabajo se han aprobado los siguientes documentos:

- Análisis de las retribuciones médicas.
- Necesidad de médicos en el sistema sanitario catalán: causas y soluciones.
- Participación de los médicos y médicas en la gestión de los centros sanitarios.

El Consejo de la Profesión de Enfermería también se divide en dos comisiones de trabajo, que, a su vez, se desarrollan en grupos de trabajo. A continuación, detallamos los grupos de trabajo que integran cada comisión:

- Comisión de Ordenación de la Profesión:
  - Prescripción de la Enfermería (ha finalizado sus trabajos).
  - Liderazgo de la Enfermería.
  - Competencias profesionales.
  - Imagen profesional.
  - Demografía profesional.
- Comisión del Ejercicio Profesional:
  - Jubilación del personal estatutario del Instituto Catalán de la Salud.
  - Jornadas, horarios y conciliación de la vida laboral y familiar.
  - Estabilidad y precariedad laboral del personal de enfermería.

El plenario del Consejo de la Profesión Enfermera también se ha reunido 2 veces. La Comisión de Ordenación de la Profesión ha realizado 9 reuniones. En ellas se han trabajado los siguientes documentos, que posteriormente han sido aprobados por el pleno:

- Estudio *El liderazgo enfermero en la función directiva*.
- Propuesta de documento sobre la prescripción enfermera.
- Estudio *Previsión y proyección de la población enfermera en Cataluña en el horizonte del año 2016*.

La Comisión del Ejercicio Profesional ha realizado 14 reuniones y los documentos discutidos y posteriormente aprobados han sido:

- Jubilación parcial del personal estatutario del Instituto Catalán de la Salud.
- Estudio *La organización y condiciones de cobertura de enfermería en el sistema sanitario de Cataluña*.

Aparte de este conjunto de documentos, este Consejo ha trabajado otros:

- Coparticipación en la elaboración del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) en atención primaria de salud.
- Definición de las competencias enfermeras con mayor nivel de concreción.
- Documento sobre el *Estado de situación sobre jornadas laborales, horarios y conciliación de la vida laboral y familiar de las enfermeras en Cataluña, España y a nivel internacional*.
- Documento/guía sobre las líneas que deben reforzarse para dar a conocer la imagen profesional y sensibilizar la importancia del papel del personal de enfermería en la sociedad y dentro del sistema sanitario.

Por lo que respecta a los datos cuantitativos relativos a los recursos humanos globales del sistema de salud de Cataluña, no disponen de una referencia funcional ni temporal lo suficientemente discriminatoria y actualizada para proveer de una base de conocimiento operativa, especialmente en los términos y objetivos que, desde la propia Administración sanitaria catalana, se han marcado y para la consecución de lo cual se está trabajando tal y como se ha expuesto.

Atendiendo, sin embargo, a las especificidades del modelo de salud catalán, por lo que se refiere a la configuración mixta del dispositivo sanitario de cobertura pública, de titularidad pública y de titularidad privada en concertación pública, sin ignorar el sector de titularidad y cobertura propiamente privadas, la multiplicidad y heterogeneidad de orígenes y de organizaciones de los recursos humanos respectivos determinan la dificultad y complejidad de computarlos.

Atendiendo, asimismo, al establecimiento del Instituto Catalán de la Salud como empresa pública de derecho privado (antes ente u organismo autónomo de la Administración pública de la Generalitat de Cataluña), y teniendo en cuenta que titulariza y gestiona una parte mayoritaria de la atención primaria, casi el 80 %, los datos de recursos humanos de la atención primaria son proporcionados por el ICS (Instituto Catalán de la Salud). Y lo hace en tanto que empresa pública vinculada con la Administración sanitaria catalana y en tanto que proveedor público de más amplia implantación territorial y poblacional y más completa prestación cuantitativa y cualitativa.

## Formación continuada

Respecto a la formación continuada, no se han incorporado grandes novedades. A partir de la aún reciente creación, por Decreto del Gobierno de Cataluña, del Consejo Catalán de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, y en un proceso de adaptación normativa de éste a la amplia y diversa conformación de las distintas profesiones sanitarias, se está a la espera de la constitución del Pleno del Consejo para proceder a la constitución de los denominados Consejo Técnico de Formación Continuada para cada una de las profesiones sanitarias establecidas por la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Éstos dependerán del primer y más alto consejo.

De acuerdo con esta disposición y nueva ordenación, los anteriormente creados consejos de formación continuada para las profesiones de medicina y de farmacia quedan convertidos en sendos Consejo Técnico de Formación Continuada en Medicina y en Farmacia, manteniendo completamente su funcionalidad y actividad previas.

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

# Farmacia

En la tabla 9 se presenta información sucinta acerca de los datos sobre dispensación farmacéutica extrahospitalaria en Cataluña en 2007.

<b>TABLA 9. Datos sobre dispensación farmacéutica extrahospitalaria, 2007 (Cataluña)</b>			
		Datos de 2007	Observaciones
Número de envases dispensados	Número total de envases	131.989.254	
	Porcentaje de envases de genéricos/total de envases	23,8	
Número de recetas dispensadas	Número total de recetas	135.981.000	
	Porcentaje de recetas de genéricos/total de recetas	23,8	
Gasto farmacéutico*	Gasto farmacéutico total previo	1.810.033.656,97	
	Porcentaje de gasto en genéricos previo/gasto farmacéutico total previo	10,6	
Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos**	En el total de recetas dispensadas	8.147.411 6.975.485 6.536.844	<b>A02BC:</b> inhibidores de la bomba de protones <b>N05BA:</b> derivados de la benzodiacepina <b>N02BE:</b> anilidas
	En el total de recetas de genéricos dispensadas	5.983.850 2.920.445 2.657.972	<b>A02BC:</b> inhibidores de la bomba de protones <b>C10AA:</b> inhibidores de la HMG-CoA-reductasa <b>N02BE:</b> anilidas
	En el total de envases dispensados	8.147.453 6.975.493 6.536.848	<b>A02BC:</b> inhibidores de la bomba de protones <b>N05BA:</b> derivados de la benzodiacepina <b>N02BE:</b> anilidas
	En el total de envases de genéricos dispensados	5.983.855 2.920.545 2.657.974	<b>A02BC:</b> inhibidores de la bomba de protones <b>C10AA:</b> inhibidores de la HMG-CoA-reductasa <b>N02BE:</b> anilidas

En receta oficial del Sistema Nacional de Salud en oficina de farmacia. \*Si se considera el resultado de la siguiente operación: importe total a PVP - aportación de la persona usuaria. \*\*Si se considera el número de recetas dispensadas y se especifica el nombre del subgrupo que se corresponde con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según Real Decreto 1.348/2003. AINE, antiinflamatorios no esteroideos; ATC, *Anatomical, Therapic, Chemical*; HMG-CoA-reductasa, 3-hidroxi-3-metilglutaril-CoA-reductasa.

Durante 2007 se continuó desarrollando parte de los proyectos ya incluidos en el Plan Estratégico de la Prestación Farmacéutica, enmarcado por cinco ámbitos conceptuales de actuación: fomento de la corresponsabilización de todos los agentes, redefinición de los servicios y prestaciones, mejora de la calidad y eficiencia, potenciación de la evaluación y control y mejora de los sistemas de información. Se introdujeron mejoras y se iniciaron nuevas actuaciones con el fin de optimizar la rentabilidad de los resultados esperados y adecuarlos a la coyuntura actual. Concretamente, hay que destacar:

- En el ámbito de la mejora de los sistemas de información, en 2007 se ha publicado el Decreto de Receta Electrónica, así como la instrucción de obligado cumplimiento por parte de las entidades proveedoras. Con relación al proceso de difusión de este proyecto, con las implicaciones que tiene para el sistema y para los agentes implicados, se ha realizado una campaña informativa. Este proyecto ha sido premiado como la mejor iniciativa de uso de la firma electrónica en las relaciones entre las Administraciones públicas y las empresas/profesionales (premios CATCert de Firma Electrónica 2007).
- Ha sido aprobado por parte del Consejo de Dirección del CatSalut el proyecto de decreto que establece el nuevo modelo de atención farmacéutica en centros residenciales sociales mediante el cual se pretende implementar un modelo de pago, separando el coste de la medicación del pago por los servicios profesionales farmacéuticos. También se ha ampliado el programa de adecuación de la prescripción y el uso de medicamentos y productos sanitarios en las residencias geriátricas de Cataluña.
- También en el ámbito de la mejora de los servicios y prestaciones, durante 2007 se trabajó en un modelo de concertación con la farmacia comunitaria, enfocándolo hacia la potenciación de la actividad farmacéutica y su integración efectiva en el sistema de salud, reforzando las actividades profesionales, la coordinación entre atención primaria y comunitaria y potenciando las tecnologías de la información y de la comunicación.
- Se han realizado actividades para potenciar la prescripción de genéricos y, con relación a aquellos sujetos al sistema de precios de referencia, se ha evitado el *efecto desplazamiento* hacia otros principios activos no incluidos en este sistema.
- En el ámbito de la mejora de la calidad y eficiencia, y en el marco de la Comisión de Evaluación Económica e Impacto Presupuestario (CAEIP) de medicamentos, se han realizado sesiones presenciales para los gestores de las entidades proveedoras sobre los estudios ya realizados; y han sido aprobados el régimen de funcionamiento interno y el procedimiento normalizado sobre el encargo para la elaboración de estudios de evaluaciones económicas.

- Se ha priorizado la mejora de los programas de renovación de recetas médicas del CatSalut a pacientes con medicación crónica y se han priorizado objetivos e implantado mejoras en las estaciones clínicas de trabajo.
- Con relación al sistema de información sobre consumo farmacéutico a nivel hospitalario (sin receta oficial del SNS), hay que diferenciar entre aquél generado por los pacientes ingresados y el imputado a la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (MHDA).

## Pacientes ingresados

Cada hospital recibe una cantidad monetaria por alta en la cual se incluye el coste de la medicación. No se dispone de un sistema informatizado centralizado de este consumo farmacéutico, excepto el informe anual de la central de balances de la red hospitalaria de utilización pública.

## MHDA (medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria)

Para esta medicación existe un sistema informatizado creado en 1999 y del cual es posible obtener información sobre el gasto farmacéutico por tipos y agrupación de medicamentos. La valoración actual que se puede hacer de este sistema de información es muy positiva ya que ha posibilitado realizar tareas de asignación de presupuestos y ha facilitado enormemente el seguimiento de la prescripción.

Durante 2007 se puso en funcionamiento un entorno mucho más interactivo y flexible que permite realizar análisis más complejos y cuya compatibilidad con otros soportes permite llevar a cabo estudios transversales con otros ámbitos de prescripción.



# Investigación

## Convocatorias competitivas financiadas por el gobierno autonómico

Básicamente, existen tres convocatorias. La primera es la del Departamento de Innovación, Universidades y Empresa (DIUiE, en sus siglas en catalán). Esta convocatoria está dedicada a la acreditación y financiación de grupos consolidados de investigación. La convocatoria es de carácter general, pero comprende un número relevante de grupos destinados a la investigación en ciencias de la salud. El presupuesto anual es de 1.000.000 euros para los 91 grupos biomédicos (14 %) de un total de 650.

Además, hay otra convocatoria sectorial, destinada a financiar proyectos de investigación clínica de salud pública y de servicios sanitarios. Esta convocatoria está gestionada por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Médicas (AATRM), empresa pública de la Generalitat de Cataluña que está adscrita al Servicio Catalán de la Salud, perteneciente al Departamento de Salud. La convocatoria está dotada con 1.000.000 euros (0,7 para Salud y 0,3 para el DIUiE) y se financian 30 proyectos.

Por último, la Institución Catalana de Investigación y Estudios Avanzados (ICREA) contrata investigadores de elevado prestigio que están destinados a los centros de investigación mediante un convenio. Actualmente, ICREA tiene 186 investigadores contratados, de los cuales el 34 % son expertos en ciencias de la salud y de la vida.

## Centros que se dedican exclusivamente a la investigación

Actualmente en Cataluña existen 9 centros de investigación biomédica y 12 institutos de investigación sanitaria, todos ellos con personalidad jurídica propia (tablas 10 y 11).

**TABLA 10. Centros de investigación biomédica, 2007 (Cataluña)**

Nombre	Área
Instituto Catalán en Ciencias Cardiovasculares (ICCC)	Cardiovascular
Centro de Regulación Genómica (CRG)	Genómica básica
Centro de Medicina Regenerativa de Barcelona (CMRB)	Medicina regenerativa
Instituto de Investigación Biomédica (Irbb)	Ciencias básicas
Centro de Investigación en Epidemiología Ambiental (Creal)	Epidemiología ambiental
Centro de Investigación en Salud Internacional de Barcelona (Cresib)	Salud internacional
Instituto de Bioingeniería de Cataluña (Ibec)	Bioingeniería Nanomedicina
Vall d'Hebron Instituto de Oncología (VHIO)	Oncología
Instituto de Medicina Predictiva y Personalizada del Cáncer (IMPPC)	Medicina predictiva

**TABLA 11. Institutos de investigación sanitaria, 2007 (Cataluña)**

Nombre	Área
Instituto de Investigaciones Biomédicas Augusto Pi i Sunyer (Idibaps)	
Hepatología y endocrinología	
Instituto de Investigaciones Biomédicas de Bellvitge (Idibell)	
Genética básica y aplicada, cáncer, neurociencias y trasplante	
Instituto de Investigación Biomédica Vall d'Hebron (IRBVH)	Oncología, neurociencias
Instituto de Investigación Biomédica de Sant Pau	
Oncología, endocrinología y genética	
Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud Germans Trias i Pujol (IICSGTIP)	
Sida, oncología y aparato digestivo	
Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM)	Bioinformática, drogas
Instituto de Investigación Biomédica de Lleida (IRBLleida)	
Patología y neurociencias	
Instituto de Investigación Biomédica de Tarragona	Nutrición, cardiovascular
Instituto de Investigación Biomédica de Girona	
Diabetes	
Instituto de Investigación Parc Taulí	
Tecnologías médicas	
Fundación Jordi Gol i Gurina	Atención primaria

## Investigación aplicada

Se realiza, fundamentalmente, en los institutos de investigación sanitaria, constituidos alrededor de un hospital docente e investigador del SNS.

## Unidades de apoyo a la investigación

Todos los centros e institutos tienen unidades de apoyo a la investigación. Centros e institutos colaboran de modo continuado con las 11 oficinas de transferencia de resultados de la investigación (OTRI) constituidas en las diferentes universidades catalanas.

## Aspectos de equidad y género

Se están introduciendo directrices para la igualdad de género en los órganos de gobierno.

En cuanto a la evaluación de proyectos, se han introducido metodologías de anonimización para que no haya sesgo de institución, rango y género en la evaluación y financiación de los proyectos de investigación.

## Balance de Cataluña en las convocatorias competitivas

Los centros catalanes han captado el 30 % de los fondos de investigación sanitaria (FIS) para proyectos de investigación.

Los grupos catalanes representan el 41 % de los grupos acreditados para formar parte de los Ciber.

En cuanto a las convocatorias europeas, Cataluña ha captado 16 de los 25 (64 %) *starting grants* de la convocatoria European Research Council para jóvenes investigadores.

## Ensayos clínicos

Cataluña es la comunidad autónoma que realiza un mayor número de ensayos clínicos del Estado, el 52,37 % del global. En 2007 se aprobaron 2.309 ensayos.

## Estrategias de difusión

Los centros y los institutos tienen como objetivo estratégico la publicación de los resultados de investigación en las publicaciones periódicas.

Además, si hay resultados que pueden ser registrados y protegidos porque son potencialmente comercializables, se utiliza el circuito de las OTRI y de la Oficina Estatal de Patentes y Marcas.

## Mecanismos para introducir la práctica basada en la evidencia

Las líneas principales han sido:

- Redacción y difusión de las “onco guías” de los procesos más prevalentes.
- Redacción y difusión de *La guía de práctica clínica* en atención primaria y atención especializada.
- Creación de protocolos y registros de ámbito autonómico. El ejemplo más significativo sería el del proyecto Vincat, de vigilancia de las infecciones nosocomiales en Cataluña. Se ha incorporado el conocimiento generado en las unidades de microbiología y de enfermedades infecciosas a un modelo de seguimiento de los indicadores fundamentales de las infecciones nosocomiales. De esta manera, se siguen verticalmente a lo largo del tiempo en las instituciones, y horizontalmente, comparando los resultados entre instituciones.

# Sistemas de información sanitaria

El Departamento de Salud apuesta por implantar soluciones funcionales y tecnológicas que faciliten la integración de la información, mejoren su eficiencia, garanticen la calidad y permitan la equidad de acceso al sistema sanitario en un entorno territorialmente descentralizado y con resultados a corto y medio plazo (tabla 12).

**TABLA 12. Sistemas de información sanitaria, 2007 (Cataluña)**

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

Las soluciones que hay que implantar han de permitir la interoperabilidad con el resto del Estado mediante el establecimiento de canales de información y políticas tecnológicas compartidas con el objetivo de mejorar la cohesión y la eficiencia del sistema.

El Departamento de Salud lidera y coopera con los diversos agentes en el avance de las TIC (tecnologías de la información y la comunicación) y los

sistemas de información en salud y ha reorganizado el área SI/TIC entre las distintas unidades que lo componen (Departamento de Salud [DS], Servicio Catalán de la Salud [SCS], Instituto Catalán de la Salud [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 desarrolladas durante el año 2007 en Cataluña (cabe destacar que algunos de los proyectos son plurianuales, por lo que se comentarán sólo los aspectos relativos a 2007) fueron:

- *Proyecto de Historia Clínica Compartida de Cataluña (HCCC o HC3)*. Se inició la fase de despliegue de contenidos (diagnósticos, prescripciones e inmunizaciones de atención primaria junto con todo informe, precedente de atención primaria o atención hospitalaria de procedimientos o tratamientos). Podrá ser incorporado a la HCCC, para su acceso mediante el visor de la HCCC. Respecto a utilidades, se ha incorporado un sistema de mensajería, aún en fase de desarrollo. Los centros iniciales son 15 hospitales y 33 centros de atención primaria.
- *Proyecto Sistema de Información de Receta Electrónica (SIRE)*. Durante 2007 se desarrolló en las regiones sanitarias de Girona y comarcas del Ebro la prueba piloto del nuevo sistema de receta electrónica.
- *Programa de seguridad de la información*. Tiene como objetivo adecuar el Departamento de Salud y el Servicio Catalán de la Salud a la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) y establecer el Plan Director de Seguridad. Para esto, se desarrollaron los siguientes proyectos: análisis de riesgos y plan de mitigación para el Departamento de Salud, el Servicio Catalán de la Salud y el Instituto Catalán de la Salud, plan de continuidad y contingencias y auditoría del reglamento de la LOPD.
- *Plan de sistemas de información para el despliegue de la nueva Agencia de Protección de la Salud (APS)*. Las principales acciones realizadas se enmarcan en el desarrollo del concepto de oficina móvil. Paralelamente, se ha trabajado en sentar las bases para la implantación de una plataforma de gestión integral de laboratorios, mediante el desarrollo de un programa piloto.
- *Mapa de Servicios de Salud*. A lo largo de 2007, se realizó el cierre de la herramienta de Atlas Electrónico, procediendo a su despliegue e implantación.
- *Seguimiento del Plan de Calidad de Radiología, Diagnóstico por Imagen y Radiofísica*. El sistema desarrollado permite la creación de formularios de recomendaciones por parte de las unidades, así como la

recopilación de documentos relacionados con la gestión de calidad. También permite disponer de un almacén único de información.

- *Voluntades anticipadas*. Se ha iniciado un proyecto para llevar a cabo tanto la migración de este registro a la plataforma de Salud, como la renovación tecnológica del sistema con el objetivo de desarrollar las funcionalidades de interoperabilidad necesaria con otras organizaciones (notarios, proveedores sanitarios, Administraciones local y estatal) y con otros sistemas sanitarios estratégicos como la HC3.
- *Programa de modernización del ICS*. El equipo de dirección del ICS ha diseñado un proceso de transformación que tiene como objetivo modernizar la institución. En este contexto, entre todos los hospitales del ICS se diseñó e implementó un plan piloto único para todos los hospitales.
- *Visualización de la Información de Salud Integrada y Organizada (VISIO)*. Éste es un proyecto que tiene como objetivo proporcionar al Departamento de Salud un sistema de información integrador y transversal que extraiga los indicadores más relevantes de las diferentes entidades y proporcione una plataforma que aglutine, divulgue y explote estos datos.
- *Canal Salut*. Se trata de un portal que aglutinará contenidos y servicios de las páginas *web* del Departamento de Salud, Servicio Catalán de la Salud, Instituto Catalán de la Salud y otros organismos relacionados en una única puerta de entrada. A lo largo de 2007 comenzó a migrarse parte de los contenidos al nuevo gestor corporativo. De la misma manera, se han elaborado estudios comparativos de contenidos y funcionalidades.

# Calidad

## Sistema de acreditación

Entre las numerosas actuaciones dirigidas a la mejora de la calidad asistencial, cabe destacar el sistema de acreditación sanitaria, con una experiencia de 27 años. El programa se impulsa desde la Administración con el objetivo principal de homologar la calidad de la asistencia de los servicios ofertados.

En este contexto, con la experiencia 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 Departamento de Salud puso en marcha un nuevo proyecto de acreditación sanitaria mediante la publicación del Decreto 5/2006, que regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y la autorización de entidades evaluadoras. En este momento, 80 hospitales de atención aguda han solicitado la acreditación (68 de titularidad pública y 12 de titularidad privada).

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(as) y profesionales, impacto positivo en la sociedad y la posibilidad de adaptación del modelo a todas las líneas de servicios. Se añade a todo ello que el programa sea realista y económicamente sostenible para el sistema sanitario.

Entre los aspectos innovadores del modelo están la adaptación de la filosofía de un modelo de gestión de la calidad a un modelo de acreditación y a su metodología característica y la incorporación de entidades externas a la Administración para realizar las evaluaciones a los centros que optan por la acreditación.

En este sentido y respondiendo a los objetivos principales antes señalados, la Administración establece un estricto proceso de autorización y control de las seis empresas que se han constituido como entidades evaluadoras del modelo de acreditación catalán, con un total de 33 evaluadores. Conscientes de la novedad del sistema y de la importancia de dicho punto en el proceso de acreditación, el Servicio de Acreditación del Departamento de Salud establece un programa de formación a dichos evaluadores, previamente a la autorización de dichas entidades. Se han realizado cinco cursos de 40 horas lectivas cada uno y una prueba de idoneidad, superada por parte de 33 profesionales con una media de puntuación de notable.

Asimismo, la puesta en marcha del modelo incluye un programa de formación a los hospitales, voluntaria y gratuita, que facilite la fase de autoevaluación. De los centros solicitantes, un total de 70 hospitales han segui-



do dicho programa de formación en las 11 ediciones realizadas de manera descentralizada, con la participación de 170 profesionales y un índice de satisfacción del 96 %.

Formando parte del proyecto, se llevó a cabo un importante programa de comunicación, que incluyó la exposición del modelo de acreditación en numerosos centros y delegaciones del sector de la salud en Cataluña. El programa de comunicación incluye también la creación de una página *web* para comunicación permanente, gestión, implantación y mejora del sistema de acreditación.

## Seguridad de pacientes

Con relación a la seguridad de los pacientes, el Departamento de Salud valora las actividades realizadas por la seguridad de los pacientes en 2007, por cuanto han permitido dar continuidad a actuaciones y trabajos en marcha e iniciar otros que contribuirán a la mejora de la atención de los pacientes desde la iniciativa de la *Aliança per a la Seguretat dels Pacients*, en colaboración con las políticas de calidad y seguridad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Se ha conseguido crear una red de colaboradores, con la participación de los principales agentes del sistema sanitario, de diferentes niveles asistenciales, responsabilidades y disciplinas. Asimismo, se ha avanzado en aunar esfuerzos para impulsar la seguridad de los y las pacientes. Esto se constata por la amplia participación de profesionales y centros sanitarios. Más de 750 profesionales han participado más directamente en las actuaciones puestas en marcha desde la *aliança*, además de otros muchos(as) profesionales que lo han hecho de forma menos directa, pero absolutamente necesaria, aplicando las metodologías y herramientas propuestas.

Con relación a los fondos de cohesión del Ministerio de Sanidad y Consumo para políticas de seguridad para el año 2007, se abordaron tres grandes líneas de actuación con los proyectos y objetivos que a continuación se detallan.

### Proyectos específicos para atención primaria

Efectividad de una intervención para introducir la cultura de la seguridad entre los y las profesionales de los equipos de atención primaria: determinar la efectividad de una intervención específica y multidimensional para introducir la cultura de la seguridad entre los y las profesionales asistenciales de los equipos de atención primaria (EAP).

## Proyectos de formación, sensibilización y cultura

- Seguridad y riesgo del enfermo crítico: identificación de efectos adversos en unidades de cuidados intensivos de Cataluña. Determinar el impacto de la implementación de un paquete de cinco medidas preventivas basadas en la evidencia sobre la incidencia de neumonía asociada a ventilación (NAV).
- Estudio de incidencia de los errores de medicación en los procesos del sistema de utilización de medicamentos: prescripción, validación, preparación, dispensación y administración en el ámbito hospitalario. Determinar la tasa de incidencia global de los errores de medicación en el proceso de utilización de medicamentos.

## Unidades funcionales de gestión de riesgo

- Prototipo de plan de seguridad para el desarrollo de unidades de seguridad en hospitales y centros sanitarios de Cataluña. Con el objetivo de desarrollar unas bases que sirvan de referencia a los hospitales para la definición y puesta en marcha de unidades o comisiones de seguridad.

Mediante el convenio con el Ministerio de Sanidad y Consumo, se desarrollaron los proyectos y objetivos siguientes:

- Promoción del lavado de manos y evaluación del impacto de un programa educativo en centros hospitalarios de Cataluña.
- Implantación de un programa de colaboración en seguridad clínica, para la introducción de prácticas seguras en los pacientes quirúrgicos de los hospitales de Cataluña.
- La utilización de los *triggers* como herramienta para detectar problemas de seguridad relacionados con la medicación.
- Prevención de los errores de medicación: coordinación de la medicación.
- Proyecto de mejora de la cultura de la seguridad y disminución de riesgos en servicios de medicina intensiva.
- Proyecto de mejora de la cultura de la seguridad en servicios de urgencia en hospitales de Cataluña.
- Implantación de un programa de colaboración en seguridad clínica, para la introducción de prácticas seguras en pacientes politraumatizados atendidos en urgencias en hospitales de Cataluña.
- Proyecto de mejora de la seguridad en servicios de ginecología y obstetricia de hospitales de Cataluña.

- Implantación de un programa de colaboración en seguridad clínica, para la introducción de prácticas seguras en el ámbito de anestesia en los pacientes quirúrgicos de los hospitales de Cataluña.
- Implantación de un programa de colaboración en seguridad clínica, para la prevención de caídas en pacientes posquirúrgicos de los hospitales de Cataluña.
- Intervención específica en pacientes con conductas suicidas identificados en los servicios de urgencias de los hospitales generales.
- Prescripción farmacológica orientada a la seguridad (Prefaseg).

## Gestión de listas de espera

En cuanto a la gestión de las listas de espera, una vez que se ha consolidado el seguimiento del 65 % de los procedimientos en lista de espera quirúrgica, se ha marcado un nuevo objetivo: agrupar el 100 % de los procedimientos quirúrgicos candidatos a estar en lista de espera. Esta medida mejorará la gestión de toda la lista de espera y facilitará la definición e implantación de un sistema de priorización único y acorde con las necesidades de la demanda.

En la actualidad, están definidos los criterios de priorización para tres patologías: cataratas, prótesis de rodilla y prótesis de cadera. La creación de unidades monográficas de intervención de rodilla y la implantación del sistema de priorización ha contribuido a disminuir el tiempo de espera para las intervenciones de prótesis de rodilla.

En el corte oficial del mes de diciembre, la tasa de pacientes en lista de espera por intervención por cada 10.000 habitantes era de 70, lo que representa una disminución del 3,71 %. Hay que destacar que el tiempo medio de resolución de los procedimientos publicados es de 3,88 meses, muy inferior al plazo que marca el Decreto (6 meses).

Cataluña puso en funcionamiento el registro para el seguimiento de la lista de espera de pruebas diagnósticas en el año 2005. El seguimiento se realiza en 13 pruebas (ecocardiografía, ecografía abdominal, ecografía urológica, ecografía ginecológica, colonoscopia, endoscopia esofagogástrica, tomografía computarizada, mamografía, resonancia magnética, ergometría, electromiografía, gammagrafía y polisomnografía).

Desde diciembre de 2006, la información se hace pública en la página *web* del Servicio Catalán de la Salud y este año el Departamento de Salud ha recibido un premio a las mejores ideas del año por dar a conocer las listas de espera de las pruebas diagnósticas, entregado en la sexta edición de los premios a las mejores ideas del año del Sistema Nacional de Salud promovido por *Diario Médico*.

A pesar de ello, hay que comentar la gran complejidad que existe en recoger la información de las pruebas diagnósticas, dada la variabilidad de los circuitos existentes en los distintos centros.

En el corte oficial del mes de diciembre de 2007, se ponía de manifiesto una disminución de pacientes en lista de espera y un aumento de la actividad. Eso era debido, en un porcentaje importante, a la mejora en la notificación de la información.

Durante el año 2007 se realizaron todos los trámites para la aprobación del Decreto que regule los plazos máximos de acceso a las pruebas diagnósticas anteriormente citadas.

A finales de 2007 se inició la fase de diseño funcional de la nueva aplicación de listas de espera, que englobará la lista de espera quirúrgica, lista de espera de pruebas diagnósticas y la lista de espera de consulta externa. Está previsto que la aplicación permita, en un futuro, incorporar todas las líneas de atención en las que exista una demanda asistencial.

Una vez que haya finalizado esta fase, se procederá a la construcción de la aplicación y se espera realizar la prueba piloto a principios de 2009 para consolidar y verificar el óptimo funcionamiento de ésta.

## Encuestas de satisfacción a la persona usuaria

Desde el año 2002 hasta la actualidad se han ido realizando periódicamente encuestas de satisfacción a las personas aseguradas del CatSalut con los servicios que reciben, a la vez que otros estudios específicos y actividades que se ha considerado necesarias, para avanzar en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Se trata de un plan de encuestas de satisfacción de las personas aseguradas del Servicio Catalán de la Salud (Plaensa) y que pueden ser consultados en la página *web* corporativa: [www10.gencat.net/catsalut/esp/coneix\\_models\\_pri\\_enquesta.htm](http://www10.gencat.net/catsalut/esp/coneix_models_pri_enquesta.htm)

Los resultados de estos estudios muestran una tendencia creciente de la satisfacción con los servicios en la mayoría de las dimensiones estudiadas, tal y como puede observarse en la tabla 13.

En el año 2007 se realizaron dos estudios:

- *Reevaluación del estudio de satisfacción con los servicios sociosanitarios con internamiento de convalecencia, media y larga estancias.*

El estudio de satisfacción de la línea sociosanitaria se realizó entre marzo y julio de 2007 entre personas mayores de 15 años que llevaban ingresadas por lo menos 7 días. Fueron visitados los 90 centros existentes de las 7 regiones sanitarias y se realizaron 2.072 encuestas mediante la técnica de entrevista personal (columna Atención sociosanitaria 2006 de la tabla 13) con una distribución territorial que permite la comparación por regiones sanitarias.

- *Reevaluación del estudio de satisfacción con los servicios de salud mental con internamiento de media y larga estancias.*

El estudio del ámbito de la salud mental se realizó entre marzo y julio de 2007 entre personas mayores de 18 años usuarias de estos servicios que llevaban ingresadas al menos un mes. Se visitaron los 12 centros de las 7 regiones sanitarias, con un total de 454 encuestas realizadas mediante entrevista personal (columna Media y larga estancias de la tabla 13).

**TABLA 13. Dimensiones estudiadas en Plaensa, 2007 (Cataluña)**

Línea pregunta	Atención primaria		Atención hospitalaria		Atención sociosanitaria		Centro de salud mental de adultos		Media y larga estancia		Urgencias
	2003	2006	2003	2006	2003	2006	2003	2006	2003	2007	2005
Se entienden las explicaciones	92,3	94,6	93,1	93,0	83,4	89,5	87,1	90,1	89,7	83,3	89,4
Tiempo que le dedica (médico/psiquiatra)	86,8	88,7	88,0	87,5	78,4	85,8	80,8	78,6	75,1	78,1	84,8
Estar en buenas manos	91,4	94,1	97,4	96,7	95,3	96,6	87,9	88,4	87,7	84,2	90,0
No dar información contradictoria	95,5	80,9	96,9	82,7	97,5	97,9	95,7	83,0	93,1	91,2	92,5
Trato personal (médico/psiquiatra)	94,0	94,9	96,5	95,6	91,5	95,9	93,0	93,6	91,6	87,7	90,8
Trato personal del profesional de enfermería	91,9	94,9	96,2	95,8	97,3	97,8	-	-	90,9	92,0	91,5
Disposición para escuchar y hacerse cargo (médico/psiquiatra)	89,2	93,0	92,8	93,3	84,1	92,4	86,1	86,0	83,2	80,7	86,3
Poder dar su opinión	87,5	92,3	91,3	90,5	83,3	90,6	87,7	87,4	82,1	79,2	85,9
Satisfacción global	7,7 ± 1,7	7,6 ± 1,6	8,6 ± 1,6	8,2 ± 1,7	8,3 ± 1,8	8,2 ± 1,7	7,8 ± 2,0	7,6 ± 2,0	7,5 ± 2,5	7,3 ± 2,4	7,3 ± 2,2
Volvería a este centro/hospital	86,3	88,9	91,8	88,4	78,4	83,1	82,9	83,7	66,6	63,0	82,2

## Estudios específicos

También, de manera paralela a los estudios del Plaensa, se trabaja para profundizar en temas y cuestiones concretas que aporten informaciones y datos complementarios que son de interés relevante para la organización y conlleven un valor añadido al proceso de toma de decisiones u otras perspectivas

tributarias también de ser incorporadas en políticas de mejora. Son estudios de cariz sociológico y antropológico que, desde una vertiente más cualitativa, nos informan de temas concretos que varían cada año.

Son estudios de familias y/o referentes de personas atendidas en los servicios con internamiento de atención sociosanitaria y de salud mental. En anteriores estudios de estos ámbitos se observó que entre el 30 y el 40 % de personas usuarias tienen dificultades para comunicar sus opiniones. Por eso, el CatSalut decidió emprender un estudio cualitativo con el fin de profundizar en el conocimiento de las percepciones y expectativas de este colectivo, que no se había explorado. El estudio tuvo un enfoque basado en la opinión de los grupos de interés (*stakeholders*), como información complementaria de la manifestada por las propias personas usuarias. Se han realizado 12 grupos focales a familias y referentes y 15 entrevistas con profundidad a profesionales, lo que permite tener una visión de conjunto de estas líneas de servicio.

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

A continuación, en las tablas 14-17 se presentan las reclamaciones por línea de servicio, su clasificación por motivo de reclamación, su resolución y el tiempo de resolución de reclamaciones por tramos de días en Cataluña en 2007. Toda esta información se encuentra disponible en el Informe de Reclamaciones de Cataluña<sup>2</sup>.

<b>TABLA 14. Reclamaciones por línea de servicio, 2007 (Cataluña)</b>		
Línea de servicio	Número	Porcentaje
Atención primaria	19.752	39,24
Atención hospitalaria	26.945	53,53
Atención sociosanitaria	442	0,88
Atención de salud mental	874	1,74
CatSalut (servicios centrales y regiones sanitarias)	2.319	4,61

2 Del Registro de Gestión de Reclamaciones (GRE). Período: enero-diciembre de 2007.

**TABLA 15. Clasificación de reclamaciones por motivo de reclamación, 2007 (Cataluña)**

Tipología de motivos	Número	Porcentaje
1. Asistencial	9.644	18,18
2. Trato	4.163	7,85
3. Información	1.604	3,02
4. Organización y trámites	32.585	61,43
5. Hostelería/habitabilidad/confortabilidad	2.236	4,21
6. Documentación	2.819	5,31

Son datos provisionales hasta el cierre definitivo de la Memoria 2007.

**TABLA 16. Resolución de reclamaciones, 2007 (Cataluña)**

Número de reclamaciones	50.332
Expedientes resueltos (%)	94,99

**TABLA 17. Tiempo de resolución de reclamaciones por tramos de días (%), 2007 (Cataluña)**

Entre 0 y 14 días	80,20
Entre 15 y 30 días	8,17
Entre 31 y 60 días	5,64
Más de 60 días	5,99

La respuesta del 70 % de las reclamaciones en menos de 15 días es una de las cláusulas que se incorporaron en los contratos de los proveedores en el año 2007 y, tal y como puede observarse, la media alcanzada supera este valor.

## Incorporación de objetivos a contratos

El Servicio Catalán de Salud, una vez que se ha conocido el grado de satisfacción, incorpora mediante el contrato de compra de servicios de 2007, cláusulas específicas de mejora de calidad percibida a 2 años vista para que las organizaciones proveedoras realicen actuaciones de mejora sobre los aspectos que tienen mayor impacto en el grado de satisfacción de los y las

pacientes. Para este bienio, la mayoría de proyectos de mejora están relacionados con aspectos de información y comunicación. Con ello se pretende obtener a medio plazo la incorporación de la información recogida de los ciudadanos y las ciudadanas, en la gestión de las organizaciones sanitarias.

El número de proveedores en el año 2007 con proyectos de mejora sobre satisfacción fue 874. Al cierre del año se obtuvo una cumplimentación media del 76 % de los contratos.



# Participación

En la tabla 18 se ofrece información sucinta sobre participación en Cataluña en 2007.

<b>TABLA 18. Participación, 2007 (Cataluña)</b>				
		Sí/no	Referencia legislativa	
Libre elección de médico		Sí		
Segunda opinión		Sí		
Acceso a la historia clínica		Sí	Ley 21/2000, de 29 de diciembre	
Consentimiento informado		Sí	Ley 21/2000, de 29 de diciembre	
Instrucciones previas/últimas voluntades		Sí	Ley 21/2000, de 29 de diciembre	
Información en el Sistema Nacional de Salud*		Sí		
		Sí/no	Denominación	Referencia legislativa
Figura o institución de defensa de los derechos de los pacientes		Sí	Síndic de Greuges	Ley 14/1984, de 20 de marzo, del Síndic de Greuges modificada por la Ley 12/1989, de 14 de diciembre
	Sí/no	Cuantía dedicada en 2007 (euros)	Número de asociaciones subvencionadas en 2007	Referencia normativa convocatoria
Subvenciones a asociaciones de pacientes	Sí	1.786.063,81	71	Resolución SLT/677/2007, de 6 de marzo Resolución SLT/678/2007, de 6 de marzo (drogodependencias) Resolución SLT/1.948/2007, de 21 de junio (sida)
Desarrollo de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Información de carácter administrativo relativa a servicios y unidades asistenciales disponibles y a los requisitos de acceso a éstos: libertad de elección de médico y centro, conocimiento de listas de espera, posibilidad de segunda opinión, etc.				

La transformación del papel del ciudadano o ciudadana en nuestra sociedad y de la relación de éste o ésta con las Administraciones es un hecho incontestable. Ante esta realidad, a lo largo de estos últimos años, el Departamento de Salud ha creado diversos mecanismos de participación, generando un

espacio en el cual los ciudadanos y las ciudadanas pueden incidir en la toma de decisiones. Entre estos instrumentos hay que destacar especialmente dos: los consejos asesores de los planes directores y los gobiernos territoriales de salud (GTS).

Los planes directores son instrumentos de planificación que tienen como órganos de gestión los consejos asesores. Estos consejos están integrados por representantes de sociedades científicas, colegios profesionales y las asociaciones de enfermos y sus familiares. Éste es, por tanto, un órgano muy potente para trasladar de forma sistemática la participación de estos actores en la definición de las estrategias departamentales.

Además, a lo largo del año 2007 se han continuado constituyendo gobiernos territoriales de salud, como la implantación de un nuevo modelo de gobernar el sistema sanitario y como un instrumento de acercamiento de la toma de decisiones al territorio.

La delimitación territorial de los gobiernos territoriales de salud es un marco de referencia común para todas las estructuras del Departamento de Salud. El alcance geográfico parte de la delimitación propia de las áreas básicas de salud (ABS), definidas en la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LLOSC), como unidad territorial elemental de la ordenación sanitaria en nuestro país, y de un dimensionado que incluya, como mínimo, la atención primaria, la atención hospitalaria y la atención sociosanitaria.

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

Para llevar a cabo sus funciones, los GTS se componen de tres órganos: un consejo rector como máximo órgano de gobierno, un consejo de salud como órgano de participación de los ciudadanos y ciudadanas en relación con servicios sanitarios y una comisión coordinadora de entidades proveedoras, como órgano de asesoramiento y ejecutor de las actuaciones.

# Descripción de experiencias innovadoras

## Programas de promoción y prevención de la salud

Programas de promoción de la salud: Salud y Escuela,  
Departamento de Salud y Departamento de Educación

La utilización de los servicios sanitarios por parte de adolescentes y jóvenes se caracteriza por problemas de baja frecuentación, problemas de accesibilidad y escasa sensibilización sobre salud y enfermedad. Por este motivo, desde los departamentos de Educación y Salud se decide impulsar actuaciones de promoción y prevención de la salud en la escuela y coordinar mejor las actuaciones en el territorio, mediante un único proyecto, el programa Salud y Escuela. El programa representa la creación de un espacio de consulta abierta a los adolescentes en que éstos pueden acudir de manera espontánea para consultar o recibir información sobre temas relacionados con su salud que les preocupan.

### Objetivos del programa

- Mejorar la salud de los adolescentes gracias a la detección de casos de riesgo en los centros de educación secundaria (IES).
- Favorecer la accesibilidad de los adolescentes al sistema sanitario mediante la consulta abierta de atención primaria en los IES.
- Potenciando actuaciones de promoción y educación para la salud.

*La población objeto* es la población adolescente de segundo ciclo de ESO (3.º y 4.º), de los centros públicos y concertados (122.189 alumnos y alumnas aproximadamente).

### Profesionales implicados

- Equipo de atención primaria de salud (principalmente, enfermería).
- Profesores y profesoras de los centros de educación secundaria.
- Equipos psicopedagógicos.
- Equipos de salud mental infantil y juvenil.
- Equipos de salud pública municipales.

## Recursos movilizados

La implantación del programa se ha producido en tres fases:

- Primera fase (curso 2004-2005): 71 equipos de atención primaria y 204 centros de secundaria con 27.384 alumnos.
- Segunda fase (curso 2005-06): 102 equipos de atención primaria y 261 centros de secundaria con un total de 29.133 alumnos.
- Tercera fase (curso 2006-07): 176 equipos de atención primaria, 497 centros de secundaria con 56.672 alumnos y 650 enfermeras referentes.
- Actualmente, se dispone de 1 enfermera para 208 alumnos con una dedicación de 3 a 4 horas de consulta a la semana en cada centro de secundaria.

Otro recurso es la formación semipresencial para los profesionales de enfermería antes de iniciar la actividad en los centros educativos. Y la ampliación de materiales didácticos para los profesores y profesoras (guía de recursos pedagógicos sobre alimentación).

## Evaluación del programa

Este proceso se realiza mediante la evaluación interna del proceso, evaluando con un sistema de registro los motivos de consulta, las intervenciones realizadas por el personal de enfermería en la consulta y las actividades de educación para la salud realizadas mayoritariamente por los profesores y profesoras en las aulas en el marco de la actividad curricular. Una evaluación externa cualitativa, al final del curso 2004-2005, realizando entrevistas en profundidad para conocer: la opinión, percepción y satisfacción de los y las profesionales implicados(as) en el programa, su despliegue y posible impacto y la pertinencia de las intervenciones y recursos.

La evaluación del impacto se llevó a cabo con un estudio transversal. De acuerdo con la Encuesta de Salud, la población diana fueron los alumnos(as) de 3.º y 4.º de ESO matriculados en el curso 2005-2006 (13.165 de 122 centros de ESO). Los resultados de la situación basal son de septiembre de 2006 y el resultado del impacto se obtendrá a finales de 2008.

## Conclusiones preliminares de la evaluación cualitativa (tabla 19)

Estas conclusiones ponen de manifiesto una estrecha colaboración entre los tutores, los EAP, los equipos psicopedagógicos y el personal de enfermería referente, que ha permitido tratar situaciones que antes pasaban inadvertidas. Se ha instaurado una colaboración permanente con los servicios municipales de salud pública. Los alumnos disponen de un espacio donde informarse, pedir consejo sobre temas que les preocupan y para ellos son difíciles

de solucionar, los profesores y profesoras pueden consultar cómo 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.

**TABLA 19. Resultados del Programa Salud y Escuela, 2007 (Cataluña)**

Cobertura actual					
	Centros de atención primaria		Cursos de 3.º y 4.º de ESO		Alumnos
Total	326 (91 %)		869 (90 %)		108.534 (89 %)
Actividad					
	Consultas	Actividades de educación para la salud en la escuela		Asistentes en actividades de educación para la salud en la escuela	
Total	31,289	5.074		184.179	
Tema	Temas de las consultas		Sexo		Actividades de educación para la salud
	Número	Porcentaje	Chicos (%)	Chicas (%)	
Sexualidad y afectividad	8.960	28	23,0	32,0	1.280
Tabaco	2.326	7,4	11,8	5,7	700
Alcohol	987	3,2	4,3	2,4	557
Otras drogas	2.149	6,9	12,1	4,2	591
Salud alimentaria	5.801	18,5	11,8	21,8	938
Actividad física	944	3,0	5,5	2,3	76
Malos tratos (excluye entre iguales)	387	1,2	0,9	1,4	128
Salud mental	4.704	15,0	13,3	16,1	135
Otros temas	4.534	14,5	17,3	13,7	655
Sin información	497	1,6	0,5	0,5	4
Total	31.289				5.074

El profesorado de los centros de educación secundaria ha recibido formación (tabla 20).

**TABLA 20. Formación recibida por parte del profesorado, 2007 (Cataluña)**

Tema	Número de cursos	Participantes
Alimentación nutrición y trastornos de la alimentación	30	560
Adicciones y drogodependencias	70	1.020
Sexualidad y afectividad	10	80
Salud emocional	12	149
Seguridad y primeros auxilios	48	1.330

Las prioridades de cara al futuro son:

- Completar la cobertura en la ciudad de Barcelona.
- Consolidar las redes de recursos en los territorios con la participación de los municipios y de la futura Agencia de Salud Pública.
- Aumentar el porcentaje de actividades de educación para la salud.
- Proporcionar formación conjunta a la enfermería y al profesorado.
- Realizar un guía de recursos en drogadicciones.
- Estudiar la frecuentación con relación a la reiteración de los mismos alumnos y la frecuencia más elevada de chicas respecto a los chicos.
- Incorporar a las familias.
- Presentar el proyecto de evaluación sobre el impacto del programa y los hábitos de los adolescentes.

## Programas de promoción y prevención de la salud: Salud en los Barrios

### Justificación

El año 2004, el Gobierno de la Generalitat de Cataluña aprobó la Ley 2/2004 de mejora de barrios, áreas urbanas y villas que requieren atención especial. En ella se creó un fondo de fomento como instrumento de colaboración institucional y financiera entre la Generalitat y los ayuntamientos para la ejecución de proyectos de mejora integral de barrios o zonas urbanas con procesos de regresión urbanística, problemática demográfica específica, concurrencia de problemas socioeconómicos y ambientales graves y deficiencias sociales y urbanísticas crónicas. La financiación de cada proyecto era compartida entre el Ayuntamiento y la Generalitat (el 50 % cada uno). Desde la aprobación de la ley se han concedido ayudas a 70 barrios (un millón de habitantes) por un valor total de 800 millones de euros que se han concretado en cuatro convocatorias.

Esta Ley era una oportunidad de identificar territorios, sectores y colectivos de especial vulnerabilidad respecto a la salud, analizando los determinantes y mecanismos de desigualdad y posibilitando la propuesta de medidas concretas que, tanto desde el sistema sanitario como desde los ayuntamientos, ayudasen a minimizar sus efectos. Para hacerlo, se creó el programa Salud en los Barrios, que tiene un planteamiento global, ecológico, de las condiciones de vida, tanto estructurales como ligadas a los estilos de vida que afectan la salud de las personas.

#### Población diana

La población diana son los habitantes de los barrios incluidos en proyectos de la Ley de Barrios. Estos barrios se caracterizan por tener un alto porcentaje de dos colectivos de especial necesidad: gente anciana autóctona y población inmigrada de reciente llegada al país.

#### Características principales de su desarrollo

El Programa Salud en los Barrios se caracteriza por la promoción de dinámicas de cooperación y trabajo en red en base territorial de las estructuras del sistema de salud y de los ayuntamientos (servicios sociales y de salud). Se basa en los conceptos de la salud comunitaria y en la necesidad de implicar a los diferentes agentes que trabajan en la salud de una comunidad. Cuenta con el soporte de dos grupos interdisciplinarios de apoyo metodológico ligados a la Universidad, uno desde la perspectiva de la investigación cualitativa y la sociología y otro desde la antropología social. Intenta crear un sistema de análisis, evaluación y mejora continuado. Es también un programa transversal que afecta todas las áreas de actuación del Departamento de Salud, desde la salud pública hasta la atención sanitaria y la atención sociosanitaria.

#### Aspectos destacables de su implantación o aplicación

En cada barrio se forma un equipo local integrado por: un responsable de la Dirección General de Salud Pública, el responsable del Servicio Catalán de la Salud en el sector, el director del equipo de atención primaria y el responsable de salud pública (o servicios sociales si no existiera un responsable técnico de salud pública) del Ayuntamiento. Este equipo designa los miembros de un grupo nominal interdisciplinario entre los profesionales de las instituciones implicadas. El equipo metodológico del proyecto (ligado a la universidad) asesora y coordina el desarrollo del grupo nominal y toda la metodología de detección de necesidades, priorización, selección de actuaciones y elaboración del proyecto del barrio. El momento y el grado de participación de la población en el proceso es variable según la historia y características del barrio. Para dar soporte a todo el proceso se ha creado un espacio de intranet

en que se comparten los informes resultantes de los grupos nominales, la información cuantitativa de que se dispone de cada barrio y algunos elementos de apoyo. Se ha diseñado una cartera de servicios de promoción de la salud específica para estos barrios y se asegura que son barrios de actuación preferente en todas las iniciativas del Departamento de Salud.

Metodología de seguimiento y evaluación. Indicadores

Existe una comisión de seguimiento que se reúne periódicamente y valora su funcionamiento. Hasta el momento se ha iniciado el proceso en 31 barrios, de los cuales ya se dispone de un informe del grupo nominal, que incluye la detección de necesidades/problemas de salud y la identificación de actuaciones prioritarias. Cada una de las actuaciones tiene previstos sus indicadores de evaluación y seguimiento.

El otro grupo de apoyo metodológico, el grupo de Antropología Social, está haciendo un análisis en profundidad de las trayectorias en servicios de salud de seis etnias diversas, que se encuentran entre las más frecuentes en estos barrios. Sus resultados se tendrán a finales de 2008.

Resultados más destacables

Se ha generado una dinámica muy rica en el trabajo conjunto en salud comunitaria entre ayuntamientos y el sistema de salud. En algunos lugares esta dinámica ya existía previamente y en otros es uno de los beneficios del programa.

Existe una gran coincidencia en los problemas de salud encontrados. Éstos se sitúan en el campo de la alimentación (tanto por exceso como por defecto), problemas de salud mental, uso de drogas, falta de cumplimiento de actividades preventivas, cúmulo de enfermedades crónicas, etc. Estos problemas de salud se concentran según colectivos: gente anciana autóctona, gente inmigrada recién llegada, población infantil y jóvenes, etc.

Gestión de los servicios sanitarios

Logaritme, AIE es una entidad con personalidad jurídica propia, de naturaleza mercantil y sujeta al derecho privado si bien su carácter de entidad sin ánimo de lucro y su forma de agrupación de interés económico hace que sus resultados empresariales sean imputados a sus socios. El capital social inicial de Logaritme, AIE está suscrito en el 97 % por el Instituto Catalán de la Salud (ICS) y el 3 % por el Banco de Sangre y Tejidos (BST), lo que le ofrece una garantía y un aval totalmente público.

La actividad principal es la prestación de servicios logísticos, de almacenaje y distribución de todo tipo de suministros a los centros de atención primaria y hospitales del ICS y del BST.



En el ámbito hospitalario se han incorporado los siguientes hospitales: Vall d'Hebron (primero), Arnau de Vilanova de Lleida, Joan XXIII de Tarragona, Germans Trias i Pujol de Badalona y Josep Trueta de Girona, y quedan para 2008-2009 los hospitales de Viladecans, Verge de la Cinta de Tortosa y, finalmente, el Hospital de Bellvitge. En el ámbito de la atención primaria de Barcelona ciudad y en las provincias de Lleida y Girona, con la paulatina incorporación para el 2008-2009, del resto de ámbitos de atención primaria de las provincias de Barcelona y Tarragona. Se ha incorporado a Logaritme el Consorcio de Atención Primaria de Castelldefels y está prevista la incorporación de más entidades públicas y privadas del ámbito de la sanidad catalana.

La evaluación de las necesidades de productos, la formulación y la contratación administrativa, la gestión de las compras y la gestión económica y presupuestaria del pago son funciones reservadas a las direcciones económico-administrativas tanto del ICS como del BST. Puede apuntarse que también en estas funciones se han realizado importantes mejoras de gestión, sobre todo en las compras centralizadas y con las unidades descentralizadas de gestión territorial, paralelas al despliegue e implantación de Logaritme.

Los resultados directos que han representado la cesión de la logística, el almacenaje y la distribución, que son actividades auxiliares para los hospitales y ambulatorios sanitarios, a una entidad especializada como Logaritme son entre otros:

- Unificación de almacenes, liberando espacios para dedicarlos a la atención sanitaria.
- Reducción del grado de *stocks* en los almacenes de los centros sanitarios con el consiguiente ahorro económico y financiero.
- Reducción de la plantilla de personas dedicadas a funciones de logística y distribución.
- Mejoras en la cantidad y la calidad del servicio, con menores rupturas de *stocks* y pérdidas por caducidad.
- Reducción del número de entregas de los proveedores que antes lo hacían a todos y cada uno de los distintos almacenes, para ahora hacerlo en un único almacén central, lo que implica una reducción importantísima del número de albaranes que deben conformarse y de facturas que deben tramitarse.

En 2007, el volumen de actividad fue de más de 2,3 millones de líneas atendidas, por lo que se prevé un crecimiento importante de actividad y de implantación en todo el territorio de Cataluña.

## Equidad de género en la atención a la salud. Protocolo y circuito de atención a las violencias contra las mujeres

El plan de acción y desarrollo de las políticas de mujeres en Cataluña (2005-2007), liderado por el Instituto Catalán de la Mujer (ICM, en sus siglas en catalán), recoge la estrategia del Gobierno dirigida a conseguir la igualdad de oportunidades y derechos de las mujeres y erradicar las violencias contra las mujeres.

Entre otros aspectos, el plan plantea la necesidad de dar una respuesta integrada y en el territorio a los casos de violencia contra las mujeres y para este propósito elabora el protocolo marco de atención a las violencias contra las mujeres, que actúa como coordinador de las distintas administraciones y servicios. El protocolo marco se ha concretado en el ámbito de la atención sanitaria mediante una guía y circuito de atención a las violencias en la atención sanitaria, actualmente en curso de publicación. El protocolo y circuito tienen como función dar una respuesta adaptada a las necesidades de cada víctima de violencia, considerando los casos en toda su complejidad y poniendo especial atención a los cuales precisen la coordinación de equipos de diferentes niveles de atención sanitaria.

Para conseguir una atención rápida, efectiva y de calidad, es necesario adaptar el protocolo a las especificidades de cada uno de los territorios, teniendo en cuenta que la distribución de los servicios sanitarios en Cataluña no es homogénea en el territorio. La atención primaria, los PASSiR y las urgencias se identifican como puntos clave de detección de los casos de violencias.

La difusión e implementación territorial del protocolo, inicialmente en la región sanitaria, se realizarán durante el próximo año 2008. Se prevé la selección de áreas piloto para su puesta en funcionamiento, así como la elaboración de mecanismos de seguimiento y evaluación del proceso.

Paralelo a la implementación del protocolo, el Departamento de Salud iniciará también durante 2008 cursos de formación dirigidos a profesionales sanitarios(as) con el fin de capacitarlos(as) para la detección y respuesta adecuada a los casos de violencia. Los cursos tienen como objetivo formar a personas especialistas en este ámbito que puedan realizar tareas de formación a los demás profesionales de su entorno laboral y hacer difusión del protocolo y circuito.

## Atención a la salud de las personas inmigrantes: Plan Director de Inmigración (PDI)

La misión del Plan Director de Inmigración es mejorar la salud de la población inmigrada mediante la definición de un modelo de atención y organización de los servicios que permita al sistema de salud catalán hacer frente a la nueva situación planteada por el fenómeno de la inmigración.

Se definen como objetivos estratégicos del plan: 1) conocer la situación de salud y utilización de servicios sanitarios de la población inmigrante, 2) mejorar la accesibilidad de esta población a la salud y a los servicios sanitarios mediante planes de acogida, de mediación y formación de profesionales, 3) planificar y ordenar los servicios para dar respuesta a los problemas específicos de la población inmigrante y 4) reordenar y coordinar la red de unidades de salud internacional de referencia.

El plan ha iniciado su fase de consolidación en el período 2008-2010. Esta nueva etapa incluye, como elemento fundamental, la implementación de una organización territorial que responda a los criterios de descentralización y en coordinación con las políticas de acomodación participativas del Plan de Ciudadanía e Inmigración de la Secretaría para la Inmigración.

Por tanto, y con el fin de hacer efectiva la descentralización del plan director en el territorio, éste refuerza y consolida el trabajo de base participativa en red ya existente en algunas partes. El planteamiento estratégico inicial pasa por la implementación de un modelo de organización territorial desde la base comunitaria. Este modelo prevé la creación de una mesa central, de mesas regionales (7) y mesas de salud e inmigración en los gobiernos territoriales de salud (GTS):

### Mesa de salud e inmigración del nivel central

Esta mesa tiene como objetivo dar apoyo al Departamento de Salud en el establecimiento de la política sanitaria en materia de inmigración, velar por la interdepartamentalidad de las actuaciones y establecer las directrices para la implementación del plan, así como la coordinación territorial.

Sus funciones serán fundamentalmente de apoyo al desarrollo de los objetivos y actividades del plan director, siguiendo las directrices del Consejo Asesor y de la dirección del plan. Destacarán:

- Definir el plan de acción indicado para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud y la atención a la población inmigrante.
- Aprobar y dar apoyo a los planes de las mesas de las regiones y de los GTS de acuerdo con los criterios y estrategias del plan director y el Plan de Ciudadanía e Inmigración.

- Realizar el seguimiento y la evaluación de la implantación de los tres ejes principales del PDI (acogida, mediación y formación).
- Integrar los resultados del seguimiento y la evaluación del Plan Director de Inmigración y Salud, introduciendo los cambios y mejoras necesarios sobre los resultados no satisfactorios.

Estará presidida por el director(a) general de Planificación y Evaluación. Con dos vicepresidencias que ocuparán el subdirector(a) del Servicio Catalán de la Salud y el secretario(a) de Inmigración del Departamento de Bienestar y Familia (o la persona en quien él o ella delegue). El secretario(a) de la Mesa será el director(a) del plan director. Formarán parte representantes del Consejo Asesor del plan director, el director general de Salud Pública y un representante del Instituto Catalán de la Salud (ICS).

#### Mesas regionales de salud e inmigración

El plan director prevé como primer objetivo específico la descentralización territorial de la implementación del plan con el despliegue de estas mesas regionales de inmigración y salud.

Estas mesas tendrán el objetivo de colaborar con el plan director en la planificación, implementación y supervisión de sus programas de acuerdo con los criterios y estrategias del plan y las realidades de las regiones y también, recoger las propuestas regionales para tenerlas en cuenta en la planificación de las actuaciones. Sus funciones básicas serán:

- Detectar las necesidades de acogida, formación y mediación.
- Formular programas o proyectos de acuerdo con los criterios y directrices del plan director y las propuestas de la mesa.
- Consensuar un programa anual de formación para toda la región (profesionales sanitarios[as], trabajadores[as] sociosanitarios[as], mediador[a] y personal de admisiones) de acuerdo con las demandas detectadas desde las mesas territoriales y los criterios del Instituto de Estudios de la Salud.
- Promoción de la investigación aplicada con la creación de una red de investigación.
- Evaluar y llevar a cabo un seguimiento de los programas en los GTS y en la región.

#### Mesas de salud e inmigración de los GTS

Éstas se crean a medida que se constituyan los GTS. El consejo rector del GTS tiene que valorar la oportunidad de su creación.

Estas mesas tendrán que coordinarse con los consejos de salud de los GTS en el momento de su creación y tendrán que mantener informados a los consejos rectores y consejos de salud de los resultados de sus debates en

la mesa regional. Serán verdaderos puentes de comunicación entre el plan director y los GTS y facilitarán tanto la detección de necesidades como la aproximación de los programas y recursos del plan a la comunidad. La constitución de las mesas se hará de acuerdo con el funcionamiento de estos GTS.

## Apoyo a la investigación

### Programa de investigación en malaria *Plasmodium-vivax*

La investigación en salud ha adquirido un carácter global tanto desde el punto de vista científico y conceptual como por la dimensión de la solidaridad internacional que comienza a tener la salud pública. Con este fin, en 2006 se constituyó el Centro de Investigación en Salud Internacional de Barcelona (Cresib). Este centro de investigación de la Generalitat de Cataluña tiene personalidad jurídica propia, bajo la forma de fundación privada, está presidida por la consejera de Salud y participa el Departamento de Innovación Universidades e Investigación, la Universidad de Barcelona y el Hospital Clínic de Barcelona.

Entre los fines fundacionales del Cresib están la investigación de las enfermedades infecciosas prevalentes en el tercer mundo y, fundamentalmente, en África subsahariana: malaria, sida y tuberculosis, así como la investigación de la influencia que tienen la pobreza y las condiciones sociales sobre la salud materno-infantil.

En el programa de investigación de la malaria, y más específicamente de la malaria producida por *Plasmodium falciparum*, el Cresib, con la ayuda de la Fundación Bill y Melinda Gates, en colaboración con el Gobierno de Mozambique y bajo la tutela y el apoyo económico de la Agencia Española de Colaboración Internacional (AECI), presentó los primeros resultados (Lancet, 2007) de una vacuna profiláctica en lactantes.

Este estudio se realiza en la base logística que tiene el Centro de Investigación de Salud de Manhica, Mozambique. Todas estas actividades son la consecuencia de las actividades previas en la Universidad de Barcelona, el Hospital Clínic y el Centro de Investigación en Salud Internacional de Barcelona hasta 2007.

La innovación 2007 del Cresib, y que se aporta en este informe, es la puesta en marcha en el mismo entorno antes mencionado de un programa de investigación en vacunas en otro de los agentes de la malaria, el *Plasmodium-vivax*, que a veces queda olvidado.

Con este fin, se firma un convenio entre el Cresib y la Fundación Privada Cellex para la financiación de este programa de investigación, con cinco millones de euros para el período 2007-2010. Aunque el *Plasmodium-vivax* sólo produce el 5-10 % de los casos de malaria, afecta cada año entre 70 y 80 millones de personas.

