



CATALUÑA

**Informe Anual
del
Sistema Nacional de Salud 2004**

1. Características socioeconómicas y demográficas de la población:

La población catalana según el *Institut d'Estadística de Catalunya* (IDESCAT) fue de 6.813.319 habitantes en el año 2004 de los cuales un 49,4% fueron hombres y un 50,6% mujeres.

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

Tabla 1.1 Población según grandes grupos de edad y género por provincia. Cataluña 2004

Provincia	Hombres			Total	Mujeres			Total	Total
	0-14	15-64	≥65	Hombres	0-14	15-64	≥65	Mujeres	Cataluña
Barcelona	365.101	1.797.490	349.655	2.512.246	343.966	1.758.539	503.134	2.605.639	5.117.885
Girona	48.113	225.219	46.766	320.098	45.518	210.081	60.501	316.100	636.198
Lleida	26.357	133.583	34.438	194.378	24.916	122.305	43.493	190.714	385.092
Tarragona	49.589	239.554	50.464	339.607	46.922	223.573	64.042	334.537	674.144
Cataluña	489.160	2.395.846	481.323	3.366.329	461.322	2.314.498	671.170	3.446.990	6.813.319

Fuente: Padrón de población de Cataluña 2004. *Institut d'Estadística de Catalunya* (IDESCAT)

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

Tabla 1.2 Evolución de la población según grandes grupos de edad y género. Cataluña 2000-2004

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

Fuente: Padrón de población de Cataluña 2004. *Institut d'Estadística de Catalunya* (IDESCAT)

Según las últimas cifras provisionales de población por CCAA, publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE), la población de Cataluña junto a las Comunidades Valenciana y Balear son las que han experimentado un mayor crecimiento porcentual durante el mes de enero de 2005 en relación al mismo mes del año anterior.

Tabla 1.3 Padrón de habitantes por CCAA. España			
	Enero 2004	Enero de 2005 (provisionales)	(Δ%)
	Número	Miles	
Andalucía	7.687.518	7.829,2	1,84
Cataluña	6.813.319	6.984,20	2,51
Madrid	5.804.829	5.921,10	2,00
Com. Valenciana	4.543.304	4.672,70	2,85
Galicia	2.750.985	2.760,20	0,33
Castilla y León	2.493.918	2.501,50	0,31
País Vasco	2.115.279	2.123,80	0,40
Canarias	1.915.540	1.962,20	2,44
Castilla - La Mancha	1.848.881	1.888,50	2,14
Murcia	1.294.694	1.334,40	3,07
Aragón	1.249.584	1.267,00	1,39
Extremadura	1.075.286	1.080,80	0,51
Asturias	1.073.761	1.074,50	0,07
Baleares	955.045	980,5	2,66
Navarra	584.734	592,5	1,33
Cantabria	554.784	561,6	1,24
Rioja	293.553	300,7	2,43
Ceuta	74.654	74,8	0,16
Melilla	68.016	65,3	-4,06
Total	43.197.684	43.975,40	1,8

Fuente: INE 2005

Tarjeta sanitaria individual

La población de Cataluña según el Registro Central de Asegurados (RCA) del *Servei Català de la Salut*, fue durante el mes de enero de 2005 de 7.105.324 habitantes de los cuales un 49% fueron hombre y un 50,8% mujeres.

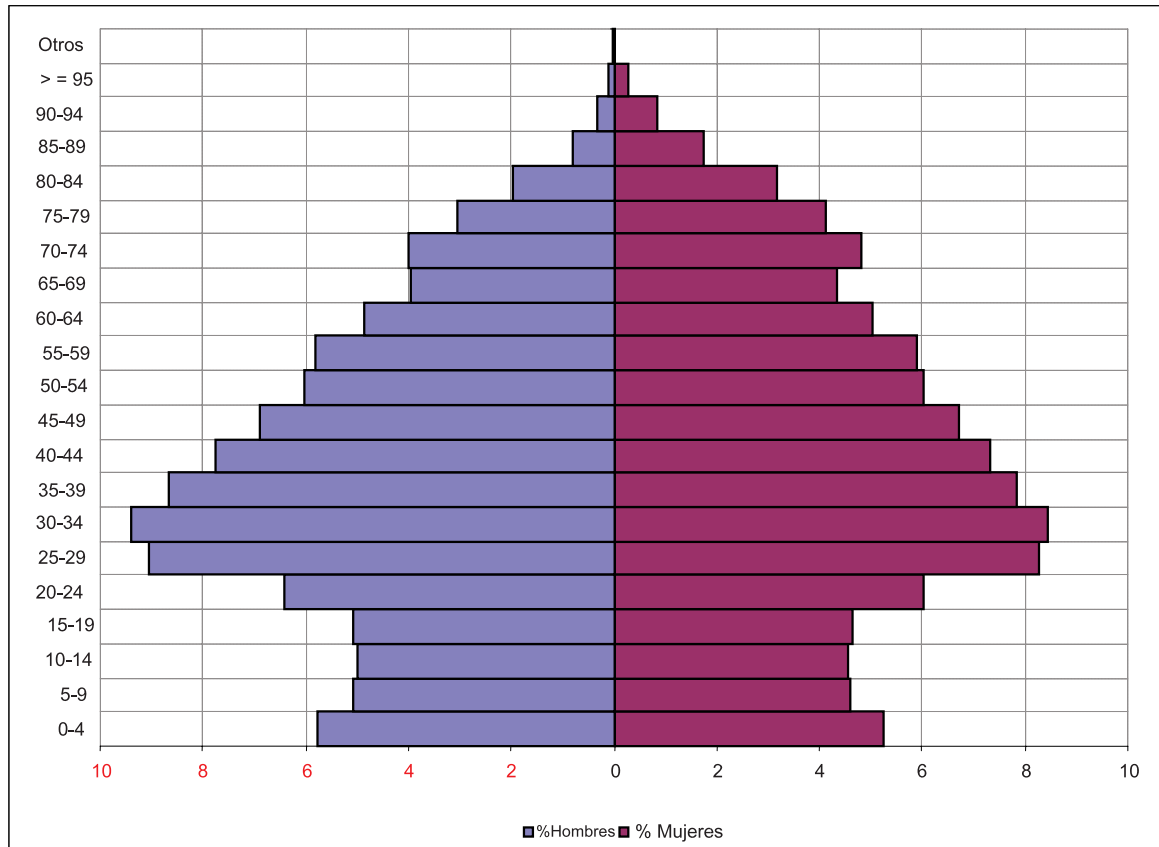
En la tabla 1.4 gráfico 1.1 se muestra la distribución de la población asegurada por grandes grupos de edad y género

Tabla 1.4 Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) activa por grupo de edad y género. Cataluña 2005

Grupo de edad	Cifras absolutas			%		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0-14	552.730	521.235	1.073.965	15,8%	14,44%	15,11%
15-64	2.447.072	2.390.720	4.837.792	70,02%	66,21%	68,09%
≥65	494.783	698.678	1.193.461	14,16%	19,35%	16,80%
Sin información	47	59	106	0,00%	0,00%	0,00%
Total	3.494.632	3.610.692	7.105.324	100%	100%	100%

Fuente: Registro Central de Asegurados. Enero de 2005. *Servei Català de la Salut*. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Gráfico 1.1 Pirámide de población según Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) activas. Cataluña 2005



Fuente: Registro Central de Asegurados. Enero 2005

Evolución de extranjeros residentes en España por CCAA

Según las últimas cifras provisionales de población inmigrada por CCAA publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) basadas en el registro de extranjeros residentes de la Dirección General de la Policía del Ministerio del Interior (tabla 1.5), en Cataluña hay más de 795.000 extranjeros, un 11,39% de la población catalana, cifra que representa un incremento del 1,9% sobre la población inmigrada residente en Cataluña en el 2004.

Cataluña es, por tanto, la comunidad que más ha incrementado el número absoluto de individuos de su población inmigrada entre 2004 y 2005 (unas 135.000 personas más, aproximadamente).

Tabla 1.5 Evolución de extranjeros residentes en España por CCAA : 1990 – 2005						
	1990	1995	2002	2003	2004	01-01-2005
TOTAL CCAA	407.647	499.773	1.324.001	2.664.168	3.304.326	3.691.500
Cataluña	65.990	106.809	328.461	543.008	642.846	795.800
Madrid (Com. de)	60.902	93.031	272.692	589.215	664.255	766.700
Andalucía	72.543	67.127	163.942	282.901	321.570	416.600
Valenciana(Com)	64.451	57.790	138.421	413.760	464.317	572.900
Canarias	51.955	53.188	92.149	179.493	185.781	219.900
Baleares	32.646	28.111	60.779	126.505	131.423	154.900
Murcia (Región de)	3.422	7.390	52.975	113.912	132.918	164.400
Castilla y León	10.047	14.628	35.954	59.440	71.300	90.200
Galicia	15.062	16.833	30.400	53.808	58.387	69.000
Aragón	3.988	6.877	25.994	61.896	77.545	96.200
Castilla - La Mancha	1.992	6.516	25.195	70.899	88.858	113.800
País Vasco	13.169	13.569	24.201	49.231	59.166	72.800
Navarra (C. Foral de)	1.920	4.202	18.956	38.741	43.376	49.500
Extremadura	2.273	5.060	13.739	17885	20.066	25.000
Asturias (Princ. de)	4.198	6.562	12.237	19.691	22.429	26.700
Rioja (La)	598	1.659	10.287	20.570	24.988	31.000
Cantabria	598	2.864	8.564	13.677	16.364	20.500
Melilla	598	1.083	3.229	6.333	5.874	2.900
Ceuta	598	776	2.114	3.203	2.863	3.000
Errores en CCAA	598	5.698	3.712	-	-	-

Fuente: *Registro de extranjeros residentes. Dirección General de la Policía del Ministerio del Interior*

Tasa de ocupación 1^{er} trimestre 2005. Cataluña

Tabla 1. 6 Tasa de ocupación 1^{er} trimestre. Cataluña. 2005

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
De 16 a 19 años	28,3%	15,4%	22,0%
De 20 a 24 años	64,4%	61,1%	62,8%
De 25 a 54 años	89,9%	67,5%	78,9%
De 55 y más años	29,2%	13,0%	20,3%
Total	66,7%	45,6%	55,9%

Datos provisionales.

Fuente: Encuesta de Población Activa, INE.

Renta disponible bruta (per cápita). Avance 2002 (INE)

Comunidad Autónoma Provincia	Tabla 1.7 Renta disponible bruta (per cápita) – avance 2002		
	valor (euros)	índice	% Variación 2002/2001
ANDALUCÍA	8.862	80,45	5,92%
ARAGÓN	12.271	111,39	8,32%
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	10.254	93,08	6,25%
BALEARES	13.356	121,24	5,36%
CANARIAS	10.247	93,02	6,50%
CANTABRIA	11.341	102,95	6,38%
CASTILLA Y LEÓN	10.936	99,27	5,92%
CASTILLA-LA MANCHA	9.473	85,99	6,29%
CATALUÑA	12.356	112,16	5,62%
Barcelona	12.156	110,35	5,45%
Girona	13.831	125,55	4,87%
Lleida	12.905	117,15	6,67%
Tarragona	12.198	110,73	6,92%
VALENCIANA (COMUNIDAD DE)	10.721	97,32	5,80%
EXTREMADURA	8.278	75,15	6,83%
GALICIA	9.505	86,28	7,18%
MADRID (COMUNIDAD DE)	13.177	119,62	6,20%
MURCIA (REGIÓN DE)	9.729	88,32	8,56%
NAVARRA (C. FORAL DE)	13.477	122,34	6,29%
PAÍS VASCO	13.690	124,27	6,71%
RIOJA (LA)	12.715	115,42	5,48%
CEUTA Y MELILLA	10.547	95,74	6,87%
CEUTA	10.377	94,20	6,63%
MELILLA	10.739	97,49	7,13%
ESPAÑA	11.016	100,00	6,24%

Gráfico 1.2 Renta disponible per cápita de los hogares

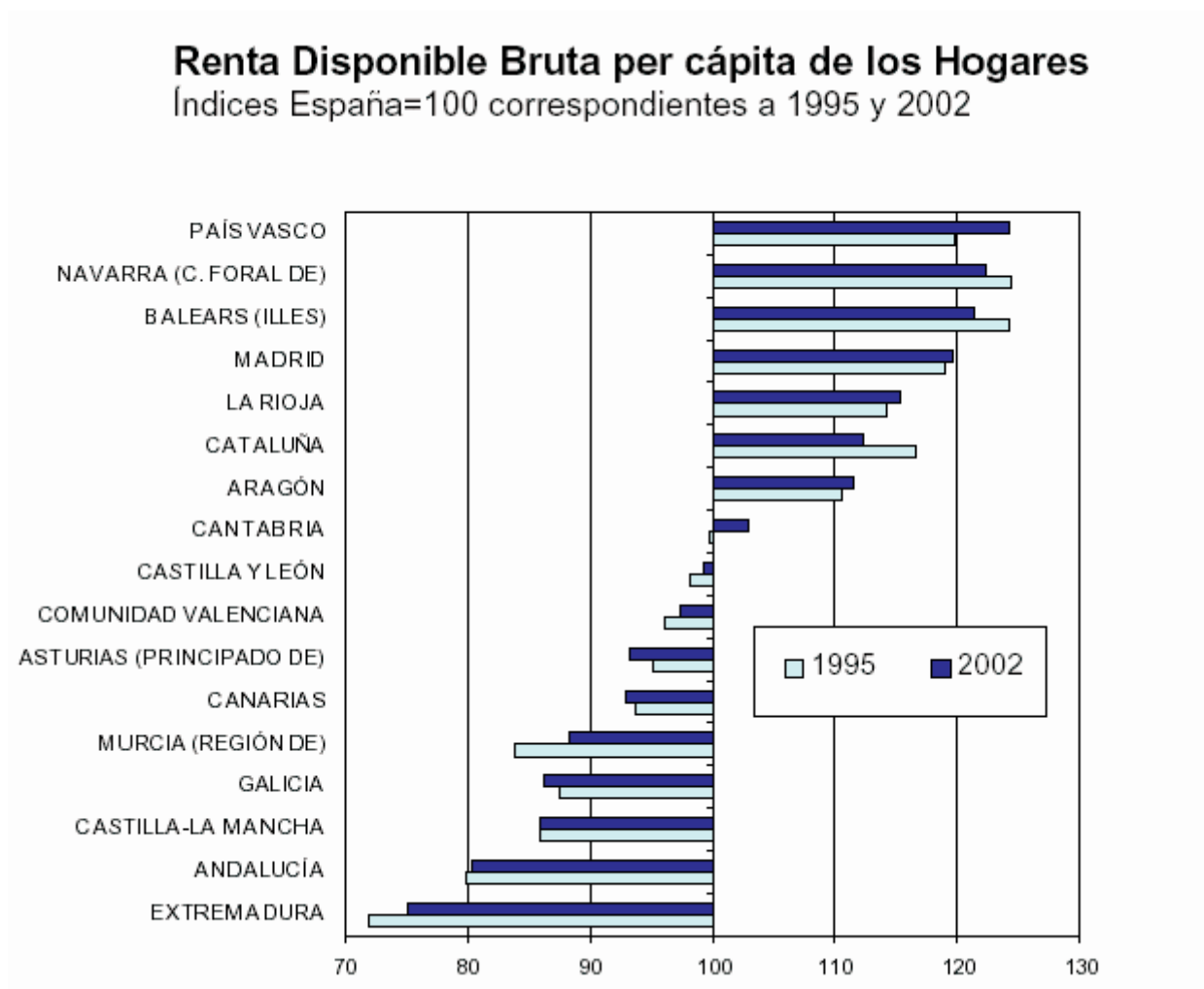


Tabla 1. 8 Nivel de renta: Renta disponible y niveles económicos por CCAA (2001)

COMUNIDAD AUTÓNOMA	NIVEL ECONÓMICO	RENTA DISPONIBLE (nivel de var. 96-01)
Total C.A. ANDALUCÍA	4	5
Total C.A. ARAGÓN	7	4
Total C.A. ASTURIAS	5	5
Total C.A. BALEARES	8	6
Total C.A. CANARIAS	5	8
Total C.A. CANTABRIA	6	6
Total C.A. CASTILLA Y LEÓN	6	4
Total C.A. CASTILLA-LA MANCHA	5	5
Total C.A. CATALUÑA	8	5
Total C.A. COMUNIDAD VALENCIANA	6	7
Total C.A. EXTREMADURA	3	6
Total C.A. GALICIA	5	5
Total C.A. MADRID	8	6
Total C.A. MURCIA	4	7
Total C.A. NAVARRA	9	6
Total C.A. PAÍS VASCO	9	6
Total C.A. RIOJA (LA)	7	5
Total C.A. CEUTA	5	6
Total C.A. MELILLA	5	7
Total ESPAÑA	6	5

NOTA : Fuente: INE y Anuario Económico de España de *La Caixa*.

Índice de la renta familiar disponible por habitante estimada por áreas geográficas (por comunidades autónomas) para 2001. Se han definido diez niveles, que se corresponden con los siguientes intervalos de renta:

Índice de la renta familiar disponible por habitante estimada por áreas geográficas (por comunidades autónomas) para 2001. Se han definido diez niveles, que se corresponden con los siguientes intervalos de renta:

Este baremo de estratos de niveles de renta correspondiente a 2001 difiere ligeramente del baremo del año anterior, al haberse adaptado fundamentalmente a la variación de la

Tabla 1.9 Renta Familiar Disponible por Habitante (euros)	
Niveles	Disponible por Habitante (euros)
1	Hasta 6.400
2	6.400 – 7.300
3	7.300 – 8.225
4	8.225 – 8.800
5	8.800 – 9.700
6	9.700 – 10.650
7	10.650 – 11.500
8	11.500 – 12.500
9	12.500 – 13.500
10	Más de 13.500

renta de uno a otro año, así como a la revisión de las cifras oficiales que ha realizado el INE en la Contabilidad Regional de España, de las que estas estimaciones dependen significativamente.

La renta personal disponible se puede definir como el nivel de renta de que disponen las economías domésticas para gastar y ahorrar, o bien como la suma de todos los ingresos **efectivamente percibidos** por las economías domésticas durante un período. Por lo que podría considerarse como el total de ingresos procedentes del trabajo, más las rentas de capital, prestaciones sociales y transferencias, menos los impuestos directos pagados por las familias y las cuotas pagadas a la seguridad social.

A veces son importantes las diferencias entre la renta familiar disponible por habitante y las estimaciones que pueden realizarse del P.I.B. por habitante, cuando se establece la posición relativa o ranking entre municipios, provincias o comunidades autónomas. Por ejemplo, un municipio puede ser considerado como el “más rico” de una provincia si se mide esta “riqueza” por la renta familiar disponible por habitante y, sin embargo, estar bastante alejado del primer lugar si se considera el P.I.B. por habitante. Y, por supuesto, pueden ser aún mayores las diferencias en el ranking entre los niveles de renta disponible por habitante (“nivel económico”) y los niveles de bienestar (“índice de bienestar”, que en el “Anuario Social de España 2003” se expone a nivel provincial), ya que el bienestar social depende, además de la renta, de factores tales como la salud, educación y cultura, empleo y calidad de vida en el trabajo, seguridad y justicia, clima, infraestructuras viarias, equipamientos comerciales y sanitarios, etc.

El nivel medio de la renta familiar disponible por habitante en España, en 2001, se sitúa entre 9.700 – 10.650 euros, lo que se corresponde con un nivel 6, según el citado baremo. Este resultado se debe al peso que, sobre el total nacional, ejerce la renta media del grupo de municipios de más de mil habitantes, en los que se concentra el 96% de la población española, que alcanza también un nivel 6 de renta familiar disponible por habitante. El resto de municipios con población inferior a mil habitantes, en los que reside menos del 4% de la población nacional (pese a constituir casi un 40% del número total de municipios), registra un nivel medio de renta familiar disponible por habitante entre 8.225 – 8.800 euros per cápita, es decir, nivel 4.

Debe señalarse que la comparación entre zonas territoriales con índices económicos distintos puede no reflejar en algún caso diferencias significativas en su renta, en términos absolutos; es el caso de los municipios, provincias y comunidades autónomas cuya renta estimada se sitúa cerca del límite superior o inferior del intervalo en que se integran. Así, por ejemplo, la provincia de Badajoz, de nivel 2 (6.400-7.300), tiene una renta familiar disponible por habitante muy próxima a 7.300 euros, o sea, cercana al nivel 3. Asimismo, la provincia de Valladolid, de nivel 6 (9.700-10.650) dispone de una renta familiar disponible por habitante bastante próxima a 10.650 euros, es decir, cercana al nivel 7. Por otra parte, existen algunos casos como el de la provincia de Lugo, de nivel 5, cuya renta familiar disponible por habitante está muy próxima al límite inferior de su intervalo de renta (nivel económico), o sea, cercana al nivel 4.

Fuente: INE y Anuario Económico de España de La Caixa.

2. Desarrollo normativo e institucional:

Decreto 284/2004, de 11 de mayo, por el que se dictan normas complementarias relativas a la especialidad de obstetricia y ginecología en el ámbito del *Institut Català de la Salut*, y para el desarrollo y organización del programa de atención a la salud sexual y reproductiva en el ámbito de este mismo organismo.

Orden SSS/38/2004, de 20 de febrero, por la que se establece una prueba piloto para la implantación de un sistema de compra de servicios de base poblacional.

Orden SLT/203/2004, de 11 de junio, por la que se actualiza la relación de intervenciones quirúrgicas que tienen garantizado un plazo máximo de acceso.

Orden SLT/328/2004, de 6 de septiembre, por la que se crea, en el ámbito del *Servei Català de la Salut*, el registro de seguimiento y gestión de las reclamaciones.

Orden SLT/427/2004, de 1 de diciembre, por la que se aprueba el programa de actuaciones del *Servei Català de la Salut* para la coordinación de las diferentes redes asistenciales en relación con el tratamiento de determinados pacientes durante el invierno 2004-2005.

Orden SLT/467/2004, de 20 de diciembre, por la que se regulan los certificados del registro de seguimiento y gestión de pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos.

TABLA 2

NORMAS LEGALES FUNDAMENTALES EN MATERIA DE SALUD EN 2004

CCAA: CATALUNYA

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Decreto 284/2004, de 11 de mayo, por el que se dictan normas complementarias relativas a la especialidad de obstetricia y ginecología en el ámbito del <i>Institut Català de la Salut</i> , y para el desarrollo y organización del programa de atención a la salud sexual y reproductiva en el ámbito de este mismo organismo.	DOGC de 13 de mayo de 2005	<p>Finalidades:</p> <p>a) Complementar la regulación sobre la atención especializada en obstetricia y ginecología vinculada al programa de atención a la salud sexual y reproductiva.</p> <p>b) Establecer criterios de ordenación de este programa.</p>	
Orden SSS/38/2004, de 20 de febrero, por la que se establece una prueba piloto para la implantación de un sistema de compra de servicios de base poblacional.	DOGC de 4 de marzo de 2005	El objeto de esta prueba piloto es establecer una actuación coordinada de todas las entidades proveedoras para alcanzar una prestación integral de los servicios que solicite la población en cada uno de los ámbitos geográficos que se delimiten. A este efecto, deben coordinarse, como mínimo, los servicios de atención primaria de salud y los servicios de atención hospitalaria.	
Orden SLT/203/2004, de 11 de junio, por la que se actualiza la relación de intervenciones quirúrgicas que tienen garantizado un plazo máximo de acceso.	DOGC 22 de junio de 2005	Inclusión de les intervenciones de escisión y reparación de hallux valgus (juanete) y otras deformidades de los dedos del pie y las intervenciones de quiste o seno pilonidal en la relación de intervenciones quirúrgicas que tienen garantizado el plazo máximo de acceso.	

TABLA 2

NORMAS LEGALES FUNDAMENTALES EN MATERIA DE SALUD EN 2004

CCAA: CATALUNYA

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
<p>Orden SLT/328/2004, de 6 de septiembre, por la que se crea, en el ámbito del <i>Servei Català de la Salut</i>, el registro de seguimiento y gestión de las reclamaciones</p>	<p>DOGC de 27 septiembre 2004</p>	<p>El <i>Servei Català de la Salut</i>, como ente responsable de las prestaciones sanitarias de cobertura pública, debe dar una respuesta adecuada a las reclamaciones que puedan presentar las personas que reciban la asistencia sanitaria de cobertura pública, esto exige la creación de un registro de seguimiento y gestión de reclamaciones que, como fichero automatizado con datos de carácter personal, esta sujeto a la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.</p>	
<p>Orden SLT/427/2004, de 1 de diciembre, por la que se aprueba el programa de actuaciones del <i>Servei Català de la Salut</i> para la coordinación de las diferentes redes asistenciales en relación con el tratamiento de determinados pacientes durante el invierno 2004-2005.</p>	<p>DOGC 1 de diciembre de 2004</p>	<p>Aprobar un conjunto de actuaciones del <i>Servei Català de la Salut</i> que permitan la ampliación de los horarios los días laborables y la apertura los fines de semana y festivos de los programas de atención domiciliaria (PADES); el establecimiento de un plan de altas sociosanitarias de invierno, de un plan de altas de invierno para enfermos subagudos y de un plan de valoración y tratamiento de personas frágiles con complejidad, durante los meses de invierno, para determinados colectivos de pacientes.</p>	

TABLA 2

NORMAS LEGALES FUNDAMENTALES EN MATERIA DE SALUD EN 2004

CCAA: CATALUNYA

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
<p>Orden SLT/467/2004, de 20 de diciembre, por la que se regulan los certificados del registro de seguimiento y gestión de pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos.</p>	<p>DOGC de 3 de enero de 2005</p>	<p>Regular a la información sobre su inclusión en el registro de seguimiento y gestión de pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos, y a los datos generales sobre los plazos de acceso, para el correspondiente procedimiento quirúrgico, en otros centros de la Red Hospitalaria de Utilización Pública.</p>	

3. Planificación y Programas Sanitarios:

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

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

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

El proceso de planificación realizado durante los últimos diez años, ha puesto de manifiesto la necesidad de establecer planes específicos para los problemas de salud prioritarios mediante un trabajo en profundidad y con la participación de los profesionales implicados. Su finalidad es, a demás de definir objetivos de salud, establecer propuestas elaboradas en todo el proceso de atención a los problemas de salud (prevención, detección, tratamiento y rehabilitación). Actualmente en Cataluña, se están desarrollando los Planes Directores sobre enfermedades del aparato circulatorio, cáncer, salud mental y adicciones, atención sociosanitaria, inmigración y cooperación e investigación en ciencias de la salud.

TABLA 3

PLANIFICACION SANITARIA. PROGRAMAS, ESTRATEGIAS Y PLANES

CCAA: CATALUNYA

		Sí/No	Ediciones (Fecha)	Observaciones (*)
Planes de Salud	PLAN DE SALUD DE CATALUÑA	Si	1993-1995 1996-1998 1999-2001 2002-2005	El PS 1993-1995 además de los objetivos operacionales para el trienio formuló objetivos de salud para el año 2000. El PS 2002-2005 formula objetivos de salud para el año 2010
Cáncer de mama	Programa de cribado poblacional a mujeres de 50 a 69 años	Si	Desde 1992	Implantación progresiva en el territorio finalizó en el 2004
Cáncer de cervix	Programa de cribado	Si		Cribado a partir de la detección oportunist
Enfermedades cardiovasculares	Plan Director de las Enfermedades del Aparato Circulatorio	Si		Audit sobre deteccion de factores de riesgo en AP
Salud mental	Plan Director de Salut Mental	Si		
Atención Sociosanitaria	Plan Director Sociosanitario	Si		
Inmigración	Plan Director de Inmigración y Cooperación	Si		
Violencia de género	Programa para la atención integral de las violencias contra las mujeres	Si		Programa que forma parte del Plan de Acción y desarrollo de las políticas de mujeres en Catalunya 2005-2007

4. Farmacia:

Durante el año 2004 la estrategia de actuación se ha fundamentado en tres grandes líneas: la corresponsabilización de todos los agentes implicados en la prestación farmacéutica, la mejora de los sistemas de información y la incorporación de criterios de efectividad y eficiencia en las decisiones terapéuticas.

Durante el año 2004 se ha establecido un plan de nuevas acciones de farmacia que asienta las bases de un nuevo modelo de política farmacéutica en base al establecimiento de medidas estructurales que permitan afrontar el futuro de una prestación farmacéutica de calidad sostenible, y un uso racional del medicamento.

De acuerdo con este plan, durante el 2004, se han establecido las bases para la implantación de la receta electrónica en Cataluña cuyo pilotaje se desarrollará a finales del 2005, y se ha firmado una nueva cláusula al concierto entre el Consell Català de Col·legis de Farmacèutics y el *Servei Català de la Salut*, consiguiendo un descuento superior en la facturación de los absorbentes de incontinencia urinaria por las oficinas de farmacia (concretamente un incremento de 8 puntos, pasando del 17% de descuento al 25% actual).

También, y de acuerdo con este plan, durante el año 2004 se han elaborado los criterios comunes mínimos de los programas de renovación de medicación crónica, los criterios de un programa de seguimiento de novedades terapéuticas y de un programa de uso racional del medicamento. Se han estudiado sistemas más eficientes de gestión de la prestación farmacéutica en las centros residenciales sociales que fomenten las actividades de atención farmacéutica y se ha potenciado un programa de análisis de la prestación farmacéutica en base al usuario con el desarrollo de tareas vinculadas a la utilización de la tarjeta sanitaria y con la finalidad de prevenir problemas relacionados con el consumo de medicamentos.

Con respecto a las herramientas de apoyo y soporte para garantizar que la prescripción y la dispensación se realicen bajo criterios de calidad y de eficiencia, se han potenciado los mecanismos de evaluación de los productos incluidos en la prestación farmacéutica con el análisis de los datos de prescripción y consumo, como ahora, la potenciación de la prescripción y dispensación de genéricos fundamentado en la información a los proveedores, la inclusión de incentivos en su prescripción y la corresponsabilización en la gestión del presupuesto de farmacia por parte de las entidades proveedoras.

También se ha optimizado la utilización de medicamentos incluidos en el nuevo sistema de precios de referencia, reforzando durante el año 2004 la información sobre los principios activos afectados y fomentando la eficiencia de su prescripción.

Así, las actividades llevadas a cabo durante el 2004 son muchas y de diferentes ámbitos, unas específicas y otras enmarcadas en proyectos a medio/largo plazo, pero la valoración que se puede realizar para el 2004 desde nuestra comunidad autónoma es muy positiva. El resultado económico final así lo avala: un 4,60% de incremento del gasto farmacéutico respecto al 2003, el menor de entre todas las comunidades autónomas y 1,8 puntos por debajo de la media estatal (6,40%).

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

a) Pacientes ingresados

Cada hospital recibe una cantidad monetaria por alta en la que se incluye el coste de la medicación. No disponemos de un sistema informatizado centralizado de este consumo farmacéutico.

b) MHDA (medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria)

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

En este momento, este sistema de información no se relaciona informáticamente con el sistema de información utilizado para las prescripciones con receta oficial del SNS (equipos de atención primaria, unidades de especializada hospitalaria y ambulatoria, unidades de salud mental y centros residenciales sociales).

Finalmente, comentar que 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.

TABLA 4

FARMACIA

CCAA: CATALUNYA

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

		Datos 2004	Observaciones
Número de recetas dispensadas	nº total de recetas	119.603.107	Incremento del 2,98% respecto el 2003
	%recetas de genéricos/total de recetas	14,48%	2003: 11,25 % (Dif: 3,23 puntos // Inc0304: 28,71%)
Gasto farmacéutico (considerado el resultado de la siguiente operación:Importe total a PVP-aportación del usuario)	gasto farmacéutico total	1.608.442.395 € (PVP-aportación usuario)	Incremento del 4,37% respecto el 2003 // 1.551.361.179 € (con deducción RDL 5/2000) -> Inc0304: 4,60%
	% gasto genéricos/gasto farmacéutico total	8,14%	2003: 8,26 % (Dif: -0,12 puntos // Inc0304: -1,45%)
Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos (considerando el nº de recetas dispensadas y especificando el nombre del subgrupo que se corresponda con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según RD 1348/2003)	en el total de recetas dispensadas	N02BE Anilidas N05BA Derivados de la benzodiazepina A02BC Inhibidores de la bomba de protones	N02BE Representa el 5,8 % s/ total recetas N05BA Representa el 5,3 % s/ total recetas A02BC Representa el 4,5 % s/ total recetas
	en el total de recetas dispensadas de genéricos	A02BC Inhibidores de la bomba de protones C09AA Inhibidores de la ECA, monofármacos M01AE Derivados del ácido propiónico	A02BC Representa el 19,3 % s/ total recetas de genéricos C09AA Representa el 9,8 % s/ total recetas de genéricos M01AE Representa el 7,7 % s/ total recetas de genéricos

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

I. Los recursos humanos del sistema de salud. Cataluña

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

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

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

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

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

Este proyecto consta de tres fases:

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

Actualmente se está realizando el **Estudio de demografía de las profesiones sanitarias**, a través del *Consorti Centre d'Estudis* Demogràfics de la Universidad Autónoma de Barcelona y que tiene como objetivos:

- a. identificar las fuentes de información existentes y relevantes en el ámbito de las profesiones sanitarias (cobertura, problemas y potencialidades) y realizar una fotografía sociodemográfica de los profesionales sanitarios (análisis de stocks) que permita conocer:
 - el número de efectivos por grupos profesionales y su estructura por sexo y edad
 - la distribución geográfica de los profesionales
 - las condiciones laborales de estos profesionales: dedicación en tiempo de trabajo y ámbito de trabajo (público, concertado, privado, primaria, hospitalario, etc.)
- b. diseñar las metodologías necesarias para la obtención de escenarios que permitan evaluar las necesidades de profesionales
- c. definir las variables necesarias para futuras actualizaciones del estudio

Este estudio de demografía que finalizará este año 2005 ha de permitir avanzar en la segunda fase del proyecto principal que es analizar las tendencias de las necesidades en función de nuestro entorno social, sanitario y tecnológico y en la tercera y última fase, las del Observatorio de las Profesiones Sanitarias, que se configura como el instrumento que permita tener una visión contextualizada de las profesiones sanitarias en Cataluña y adecuar y actualizar permanentemente las tendencias de necesidades en función de los cambios en el entorno que se produzcan o se pueda prever se producirán.

II. Formación continuada

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

- *Consell Català de Formació Mèdica Continuada*, creado por Orden de 20 de diciembre de 1989 (Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 1243 de 17.1.90), modificada por Orden de 27 de julio de 1999 (DOGC núm. 2971 de 9.9.99), que se adscribe al *Departament de Salut*. (<http://www.ccfmc.com/cat/inici.htm>)
- *Consell Català de Formació Farmacèutica Continuada*, creado por Orden de 9 de febrero de 2001 (DOGC núm. 3335 de 26.02.01), adscrito al *Departament de Salut*.

TABLA 5

PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA: CATALUNYA

	si/no	Nombre	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)
Organización de la formación continuada	Si	Consell català de formació mèdica continuada	Orden de 29 de diciembre de 1989 y Orden de 27 de julio de 1999 (DOGC núms. 1243 de 17.11.1990 y 2971 de 9.9.1999)	
	Si	Consell català de formació farmacèutica continuada	Orden de 9 de febrero de 2001 (DOGC 3335 de 26.02.2001)	

Número de Profesionales en Atención primaria*

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
Medicina familiar y comunitaria						Total 3536
Pediatría						Total 995
Enfermería						Total 3937

* Fuente: Fichero de Atención Primaria y Anuario Estadístico (INE). CatSalut. Año 2003.

Documento: Necesidades de profesionales sanitarios en Cataluña. Estudio de Demografía de Recursos Humanos en Cataluña. En fase de elaboración

Número de Profesionales en Atención primaria

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
Farmacia						
Psicología Clínica						
Otros profesionales sanitarios (Rehabilitación, Fisioterapia)						Odontólogos 353 y Auxiliares de Enfermería 584
Otros profesionales no sanitarios						
% de población atendida por Equipos de Atención Primaria						

* Fuente: Fichero de Atención Primaria y Anuario Estadístico (INE). CatSalut. Año 2003.

TABLA 5

PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA: CATALUNYA

Documento: Necesidades de profesionales sanitarios en Cataluña. Estudio de Demografía de Recursos Humanos en Cataluña. En fase de elaboración

Número de Profesionales en atención especializada

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30años	30-50 años	>50años	
Medicina	10336	5390				Total 15726
Enfermería	2148	15513				Total 17661
Auxiliar de enfermería	1791	13454				Total 15245
Farmacia	78	250				Total 328
Otro personal sanitario						
Personal no sanitario vinculado						

* Fuente: Fichero de Atención Primaria y Anuario Estadístico (INE). CatSalut. Año 2003.

Documento: Necesidades de profesionales sanitarios en Cataluña. Estudio de Demografía de Recursos Humanos en Cataluña. En fase de elaboración

Número de profesionales por especialidades médicas

(según RD 127/1984 por el que se regula la formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)

Fuente: Colegios oficiales de médicos de Catalunya. Año 2001. Documento Base del "Llibre Blanc de les Professions Sanitàries a Catalunya".

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30años	30-50 años	>50años	
Alergología						Total 65
Análisis clínicos						Total 168
Anatomía patológica						Total 175
Anestesiología y reanimación						Total 604
Angiología y cirugía vascular						Total 109
Aparato digestivo						Total 363
Bioquímica clínica						Total 52
Cardiología						Total 390
Cirugía cardiovascular						Total 71
Cirugía general y del aparato digestivo						Total 810
Cirugía maxilofacial						Total 63
Cirugía pediátrica						Total 68
Cirugía torácica						Total 33

TABLA 5

PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA: CATALUNYA

Cirugía plástica y reparadora						Total	123
-------------------------------	--	--	--	--	--	-------	-----

Número de profesionales por especialidades médicas

(según RD 127/1984 por el que se regula la formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)

Fuente: Colegios oficiales de médicos de Catalunya. Año 2001. Documento Base del "Llibre Blanc de les Professions Sanitàries a Catalunya".

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30años	30-50 años	>50años	
Dermatología medico-quirúrgica y venereología						Total 242
Endocrinología y nutrición						Total 206
Estomatología						Total 664
Farmacología clínica						Total 36
Geriatría						Total 28
Hematología y hemoterapia						Total 232
Hidrología						Total 3
Inmunología						Total 18
Medicina del trabajo						Total 576
Medicina de la educación física y el deporte						Total 183
Medicina espacial						Total
Medicina intensiva						Total 160
Medicina interna						Total 1016
Medicina legal y forense						Total 11
Medicina Nuclear						Total 55
Medicina preventiva y salud pública						Total 62
Microbiología y parasitología						Total 77
Nefrología						Total 136
Neumología						Total 267
Neurocirugía						Total 64
Neurofisiología clínica						Total 50
Neurología						Total 288
Obstetricia y ginecología						Total 852

TABLA 5

PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA: CATALUNYA

Oftalmología						Total	444
Oncología médica						Total	103

Número de profesionales por especialidades médicas

(según RD 127/1984 por el que se regula la formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)

Fuente: Colegios oficiales de médicos de Catalunya. Año 2001. Documento Base del "Llibre Blanc de les Professions Sanitàries a Catalunya".

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30años	30-50 años	>50años	
Oncología radioterapia						Total 45
Otorrinolaringología						Total 301
Psiquiatría						Total 619
Radiodiagnóstico						Total 438
Rehabilitación						Total 159
Reumatología						Total 203
Traumatología y cirugía ortopédica						Total 741
Urología						Total 246

6. Investigación:

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

En el año 2004 se incorpora la Política Científica como una de las tareas de la Dirección de Estrategia y Coordinación del *Departament de Salut*.

Se crea un sistema de Planes Directores, uno de ellos corresponde al Plan Director de Investigación en Ciencias de la Salud. Se redacta un anteproyecto de Política Científica, Plan Estratégico y del Director de Intervenciones.

Se crea el Consejo Asesor de la Investigación en Ciencias de la Salud.

Visión de los retos en materia de investigación en salud.

Creación de un sistema de información de investigación en Ciencias de la Salud.

Redacción de un Plan Estratégico de Investigación en Ciencias de la Salud.

Definición de un Plan Director de Intervenciones en investigación básica, clínica y en epidemiología y salud pública.

Convocatorias autonómicas.

Competitiva de proyectos.

- De investigación clínica y de servicios sanitarios por parte de la Agència d'Avaluació de Tecnologies i Recerca Mèdiques (Empresa pública de la Generalitat de Catalunya).

De acreditación y financiación de grupos de investigación.

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

Balance comparativo.

Cataluña capta el 33% de los recursos del proyecto de redes de investigación cooperativa (ISCIII).

Cataluña capta el 30% de los recursos destinados a proyectos de investigación (FIS-ISCIII).

Valoración de ensayos clínicos.

Actividad muy importante.

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

Actividad coadyuvante en la formación metodológica de los facultativos.

Estrategia de difusión de los resultados.

No hay instrumentos centralizados.

Existen memorias de actividad por fundaciones.

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

La introducción de guías clínicas:

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

Comentario aparte merece la convocatoria de “investigación clínica y en servicios sanitarios” que, desde el año 1996, y cada dos años, realiza la Agència d'Avaluació de Tecnologies i Recerca Mèdiques (AATRM).

En la tabla siguiente se exponen los datos correspondientes a las anteriores convocatorias:

Tabla 6.1. Características de las convocatorias de investigación de la AATRM

Característica	Edición			
	1996	1998	2000	2002
Núm. temas presentados al <i>call for topics</i>	-	205	116	216
Núm. temas seleccionados	15	20	30	35
Núm. proyectos presentados	71	51	120	103
Núm. proyectos seleccionados	18	19	25	25
Financiación (€)	510.860	540.911	841.417	841.417
Presentación pública de la memoria científica	15-06-2001	21-10-2003	Otoño 2005	

En la siguiente tabla, se exponen los datos correspondientes a la última convocatoria del 2004. El detalle sobre los proyectos seleccionados (tema, grupo, institución, presupuesto) aparecen en el último número publicado del “Informatiu” de la Agencia.

Tabla 6.2. Características de la Convocatoria AATRM 2004

	CONVOCATORIA AATRM 2004
Núm. temas presentados al <i>call for topics</i>	190
Núm. temas seleccionados	30
Núm. proyectos presentados	178
Núm. proyectos aceptados para la evaluación	169
Núm. Proyectos seleccionados	22
Financiación (€)	1.021.721 €

Lo anterior hace referencia a lo relativo a las convocatorias públicas y competitivas de proyectos de investigación y que realiza una agencia pública de evaluación y financiación de la investigación. A parte, y especialmente por parte del *Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació*, también existen otras convocatorias para investigadores, grupos, etc...

- Balance de la investigación en su Comunidad Autónoma a partir de la participación en convocatorias competitivas (FIS-Carlos III, Fondos Europeos, etc.) y de la evolución de los equipos investigadores.

El balance de la investigación en nuestra comunidad autónoma a partir de la participación en convocatorias competitivas (FIS-Carlos III, Fondos Europeos, etc.) y de la evolución de los equipos investigadores es positivo ya que, generalmente y en lo relativo a las convocatorias del FIS (tanto de proyectos como de redes cooperativas de centros y grupos de investigación), alrededor de 30-35 de los proyectos o de la financiación va hacia Cataluña.

El análisis de los grupos de investigación es mucho más complicado pues no acostumbra a haber datos disgregados por grupos, si no que lo que hay es por centros y en base a los análisis bibliométricos.

En la Web "<http://193.147.240.216/webs/MapaBiomedico2002/Index.htm>." podemos encontrar el mapa biométrico de investigación en biomedicina en España (1994-2002). Cataluña, tanto en CCAA como por centros sean universitarios o especialmente centros asistenciales, sale muy bien posicionada. Por CCAA, Madrid ocupa la primera posición, pero es debido al predominio de centros del CSIC en Madrid.

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

De otro lado, tanto en lo relativo a la convocatoria de la AATRM como en la Maratón de TV3, cinco años después de la convocatoria se hace ineludiblemente un acto público y abierto donde los investigadores presentan los resultados de su investigación y los frutos de su trabajo. No hay estrategias definidas fuera de esta que acabo de citar, pero diversas instituciones de investigación tienen sus

gabinetes de comunicación que ya se encargan que cuando se publica alguna cosa de los grupos de su centro, los medios de comunicación general tengan conocimiento de ello.

En cuanto a la existencia de mecanismos para introducir la práctica sanitaria basada en la evidencia científica, por un lado, en Cataluña existe la AATRM y la mayor parte de sus actividades se dirigen a difundir el conocimiento científico más robusto y actualizado que contribuye a mejorar la práctica asistencial. También está localizado en Barcelona el Centro Cochrane Iberoamericano, más centrado en meta-análisis y revisiones sistemáticas dentro de la iniciativa internacional que lleva este nombre.

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

Además de esta estrategia de difundir e implementar guías, también existen otras estrategias más complejas como los “audits” de la práctica clínica y el feed-back a los profesionales, la evaluación de la contratación de servicios, etc.

Notas a la Tabla número 6:

- a) En Cataluña existe desde 1994 (justamente el año pasado se celebró el décimo aniversario), la Agència d'Avaluació de Tecnologies i Recerca Mèdiques (AATRM), cuya figura jurídica es la de una empresa pública adscrita en estos momentos al *Servei Català de la Salut* (CatSalut).
- b) Existen diversos organismos de investigación en ciencias de la salud, pero aquí se debe de diferenciar los que son de la *Generalitat* (*Departament de Salut*, *Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació*), de los que son fundaciones privadas (pero que no dejan de ser públicos, como las fundaciones o institutos de investigación de los principales hospitales del *Institut Català de la Salut*; aunque también hay otras fundaciones en otros hospitales de la Red Hospitalaria de Utilización Pública) y de las fundaciones de carácter estrictamente privado (por ejemplo, las pertenecientes a centros sanitarios privados).

TABLA 6
INVESTIGACION

CCAA:EXTREMADURA

	si/no	Denominación		Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Agencia de Evaluación de Tecnologías					
Organismo de Investigación en Ciencias de la Salud					

	si/no	número	Observaciones
Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC)			
Proyectos de Investigación financiados por FIS			
Proyectos de Investigación financiados por Fondos Europeos	si	6	Fondos INTERREGIIIA transfronterizos
Proyectos de Investigación financiados en Convocatorias Regionales	si	23	
Ensayos Clínicos patrocinados por industria	no datos	no datos	no datos

7. Sistemas de información sanitaria:

El *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya* está trabajando para poder tener un sistema de información sanitaria que nos permita tener información sobre la población, la salud de los ciudadanos y el funcionamiento y los costes del sistema sanitario catalán.

Se propone obtener los principales indicadores y estadísticas a la vez que elaborar los análisis necesarios para dar respuesta a las responsabilidades del gobierno como planificador, regulador y evaluador en materia sanitaria. El sistema de información a su vez será útil para mejorar la gestión de los servicios, la comunicación con los ciudadanos y la transparencia pública de la administración sanitaria.

Está previsto que el proyecto de creación del sistema de información sanitaria del *Departament de Salut* se ponga en funcionamiento en el año 2006.

Es voluntad del *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya* colaborar con el Ministerio de Sanidad en los aspectos relacionados con los sistemas de información de forma que facilite la obtención para el conjunto del Estado de los indicadores más relevantes para el seguimiento de la salud de los ciudadanos y del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Por tanto en caso de que el Ministerio de Sanidad quiera crear un sistema de información sanitaria para el conjunto del Estado, el *Departament de Salut de la Generalitat* estaría interesado en participar y en liderar los aspectos del proyecto que se estimen oportunos.

Posibles contenidos del futuro Sistema de Información Sanitaria del SNS

Remarcaríamos los siguientes apartados que a título de ejemplo y a nuestro juicio, podrían contemplarse en un Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Los datos deberían obtenerse para cada CCAA y para el conjunto del Estado.

a) información sobre la población:

- .- datos de identificación según los padrones de habitantes
- .- datos de identificación según las tarjetas sanitarias
- .- datos de identificación de inmigrantes (legales e ilegales)
- .- datos de identificación de "turistas"
- .- datos demográficos de la población
- .- datos socioeconómicos de la población
- .- población extranjera (legal e ilegal) residente en el Estado Español (y en cada CCAA)
- .- datos sobre población "turista"
- .- identificación de colectivos frágiles
- .- ...

b) información sobre la salud y desigualdades:

- .- mortalidad
- .- natalidad
- .- esperanza de vida
- .- embarazos en adolescentes

- .- IVE
- .- problemas de salud prevalentes
- .- programas (generales y específicos) de salud pública
- .- EDO
- .-...

c) información de protección de la salud:

- .- datos sobre control de riesgos de medio ambiente
- .- datos sobre control de aguas
- .- datos sobre control de riesgos en salud alimentaria
- .-...

d) información sobre los Planes de Salud y Encuestas de Salud:

- .- objetivos (intervenciones y acciones) de los diferentes Planes de Salud de las CCAA
- .- resumen de indicadores sobre el estado de salud de la población
- .- resumen de indicadores de los resultados de las encuestas de salud
- .- ...

e) información sobre la Cartera de Servicios:

- .- catálogo de prestaciones general para todo el SNS
- .- catálogo de prestaciones específicas de las diferentes CCAA
- .- catálogo de recursos asistenciales de referencia (estatal y por CCAA)
- .- protocolos de inclusión y/o exclusión de prestaciones de la Cartera de Servicios
- .-...

f) información sobre la planificación y la estructura del SNS :

- .- mapas sanitarios y criterios de planificación de los servicios sanitarios
- .- datos de estructuras físicas por líneas asistenciales (especializada, primaria, sociosanitaria, salud mental, salud pública, etc.)
- .- datos de estructura de recursos humanos (por centros y líneas asistenciales)
- .- datos de estructuras físicas y de recursos humanos por "fracción de habitantes"
- .-...

g) información sobre la actividad y calidad asistencial:

- .- datos asistenciales de atención especializada (hospitalización, consultas externas, urgencias, hospital de día, trasplantes, terciarismo, etc.)
- .- datos sobre listas de espera (quirúrgica, ambulatoria y de pruebas diagnósticas)
- .- datos asistenciales de atención primaria
- .- datos asistenciales de atención sociosanitaria
- .- datos asistenciales de atención psiquiátrica, salud mental i adicciones
- .- datos asistenciales sobre prestaciones complementarias (rehabilitación, transporte sanitario, oxigenoterapia, prótesis, etc.)
- .- datos asistenciales sobre flujos de enfermos (entre CCAA, entre España y el resto de países de la UE)
- .- resumen de indicadores de calidad asistencial (por líneas asistenciales, por procesos mas prevalentes, etc.)
- .-...

h) información farmacéutica:

- .- datos asistenciales de atención farmacéutica (hospitalaria, primaria, sociosanitaria, medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria)
- .- datos económicos de prestación farmacéutica
- .- indicadores de calidad de la prestación farmacéutica
- .- ...

i) información económica :

- .- datos presupuestarios por CCAA y líneas asistenciales
- .- datos de gasto sanitario en relación al PIB de las diferentes CCAA
- .- datos de gasto *per cápita* de las diferentes CCAA
- .- datos de las "centrales de resultado y de balances"
- .- datos sobre el "valor añadido" que aporta el sistema sanitario al conjunto de la sociedad
- .-...

j) información sobre la satisfacción con el SNS :

- .- datos de satisfacción de los usuarios (para líneas asistenciales)
- .- datos de satisfacción de los profesionales (por líneas asistenciales)
- .-...

TABLA 7

SISTEMAS DE INFORMACION SANITARIA

CCAA: CATALUNYA

	si/no	Denominación	Referencia legislativa		Figura jurídico-administrativa		Observaciones
Instituto de Información ó Estadísticas sanitarias	si	Idescat	Decreto 341/1989 Creación IDESCAT Decreto 173/1994 Reglamento de régimen interior del IDESCAT Decreto 127/2000 Estructuración <i>Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació</i> Decreto 34/2003 Organización y Funcionamiento IDESCAT		Organismo autónomo de carácter administrativo, adscrito al <i>Departament d' Economia i Finances</i> , con personalidad jurídica propia, con autonomía administrativa y financiera		
			Autopercepción estado de salud bueno ó muy bueno en >16 años				
	si/no	Año(s) en que se ha realizado	%hombres		%mujeres		Observaciones
ENCUESTAS DE SALUD (CCAA)	si	1994	77,6		67,2		
	si	2002	79,5		71,2		

8. Calidad

En Cataluña se llevan a cabo múltiples actuaciones dirigidas a mejorar la calidad asistencial, ya sea desde el ámbito más institucional (*Departament de Salut*) como a nivel de sus asociaciones científicas, colegios y diferentes proveedores sanitarios de Cataluña. En la actualidad no existe un programa formal de calidad, entendido como una estructura que englobe las actuaciones de calidad que se lleven a cabo en Cataluña y que posea un Plan Estratégico formalizado. No obstante, como se ha dicho, existen múltiples instituciones, muchas de ellas que dependen directamente del *Departament de Salut*, que llevan a cabo acciones de calidad, bien sea en su totalidad o con la colaboración de instituciones reconocidas en éste ámbito (por ejemplo Fundación Abedis Donabedian).

Aunque puedan existir muchas definiciones sobre calidad, aquí explicitamos una de ellas que creemos es la más próxima a nuestro concepto de calidad asistencial: “Calidad asistencial es el grado de conformidad entre la atención prestada y los criterios preestablecidos de buena asistencia” (Donabedian 1966).

En este sentido, desde Cataluña, y a nivel institucional se han llevado a cabo múltiples acciones desde diferentes ámbitos del Departament de Salut. A continuación se explicitan las que se consideran más relevantes:

1. Definición de criterios de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de cataratas y de artroplastia de rodilla y cadera (objetivo: potenciar la equidad, criterio que consideramos de buena práctica a nivel macro)
2. Definición de indicadores de calidad de los servicios de urgencia hospitalarios. Trabajo llevado a cabo por la Sociedad Catalana de Médicos de Urgencias y la Fundación Abedis Donabedian, con la financiación de la *Agència d'Avaluació de Tecnologies i Recerca Mèdiques de Catalunya*
3. Definición de Indicadores de calidad de los centros socio-sanitarios. Con el objeto de evaluar los centros catalanes
4. Definición de indicadores de calidad de los centros de salud mental. Con el objeto de evaluar los centros catalanes (en curso).
5. Definición de un estándar de calidad de prescripción farmacéutica para la atención primaria. Llevado a cabo por el Institut Català de la Salut (ICS). Departament de Salut
6. Guías de práctica clínica. Se disponen de varias guías de práctica clínica llevadas a cabo por la *Agència d'Avaluació de Tecnologies i Recerca Mèdiques de Catalunya*

9. Seguimiento del estado de salud de la población.

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

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

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

El proceso de planificación realizado durante los últimos diez años, ha puesto de manifiesto la necesidad de establecer planes específicos para los problemas de salud prioritarios mediante un trabajo en profundidad y con la participación de los profesionales implicados. Su finalidad es, a demás de definir objetivos de salud, establecer propuestas elaboradas en todo el proceso de atención a los problemas de salud (prevención, detección, tratamiento y rehabilitación). Actualmente en Cataluña, se están desarrollando los Planes Directores sobre enfermedades del aparato circulatorio, cáncer, salud mental, atención sociosanitaria e inmigración.

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

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

Existe una monografía de la evaluación de los objetivos del Plan de Salud, que incluye la mayor parte de los métodos y fuentes de información que se utilizan en Cataluña.

Evaluación de los objetivos de salud y disminución de riesgo del Plan de Salud de Cataluña para el año 2000. Med Clin (Barc) 2003;121 (supl 1): 1-142.

Principales indicadores de salud de Cataluña :

1. Esperanza de vida año 2003: 80,1 (76,9 en hombres y 83,3 en mujeres)
2. Tasa de mortalidad general 2003: 9,1 por 1.000 habitantes (9,5 en hombres y 8,8 en mujeres)
3. Mortalidad infantil 2003: 2,89 por 1.000 nacidos vivos
4. Principales causas de mortalidad: Tumores (32,0%), enfermedades del sistema circulatorio (27,4%) y enfermedades del sistema respiratorio (12,1%) en hombres, y enfermedades del sistema circulatorio (34,9%), tumores (20,4%) i enfermedades del sistema respiratorio en mujeres (8,8%).
5. Prevalencia de obesidad: 17,0 %
6. Prevalencia de tabaquismo > 14 años: 32,1 %
7. Prevalencia de consumo de riesgo de alcohol(>75cc/d): 4,5%
8. Sedentarismo durante el tiempo libre (> 14 años): 21,7%
9. Percepción de salud buena, muy buena o excelente: 78,3%
10. Prevalencia de discapacidades: 12,5%

10. Participación:

El *Parlament de Catalunya* aprobó en el año 2001 la ley sobre los derechos de información concernientes a la salud y a la autonomía del paciente y a la documentación clínica, predecesora de la Ley 41/2002. Con posterioridad se aprobó como declaración programática del gobierno catalán la carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria que contempla entre otros: 1 el derecho a la libre elección del médico regulada posteriormente por la instrucción interna 3/2003 del *Servei Català de la salut* y 2, el derecho a solicitar una segunda opinión médica que así mismo será regulada próximamente mediante una nueva instrucción interna del *Servei Català de la Salut*.

Por lo que respecta al acceso a la historia clínica no se ha desarrollado una norma específica, esta incluido este en la ley 21/2000 de manera bastante explícita, pero sí se ha formulado una recomendación por parte del Comité de Bioética de Cataluña de cómo debe realizarse este acceso. De igual manera el mismo comité ha editado sendas guías sobre el Consentimiento Informado y la voluntades anticipadas. Respecto a estas últimas se ha puesto en funcionamiento un registro centralizado que se regula por el decreto 175/2002 y que actualmente contiene cerca de 7.000 documentos.

TABLA 10

PARTICIPACIÓN

CCAA: CATALUNYA

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

	si/no	Referencia legislativa	Observaciones
Libre elección de médico	SI	INSTRUCCIÓN SCS 3/2003	INSTRUCCIÓN
Segunda opinión	NO		Se está elaborando la instrucción
Acceso a la Historia Clínica	NO		Recomendaciones del CBC
Consentimiento Informado	NO		Recomendaciones del CBC
Instrucciones Previas/Últimas Voluntades	SI	DECRETO 175/2002	
Guía ó Carta de Servicios		DECLARACIÓN PROGRAMÁTICA	Carta de Derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud
Información en el Sistema Nacional de Salud (información de carácter administrativo relativa a servicios y unidades asistenciales disponibles y a los requisitos de acceso a los mismos: libertad de elección de médico y centro, conocimiento de listas de espera, posibilidad de segunda opinión, etc.)			
Garantías a los pacientes con necesidades especiales de información asociadas a la discapacidad			

TABLA 10

PARTICIPACIÓN

CCAA: CATALUNYA

Figura ó Institución de Defensa de los derechos de los pacientes	si/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)	Observaciones
	SI				

	si/no	Cuantía dedicada en 2004	Nº de Asociaciones subvencionadas en 2004	Referencia normativa convocatoria	Observaciones
Subvenciones a asociaciones de pacientes	SI	2.397.969,33 euros	58		

11. Equidad:

a) Listas de espera

Establecimiento en toda la sanidad pública de la Comunidad Autónoma Catalana de un sistema uniforme de priorización para los pacientes que tienen que ser intervenidos de prótesis de rodilla. Se está constituyendo como una buena herramienta para poder clasificar los pacientes en grupos de menor a mayor prioridad, hecho que permite ordenar la lista de espera de los hospitales en función de la puntuación obtenida y garantizar unos tiempos máximos de espera para cada uno de los grupos resultantes tras la priorización. Evita el sobredimensionamiento de la lista con una casuística que no evidencia la necesidad de intervención quirúrgica y al mismo tiempo evita la generación de falsas expectativas en los pacientes. Esta evaluación podría llevarse a cabo también en los centros de atención primaria para ayudarles en la decisión de derivación del paciente al especialista.

Incorporación de dos nuevos procedimientos a los 14 ya establecidos con tiempo de garantía de 6 meses. Fue publicado en la Orden SLT/203/2004, del 11 de junio del 2004. La selección de estos 16 procedimientos se ha realizado con la finalidad de ayudar a resolver los problemas de acceso y atención de los ciudadanos al sistema sanitario en las patologías quirúrgicas con mayor incidencia y más tiempo de espera.

Puesta en marcha de un registro de información nominal de pruebas diagnósticas para detectar exploraciones con acceso dilatado para poder planificar su mejora progresiva. Con este registro se da respuesta al RD 605/2003 del 23 de mayo por el cual se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información de las listas de espera del Sistema Nacional de Salud.

b) Equidad de género

Plan de acción y desarrollo de las políticas de la mujer en Cataluña 2005-2007

Programa par el abordaje integral de la violencia contra las mujeres 2005-2007

TABLA 11

MEDIDAS PARA LA EQUIDAD

CCAA: CATALUNYA

	si/no	tipo de medida	referencia normativa	observaciones
Género	si	Formacion mujeres africanas para prevencion Sida, Intervencion en programas de salud comunitaria, Plan interdepartamental de Prevencion MGF,	Decreto de Planes Directores (pendiente de aprobación)	Formacion mujeres africanas prevencion
Etnia	si	General, de planificación: Plan director de inmigración y cooperación.	Decreto de Planes Directores (pendiente de aprobación)	
Etnia	si	Especificas: acogida y acceso específico a tarjeta sanitaria a colectivos en riesgo o a trabajadores temporeros extranjeros	Circuito interno CatSalut	Aun no siendo en tanto que extranjeros, sí lo son en su mayoría Personas que ejercen prostitución, drogodependientes.
Etnia	si	Especificas: guías y protocolos para profesionales. Promocion de materiales culturalmente adaptados (Videos, Juegos,) , SIDA, TBC, Elaboracion de Jornadas de Formacion para las comunidades y profesionales.	En elaboraci3n y fase de coordinaci3n en el Plan director	
Discapacidad	si	Plan interdepartamental sociosanitario y de salud mental	Decreto de Planes Directores (pendiente de aprobaci3n)	
Otras				

12. valoración del proceso transferencial

El Real Decreto 1517/1981 de 8 de julio, publicado en el BOE de 24 de julio de 1981, realizó la transferencia de servicios del INSALUD a Cataluña. Aquella fue la primera transferencia de los servicios de la Seguridad Social a una comunidad autónoma, por lo que hubieron ciertos errores fruto de la inexperiencia.

Las partidas económicas traspasadas fueron inferiores al gasto real. Posteriormente se aprobaron diversos modelos de financiación que mejoraron tanto las cantidades como el procedimiento.

Los listados de personal que se transfirió contenían errores de bulto que fueron subsanados con el tiempo.

El patrimonio de la Seguridad Social no se transfirió entonces ni tampoco después, por lo que sigue siendo un problema en la gestión de las inversiones.

13. Descripción de una experiencia innovadora

Proyecto de gobernabilidad del sistema de salud compartida con los ayuntamientos.

Justificación:

La *Generalitat de Catalunya* plantea como uno de sus ejes de gobierno la necesidad de compartir objetivos y estrategias en el ámbito de la salud con el resto de administraciones locales que tienen competencias en este campo.

Así mismo, se plantea la necesidad de incrementar la participación de los ayuntamientos y consejos comarcales en la toma de decisiones que afecten a la población debido a la proximidad que estas instituciones tienen con la ciudadanía y con la finalidad de recoger la diversidad del territorio.

Por lo tanto, el objetivo del proyecto es la voluntad de compartir el gobierno del sistema de salud con los municipios, en su rol de administración más próxima la realidad de la ciudadanía.

Características principales:

El proyecto se estructura en base a la creación de consorcios interadministrativos conformados por la *Generalitat de Catalunya*, los diferentes ayuntamientos del territorio y, si es el caso, los consejos comarcales afectos.

Estos consorcios, a los que se llama Gobiernos Territoriales de Salud, están formados por los siguientes órganos:

Consejo de gobierno

Participado en un 50% por la *Generalitat* (en un principio el *Departament de Salut* con la posibilidad de dar cabida al *Departament de Benestar y Família*) y en un 50% por los representantes (alcaldes o regidores) de los ayuntamientos implicados.

La Presidencia recae en el Delegado de Salud del Territorio (o gerente del *Servei Català de la Salut*).

El consejo de gobierno es un órgano decisorio en las actuaciones que afectan a su territorio de influencia.

Consejo de salud

El consejo de salud es un órgano consultivo en el que deben inscribirse los representantes de la sociedad civil organizada, no como agentes del sistema de salud si no como territorio.

El consejo de salud será presidido por el presidente del Consejo de Gobierno

Comisión de coordinación de proveedores del sistema de salud




Esta comisión esta formada por todas las entidades provisoras de servicios asistenciales en el campo de la salud y de la atención a la dependencia del territorio.

Su principal finalidad es la de articular los sistemas de coordinación entre entidades con el fin de optimizar los recursos destinados a la salud y facilitar el tránsito del ciudadano por el sistema.

El Gobierno Territorial de Salud no dispondrá de estructura organizativa propia. Para poder realizar sus funciones usará los recursos humanos y materiales de las diferentes regiones y sectores del *Servei Català de la Salut*.

El territorio

El territorio que conforma un Gobierno Territorial de Salud coincide generalmente con una agrupación de áreas básica de salud que dispongan de las siguientes líneas asistenciales:

-  Atención primaria de salud
-  Atención especializada (Hospital para la atención de pacientes agudos)
-  Atención socio-sanitaria o en salud mental.

Además se intenta respetar en lo posible la delimitación territorial comarcal.

Implantación:

Partiendo de los principios de la Ley General de Sanidad y de la *Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya*, se plantea un desarrollo normativo en forma de decreto que debe aprobar el *Govern de la Generalitat*.

Durante la fase de redacción, de consenso y de aprobación se ha realizado un esfuerzo de información y comunicación pública y especialmente con los diferentes ayuntamientos implicados que se materializa en la firma de Pactos de Salud (documentos de intenciones que comprometen a ambas partes) con la misma delimitación territorial y que sirven de punto de partida para avanzar en el concepto y en la metodología de trabajo posterior.

Se espera poder aprobar el decreto durante el cuarto trimestre del 2005 e iniciar la constitución de los consorcios (gobiernos territoriales de salud) con la redacción y aprobación de los estatutos correspondientes.