



Servei Català de la Salut 2003



Servei Català
de la Salut



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Per a més informació podeu consultar les versions
en pdf de la memòria d'activitat de 2003 del
CatSalut i les de cada una de les regions sanitàries
a la pàgina web:

www.gencat.net/catsalut



www.gencat.net/catsalut

Servei Català de la Salut 2003



Servei Català
de la Salut



Sumari

- 4 Presentacions
- 6 El CatSalut i el sistema sanitari públic
- 9 Els principals projectes
- 12 Servei a la ciutadania, orientació als clients
- 15 Les tecnologies de la informació i les comunicacions
- 16 Un pressupost per al conjunt de la xarxa sanitària pública
- 20 La xarxa sanitària d'utilització pública de Catalunya
- 22 Atenció primària, conclusió de la reforma i avaluació
- 26 Atenció especialitzada
 - Recursos d'internament
 - Hospitals generals d'aguts
 - Atenció sociosanitària
 - Atenció en salut mental
 - Atenció ambulatoria especialitzada
 - Altres recursos d'atenció especialitzada
- 41 Prestacions farmacèutiques i complementàries
- 43 Empreses públiques i consorcis
- 54 Regions sanitàries
- 62 Resums en castellà i anglès
- 70 Membres dels òrgans de direcció i participació
- 72 Directori

Em complau presentar, per primer cop, la memòria anual del CatSalut, que fa un repàs exhaustiu de l'activitat i els fets més significatius que van tenir lloc l'any 2003 en el sector sanitari públic.

Com tots sabem bé, l'any 2003, i sobretot el final d'aquest, va ser un moment de canvi en l'àmbit polític. A la fi de desembre de 2003, un nou Govern iniciava la seva trajectòria i, també, el Departament de Salut i el seu nou equip directiu.

Amb l'arribada d'aquest Govern s'ha produït, com no podia ser d'altra manera, una modificació en les prioritats que han marcat aquesta activitat i que, a partir de 2004, permetran dibuixar una Catalunya socialment avançada.

Permeteu-me que us expliqui, breument, en què consisteix aquest canvi de prioritats al qual m'he referit. El nou model sanitari que estem instaurant (el Sistema Català de Salut) integra i prioritza tres grans eixos: la salut pública (incloent-hi la salut laboral i mediambiental), l'atenció sanitària i els serveis socials d'atenció a la dependència. A més, hem començat a establir les bases per adaptar-nos a la nova organització territorial de Catalunya en vegueries. Un quart eix consisteix a revisar l'organització i el finançament del nou model sanitari i comprendrà mesures com la descentralització, en el marc de la nova organització territorial de Catalunya. Volem aplicar aquest principi a Catalunya mitjançant la creació de consorcis que incorporaran l'Administració local a la governabilitat d'aquests ens: compartir el govern amb els municipis.

Per facilitar l'assoliment d'aquests objectius, el nou Departament de Salut està portant a terme una redistribució de funcions i línies de responsabilitat. En aquest sentit, el CatSalut, per exemple, ha d'avançar i consolidar la seva funció d'asseguradora pública (equitat, universalitat, compra i avaluació de serveis) i enfortir el seu paper com a ens integrador i regulador de la provisió de serveis sanitaris a Catalunya.

Amb la seva dedicació diària, els professionals assistencials i no assistencials, els gestors i el personal de l'Administració sanitària han fet i fan possible l'activitat recollida en aquest document que presentem, que és tant com dir l'activitat del conjunt de la xarxa sanitària d'utilització pública de Catalunya. Vull aprofitar aquestes línies per agrair i reconèixer la gran tasca que desenvolupen al servei de la ciutadania i demanar-los que continuïn treballant amb il·lusió, ambició i esperances de futur.

Marina Geli i Fàbrega
Consellera de Salut

Encara que el meu nomenament com a director del CatSalut es va esdevenir ja entrat l'any 2004, em permeto presentar-vos breument les realitzacions assolides durant el 2003 pel conjunt de la xarxa sanitària d'utilització pública i per l'organisme que hi assegura l'accés dels ciutadans, és a dir, el CatSalut. Unes notícies i unes dades prou ben sistematitzades a les pàgines següents i que es poden consultar més àmpliament a la memòria aprovada pel Consell Català de la Salut, accessible al web del CatSalut.

En citaré com a exemples destacats dos aspectes que han afectat la universalitat i l'accessibilitat del sistema de salut, uns principis bàsics del nostre model sanitari. D'una banda, la posada en marxa de la lliure elecció d'equip d'atenció primària, un objectiu llargament cobejat tant pels ciutadans com per les organitzacions d'usuaris i que fa efectiu un dels principals drets relatius a la nostra salut, com és el de triar els professionals que volem que ens atenguin i que, a més a més, respon a l'evolució de la mobilitat de la població.

Aquest pas endavant només s'ha pogut produir a partir del moment en què ja s'havia conclòs la reforma de l'atenció primària a totes les regions sanitàries. De l'altra, la universalització de l'atenció, el fet que gairebé ens situem en set milions de persones que disposen de targeta sanitària, ens mostra l'extensió de la nostra cobertura, independentment de les dades estadístiques dels censos.

El futur que s'està dibuixant per al sistema de salut preveu una major participació dels ens municipals i una responsabilització més àmplia de les entitats proveïdores respecte a la població del seu territori, tant pel que fa a la integració d'activitats sanitàries com a l'assumpció de noves competències, com ara les relacionades amb la salut pública. Així mateix, l'ambiciós programa d'equipaments fixat amb l'objectiu de 2010 mostra fins a quin punt és important renovar

l'esforç per crear nous dispositius, substituir els obsolets i invertir en els grans complexos hospitalaris per mantenir-los modernitzats, sense deixar de banda inversions individualment més modestes però ben necessàries als centres d'atenció primària i que en conjunt representen vora una quarta part de les inversions previstes fins al 2010. En els propers anys també hem d'oferir tot el suport als centres de salut mental i als centres sociosanitaris (ja sigui en equipaments exclusius o integrats en altres dispositius), dues línies assistencials que estan en procés de reordenació i redefinició per poder respondre a una demanda de tendència molt creixent i que porta implícit un cost social elevat.

La millora de l'atenció –i de la qualitat– s'ha de fer efectiva amb el compliment de compromisos com ara la reducció dels temps d'espera per a intervencions quirúrgiques, l'augment del temps de les visites dels metges dels centres d'atenció primària i la incorporació de nous professionals als centres sanitaris, especialment en l'assistència primària. Reptes en els quals estan treballant tant la Conselleria i el CatSalut com els centres proveïdors i per als quals necessitem la complicitat dels milers de professionals d'aquesta xarxa sanitària. Una xarxa que ha de continuar sent un model d'eficiència i d'innovació per als sistemes de salut de l'Estat i de l'estranger que segueixen els nostres passos, però que sobretot volem que sigui un exemple de bona resolució dels problemes de salut de la nostra ciutadania.

Carles Manté
Director del CatSalut



El CatSalut i el sistema sanitari públic

Un alt compromís d'eficiència en la gestió interna i amb la recerca d'elements de participació i coresponsabilitat amb els professionals i els proveïdors, així com amb l'atenció a les necessitats i les expectatives dels ciutadans.

El CatSalut: l'assegurament sanitari públic segons un nou esquema conceptual i funcional

Amb l'aprovació de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC) el 1990 es formalitza el model sanitari català. Es tracta d'un model sanitari mixt, que integra en una sola xarxa d'utilització pública tots els recursos sanitaris, siguin o no de titularitat pública, i que recull una tradició d'entitats (mútues, fundacions, consorcis, centres de l'Església) històricament dedicades a l'atenció de la salut.

El Servei Català de la Salut, creat per la LOSC, es constitueix en el planificador, finançador, avaluador i comprador dels serveis sanitaris. Des de la

seva visió integral del sistema sanitari i la seva funció integradora de tots els recursos, el Servei Català de la Salut garanteix els principis bàsics del sistema de salut: servei públic finançat públicament, assistència universal, equitat, accessibilitat, promoció de la salut i eficiència de l'organització sanitària (racionalització i simplificació).

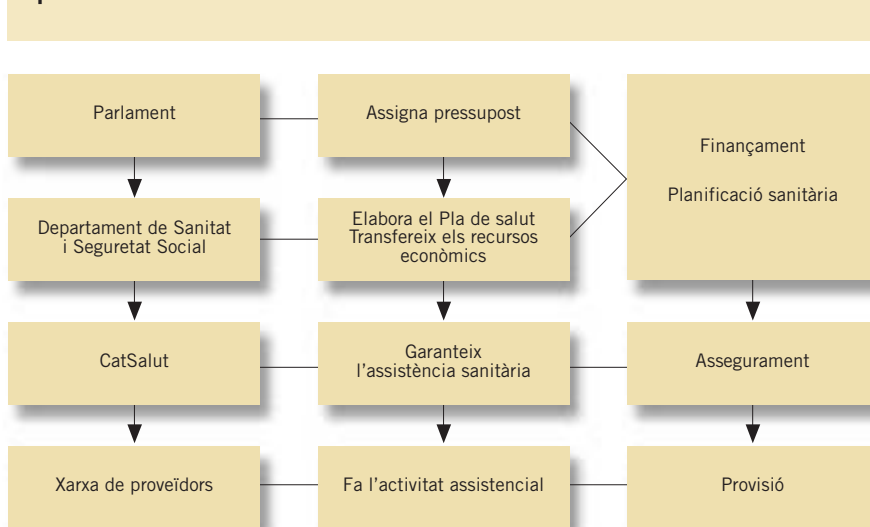
El Servei Català de la Salut entra a partir del 2000 en un procés de transformació per esdevenir l'asseguradora pública de Catalunya (CatSalut), que té com a objectius assegurar la sostenibilitat del sistema sanitari i situar els ciutadans al centre de la gestió sanitària i de la salut. L'accessibilitat, la participació, l'atenció directa, la coresponsabilització amb la salut, la

Els elements que defineixen el sistema sanitari català

- Cobertura universal.
- Finançament públic.
- Assegurament públic i únic.
- Provisió de serveis sanitaris en xarxes d'utilització pública, a través de centres acreditats (de titularitat pública o no).

informació i la comunicació, la prevenció o l'estudi de demandes futures són aspectes en què incideix aquesta gestió activa de les necessitats de la població.

Separació de funcions en el sistema sanitari català



L'assegurament i la planificació

Determinar què cal satisfer i per a qui cal fer-ho és el repte des de la perspectiva de la planificació de serveis i per al desenvolupament de les polítiques sanitàries. En els sistemes sanitaris públics, el concepte de demanda resulta essencial, ja que proporciona el criteri d'assignació de recursos segons els objectius d'equitat i accessibilitat als serveis.

És en aquest sentit que el CatSalut ha avançat cap a un model basat en un servei nacional de salut en què, amb un plantejament de solidaritat, reforça la seva funció implícita d'assegurament públic atenent a dos principis fonamentals: el principi d'equitat i el principi d'universalitat.



Aquesta funció es complementa amb un alt compromís d'eficiència en la gestió interna i amb la recerca d'elements de participació i coresponsabilitat amb els professionals i els proveïdors, així com amb l'atenció a les necessitats i les expectatives dels ciutadans, que són l'eix vertebrador de totes les actuacions.

Cartera de serveis

Des del vessant de l'anàlisi de la demanda, s'ha treballat en la consolidació del projecte de cartera de serveis, entesa com l'instrument que ha de permetre al CatSalut respondre a les necessitats dels ciutadans i que, per tant, des d'aquesta perspectiva ha

d'esdevenir l'eina bàsica per definir i adequar les bases de l'assegurament i de la contractació dels proveïdors i dels serveis.

Cal recordar que durant l'any 2002 es va acabar la primera fase operativa de la cartera de serveis del CatSalut, que comprèn: el catàleg de prestacions, el catàleg de recursos assistencials d'utilització pública (mapes sanitaris), l'inventari normatiu, els protocols d'inclusió i exclusió de prestacions i recursos, i l'establiment de relacions entre les prestacions i els objectius del Pla de salut.

Durant l'any 2003, aquesta primera fase operativa de la cartera de serveis

s'ha distribuït en format CD-ROM a tots els agents del sistema sanitari, per tal d'obrir un període de consulta i així poder incorporar tots els seus suggeriments i comentaris, amb l'objectiu d'obtenir una primera versió consensuada i definitiva de la cartera de serveis del CatSalut.

Estructura organitzativa

L'estructura organitzativa del CatSalut pivota sobre tres àrees: Sanitària (d'on depenen les divisions assistencials i l'anàlisi de la demanda i l'OCATT), de Serveis i Qualitat (centrada en l'atenció al client, la compra de serveis, l'atenció farmacèutica i prestacions complementàries, i l'organització territorial) i de Recursos (planificació econòmica, recursos humans i règim interior, jurídics i sistemes d'informació).

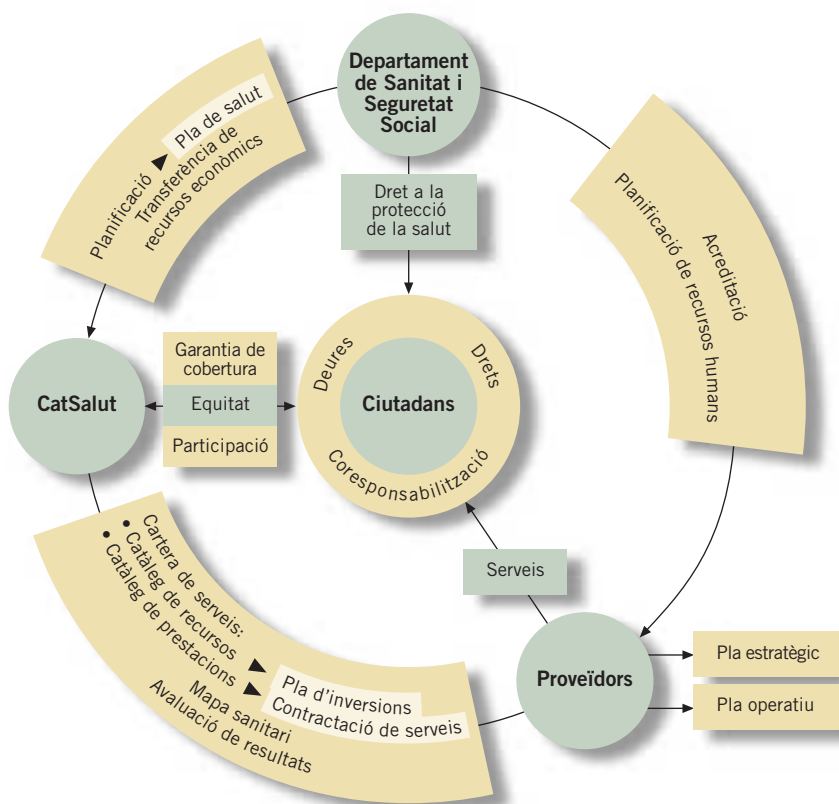
Aquesta estructura respon a la funció del CatSalut com a garant de la qualitat i com a peça clau per donar resposta a les necessitats dels ciutadans amb l'oferta dels proveïdors de serveis sanitaris.

L'estructura organitzativa continua formada per tres àmbits. D'una banda, els serveis matris i l'estructura descentrada territorial de regions sanitàries i sectors sanitaris. En segon lloc, les empreses públiques adscrites al CatSalut. I, finalment, els òrgans de participació comunitària presents en tots els nivells de l'organització.

Òrgans de direcció i participació

El Consell de Direcció del CatSalut és l'òrgan superior de govern i direcció i està format per representants del

Sistema de relacions en el model d'assegurament



Departament de Sanitat i Seguretat Social, el CatSalut i les regions sanitàries, el Departament d'Economia i Finances, els consells comarcals, els ajuntaments de Catalunya i les organitzacions sindicals i empresarials més representatives. Les regions i els sectors sanitaris també disposen d'òrgans de direcció, formats per representants del Departament de Sanitat i Seguretat Social, dels consells comarcals i dels ajuntaments.

El Consell Català de la Salut és l'òrgan central de participació comunitària en el sistema sanitari i està format per representants de la Generalitat de Catalunya, els consells comarcals, els ajuntaments, les organitzacions sindicals, les organitzacions empresarials, les organitzacions de consumidors i usuaris, les universitats, les entitats

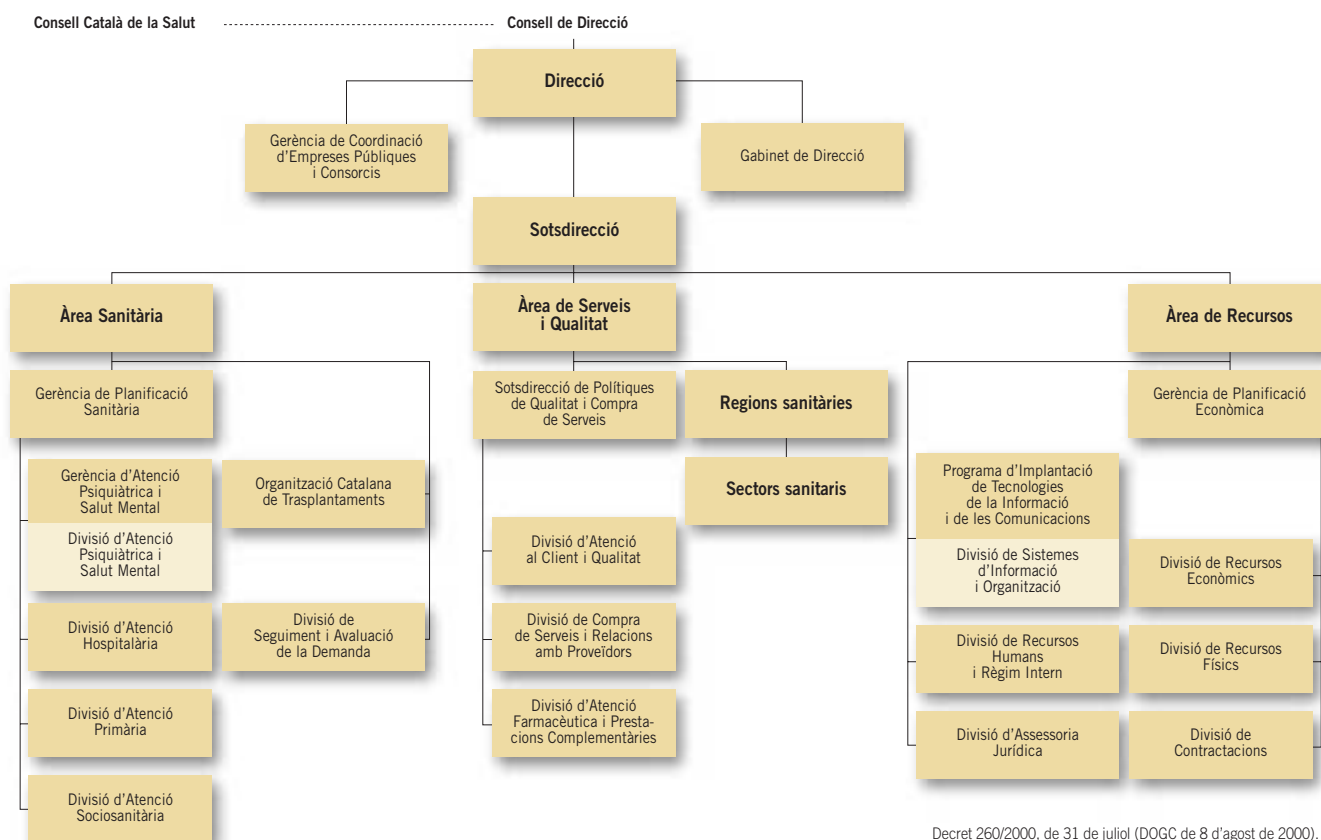
científiques, les diputacions, les organitzacions sindicals i empresarials i les corporacions professionals de l'àmbit sanitari. Les regions i els sectors sanitaris també tenen òrgans propis de participació comunitària.

Regió Sanitària Terres de l'Ebre, una nova delimitació i una nova denominació

Amb la publicació en el Diari Oficial de la Generalitat del Decret 125/2003, de 13 de maig, entra en vigor la modificació de la delimitació de la Regió Sanitària Tortosa, que al mateix temps que incorpora la comarca de la Ribera d'Ebre (abans pertanyent a la Regió Sanitària Tarragona) passa a anomenar-se Regió Sanitària Terres de l'Ebre. Aquesta nova delimitació s'emmarca



en la política territorial de la Generalitat de potenciar la unitat d'aquestes comarques, que es va iniciar l'any 2001 amb la creació de les delegacions territorials dels departaments de la Generalitat a les Terres de l'Ebre.



Decret 260/2000, de 31 de juliol (DOGC de 8 d'agost de 2000).

Els principals projectes

El projecte ACCES constitueixen una nova dinàmica de treball des del concepte d'assegurament.

De les responsabilitats que el CatSalut assumeix pel fet de responsabilitzar-se de la funció d'asseguradora, se'n deriven les seves principals línies estratègiques:

- La qualitat com a via cap a l'excel·lència.
- Una visió integral i transversal dels serveis.
- El reconeixement de la llibertat d'elecció dels ciutadans.
- La informació i la transparència en totes les relacions entre els agents del sistema sanitari.
- La capacitat d'innovació.

- L'orientació cap als resultats, avaluant-los i mesurant si s'avança segons les previsions i en les línies fixades.
- La coresponsabilització dels agents (incloent-hi els ciutadans) amb el sistema.
- La sostenibilitat com a garantia de futur del sistema de salut.

L'atenció sanitària

Una vegada conclusa la reforma de l'atenció primària a tot el territori s'han començat algunes accions consi-

L'atenció sanitària. Principals projectes

- Pla de millora de l'atenció primària
- Coordinació de l'atenció primària, social i sanitària
- Reforma de l'atenció especialitzada
- Reordenació de l'atenció psiquiàtrica i la salut mental
- Pla integral d'urgències de Catalunya
- Pla integral i interdepartamental d'atenció a les persones amb malaltia mental
- Pla sociosanitari 2000-2005
- Pla integral de la cardiopatia isquèmica
- Pla director d'oncologia
- Pla d'atenció a la malaltia vascular cerebral
- Pla d'atenció a les urgències psiquiàtriques
- Atenció a la salut sexual i reproductiva
- Programa d'inversió en infraestructures sanitàries
- Cartera de serveis
- Terciarisme
- Avaluació de la demanda sanitària

derades estratègiques en la millora d'aquest àmbit d'atenció, com ara la lliure elecció de metge i EAP, que han de permetre un servei més proper al ciutadà en aquest primer nivell assistencial. També s'ha avançat en l'extensió dels serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva i en el Programa d'atenció a la gent gran, amb inclusió d'objectius en els contractes i l'elaboració de guies de pràctica clínica específiques, com ara les de caigudes i polimediació. També cal destacar la coordinació creixent de l'atenció primària sanitària amb l'atenció primària social que desplega el Departament de Benestar i Família. Pel que fa a la progressiva integració d'especialistes, s'ha presentat la proposta per poder completar-la.

En l'àmbit sociosanitari, se segueix el desplegament de recursos del Pla sociosanitari 2000-2005, que inclou el Pla de demències, el Pla de cures pal·liatives, el Pla d'atenció a les persones amb malalties neurodegeneratives i dany cerebral i el Pla d'atenció geriàtrica.

La reordenació de l'atenció psiquiàtrica i la salut mental (que es preveu que acabi el 2007) inclou la reconversió dels hospitals psiquiàtrics i la



millora del serveis d'atenció psiquiàtrica i salut mental comunitaris. Així mateix, s'estan revisant els estàndards de qualitat que els centres han de complir per formar part de la xarxa de centres, serveis i establiments de salut mental d'utilització pública. A més, en aquest nivell de l'atenció s'ha d'incloure el Pla integral d'atenció a les persones amb malaltia mental, un pla interdepartamental presentat a les entitats proveïdores i als familiars de malalts.

Entre els plans més específics cal destacar el Pla integral de la cardiopatia isquèmica, on s'ha elaborat una guia de pràctica clínica, s'ha format el personal dels EAP en suport vital bàsic i en la utilització de desfibril·ladors semiautomàtics, s'ha dotat els CAP d'un aparell de desfibril·lació i s'ha implantat un circuit ràpid d'accés per a aquests pacients als hospitals de la XHUP. El Pla director d'oncologia ha permès implantar circuits de diagnòstic ràpid i la inclusió d'objectius en els contractes d'atenció primària i dels hospitals, així com iniciar el registre de càncer de Catalunya. Pel que fa al Pla d'atenció a la malaltia vascular cerebral, s'ha incidit en el foment d'hàbits saludables, la millora de la informació i la protocol·lització d'actuacions clíniques. El Pla d'atenció a les urgències psiquiàtriques ha fet possible obrir nous serveis d'urgències psiquiàtriques als hospitals i serveis de consulta mèdica telefònica per als metges d'urgències i de l'atenció continuada. En el marc d'aquest pla s'han establert protocols de col·laboració amb altres institucions, com la fiscalia, el Tribunal Superior de Justícia i el Departament de Justícia i Interior. El Pla integral d'urgències de Catalunya es va consolidant amb l'increment i la planificació de recursos i les campanyes informatives (no només de manera generalitzada a l'hivern, sinó també en èpoques de vacances a les zones més turístiques).

El Programa d'inversions en infraestructures sanitàries ha suposat millores als hospitals de l'ICS (on destaquen les ampliacions de l'Hospital de Bellvitge i el Centre Sociosanitari Joan XXIII de Tarragona) i l'avenç dels projectes dels nous hospitals de Sant Joan Despí, Sant Boi de Llobregat i Mollet i els hospitals ja en construcció de Santa Caterina de Salt, Igualada i el nou Sant Pau de Barcelona. Catorze nous CAP s'han afegit a la xarxa de centres d'atenció primària.

Altres millores en l'atenció sanitària seran definides per projectes en curs com l'avaluació de la demanda sanitària, la definició de la cartera de serveis (es disposa d'una primera versió contrastada amb els proveïdors) i el catàleg de serveis terciaris amb el seu mapa de recursos i procediments.

El ciutadà, l'assegurat, el client

La identificació del ciutadà com a assegurat i els nivells de cobertura a què té dret s'han reflectit a les noves targetes sanitàries, que ja incorporen aquesta informació.

En l'àmbit dels drets del ciutadà, el fet més destacat ha estat la posada en marxa de la lliure elecció de CAP i d'EAP a partir de l'octubre i a tot el territori, amb un important esforç de divulgació entre la població, d'implicació dels centres proveïdors i de gestió directa del procediment per part de les unitats d'atenció a l'usuari dels CAP. També pel que fa als drets dels ciutadans a l'hora d'obtenir una atenció de qualitat, s'ha elaborat un manual que recull el procediment de reclamacions per al conjunt del sistema sanitari i s'ha iniciat la implantació d'un aplicatiu informàtic per gestionar-les més adequadament i de manera integral.

El Pla d'enquestes als assegurats per al període 2003 ja disposa de resultats preliminars en els àmbits de l'atenció primària, hospitalària, sociosanitària i de salut mental.



El ciutadà, l'assegurat, el client. Principals projectes

- Grau de satisfacció dels assegurats
- Atenció al client: procediment de reclamacions
- Lliure elecció d'EAP
- Procediments en llista d'espera
- Informació sobre les llistes d'espera
- Ordenació de la rehabilitació
- Nivell de cobertura

Quant al progrés en la incorporació de procediments en garantia de llista d'espera mínima, se n'han afegit tres als catorze ja existents. Es tracta de les septoplasties, les amigdalectomies i les pròtesis de genoll. També s'ha avançat en la capacitat d'informació als pacients en llista d'espera, tant en les quirúrgiques com en les ambulatòries, ja que per a aquestes darreres es disposa d'un sistema d'informació trimestral de les llistes d'espera de consultes externes i proves diagnòstiques.

Un pla d'ordenació de la rehabilitació ha previst mesures per arribar a un equilibri territorial de l'assistència i poder atendre, així mateix, les necessitats de col·lectius especials.

L'eficàcia

El 2003 s'ha plantejat la modificació dels sistemes de pagament. Amb aquest objectiu futur s'ha iniciat el disseny de nous models de contracte d'atenció primària, sociosanitària i en salut mental i l'actualització del decret de la XHUP. Es treballa en la línia de modificar el pagament amb una orientació més integral de les línies de servei, facilitar la coordinació entre proveïdors i incorporar la mesura de la qualitat. Així, en l'àmbit de la primària s'han definit objectius comuns a tots els EAP per incloure'ls als contractes. Cal fer un esment especial de la prova pilot del sistema de compra de base poblacio-

L'eficàcia. Principals projectes

- Modificació dels sistemes de pagament
- Contractes dels EAP: objectius comuns i avaluació
- Sistema de compra de base poblacional
- Contractació amb l'ICS
- Transport sanitari
- Pla de sistemes d'informació
- Millora del CMBD
- Central de Balanços
- Creació de la Central de Resultats
- Pla de qualitat i comunicació interna

nal, que en el tercer any d'aplicació s'ha decidit estendre a altres territoris i prorrogar-la fins al 2005. També s'han d'esmentar els avenços en les relacions contractuals amb l'ICS.

Un altre dels aspectes vinculats a la contractació de serveis analitzats durant el 2003 ha estat el transport sanitari, del qual s'ha fet una valoració per orientar el nou concurs, que ha de significar una transició cap a un nou model.

En l'àmbit dels sistemes d'informació s'ha avançat en el Pla de sistemes, que es fa amb tecnologia internet i que ofereix una resposta a les necessitats de gestió d'informació de manera integrada. La informació assistencial s'ha



beneficiat de la millora del CMBD, amb nous requeriments per a l'atenció hospitalària, sociosanitària i en salut mental i la prova pilot per al CMBD de l'atenció primària. Pel que fa a l'obtenció d'informació per a la gestió i l'anàlisi economicofinancera del conjunt del sistema sanitari, cal esmentar els avenços de la Central de Balanços i la creació al final de l'any de la Central de Resultats, consensuada amb les associacions de proveïdors.

La sostenibilitat

El manteniment de la qualitat del model sanitari i l'àmplia cobertura i l'accessibilitat territorial dels serveis de salut de Catalunya exigeixen un esforç que n'asseguri la sostenibilitat a llarg termini. El CatSalut ha de poder respondre a l'increment de la demanda derivada de l'envelliment de la població i de canvis socials com ara la immigració. També cal preveure la incidència cada vegada major de determinades patologies (malalties neurodegeneratives, fibromiàlgia) i de noves tècniques diagnòstiques i assistencials (fecundació in vitro, implants coclears, cirurgies específiques com la de l'epilèpsia i el Parkinson, entre altres).

Un element important per a la sostenibilitat econòmica és la racionalització de la despesa en àmbits com l'atenció farmacèutica i les prestacions complementàries. L'elaboració d'un pla d'acció per a la contenció de la despesa farmacèutica d'aplicació a curt termini ha de representar una millora en la prescripció (amb accions com una millor coordinació entre l'atenció primària i l'especialitzada) i en el control de receptes facturades. En un altre sentit, però amb el mateix objectiu de contenció de la despesa farmacèutica, s'ha incidit en campanyes d'educació sanitària sobre ús de medicaments (antibiòtics, genèrics). El control en les prestacions ortoprotètiques i, enca-

La sostenibilitat. Principals projectes

- Resposta a noves demandes assistencials i tecnològiques
- Seguiment del model de finançament sanitari
- Increment d'ingressos
- Racionalització de la despesa farmacèutica

ra que molt específic però de gran impacte econòmic, el dels absorbents per incontinència urinària són uns altres àmbits on s'incideix en aquesta contenció de despesa.

Per a la millora en l'increment d'ingressos cal esmentar aspectes com el seguiment del fons de cohesió interterritorial de l'Estat –que comporten el control de l'atenció que es presta a persones desplaçades d'altres comunitats autònomes–, el seguiment de la incapacitat temporal i l'atenció a estrangers.



Servei a la ciutadania, orientació als clients

Lliure elecció de metge de família, pediatre i equip d'atenció primària

A partir de l'1 d'octubre de 2003, s'ha implantat en el conjunt del territori el nou model de lliure elecció de metge de família, pediatre i equip d'atenció primària, una de les fites rellevants del model d'atenció primària de Catalunya.

Per a l'usuari, comporta una notable millora de l'accessibilitat als serveis d'atenció primària i un acostament dels serveis sanitaris de caràcter públic als patrons d'utilització de serveis existents en la nostra societat (capacitat d'elecció, flexibilitat, proximitat, personalització en el tracte, qualitat tècnica, confort de les instal·lacions, temps d'atenció adequat, temps d'espera òptim, etcètera). Des del punt de vista dels professionals assistencials, permet millorar la relació de confiança entre el pacient i el seu metge de capçalera i facilita el reconeixement de la vàlua professional d'aquest. En l'àmbit de les entitats proveïdores, aporta elements objectius de reconeixement de la qualitat dels serveis que és percebuda per la població usuària i afavoreix l'assoliment dels objectius de millora continuada. Per a l'Administració, la implantació del nou model de lliure elecció constitueix un element de millora de la satisfacció dels usuaris i confereix coherència al model de diversificació de la provisió dels serveis d'atenció primària.

El nou model de lliure elecció incorpora la possibilitat d'assignació, a petició de l'usuari, d'un EAP diferent del que li correspondria per assignació territorial, assignació que només serà revocada a petició pròpia. L'usuari també podrà escollir metge de família o pediatre dintre del nou EAP.

L'àmbit territorial de la lliure elecció comprèn tot el territori de Catalunya i, quant a l'àmbit temporal, es defineix un temps mínim d'un any entre dos canvis d'EAP per elecció d'un mateix assegurat, tot i que es tindran en consideració les sol·licituds que no respectin aquest termini quan hi hagi circumstàncies prou justificades (canvi de residència o de lloc de treball, per exemple).

L'exercici de la lliure elecció no comportarà canvis quant al nivell de prestacions sanitàries a què té dret l'usuari. Tanmateix, l'assignació d'un EAP, per elecció de l'assegurat, diferent del de l'ABS corresponent a l'adreça de residència comportarà que l'atenció domiciliària (urgent i programada), l'atenció continuada i l'atenció social de l'assegurat sol·licitant quedin a càrrec de l'EAP que li correspondria per assignació territorial.

Reducció de temps i de pacients en llista d'espera

L'any 2003 s'ha adequat la despesa econòmica en la mateixa línia que l'any 2002, per tal de continuar reduint el temps d'espera per a les intervencions quirúrgiques. S'ha incrementat l'activitat a 142.501 procediments quirúrgics i s'han afegit en garantia de temps màxim de permanència en llista d'espera tres procediments més: septoplàstia, amigdalectomia i pròtesi de genoll, tal com s'especifica en el Decret 354/2002, de 24 de desembre, pel qual s'estableixen els terminis màxims d'accés a determinats procediments quirúrgics a càrrec del CatSalut.

Com a aspectes més rellevants cal destacar els següents:

- La disminució de la taxa de pacients en llista d'espera per 10.000 habitants, que és de 85,4 l'any 2003 i que era de 87,1 l'any 2002.
- Durant l'any 2003 s'ha fet una contractació d'activitat extraordinària, per a determinats procediments quirúrgics, amb la finalitat d'atendre els pacients que sobrepassaven el període màxim d'accés garantit pel CatSalut. Així, es van contractar 600 procediments de cataractes, 300 procediments de pròtesi de genoll, 200 procediments de varices i 50 procediments de pròtesi de maluc a centres no pertanyents a la XHUP.
- La inclusió de dos procediments quirúrgics més que s'afegeixen als 14 que el CatSalut està monitorant sistemàticament. Aquests dos procediments són la intervenció de galindons (*hallux valgus*) i la de quist pilonidal.
- S'ha adaptat l'aplicatiu de llistes d'espera sanitàries per recollir la informació de la prioritització de pacients en llista d'espera per a pròtesi de genoll, segons el sistema dissenyat per l'AATRM. S'ha iniciat la recollida sistemàtica de la informació dels quatre centres inclosos en la prova pilot.
- S'ha continuat treballant en la millora del sistema d'informació actual en els aspectes qualitatius, principalment pel que fa a la informació tramessa pels centres proveïdors i a la depuració de la base de dades mitjançant l'extracció de duplicats.
- S'ha iniciat un procés de depuració de la base de dades de llista d'espera

Contractació extraordinària d'activitat per reduir les llistes d'espera

Dins de les actuacions desenvolupades per tal de reduir la llista d'espera, s'ha fet un concurs públic per a un total de 1.150 procediments, que va ser adjudicat el 15 d'abril. Pel que fa a l'activitat, s'ha mantingut la contractació d'altres selectives i addicionals, que han significat un creixement de l'activitat de l'1,9 per cent respecte a l'any 2002.

quirúrgica dels procediments no monitorats periòdicament pel CatSalut (codi 99).

- S'ha dut a terme un procés de depuració específic de les llistes d'espera per al procediment de la fecundació *in vitro* (FIV). Per dur a terme aquest procés de depuració s'ha subscrit un conveni de col·laboració amb l'empresa pública SEMSA, per tal de fer-lo mitjançant trucades telefòniques des del *call center* de Sanitat Respon a les pacients en llista d'espera. S'ha detectat un 25 per cent de pacients que no haurien d'estar incloses en el registre.
- El mes de juny de 2003 es va iniciar una prova pilot per implantar a tot el territori un sistema d'informació nominal de proves diagnòstiques i consultes ambulatories a especialistes. S'ha adaptat l'aplicatiu de llistes d'espera per poder processar aquesta informació. La implantació d'aquests sistemes d'informació permetrà donar resposta al RD 605/2003, de 23 de maig, pel qual s'estableixen mesures per al tractament homogeni de la informació sobre llistes d'espera en el Sistema Nacional de Salut.
- S'ha continuat la recollida trimestral de la informació agregada corresponent als pacients en llista d'espera per a primera visita d'atenció ambulatoria especialitzada i primera prova diagnòstica.

Pla d'enquestes de satisfacció

La raó de ser d'aquest projecte ha estat estudiar la satisfacció de tots els assegurats, sigui quin sigui el servei sanitari que rebin, i seguir una metodologia comuna, científicament validada i contrastada, que permeti una perspectiva d'avaluació comparada de resultats entre proveïdors en el marc de cada línia de servei.

Al final de l'any 2003 s'han desenvolupat i validat (amb pretest i estudi pilot de validació) cinc instruments de mesura en forma de qüestionaris de satisfacció d'assegurats: atenció primària (medicina general i infermeria); atenció hospitalària (hospitalització d'aguts); atenció sociosanitària d'hospitalització (llarga estada i convalescència d'una banda, i cures pal·liatives de l'altra) i dos en atenció en salut mental (centres de salut mental d'adults i hospitalització MILLE).

Les dimensions o atributs inclosos en els qüestionaris, que resulten de les aportacions de l'etapa prèvia a la recerca qualitativa, han estat: l'accessibilitat als serveis, el tracte dels professionals, la informació del procés assistencial, la competència professional i la confiança, el confort, l'organització i la coordinació entre serveis, la continuïtat assistencial, el suport personal i l'atenció psicosocial.

Al començament de desembre es van acabar les activitats corresponents al treball de camp previst. L'anàlisi estadística per línia de servei i producte, les conclusions de l'estudi, així com la comunicació interna i externa dels resultats estan previstes per al primer semestre de l'any 2004.

Reclamacions i suggeriments

Una nova instrucció de suggeriments i reclamacions (que es publicarà el 2004) preveu la sistematització de la recollida de la informació de reclamacions (periodificant-la amb caràcter mensual) que, alhora, actualitza els motius de reclamació incloent-hi aspectes que fins ara no eren registrats específicament: publicació de la Carta de drets i deures del Departament de Sanitat i Seguretat Social (voluntats anticipades, segona opinió...), decret d'establiment de temps màxim d'accés a determinats procediments quirúrgics a càrrec del CatSalut, obertura de noves vies d'accés del ciutadà (internet), etcètera.

El nombre de reclamacions que s'han gestionat a la xarxa sanitària pública (centres sanitaris públics i concertats) durant l'any 2003 ha estat de



Pla de xoc de les llistes d'espera, 2003

	Temps mitjà de resolució ¹ 2003	Pacients en llista d'espera 2003
Cataractes	4,84	20.316
Varices	4,92	4.504
Herniorràfia	4,19	5.214
Colecistectomia	3,32	2.305
Septoplàstia	3,88	1.369
Artroscòpia	5,05	3.549
Vasectomia	2,35	850
Prostatectomia	2,86	1.019
Canal carpià	3,68	1.976
Amigdalectomia	3,76	1.596
Circumcisió	3,18	1.560
Histerectomia	2,51	1.066
Pròtesi de maluc	5,25	2.813
Pròtesi de genoll	15,68	9.966
Total	4,89	58.103

61 centres i 14 procediments.

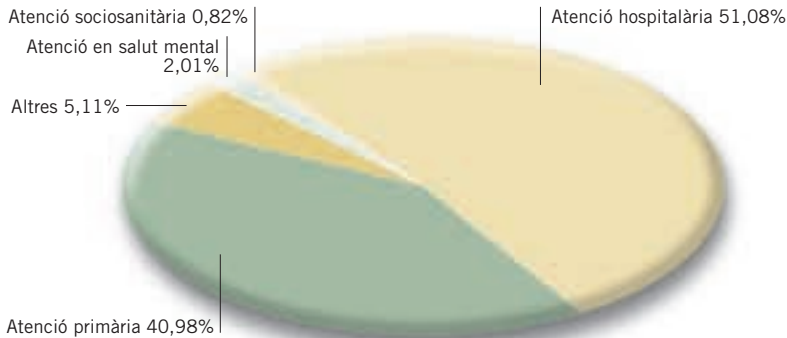
¹ Dades expressades en mesos i fraccions (1 = 1 mes, 0,5 = 15 dies).



Principals motius de reclamació

- Demora excessiva per llista d'espera
- TSI
- Insatisfacció per l'assistència
- Deficiències de trasllat (transport sanitari)
- Tracte o actitud del personal inadequat
- Incompliment de l'horari o retard en l'atenció

Reclamacions per línia de serveis, 2003



33.969, xifra que representa un increment del 29,5 per cent respecte a l'activitat de l'any anterior.

D'aquestes reclamacions, el 91,79 per cent han estat resoltes, i gairebé la meitat en un temps inferior a 15 dies.

Atenció al ciutadà i noves tecnologies

De totes les vies a través de les quals el ciutadà es pot adreçar al CatSalut, durant l'any 2003 internet, que ha desplaçat del primer lloc el correu postal, s'ha consolidat com la més utilitzada (43 per cent).

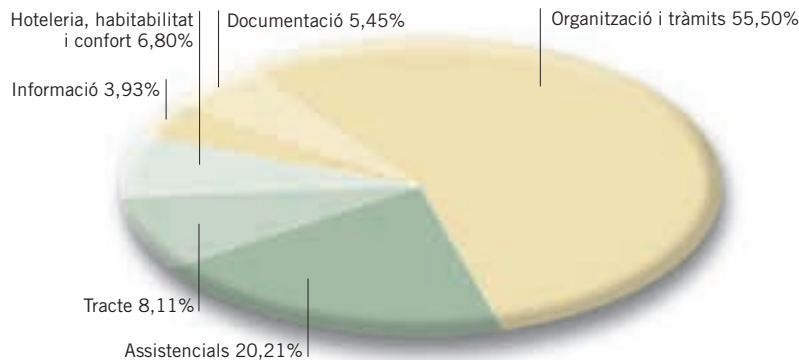
Pel que fa als motius de reclamació, cal destacar l'increment molt important de consultes i reclamacions presentades en relació amb la TSI.

El temps mitjà de tancament de les reclamacions durant l'any 2003 ha estat de 32,43 dies, que representa una disminució del 50 per cent respecte a l'any 2002.

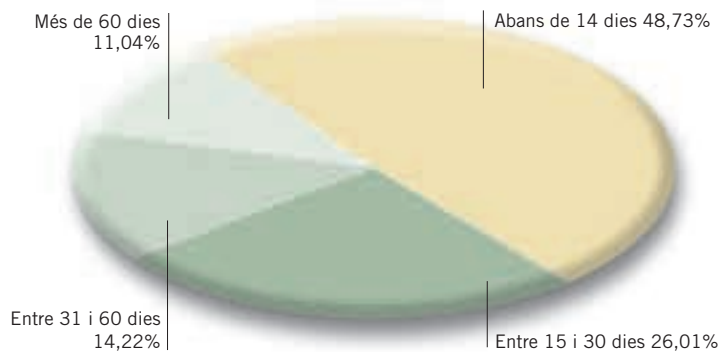
Pel que fa a les relacions dels ciutadans amb el CatSalut mitjançant les noves tecnologies, i concretament pel que fa a l'activitat del web del CatSalut, es constata un increment sostingut de les visites, com també de l'ús dels serveis interactius i del nombre de correus electrònics rebuts a les diferents bústies que s'ofereixen en el web, que superen els 5.000 contactes dels usuaris durant l'any 2003.

Les pàgines més visitades, a banda de les inicials en català i castellà, la dels proveïdors i la dels professionals sanitaris, han estat les diferents pàgines d'accés als serveis interactius del web (com la que permet consultar les dades personals, sol·licitar una reedició de la TSI, fer un suggeriment o una reclamació, consultar un centre sanitari o enllaçar amb les pàgines de cita prèvia als CAP de l'ICS, entre altres), les pàgines sobre els serveis sanitaris, les d'informació corporativa del CatSalut, les de les preguntes més freqüents i les de les publicacions.

Motius de les reclamacions, 2003



Temps de resposta de les reclamacions, 2003



Nombre total de reclamacions	Reclamacions/ 1.000 habitants	% de resolució
33.969	4,88	91,79

Les tecnologies de la informació i les comunicacions

S'ha continuat col·laborant, juntament amb altres departaments del Govern de la Generalitat, en projectes que tenen com a objectiu simplificar les interaccions, millorar la satisfacció i l'accés dels usuaris, i establir nous canals de comunicació per a la prestació dels serveis.

El Programa d'implantació de tecnologies de la informació i de les comunicacions, que va ser creat pel Decret 260/2000, de 31 de juliol de 2000, té per objecte desenvolupar i posar en funcionament un sistema integrat d'informació i de comunicacions orientat al seguiment dels objectius de gestió del CatSalut tot considerant el seu nou model de funcions com a asseguradora pública.

En línia amb les característiques més rellevants d'aquest projecte, que ja hem destacat en altres memòries,

s'ha aconseguit implantar gairebé totalment les aplicacions informàtiques que ens han de permetre disposar de forma automatitzada de la informació relativa a tots els processos bàsics de la nostra organització: facturació, acreditacions dels ciutadans, accessibilitat i qualitat dels serveis, codificació de les patologies, etcètera.

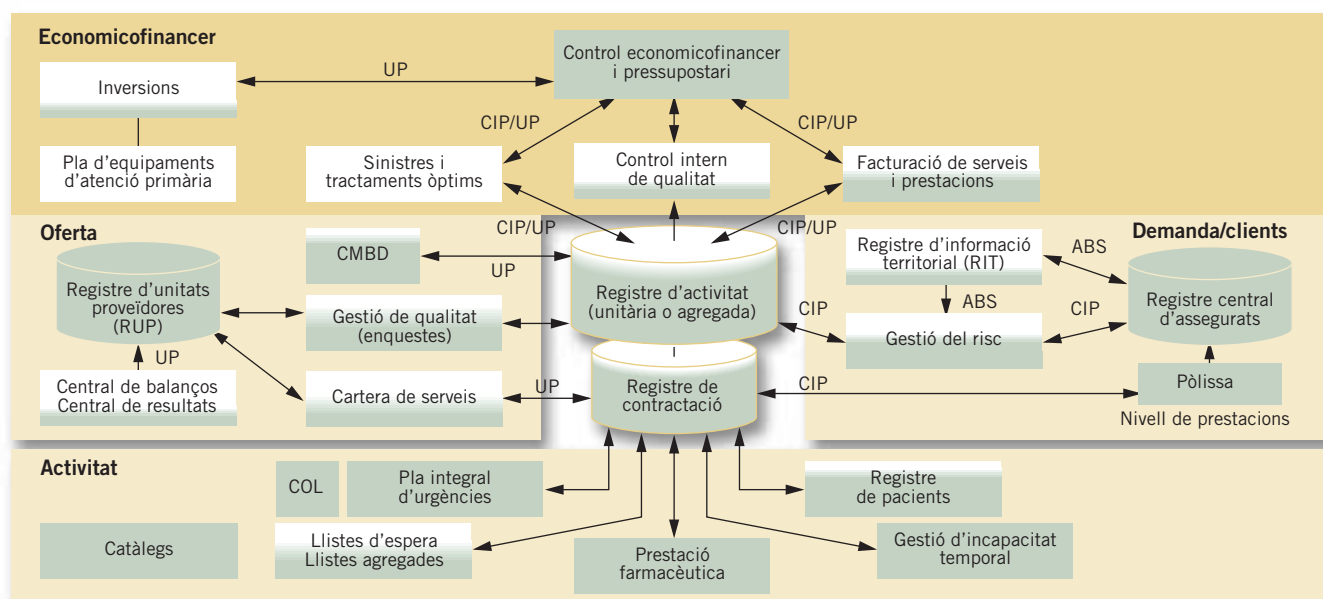
A la vegada, el fet que totes les aplicacions que donen suport a aquests processos treballin de forma integrada aporta un important valor afegit als

nostres sistemes d'informació, tant per la qualitat de la informació com per les possibilitats de poder apostar per nous projectes de tractament i anàlisi d'aquesta informació.

El tractament integrat de la informació també facilita poder complir els requisits de seguretat que marca la Llei orgànica de protecció de dades personals (LOPD).

Al llarg del 2003 ha acabat la implantació de l'ampliació d'infraestructura de seguretat i de serveis d'internet, amb la incorporació de noves plataformes de seguretat (tallafocs, antivirus perimetral i sistemes de detecció d'intrusions) i l'augment de la capacitat dels serveis bàsics d'internet (DNS, sistema de noms de domini), correu electrònic i filtratge d'URL (localitzador universal de recursos) per categories.

Pla de sistemes. Projectes en explotació, 2003



■ Projectes acabats

□ Projectes pendents de planificar

UP: unitat proveïdora.
CIP/UP: codi d'identificació personal/unitat proveïdora.
ABS: àrea bàsica de salut.

CMBD: conjunt mínim bàsic de dades.
COL: seguiment de llits de malalts en estat crític.

Un pressupost per al conjunt de la xarxa sanitària pública



L'any 2003, el pressupost aprovat consolidat del CatSalut i de l'Institut Català de la Salut va assolir la xifra de 5.489.974.961,31 euros, la qual cosa va implicar un increment del 7,88 per cent amb relació al pressupost aprovat per a l'any 2002. Aquest creixement del pressupost és el resultat de l'aplicació del nou acord de finançament de les comunitats autònomes pel qual s'integren el finançament de les competències comunes, de la sani-

tat i dels serveis socials a partir del 2002. L'aplicació del nou model suposa un canvi en l'estructura del pressupost d'ingressos del CatSalut, atès que abans es finançava majoritàriament (96 per cent) mitjançant la transferència de recursos de l'Insalud i a partir del 2002 és la Generalitat de Catalunya el finançador majoritari del pressupost sanitari, que el 2003 ha representat un 98,11 per cent del pressupost.

Compra de serveis sanitaris

Les despeses en compra de serveis sanitaris (concerts) de 2003 són un 8,50 per cent superiors a les de l'any 2002. Per grups de programa, un 17,73 per cent s'ha destinat a l'atenció primària i un 82,27 per cent a l'atenció especialitzada, que inclou l'atenció hospitalària a malalts aguts, l'atenció a la salut mental i l'atenció sociosanitària, principalment.

Execució del pressupost consolidat CatSalut/ICS el 31 de desembre de 2003

Capítols	Pressupost inicial aprovat	Variacions de crèdit	Pressupost final	Despesa comptabilitzada	% d'execució
Sous	1.051.592.069,02	41.300.900,39	1.092.892.969,41	1.087.134.746,69	99,47
Quotes	228.655.866,93	1.738.066,25	230.393.933,18	229.831.826,19	99,76
I. Remuneracions del personal	1.280.247.935,95	43.038.966,64	1.323.286.902,59	1.316.966.572,88	99,52
Béns i serveis	506.559.285,11	17.419.443,95	523.978.729,06	513.868.429,88	98,07
Compra de serveis	2.158.825.539,17	1.203.951,57	2.160.029.490,74	2.158.777.296,30	99,94
II. Compra de béns i serveis	2.665.384.824,28	18.623.395,52	2.684.008.219,80	2.672.645.726,18	99,58
III. Interessos	41.354.110,00	28.562.987,19	69.917.097,19	59.443.712,26	85,02
Farmàcia	1.316.031.069,53	110.656.093,62	1.426.687.163,15	1.426.711.770,48	100,00
Lliuraments	19.141.696,38	1.015.528,24	20.157.224,62	16.919.706,71	83,94
Pròtesis	18.577.966,08	7.915.000,00	26.492.966,08	29.649.206,24	111,91
Rescabaments	1.092.362,88	0,00	1.092.362,88	865.067,69	79,19
Empreses públiques	13.648.810,64	0,00	13.648.810,64	13.077.849,14	95,82
Altres	13.920.727,03	3.649.139,84	17.569.866,87	16.958.393,32	96,52
IV. Transferències corrents	1.382.412.632,54	123.235.761,70	1.505.648.394,24	1.504.181.993,58	99,90
Operacions corrents	5.369.399.502,77	213.461.111,05	5.582.860.613,82	5.553.238.004,90	99,47
Operacions de capital	119.343.810,94	25.386.035,52	144.729.846,46	116.472.921,80	80,48
Bestretes	1.231.637,60	0,00	1.231.637,60	1.051.325,41	85,36
Operacions financeres	1.231.637,60	0,00	1.231.637,60	1.051.325,41	85,36
Total	5.489.974.951,31	238.847.146,57	5.728.822.097,88	5.670.762.252,11	98,99

En aquest àmbit també cal destacar l'impacte que han produït a tots els hospitals de la XHUP les despeses de medicació hospitalària de dispensació ambulatoria, amb un increment de prop del 23 per cent.

Pel que fa a l'àmbit de l'atenció primària l'increment de la despesa és del 18,58 per cent, la qual cosa respon a l'obertura, el 2003, de vuit nous EAP gestionats per diferents entitats proveï-

dores i entitats de base associativa.

En l'àmbit de l'atenció especialitzada –hospitals d'aguts–, l'any 2003 s'han actualitzat les tarifes del preu mitjà de l'alta hospitalària en un 5,55 per cent, així com el preu unitari de la consulta externa. També s'han actualitzat, amb un augment del 5,40 per cent, les tarifes de l'assignació per al manteniment de l'estructura d'urgències i el preu unitari de la urgència, les

tarifes de cirurgia menor ambulatoria i les tarifes de l'hospital de dia.

D'altra banda, s'ha continuat l'esforç de reducció de les llistes d'espera.

En l'atenció especialitzada, cal destacar la posada en funcionament del nou centre Institut Guttman a Badalona, i també els programes d'especial interès del Departament de Sanitat i Seguretat Social, com ara: el programa de trasplantament de fetge de donant viu, el test de resistències antiretrovirals per a l'adequació del tractament antiretroviral en pacients VIH positius, la continuació de la implementació del Pla oncològic de Catalunya, la potenciació d'activitats ambulatories alternatives a l'hospitalització i, finalment, l'adjudicació dels concursos de tomografies per emissió de positrons (TEP) i de medicina nuclear.

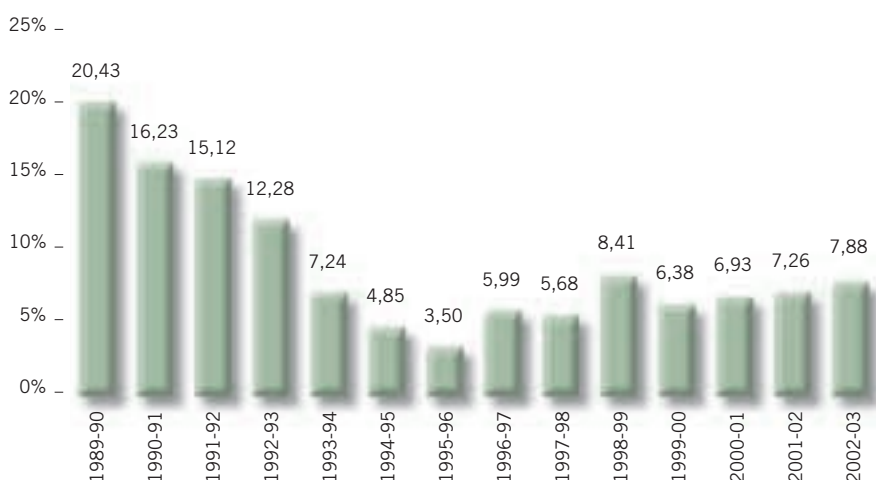
En l'atenció sociosanitària, cal destacar els concursos que han comportat una nova activitat, com l'hospital de Figueres o el centre Nadal i Merolles de Lleida, la dotació de sis UFISS i nous PADES (la Selva i Campdevànol) i la posada en marxa, a la fi del 2002, de la contractació de l'avaluació geriàtrica integral (AGI).

En salut mental, cal esmentar el desenvolupament de nous serveis de rehabilitació per tal d'evitar ingressos a les unitats d'hospitalització psiquiàtrica i l'ampliació de diversos programes especials, com els de suport a la població adolescent d'alt risc, a les persones amb trastorn mental greu adreçat a la població infantil i juvenil, i també el programa d'atenció a les ludopaties i el programa de suport especialitzat per a l'atenció d'urgències psiquiàtriques domiciliàries.

Despeses per desplaçaments i pròtesis

La despesa corresponent a lliuraments per desplaçaments ha estat de 16.919.706,71 euros, cosa que significa una disminució en l'execució de la

Percentatge de creixement del pressupost CatSalut/ICS, 1989-2003

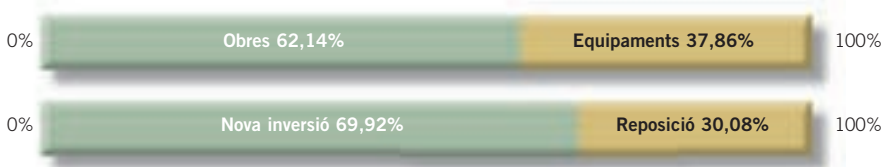


Distribució per capítols econòmics de les operacions corrents consolidades CatSalut/ICS, 2003





Distribució econòmica dels projectes d'inversions CatSalut/ICS, 2003



despesa del 13,86 per cent amb relació a l'exercici 2002. Aquesta disminució es deu a la millora del termini de pagament als usuaris i a l'aplicació de mesures per a la racionalització de la despesa com l'agrupació de malalts per compartir trasllats i l'estudi dels motius del desplaçament. Amb relació a l'any 2002, s'observa un augment dels desplaçaments per tractaments oncològics i una disminució dels generats pels serveis de rehabilitació.

Pel que fa a les prestacions ortopro-tètiques, la despesa ha estat de 29.649.206,24 euros, la qual recull l'impacte de la modificació del procediment d'accés a aquestes prestacions que va entrar en vigor l'1 de juliol de 2001, mitjançant el qual es facilita l'accés als usuaris sense que aquests hagin de pagar prèviament l'import corresponent a l'ajut econòmic del CatSalut. Aquest canvi ha facilitat una renovació de pròtesis que d'altra manera es feia més lentament. Aquest nou procediment ha requerit la progressiva adequació de la despesa al termini de pagament previst, per la qual cosa ha tingut un increment significatiu.

Inversions en infraestructures sanitàries de la xarxa sanitària d'utilització pública

El programa d'inversions en infraestructures sanitàries del CatSalut inclou com a àmbits prioritaris d'inversió:

- La reforma de l'atenció primària (RAP), per tal de complir l'objectiu d'acabar les reformes estructurals vinculades a aquest procés i alhora iniciar les inversions de millora prioritàries en els CAP on ja estan en funcionament els EAP.
- El programa de reforma, ampliació i millora dels hospitals de l'ICS, on destaca el projecte de remodelació i ampliació de l'Hospital de Bellvitge i dels edificis de l'Hospital Vall d'Hebron.
- Les inversions d'ampliació i millora de les infraestructures de la resta de centres de la XHUP.
- Les inversions necessàries per a la reordenació dels dispositius de la xarxa de salut mental.
- L'ampliació i millora de l'oferta sociosanitària.
- La remodelació del Parc Sanitari Pere Virgili.
- Les inversions per a l'actualització i desenvolupament dels sistemes d'informació.

Per tal de continuar l'execució d'aquests projectes d'inversió, addicionalment al pressupost anual de despeses de capital es disposa dels convenis de finançament d'inversions a llarg termini amb el Consorci Sanitari de Barcelona, amb les empreses públiques del

CatSalut i amb l'empresa pública GISA, així com de l'establiment de convenis amb els ajuntaments i les entitats proveïdores de serveis sanitaris per a l'adequació de les infraestructures sanitàries.

Aquest entorn respon a la necessitat d'optimitzar les fórmules de finançament a llarg termini de les inversions, tal com s'utilitzen a la resta de sectors de l'economia, i alhora a les característiques pròpies del model sanitari català, en què les entitats proveïdores es coresponsabilitzen per al desplegament d'inversions, fonamentalment en l'àmbit de les línies emergents d'atenció sociosanitària i salut mental.

Sistema de compra amb base poblacional

L'any 2003 s'ha consolidat la prova pilot d'implantació d'un sistema de contractació integral de serveis sanitaris que té com objectiu garantir l'accés a l'atenció sanitària d'una població definida dins d'un marc geogràfic determinat, a partir d'una concepció global de l'assistència que rep el ciutadà per part del proveïdor o proveïdors de serveis de les diferents línies assistencials.

A la fi de l'any 2003 s'acaba la prova pilot i se'n prepara la pròrroga durant dos anys més (fins a l'any 2005) als cinc territoris ja existents.

El projecte capitiatiu pretén la millora del sistema sanitari públic. El finançament capitiatiu fa més equitatiu el sistema sanitari que el finançament tradicional perquè orienta els recursos cap a les necessitats, el fa més eficient atès que de la interacció dels proveïdors, en resulta la millora de la qualitat, efectivitat, pertinença, seguretat i accessibilitat i, finalment, contribueix, entre altres factors, a la millora de la salut de la població. Per tant, l'avaluació del projecte pretén valorar aquests aspectes.

Situació de les inversions, 2003

Regió sanitària	Atenció primària	Atenció hospitalària	Salut mental	Atenció sociosanitària
Lleida				
Acabades	1	1	—	—
En obres	1	2	1	—
En projecte	5	7	—	—
Adjudicades i atorgades	2	1	—	—
Tarragona				
Acabades	6	2	1	1
En obres	1	2	3	1
En projecte	3	5	—	—
Adjudicades i atorgades	2	1	—	—
Terres de l'Ebre				
Acabades	1	2	—	—
En obres	1	1	1	—
En projecte	1	4	—	—
Adjudicades i atorgades	2	1	—	—
Girona				
Acabades	6	8	2	—
En obres	2	7	1	1
En projecte	6	4	2	—
Adjudicades i atorgades	2	1	—	—
Costa de Ponent				
Acabades	7	8	4	—
En obres	1	9	2	—
En projecte	2	10	1	2
Adjudicades i atorgades	2	2	—	—
Barcelonès Nord i Maresme				
Acabades	3	2	—	1
En obres	1	5	—	—
En projecte	8	1	1	—
Adjudicades i atorgades	2	1	—	—
Centre				
Acabades	13	3	2	—
En obres	5	1	—	—
En projecte	13	2	—	1
Adjudicades i atorgades	2	—	—	—
Barcelona Ciutat				
Acabades	6	6	2	—
En obres	5	9	—	2
En projecte	4	19	3	1
Adjudicades i atorgades	1	1	—	—

La xarxa sanitària d'utilització pública de Catalunya

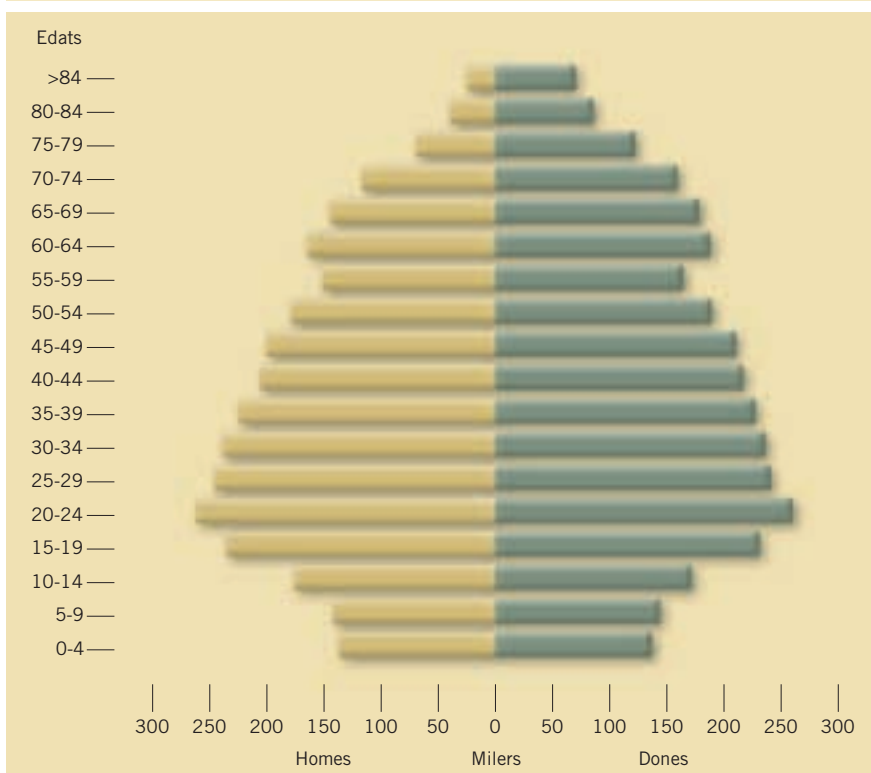
Val d'Aran

La xarxa sanitària d'utilització pública està configurada per tots els centres, els serveis i els professionals que garanteixen l'assistència a la població de Catalunya i és de finançament públic. El CatSalut planifica i actua com a garant mitjançant els contractes de compra de serveis per tal que els recursos sanitaris, econòmics i humans d'aquesta xarxa estiguin al servei dels ciutadans amb criteris d'equitat i eficiència amb l'objectiu final de millorar la qualitat.

Lleida

- 30 CAP
- 6 H
- 6 CS
- 4 CP

Piràmide d'edats de la població

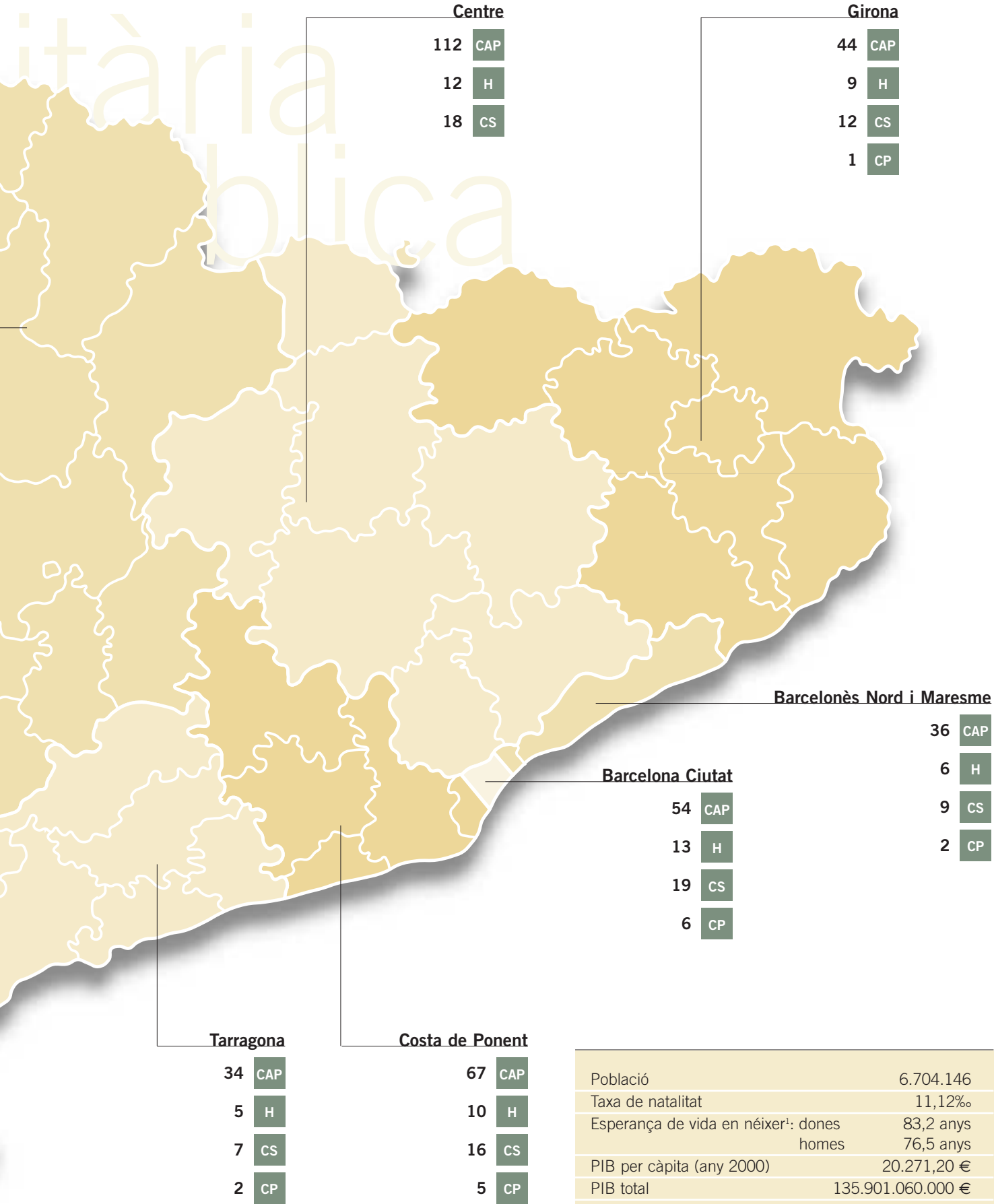


- CAP** Centres d'atenció primària (CAP)
- H** Hospitals de la xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya i autoritzats
- CS** Centres sociosanitaris
- CP** Centres psiquiàtrics d'internament

Terres de l'Ebre

- 24 CAP
- 3 H
- 2 CS

* El Decret 125/2003, de 13 de maig, modifica els límits territorials de les regions sanitàries de Tarragona i Tortosa, i aquesta última passa a denominar-se Terres de l'Ebre alhora que incorpora la Ribera d'Ebre.



Població	6.704.146
Taxa de natalitat	11,12‰
Esperança de vida en néixer ¹ : dones	83,2 anys
homes	76,5 anys
PIB per càpita (any 2000)	20.271,20 €
PIB total	135.901.060.000 €

¹ Departament de Salut. Registre de Mortalitat de Catalunya.
Font: Institut Nacional d'Estadística.

Atenció primària, conclusió de la reforma i avaluació

L'any 2003 s'han posat en marxa nou EAP, amb la qual cosa la implantació d'EAP ha arribat al 100 per cent (346 EAP) i la cobertura poblacional a tot el conjunt de la població de Catalunya.

L'atenció primària de salut és el primer nivell d'accés del ciutadà a l'assistència sanitària, a través dels serveis existents a les àrees bàsiques de salut (ABS), unitats territorials elementals que concentren el nucli fonamental de l'activitat assistencial en el centre d'atenció primària (CAP). L'equip d'atenció primària (EAP) és el conjunt de professionals sanitaris i no sanitaris que dirigeix i exerceix les seves activitats d'atenció al conjunt de la població de l'ABS.

Des del punt de vista del model sanitari, el contracte de serveis d'atenció primària respon a la necessitat de disposar d'un instrument que articuli la relació entre el CatSalut, com a comprador dels serveis sanitaris, i les entitats proveïdores. Aquest instrument fa possible incidir en els processos de planificació de caràcter directiu, fixant en les clàusules objectius assistencials que permeten, per exemple, portar a la pràctica els objectius del Pla de salut o explicitar el reconeixement de la cartera de serveis d'atenció primària i garantir-ne el compliment.

Lliure elecció de l'equip d'atenció primària

La implantació del nou model de lliure elecció de metge de família, pediatre i equip d'atenció primària ha estat un dels assoliments més destacats del

EAP i població coberta per l'atenció primària, 2003

	EAP	Població coberta ¹
Lleida ²	29	355.358
Tarragona	34	462.776
Terres de l'Ebre	11	162.249
Girona	36	584.635
Costa de Ponent	57	1.253.858
Barcelonès Nord i Maresme	40	726.147
Centre	73	1.434.227
Barcelona Ciutat	66	1.527.190
Total	346	6.506.440

¹ Cobertura estimada a partir de les dades de la revisió del padró d'habitants d'1 de gener de 2002.

² Inclou l'EAP Aran.

Font: Divisió d'Atenció Primària.

EAP posats en funcionament el 2003 i entitat gestora

Tarragona-8	Gestió i Prestació dels Serveis de Salut
L'Hospitalet de Llobregat-3	Consorci Sanitari Integral
L'Hospitalet de Llobregat-4	Consorci Sanitari Integral
Barcelona-2G	EAP Dreta de l'Eixample, SL
Barcelona-2J	EAP Dreta de l'Eixample, SL
Barcelona-5C	EAP Sarrià, SL
Barcelona-5D	EAP Vallplasa Atenció Primària, SL
Barcelona-5E	Parc Sanitari Pere Virgili (EBA Vallcarca, SL)
Barcelona-6D	Parc Sanitari Pere Virgili (EBA Vallcarca, SL)



model sanitari, amb repercussions positives (vegeu la informació completa d'aquest projecte a l'apartat Servei a la ciutadania, orientació als clients).

Diversificació de la provisió dels serveis

El model sanitari públic català s'ha orientat explícitament, des de fa alguns anys, cap al reconeixement i la formalització de la separació entre el finançament, la planificació i la compra de serveis, d'una banda, i la provisió de l'altra. La contractació dels serveis d'atenció primària per part del CatSalut es va iniciar l'any 1992.

L'any 2003 s'han posat en funcionament sis nous EAP gestionats per entitats de base associativa (EBA) i tres EAP més gestionats per altres entitats proveïdores. Amb aquestes noves contractacions, el grau de desenvolupament de la diversificació de la provisió dels serveis és el següent: el 77,7 per cent dels EAP està gestionat per l'ICS (269 EAP), el 3,8 per cent (13 EAP) per EBA i el 18,5 per cent restant (64 EAP) per altres entitats proveïdores.

Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis

La situació del procés de desenvolupament de la reforma de l'atenció primària (RAP), especialment amb relació a la fi del procés d'implantació d'equips d'atenció primària (EAP) i la consolidació de la diversificació de la provisió dels serveis d'atenció primària, va plantejar la conveniència de fer l'avaluació i, en particular, la valoració dels diferents models de provisió dels serveis implantats. És en aquest context on cal situar l'estudi *Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis*, realitzat per la Fundació Avedis Donabedian en col·laboració amb la Divi-

Equips d'atenció primària per entitats proveïdores, 2003

Entitat proveïdora	EAP en funcionament
Albera Salut, SL	1
Althaia Xarxa Assistencial de Manresa, Fundació Privada	2
Atenció Primària Alt Camp, SLL	1
Badalona Gestió Assistencial, SL (BSA, SL)	7
Consorci Assistencial del Baix Empordà (CABE)	4
Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample (CAPSE)	2
Consorci de Gestió, Corporació Sanitària	1
Consorci Sanitari de Terrassa	4
Consorci Sanitari del Maresme	3
Consorci Sanitari Integral	4
Corporació de Salut del Maresme i la Selva	3
EAP Dreta de l'Eixample	2
EAP Osona Sud-Alt Congost, SL	1
EAP Poble Sec, SL	1
EAP Sardenya	1
EAP Sarrià, SL	1
EAP Vallplaça Atenció Primària, SL	1
EAP Vic, SL	1
Fundació Centres Assistencials i d'Urgències (CAU)	6
Fundació Hospital de Campdevàrol	1
Fundació Hospital Sant Jaume d'Olot	2
Fundació Privada FASS	4
Fundació Privada Hospital de Puigcerdà	1
Gestió de Serveis Sanitaris (GSS)	1
Gestió i Prestació dels Serveis de Salut	1
Grup SAGESSA	1
Hospital de Figueres Fundació Privada	1
Hospital del Solsonès, Fundació Pública Comarcal	1
Institut Català de la Salut	269
Institut d'Assistència Sanitària	3
Mútua de Terrassa	6
PAMEM	4
Parc Sanitari Pere Virgili	2
Projectes Sanitaris i Socials, SAU	1
Serveis d'Atenció Primària Parc Taulí, SA	1
Servici Aranés dera Salut	1
Total	346



sió d'Atenció Primària, l'any 2002, els resultats del qual han estat objecte de valoració i discussió l'any 2003.

Els resultats de l'estudi d'avaluació de l'atenció primària i la diversificació de la provisió de serveis han posat de manifest que la situació dels serveis d'atenció primària, pel que fa a les vuit dimensions estudiades (accessibilitat, pràctica clínica i efectivitat, continuïtat i coordinació assistencial, eficiència, atenció comunitària, estructura, activitat assistencial i satisfacció dels professionals), és, en termes generals, bona, tot i que s'identifiquen clarament punts de millora en totes aquestes àrees. S'objectiva que els diferents grups de provisió definits proporcionen millores en determinats àmbits de l'atenció i presenten algunes mancances en altres, sense que n'hi hagi cap que sigui insatisfactori o immillorable. És a dir, totes les entitats proveïdores poden treure profit de l'experiència de les altres i, alhora, poden proporcionar també elements de millora a la resta.

Amb relació a un segon objectiu de l'estudi, l'auditoria de dades, s'ha observat que hi ha un cert grau de discordança entre les dades proporcionades per les entitats proveïdores i les dades obtingudes en l'auditoria, tant quant al valor d'aquestes variables com a la quantitat de dades obtingudes.

S'han identificat alguns factors explicatius d'aquestes diferències que hauran de ser objecte de seguiment en els propers anys com són: la insufi-

Implantació d'equips d'atenció primària per entitats proveïdores, 2003

Entitats proveïdores	EAP	% sobre total EAP
Públiques	313	90,5
ICS	269	77,8
Altres (conveni)	44	12,7
Participació privada	33	9,5
EBA (conkurs)	13	3,7
Altres (conkurs)	20	5,8
Total	346	100

cient informatització dels EAP, la inexistència o baixa qualitat d'alguns dels registres (poblacionals, vacunes), així com la necessitat de millorar les especificacions d'algunes de les dades per part del Servei Català de la Salut i el rigor de les entitats proveïdores quant a la recollida i tramesa de les dades requerides.

Segons aquest treball, sembla adequat renovar la proposta d'auditar periòdicament, anualment si és possible i de manera externa, les dades que les entitats proveïdores de serveis d'atenció primària proporcionen al Servei Català de la Salut.

Programa integral d'atenció a la gent gran en l'atenció primària de salut

Durant l'any 2003 s'ha posat en marxa el pla d'actuacions prioritàries de l'atenció primària de salut per al període

2003-2005, a partir del document *Millorem l'atenció sanitària a les persones grans*.

Atenció domiciliària

Les accions portades a terme durant l'any 2003 s'han dirigit a la consolidació del Programa d'atenció domiciliària en els EAP. En destaquen el seguiment i l'avaluació de la cobertura del programa, de la població inclosa i d'altres aspectes relacionats amb el programa, mitjançant els indicadors establerts en el contracte.

També s'han definit activitats de millora per a l'atenció domiciliària, així com per al suport al cuidador: possibilitat de consulta telefònica, protocols conjunts per a l'atenció a domicili dels problemes més prevalents, establiment de circuits de derivació i actuació conjunta, prevenció i detecció de les situacions de sobrecàrrega del cuidador, informació i educació sanitària.

Atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR)

Durant l'any 2003 s'ha continuat avançant en la millora de l'atenció a la salut sexual i reproductiva. S'han establert convenis i contractes amb diferents hospitals de la XHUP, ha augmentat el nombre de contractes amb



els EAP i s'han signat contractes amb serveis de planificació familiar d'ajuntaments i consells comarcals.

Atenció a les urgències

Dins l'horari habitual de funcionament dels serveis, són els mateixos professionals assistencials dels serveis d'atenció primària els qui es fan càrrec de l'atenció a les urgències, tant en el domicili del pacient com en el centre. En l'horari d'atenció continuada, és a dir, per a la demanda no programada que es presenta fora de l'horari habitual de funcionament dels serveis, es fan càrrec de les urgències els dispositius assistencials següents:

- EAP: equip d'atenció primària.
- SEU: servei especial d'urgències.
- SOU: servei ordinari d'urgències.
- CAC: centre d'atenció continuada.
- PAC: punt d'atenció continuada.
- Serveis coordinadors amb recursos assistencials propis.
- Serveis coordinadors sense recursos assistencials propis.



Activitat assistencial d'atenció primària,* 2003

	Visites	Visites per habitant i any
Lleida ¹	3.112.371	9,1
Tarragona	3.174.515	6,9
Terres de l'Ebre	1.360.092	8,4
Girona	3.754.930	6,4
Costa de Ponent ²	8.644.146	6,9
Barcelonès Nord i Maresme	5.790.470	8,0
Centre	7.804.371	5,7
Barcelona Ciutat ²	8.227.113	5,5
Total	41.868.008	6,6

* Inclou el nombre de visites realitzades per tots els professionals de l'EAP (espontànies, programades i a domicili).

¹ Inclou l'EAP Aran.

² A la Regió Sanitària Costa de Ponent hi ha hagut 325.116 visites a la xarxa no reformada amb 7,3 visites per habitant i any. A la Regió Sanitària Barcelona Ciutat aquestes mateixes dades han estat 585.799 i 4,2.

Sol·licituds d'anàlisis clíniques, radiologia i interconsulta generades per l'atenció primària, 2003

Sol·licituds per 100 visites mèdiques			
	Anàlisis clíniques	Radiologia	Interconsulta
Total	8,4	3,7	7,5

Recursos d'atenció primària d'urgències i/o d'atenció continuada, 2003

	EAP ¹	SEU	SOU	Altres ²
Lleida ³	29	—	1	—
Tarragona	20	—	2	5
Terres de l'Ebre	11	—	—	1
Girona	29	—	3 ⁴	5
Costa de Ponent	28	1	4	—
Barcelonès Nord i Maresme	13	1	1	2
Centre	38	3	11	—
Barcelona Ciutat	—	—	—	19
Total	168	5	22	32

¹ Nombre d'EAP que fan atenció continuada.

² Altres: inclou centres i punts d'atenció continuada, centres coordinadors i 061.

³ Inclou l'EAP Aran.

⁴ Fins al 30 de juny de 2003.

Atenció especialitzada

La flexibilitat dels equipaments –que combinen els recursos d'internament, de consulta ambulatoria especialitzada i d'hospital de dia i diferents tipus d'atenció– mostra com es complementen les diferents xarxes.

L'assistència sanitària especialitzada a Catalunya es presta a través dels recursos d'internament, les consultes ambulatories especialitzades, els hospitals de dia, les urgències i l'hospitalització a domicili, amb el suport d'altres recursos, com les unitats funcionals interdisciplinàries socio sanitàries (UFISS) i els programes d'atenció domiciliària-equipos de suport (PADES). La majoria d'aquests recursos s'organitzen funcionalment en xarxes com la d'hospitals d'aguts, la xarxa socio sanitària, la xarxa de salut mental i la xarxa d'atenció a les drogodependències (XAD), que formen part de la xarxa sanitària d'utilització pública.

L'estructura en xarxes, algunes més orientades a problemes de salut (salut mental) i d'altres més orientades als tipus de recursos (hospitals d'aguts, centres socio sanitàris), s'ha vist superada progressivament per l'aparició de nous serveis orientats a atendre de manera més efectiva i més eficient els requeriments assistencials específics dels malalts (UFISS, convalsència, hospitals de dia, etcètera). Les figures que combinen els recursos d'internament, de consulta ambulatoria especialitzada i d'hospital de dia, juntament amb el tipus d'atenció que s'hi porta a terme, mostren com es complementen les diferents xarxes que presten serveis assistencials específics.

Cap a una activitat més ambulatoria

D'acord amb les tendències actuals en els models hospitalaris, es planteja una concepció d'hospital força diferent de la clàssica, on la irrupció de noves tecnologies, les millores assolides en la gestió, els nous models organitzatius i l'aparició de noves alternatives a l'hospitalització convencional modificaran l'oferta amb altres serveis diferents del model tradicional conegut.

En aquest nou model d'hospital, el pes de l'atenció es va desplaçant cap a una activitat més ambulatoria, amb un hospital més obert i flexible, més adap-

table als canvis demogràfics i de morbi-mortalitat, a les tècniques mèdiques emergents, als canvis en els patrons de la pràctica clínica i als canvis de valors de la població. L'hospital del futur, doncs, haurà de dirigir la seva atenció i adequar les seves estructures físiques a les expectatives dels ciutadans i els professionals. En aquest sentit, és significatiu l'enfortiment de les relacions entre els diferents nivells de l'atenció sanitària i la creació de projectes que impliquen la participació de professionals dels diversos àmbits, amb l'objectiu de millorar la continuïtat assistencial dels pacients.





Recursos d'internament

Recursos d'internament, 2003

	Hospitals d'aguts ¹			Centres psiquiàtrics ²		Centres socio-sanitaris ³		Total ⁴	
	Centres	Llits	Llits de psiquiatria	Centres	Llits	Centres	Llits	Centres	Llits
Lleida ⁵	6	769	51	5	73	6	407	13	1.300
Tarragona	5	926	0	2	1.010	7	507	12	2.443
Terres de l'Ebre	3	303	0	0	0	2	288	4	591
Girona ⁶	9	1.094	3	1	300	12	686	17	2.083
Costa de Ponent	10	2.314	60	5	1.803	16	1.605	24	5.782
Barcelonès Nord i Maresme ⁷	6	1.492	30	2	444	9	804	14	2.770
Centre ⁸	11	2.787	159	0	0	18	1.333	31	4.279
Barcelona Ciutat	13	5.014	141	6	277	12	1.944	37	7.376
Total	63	14.699	444	21	3.907	82	7.574	152	26.624

¹ Hospitals d'aguts: hospitals públics que presten serveis d'hospitalització aguda.

² Centres psiquiàtrics: hospitals psiquiàtrics monogràfics i centres autoritzats per a internament psiquiàtric i socio-sanitari, de finançament públic.

³ Centres socio-sanitaris: centres d'internament socio-sanitari i altres centres d'internament (agut i/o psiquià-

tric) autoritzats també per a aquesta finalitat. La dotació de llits socio-sanitaris correspon a l'activitat contractada pel CatSalut. Aquests centres poden tenir altres llits de finançament privat.

⁴ Nombre total de centres: els centres autoritzats per fer més d'un tipus d'internament només s'han comptabilitzat una vegada; per tant, aquesta xifra no sempre coincideix amb la

suma de cada fila. Aquesta particularitat no afecta el nombre de llits.

⁵ Inclou 17 llits d'unitat de curta estada durant 4,5 mesos per suport al servei d'urgències de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i els llits de l'Espitau dera Val d'Aran.

⁶ L'ICO de Girona i l'Hospital Dr. Trueta es comptabilitzen com un sol centre.

⁷ L'ICO de Badalona i l'Hospital Ger-

mans Trias i Pujol es comptabilitzen com un sol centre.

⁸ Els serveis d'internament psiquiàtric de la Regió Sanitària Centre es presten en els serveis de psiquiatria dels hospitals d'aguts. L'Hospital Sant Joan de Déu de Manresa i el Centre Hospitalari de Manresa són ara un sol centre (Althaia).

Font: Àrea Sanitària.

Recursos i tipus d'atenció d'internament

Tipus d'atenció	Recursos		
	Hospital general d'aguts	Centre psiquiàtric d'internament	Centre socio-sanitari
General aguda			
Psiquiàtrica aguda			
Psiquiàtrica subaguda			
Psicogeriàtrica			
Convalescència			
Cures pal·liatives ¹			
Llarga estada ¹			
Desintoxicació de drogodependències			

¹ Inclou l'atenció a la sida en el cas dels centres socio-sanitaris.

Recursos en els quals es pot desenvolupar cadascuna de les diferents activitats d'atenció especialitzada.



Hospitals generals d'aguts

Malgrat la creixent importància de la promoció de la salut i la prevenció de malalties, el desplegament de la xarxa d'atenció primària, la creació de les xarxes sociosanitària i de salut mental, i el gran volum de la despesa farmacèutica, l'atenció hospitalària especialitzada continua constituint una peça clau del sistema sanitari amb gairebé la meitat dels recursos, tant pel que fa a la despesa pública com a l'àmbit privat.

La funció dels hospitals se centra en l'atenció als problemes de salut aguts que requereixen més especialització i concentració o intensitat de recursos. A més, tenen un paper fonamental en la formació de professionals i en la recerca.

Segons les seves característiques, els hospitals es classifiquen en tres tipus:

- Hospital general bàsic: és aquell que dona resposta completa als requeriments habituals de la població.
- Hospital de referència: és l'hospital destinat a resoldre pràcticament la totalitat dels problemes de salut susceptibles de curació i millora, llevat d'aquells que requereixen recursos tecnològics de cost molt elevat o una pràctica altament especialitzada.
- Hospital d'alta tecnologia: és aquell que assumeix les patologies de baixa prevalença no assumibles pels hospitals esmentats anteriorment i que disposa de les anomenades supraespecialitats i de noves tecnologies diagnosticoterapèutiques.

L'any 2003 hi ha hagut 63 centres hospitalaris que han prestat assistència pública oferint serveis d'hospitalització general aguda. D'aquests hospitals, 60 pertanyen a la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP), mentre que els tres restants són hospitals comple-



Distribució de les altes en hospitals generals d'aguts finançades pel CatSalut, 2003

	Altes ¹	Provinents de la mateixa regió sanitària (%)	% sobre el total d'altes	Estada mitjana (dies)
Lleida	33.113	86,5	5,0	6,2
Tarragona	46.004	89,5	6,9	5,4
Terres de l'Ebre	13.730	79,5	2,1	6,2
Girona	56.854	89,9	8,5	5,2
Costa de Ponent	120.457	82,0	18,0	5,7
Barcelonès Nord i Maresme	70.103	78,5	10,5	5,8
Centre	135.977	83,4	20,4	5,5
Barcelona Ciutat	191.517	91,1	28,6	6,0
Total	667.755		100,0	5,7

¹ Altes: totes les altes d'hospitalització convencional i intervencions de cirurgia major ambulatoria (CMA), de pacients residents a Catalunya i no residents, que s'han declarat al CMBDAH, finançades pel CatSalut. S'hi inclouen les altes psiquiàtriques i les de les unitats hospitalàries de desintoxicació (UHD). No s'hi inclou l'activitat d'hospital de dia ni la de cirurgia menor ambulatoria.

Distribució de les altes dels hospitals generals d'aguts finançades pel CatSalut¹, 2003

	%	Estada mitjana (dies)	Posició el 2002
Procediments sobre cristal·lí	7,2	0,2	1
Part vaginal	5,7	3,0	2
Malaltia pulmonar obstructiva crònica	3,0	8,1	3
Procediments sobre hèrnia	2,8	2,1	4
Bronquitis / asma	2,3	5,7	6
Esofagitis, gastroenteritis, miscel·lània digestiu	2,2	4,7	5
Insuficiència cardíaca, xoc	2,1	8,1	7
Procediments de reinserció d'articulació / membre major d'extremitats inferiors	2,0	11,6	8
Pneumònia simple / pleuritis	1,9	7,8	9
Procediments sobre úter i annexos, no per malignitat	1,6	3,4	10
Lligadura i esquinçament de venes	1,6	0,7	11
Cesària	1,5	6,0	14
Infecció de ronyó / vies urinàries	1,4	5,9	13
Trastorns cerebrovasculars, excepte isquèmia transitòria	1,4	10,2	12
Nadó a terme amb problemes	1,1	4,7	15
Colecistectomia	1,1	5,7	16
Procediments quirúrgics de genoll sense diagnòstic d'infecció	1,0	1,7	17
Trastorn circulatori amb infart agut de miocardi	1,0	9,6	18
Procediments anals i d'estoma	1,0	2,0	19
Alliberament del canal carpià	0,9	0,3	21
Implantació de marcapassos cardíac permanent sense IAM/insuficiència cardíaca/xoc	0,8	5,8	20
Procediments quirúrgics del peu	0,8	2,0	25
Hemorràgia gastrointestinal	0,8	6,1	22
Avortament amb dilatació, curetatge o histerotomia	0,8	1,1	23
<i>Angor pectoris</i>	0,7	6,7	26

¹ Corresponen als grups de diagnòstics relacionats més freqüents segons l'agrupació de la Health Care Financing Administration.



mentaris autoritzats que, malgrat que no pertanyen a la XHUP, proveeixen serveis al CatSalut.

Dels 63 hospitals, 14 tenen servei de psiquiatria, que complementa l'oferta assistencial d'internament per a malalts mentals, i 30 estan autoritzats per fer també internament sociosanitari.

En 11 hospitals hi ha unitats hospitalàries de desintoxicació de drogodependències (UHD), on es fa el tractament de la síndrome d'abstinència mitjançant un període breu d'estada en aquells casos en què la desintoxicació en règim ambulatori no és viable.

La dotació total de llits d'aquests centres és de 14.699 (41 llits menys que l'any 2002), la qual cosa representa una disminució percentual del 0,28 per cent, dels quals 444 corresponen a serveis de psiquiatria. Aquestes dades confirmen la tendència dels darrers anys, d'acord amb la política sanitària establerta, marcada per la disminució del pes de l'internament i, a la vegada, la consolidació i la potenciació de la cirurgia major ambulatoria i la cirurgia sense ingrés. Aquesta tendència és paral·lela a la de la gran majoria de països desenvolupats i es produeixen gràcies als avenços tant en coneixements com en noves tecnologies.

Del total de 860.564 notificacions dels hospitals d'aguts, 667.755 estan finançades pel CatSalut (excloent-ne

l'activitat de malalts assegurats per serveis de salut d'altres comunitats autònomes i la dels convenis internacionals, que han estat de 11.627 altes).

Del total de 860.564 notificacions dels hospitals d'aguts, 714.404 corresponen a hospitals de la XHUP. El 92,4 per cent dels episodis atesos als hospitals de la XHUP és finançat pel CatSalut. Les altes restants són finançades majoritàriament per entitats d'assegurança lliure i per asseguradores d'accident.

De les altes finançades pel CatSalut, 562.146 corresponen a hospitalització convencional (84,2 per cent) i 105.609 a intervencions de cirurgia major ambulatoria (15,8 per cent). L'activitat de cirurgia major ambulatoria ha experimentat un creixement del 6,6 per cent.

L'estada mitjana és de 5,7 dies (5,8 dies l'any 2002).

El 52,6 per cent de les altes correspon a dones i el 47,4 per cent a homes. Els grups d'edat més freqüents són els compresos entre 65 i 84 anys (36,6 per cent de les altes, de les quals el 20,5 per cent correspon a malalts d'entre 70 i 79 anys), els menors de 5 anys (6,8 per cent de les altes) i el grup de 55 a 59 anys (6,3 per cent de les altes).

La majoria dels pacients són atesos als hospitals de la seva regió sanitària (85,3 per cent dels malalts residents a Catalunya), sobretot a les regions Barcelona Ciutat (91,1 per cent), Girona (89,9 per cent) i Tarragona (89,5 per cent). Les regions amb menor proporció de malalts atesos a la mateixa regió són Barcelonès Nord i Maresme (78,5 per cent) i Terres de l'Ebre (79,5 per cent).

Hi ha un 0,1 per cent de pacients residents fora de Catalunya i un 0,6 per cent de pacients amb residència desconeguda. La taxa bruta d'hospitalització per 1.000 habitants corresponent a Catalunya és del 101,9.

Millores estructurals

A banda d'un ampli espectre d'actuacions de conservació i millora de la xarxa hospitalària promogudes tant des del CatSalut com des de les mateixes entitats proveïdores, s'han realitzat algunes actuacions especialment rellevants pel fet de constituir nous dispositius, substituir-ne de ja existents, o constituir àmplies reformes d'hospitals.

Pel que fa al projecte d'ampliació i remodelació dels hospitals de l'Institut Català de la Salut, cal destacar, entre altres: la remodelació de les consultes externes de l'Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona i l'acabament de les obres de remodelació de les urgències i diverses plantes de l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida, l'acabament de les obres de remo-

Construcció de nous centres

Dins dels projectes de construcció de nous centres hospitalaris, cal destacar, entre altres: la continuació de les obres de nous hospitals com ara l'Hospital de Sant Pau a Barcelona, l'Hospital d'Igualada, l'Hospital de Santa Caterina a Salt, l'Hospital del Baix Penedès al Vendrell i l'Hospital de Santa Coloma de Gramenet; i el seguiment, d'acord amb els calendaris previstos, dels projectes de nous hospitals, com ara els del Baix Llobregat i de Mollet.

delació d'urgències i del nou edifici d'Oncologia-Radioteràpia i Medicina Nuclear de l'Hospital Dr. Josep Trueta de Girona i l'acabament de les obres d'ampliació dels quiròfans i l'UCI de l'Hospital de Bellvitge.



Desintoxicació hospitalària

De totes les altes dels hospitals d'aguts, 1.284 corresponen a pacients d'unitats hospitalàries de desintoxicació (UHD).

La majoria de pacients que ingresen per desintoxicació hospitalària són homes (77,41 per cent) i el grup d'edat que acumula més altes per aquest motiu és el de 35 a 39 anys.

L'alcohol continua sent la droga que representa el motiu més freqüent d'internament hospitalari per desintoxicació, mentre que el segon lloc l'ocupa la cocaïna, que ha desplaçat l'heroïna.

Urgències hospitalàries

Gairebé tots els hospitals d'aguts de la XHUP tenen servei d'urgències generals. Les urgències psiquiàtriques que no es poden resoldre en l'atenció ambulatoria especialitzada i les que requereixen ingrés s'atenen als serveis d'urgències dels hospitals psiquiàtrics i als serveis d'urgències psiquiàtriques que tenen alguns hospitals d'aguts amb servei de psiquiatria.

El 2003 es van atendre 3.304.534 urgències.

A més de les urgències hospitalàries i les urgències que són competència de l'atenció primària, hi ha altres recursos d'atenció urgent especialitzada (SEMSA, SCUBSA 061, CCURES/061, Centre Coordinador Sanitari Tarragona/061).

Pla integral d'atenció a la cardiopatia isquèmica

Dins del Pla integral d'atenció a la cardiopatia isquèmica, cal destacar les següents actuacions: s'ha editat una guia sobre el tractament de la síndrome coronària aguda en l'atenció primària, s'ha redactat un document de circuit ràpid de dolor toràcic per als hospitals de la XHUP, s'ha redactat l'esborrany del document de rehabilitació cardíaca, s'han iniciat els cursos



sobre suport vital bàsic i desfibril·ladors automàtics en atenció primària i transport sanitari, i s'ha iniciat la incorporació de desfibril·ladors semiautomàtics als centres d'atenció primària en vehicles de transport sanitari urgent.



Atenció socio sanitària

Els centres socio sanitàris poden ser centres d'internament que proveeixen serveis essencialment socio sanitàris o unitats socio sanitàries ubicades en hospitals d'aguts o hospitals psiquiàtrics monogràfics.

Els recursos socio sanitàris d'internament s'han incrementat durant el 2003 respecte a l'any 2002, tot i que a la Regió Sanitària Barcelona s'han tancat dos centres socio sanitàris i s'han derivat els malalts a un altre centre amb disponibilitat de llits, i que a la Regió Sanitària Costa de Ponent dos centres amb serveis socio sanitàris s'han fusionat. L'augment en la dotació de recursos, comptabilitzats en 389 a la fi de l'any 2003, significa que la dotació socio sanitària pública de recursos d'internament per a tot Catalunya ha estat de 7.574 llits.

Els centres socio sanitàris estan formats per una o més de les unitats següents:

- Unitat de llarga estada. És la unitat d'hospitalització que té com a funció el tractament rehabilitador, de cures de manteniment i de profilaxi de complicacions, com també de suport per a persones grans amb malalties cròniques de llarga evolució que han generat incapacitats funcionals de major o menor grau, a fi d'aconseguir la màxima autonomia que permeti la situació del malalt. Dins d'aquestes unitats s'inclou l'atenció de llarga durada a persones amb demència avançada o amb algun altre trastorn cognitiu de tipus crònic. Quan el nombre de persones hospitalitzades amb aquestes patologies és prou nombrós, cal ubicar aquests pacients en unitats diferenciades de llarga estada per a persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències.

El nombre de llits de llarga estada s'ha incrementat en 232 respecte a l'any 2003, fins a arribar a un nombre total de llits disponibles a les unitats de llarga estada de 5.466.

- Unitat de mitjana estada-convalescència. És la unitat d'hospitalització que té com a objectiu restablir aquelles funcions o activitats que hagin estat afectades, parcialment o totalment, per diferents patologies. Es tracta de persones grans amb malalties de base que necessiten una recuperació funcional després de patir un procés quirúrgic, traumatològic o mèdic, prèviament tractat en una fase aguda. El nombre de llits de mitjana estada-convalescència s'ha incrementat en 141 respecte a l'any 2002, fins a arribar a un nombre total de llits disponibles a les unitats de mitjana estada-convalescència de 1.467. S'han de comptabilitzar com a llits de convalescència els que corresponen a les unitats funcionals de mitjana estada per a persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències. Aquestes unitats estan destinades a l'atenció d'internament de mitjana estada per a pacients amb trastorns cognitius, generalment amb demència, en determinats casos, com ara: situa-

cions de crisi de la malaltia per estabilitzar els símptomes, avaluació multidisciplinària per arribar a un diagnòstic o bé requeriments propis de la convalescència en pacients amb deteriorament cognitiu.

- Unitat de mitjana estada-cures pal·liatives. És la unitat d'hospitalització que té com a funció oferir tractament pal·liatiu i de confort a pacients amb càncer avançat o amb altres malalties inguaribles en fase terminal. El control de símptomes i el suport emocional al malalt i a la seva família són els objectius que ha de perseguir la unitat. El nombre de llits de mitjana estada-cures pal·liatives no s'ha incrementat respecte a l'any 2002, és a dir, que el nombre total de llits disponibles a les unitats de mitjana estada-cures pal·liatives és de 349.
- Unitat de mitjana estada polivalent. Durant el transcurs de l'any 2003, l'increment de llits d'aquestes unitats ha estat de 16, cosa que ha comportat poder disposar de 239 llits tipificats com de mitjana estada polivalent. Respecte a l'internament socio sanitari, el nombre de pacients atesos en llits de llarga estada durant el 2003

Pacients i altes d'internament socio sanitari, 2003

	Pacients atesos ¹	Pacients donats d'alta	Estada mitjana (dies) ²
Llarga estada ³	13.993	9.030	155,9
Convalescència	12.885	11.530	38,2
Cures pal·liatives	5.208	4.998	20,7
Mitjana estada polivalent	2.055	2.261	—

¹ Nombre de pacients atesos, tant si han estat donats d'alta com si encara estan ingressats.

² Estada mitjana de les altes.

³ Inclou pacients de llarga estada amb diagnòstic de sida.



ha estat de 13.993, i s'ha incrementat en un 9,07 per cent respecte a l'any 2002. Aquest increment d'activitat és determinat per l'augment de llits de llarga estada, així com per la disminució de l'estada mitjana en la majoria

de les regions sanitàries, que en el conjunt de Catalunya és de 155,9 dies. El paràmetre de circumstància a l'alta escollit ha estat la derivació a residència social en aquells casos en què el retorn al domicili no és possible. El percentatge global per a Catalunya és de l'11 per cent, similar al de l'any 2002.

El nombre de pacients atesos en llits de convalescència durant el 2003 ha estat de 12.885. L'estada mitjana ha estat de 38,2 dies i ha disminuït en 3,5 dies respecte a l'any 2002. El paràmetre de circumstància a l'alta escollit, en el cas de l'internament per convalescència, és el retorn al domicili, que dóna un percentatge del 62 per cent.

El nombre de pacients atesos en llits de cures pal·liatives durant el 2003 ha estat de 5.208, amb un increment del

2,4 per cent. L'estada mitjana dels pacients donats d'alta ha estat de 20,7 dies. La circumstància d'alta escollida ha estat l'alta per defunció, amb un percentatge del 70,4 per cent.

Finalment, pel que fa al recurs de mitjana estada polivalent, el nombre de pacients atesos en aquestes unitats, en l'exercici 2003, ha estat de 2.341. L'estada mitjana corresponent als pacients donats d'alta ha estat de 27 dies. Aquesta estada mitjana ens indica que és un recurs que s'utilitza indistintament tant per a convalescència com per a cures pal·liatives. El paràmetre escollit de circumstància a l'alta ha estat el de retorn al domicili, que representa el 55,1 per cent.

Pla de desplegament dels recursos socio-sanitaris 2000-2005

El Pla de desplegament dels recursos socio-sanitaris 2000-2005 defineix els quatre grans eixos de l'activitat dels serveis socio-sanitaris: l'atenció geriàtrica, l'atenció a les persones amb malaltia d'Alzheimer o altres demències, les cures pal·liatives i l'atenció a persones amb malalties neurodegeneratives i dany cerebral.

En relació amb l'atenció geriàtrica, l'any 2003 s'han consolidat les unitats d'avaluació integral ambulatoria en geriatria, cures pal·liatives i trastorns cognitius. Aquestes unitats donen resposta al creixent envelliment de la població i a la necessitat que hi hagi una major accessibilitat a la xarxa socio-sanitària, alhora que faciliten les consultes especialitzades. És un nou servei al ciutadà i de suport a l'atenció primària i altres nivells assistencials que impulsa un model de treball en què el diagnòstic clínic i de necessitats, com també les propostes d'intervenció terapèutica, es puguin fer en el temps més curt possible i amb desplaçaments mínims.

Atenció en salut mental

L'hospital psiquiàtric és el centre hospitalari de tipus monogràfic que, juntament amb els serveis de psiquiatria dels hospitals generals i dels centres sociosanitaris autoritzats també per a l'internament psiquiàtric, presta atenció als malalts mentals. A més dels recursos necessaris per a l'atenció a pacients en fase aguda, els hospitals psiquiàtrics disposen d'unitats diferenciades per a l'atenció de pacients subaguts (unitats de subaguts) i per a l'atenció a pacients crònics o residencials (unitats de mitjana i llarga estada).

Els recursos d'internament tenen en compte els set hospitals psiquiàtrics monogràfics que actualment hi ha a Catalunya, els 13 centres (comunitats terapèutiques i clíniques d'internament psiquiàtric) que tenen autorització per fer internament psiquiàtric i sociosanitari i la nova Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària de Catalunya, la qual cosa fa un total de 21 centres d'internament psiquiàtric. Aquests centres tenen una dotació de 3.927 llits que, sumats als 444 dels hospitals generals d'aguts amb servei de psiquiatria, constitueixen una oferta global d'internament psiquiàtric de 4.371 llits. El nombre de llits en els hospitals psiquiàtrics de Catalunya, durant l'any 2003, ha experimentat un lleuger increment com a conseqüència de les actuacions pactades en els acords de reordenació dels hospitals psiquiàtrics. En aquest sentit cal destacar, doncs, la posada en funcionament de la nova Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària de Catalunya, esmentada abans, situada al Centre Penitenciari de Brians. En el cas dels llits de mitjana i llarga estada s'ha produït un increment com a conseqüència de la millora de l'oferta assistencial d'aquest tipus

de recurs, que s'evidencia en la posada en funcionament dels llits de les unitats d'atenció psiquiàtrica especialitzada (UAPE) per a persones amb greu discapacitat i alt risc.

Les altes generades en les unitats d'aguts dels hospitals psiquiàtrics tenen una estada mitjana de 18,9 dies, i les generades a les unitats de subaguts de 64,4 dies.

L'estada mitjana dels hospitals generals que tenen servei de psiquiatria és de 13,7 dies.

L'any 2003 l'increment de pressupost respecte a l'any 2002 ha estat d'un

Distribució de les altes psiquiàtriques dels hospitals generals, 2003

	Amb servei de psiquiatria	Sense servei de psiquiatria
Lleida ¹	795	70
Tarragona	—	189
Terres de l'Ebre ¹	—	47
Girona	177	187
Costa de Ponent	1.029	177
Barcelonès Nord i Maresme	248	135
Centre	3.260	302
Barcelona Ciutat	2.860	726
Total	8.369	1.833

¹ Regions sanitàries amb hospital general sense servei de psiquiatria.





Distribució de les altes dels hospitals psiquiàtrics, 2003

	Aguts	Subaguts
Lleida ¹	—	—
Tarragona	1.003	124
Terres de l'Ebre ¹	—	—
Girona	781	682
Costa de Ponent	3.526	594
Barcelonès Nord i Maresme	1.401	338
Centre	—	96
Barcelona Ciutat	2.101	241
Total	8.812	2.075

¹ Regions sanitàries sense hospitals psiquiàtrics.

18,15 per cent, el més elevat que s'ha produït des de l'any 1992, en què es van realitzar els traspassos de les Diputacions de Lleida, Tarragona i Girona. En línies generals, aquest increment s'ha destinat, fonamentalment, a millorar les tarifes de diferents línies assistencials de la xarxa de salut mental (atenció primària especialitzada, hospitalització psiquiàtrica, hospitalització parcial i rehabilitació comunitària), que han experimentat un creixement aproximat del 10 per cent amb relació a les de l'any 2002. La resta de l'increment pressupostari és degut a la posada en funcionament d'una obra emblemàtica dels acords de reordenació dels serveis d'atenció psiquiàtrica i

salut mental, signada el setembre de l'any 1999, la Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària de Catalunya. Aquesta unitat està ubicada dins del recinte del Centre Penitenciari de Brians, a Sant Esteve Sesrovires, és de referència per a tot Catalunya i disposa de 67 llits (10 d'aguts, 15 de subaguts i 42 de mitjana i llarga estada).

Les malalties més prevalents

Les tres malalties mentals amb més impacte en l'hospitalització a Catalunya són els trastorns esquizofrènics, les psicosis afectives i els trastorns de la personalitat. Però es pot observar un comportament diferenciat segons la tipologia del recurs assistencial. Així doncs, en els hospitals psiquiàtrics el trastorn esquizofrènic representa un 28,9 per cent de les altes i és el primer diagnòstic, mentre que als hospitals generals representa un 10,6 per cent i és el tercer diagnòstic. El primer diagnòstic dels hospitals generals és la síndrome de dependència de l'alcohol, amb un 12,6 per cent.

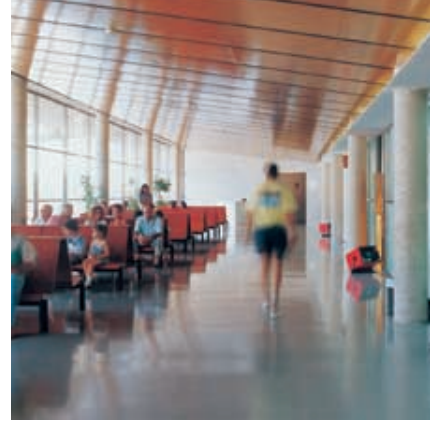
Distribució de les altes dels hospitals psiquiàtrics i de les altes psiquiàtriques dels hospitals generals d'aguts de la XHUP que corresponen a les cinc categories diagnòstiques més freqüents (segons la CIM-9-MC), 2003

Diagnòstic (codi CIM-9-MC)	Altes d'hospitals psiquiàtrics		Altes psiquiàtriques d'hospitals generals		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Trastorns esquizofrènics (295)	3.172	28,9	965	10,6	4.137	20,6
Psicosis afectives (296)	1.966	17,9	1.105	12,1	3.071	15,3
Trastorns de la personalitat (301)	1.163	10,6	386	4,2	1.549	7,7
Trastorns neuròtics (300)	612	5,6	817	9,0	1.429	7,1
Síndrome de dependència de l'alcohol (303)	557	5,1	1.150	12,6	1.707	8,5

CIM-9-MC: Classificació Internacional de Malalties, 9a revisió, Modificació Clínica.

La distribució de diagnòstics a la xarxa d'hospitalització psiquiàtrica s'ha calculat sobre un total de 10.887 altes; la resta d'altes d'aquests hospitals no tenen diagnòstic principal informat o bé és erroni. La distribució de diagnòstics en hospitals generals s'ha calculat sobre un total de 9.102 altes, en les quals no hi ha cap diagnòstic erroni.

L'atenció de consulta ambulatoria especialitzada es presta als centres d'atenció primària que tenen consultes de suport d'especialitats, a les consultes externes dels hospitals, als centres de salut mental d'adults i infants i juvenils (CSMA i CSMIJ), als centres d'atenció i seguiment de les drogodependències (CAS) i en altres tipus de consultes ambulatories (de malalties de transmissió sexual, de vacunacions i consells a viatgers internacionals, etcètera).



Atenció ambulatoria especialitzada

Centres d'atenció primària amb suport especialitzat i consultes externes hospitalàries

El model d'atenció especialitzada del CatSalut avança cap a una consulta ambulatoria especialitzada que es presta en centres d'atenció primària com a element de suport als EAP i de descentralització de les consultes externes dels hospitals. La progressiva implantació del model de reordenació de l'atenció especialitzada, amb la incorporació de diverses especialitats als hospitals de referència, condiciona l'heterogeneïtat dels recursos existents, que són els següents:

- Centres d'atenció primària que tenen exclusivament consultes d'especialitats (CAP II) i que estan pendents o en procés de reordenació. Amb la implantació de la reordenació, l'activitat d'aquest tipus de recurs s'anirà desplaçant cap a les consultes externes dels hospitals, ja sigui en el mateix centre hospitalari o, si escau, en centres descentralitzats en el territori.
- Centres d'atenció primària amb suport d'especialistes de l'hospital de

referència (CAP I). Aquest recurs significa una consulta ambulatoria d'especialitats descentralitzada.

- Consultes externes hospitalàries. Els 64 hospitals que presten serveis assistencials d'aguts tenen consulta externa de totes o alguna de les especialitats següents: medicina interna, cirurgia general i aparell digestiu, traumatologia i cirurgia ortopèdica, obstetrícia i ginecologia, pediatria i cirurgia pediàtrica, psiquiatria i altres serveis (anestèsia, radioteràpia, drogodependències, etcètera).

El 2003 es va arribar als 12 milions de visites ambulatories especialitzades, un 77,1 per cent de les quals corresponen als hospitals d'aguts.

Centres de salut mental

La consulta ambulatoria psiquiàtrica i de salut mental es presta a través de dos dispositius assistencials diferenciats: els centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) atenen pacients fins als 18 anys, i els centres de salut mental d'adults (CSMA) donen serveis d'aten-

ció especialitzada i de suport a l'atenció primària als pacients majors de 18 anys. Ambdós recursos poden estar en un mateix centre o bé en centres diferents, però els equips assistencials que els componen han de ser totalment diferenciats. Els equips que presten aquesta atenció són multidisciplinaris i estan compostos per especialistes en psiquiatria, psicologia, treball social i infermeria, entre d'altres. L'atenció ambulatoria psiquiàtrica també es presta a les consultes dels CAP II. En els casos de regions sanitàries amb molta dispersió geogràfica, alguns d'aquests equips han desplegat consultes perifèriques.

Amb relació a l'any 2002 s'ha mantingut el nombre de CSMA i CSMIJ.

Equips d'avaluació integral ambulatoria en geriatría, trastorns cognitius i cures pal·liatives (EAIA)

Aquests equips han de donar resposta al creixent envelliment de la població i a la necessitat que hi hagi més accessibilitat a la xarxa sociosanitària facilitant les consultes especialitzades. El nombre d'unitats d'avaluació integral ambulatoria és de 34: 9 de geriatría, 7 de cures pal·liatives, 13 de trastorns cognitius més 8 de contractades com a UFISS de demències i 5 de polivalents (unitats que per les dimensions de la població que han d'atendre no poden ser específiques).

Recursos de consulta ambulatoria especialitzada i tipus d'atenció

Tipus d'atenció	Recursos		
	Centres amb consulta ambulatoria amb suport especialitzat ¹	CSMA/CSMIJ	CAS
General			
Psiquiàtrica			
Tractament de drogodependències			

¹ CAP II: consultes externes als hospitals i consultes externes descentralitzades.
 Recursos en els quals es poden oferir totes les activitats d'atenció especialitzada.

CSMIJ: centre de salut mental infantil i juvenil.
 CSMA: centre de salut mental d'adults.
 CAS: centre d'atenció i seguiment de drogodependències.

Centres d'atenció i seguiment de les drogodependències

La xarxa d'atenció a les drogodependències (XAD) disposa de 60 centres d'atenció i seguiment (CAS) que ofereixen tractament ambulatori especialitzat als drogodependents. Aquests centres poden oferir diferents modalitats de tractament: tractaments lliures de drogues, programes de manteniment amb metadona, programes de manteniment amb antagonistes, etcètera.

També hi ha recursos per a l'atenció de problemes relacionats amb les drogodependències en CAP II, consultes externes hospitalàries i centres de salut mental.

Hi ha 62 punts de dispensació de metadona en CAS, CAP II i unitats específiques d'hospitals d'aguts i 11 en centres penitenciaris.

Com en el cas de la desintoxicació hospitalària, l'alcohol es manté com a principal causa d'inici de tractament ambulatori per a la dependència de les drogues i, com a segona causa, el consum de cocaïna ha desplaçat el d'heroïna.

El 2003, 13.703 persones van iniciar un tractament de desintoxicació en un CAS.

Centres de prevenció i control de malalties de transmissió sexual

Tot i que el tractament de les malalties de transmissió sexual (MTS) es presta a les consultes dels CAP II, a les consultes externes dels hospitals i a través del

Programa d'atenció a la dona (CAP I), hi ha tres centres dependents del Departament de Sanitat i Seguretat Social específicament dedicats a l'atenció de pacients amb aquestes malalties.

Centres de vacunacions i consells a viatgers internacionals

La tradició viatgera dels catalans ha fet que l'activitat d'aquests centres hagi estat incrementada any rere any i que durant els mesos d'estiu i els períodes previs a les vacances alguns centres hagin estat col·lapsats per la gran demanda d'atenció de consells i vacunes, per part dels usuaris abans del viatge.

Visites de consulta ambulatoria especialitzada, 2003

Consultes externes als hospitals ¹	9.227.647
Altres ²	2.736.389
Total	11.964.036

¹ Finançades contractualment als hospitals.

² Inclou l'activitat de l'Espitau dera Val d'Aran.

Categories diagnòstiques¹ més freqüents a les consultes ambulatories psiquiàtriques, 2003

Infantils	%
Reacció d'adaptació	18,1
Trastorns neuròtics	13,1
Trastorns emocionals	10,3
Síntomes i síndromes especials, no classificats en cap altre lloc	8,1
Síndrome hiperkinètica	6,8
Adults	%
Trastorns neuròtics	27,3
Reacció d'adaptació	18,2
Psicosis afectives	14,3
Trastorns esquizofrènics	9,0
Trastorns de la personalitat	4,7

¹ Dades segons la CIM-9-MC.

Pacients que han iniciat tractament de desintoxicació en un centre d'atenció i seguiment de drogodependències, 2003

Heroïna	2.403
Cocaïna	2.988
Cannabis	493
Tabac	930
Alcohol	5.705
Altres ¹	1.184
Total	13.703

¹ Altres opiàcids diferents de l'heroïna, estimulants diferents de la cocaïna, hipnòtics i sedants, al·lucinògens, inhalables i altres substàncies psicoactives.

Consulta ambulatoria especialitzada. Distribució de centres per tipus de servei, 2003

Centres amb consulta ambulatoria especialitzada			Centres amb consulta ambulatoria especialitzada psiquiàtrica			Centres d'atenció i seguiment de drogodependències
No hospitalaris ¹	Hospitalaris	Total	CSMIJ	CSMA	Total	Consultes perifèriques
62	63	125	41	68	109	33
						Consultes
						60

CSMIJ: centre de salut mental infantil i juvenil.

CSMA: centre de salut mental d'adults.

CAP II: centre d'atenció primària amb consultes especialitzades pendents o en procés de reordenació.

¹ Inclou els CAP II i les consultes ambulatories especialitzades descentralitzades.

Visites de consulta ambulatoria psiquiàtrica als centres de salut mental, 2003

	Primeres visites	Visites successives	Visites per a tractament ¹	Visites d'infermeria i treball social	Altres visites ²	Total visites
Adults	45.895	328.947	132.603	120.416	60.689	688.550
Infantils	13.990	72.954	97.088	11.011	12.207	207.250
Total	59.885	401.901	229.691	131.427	72.896	895.800

¹ Visites per a tractament: visites per a tractament individual, grupal i familiar.

² Altres visites: visites per a proves (psicomètries, tests...), visites domiciliàries i visites urgents.

Font: CMBDSM.



Altres recursos d'atenció especialitzada

Hospitals de dia

Es considera hospitalització de dia l'atenció mèdica o d'infermeria programada per a pacients que requereixen, en un mateix dia, l'aplicació de determinats tractaments o la realització de determinades tècniques diagnòstiques, o que necessiten altres serveis de suport que, en un altre cas, requeririen una hospitalització convencional. L'atenció d'hospital de dia es presta en hospitals d'aguts de la XHUP, hospitals psiquiàtrics i centres socio-sanitaris.

Els hospitals de dia en hospitals d'aguts presten atenció mèdica o d'infermeria en un mateix dia per a l'aplicació de determinats procediments diagnòstics o terapèutics reiterats.

L'any 2003, dels 63 centres hospitalaris que han prestat assistència pública, 59 ofereixen serveis d'hospitalització de dia. La majoria d'aquests es dediquen al tractament de pacients oncològics i de pacients amb trastorns immunològics, tot i que també estan ampliant l'activitat al tractament de la malaltia pulmonar obstructiva crònica i a altres malalties.

Als hospitals de dia i equipaments assimilats per a la rehabilitació del malalt mental sense internament es fan intervencions terapèutiques de caràcter multidimensional, que combinen els tractaments psicofarmacològics, psicoterapèutics i de rehabilitació, en el marc d'una intervenció relacional i institucional en règim d'hospitalització exclusivament diürna, que tenen com a objectiu aconseguir la reinserció familiar, social i laboral de les persones amb un trastorn mental, en la mesura de les possibilitats evolutives de cada situació. Durant l'any 2003 s'ha mantingut el nombre de places d'aquests hospitals de dia psiquiàtrics: 696 places en 35 centres.

Els hospitals de dia socio-sanitaris són dispositius assistencials en règim diürn per a l'atenció de pacients amb requeriments socio-sanitaris que no necessiten ingrés convencional. L'hospital de dia socio-sanitari és un servei d'assistència interdisciplinària, de predomini sanitari, on el pacient amb malalties i incapacitats físiques o psíquiques acudeix durant el dia per rebre tractament integral i tornar després al seu domicili. El

tractament comprèn des de les cures d'infermeria i administració de medicació i la reeducació motriu pròpia de la fisioteràpia, fins a les diverses modalitats de treball intel·lectual i corporal: teràpia ocupacional, psicoestimulació, orientació a la realitat i teràpia recreativa. Les places d'hospital de dia socio-sanitari s'han incrementat en 105 respecte de l'any 2002, fins a arribar a un total de 1.461 places.

Atenció a les urgències i les emergències sanitàries

Les urgències que no són competència de l'atenció primària s'atenen en diferents tipus de dispositius d'urgències de la xarxa d'atenció especialitzada:

- Urgències hospitalàries.
- Servei Coordinador d'Urgències de Barcelona (SCUBSA 061).
- Sistema d'Emergències Mèdiques, SA (SEMSA).
- Centre Coordinador d'Urgències i d'Emergències/061.
- Centre Coordinador Sanitari Tarragona/061.

Trasplantaments

El desplegament del Pla estratègic 2001-2003 té l'objectiu d'aconseguir que el nombre de trasplantaments augmenti davant d'una demanda creixent, sense oblidar els aspectes de qualitat del procés. En aquest sentit s'han portat a terme diverses actuacions de sensibilització social.

L'alt nivell d'activitat assolit a Catalunya demostra, un cop més, l'eficàcia del model organitzatiu català, exportat ja a altres països, així com l'esforç dels

Recursos d'hospital de dia i tipus d'atenció

Tipus d'atenció	Recursos		
	Hospital general d'aguts	Centre psiquiàtric	Centre socio-sanitari
Oncològica, immuno-hematològica, altres			
Psiquiàtrica			
Socio-sanitària			

Recursos en els quals es poden oferir totes les activitats d'atenció especialitzada.

Trasplantaments, 2003

Renal	425
Hepàtic	230
Cardíac	47
Pulmonar	23
Pancreàtic	24
De progenitors hematopoètics	370
De teixit osteotendinós	3.211
De teixit vascular	48
De membrana amniòtica	156
De pell	59.549*
De còrnia	926

* En cm²

professionals que, als hospitals, es dediquen a la coordinació de l'obtenció i el trasplantament d'òrgans, sense oblidar, naturalment, la conscienciació i la solidaritat que mostra la població catalana envers la donació.

El trasplantament depèn de la donació i, per tant, l'augment del nombre

Augment dels donants vius de ronyó

Els 425 trasplantaments de ronyó fets durant l'any 2003 a Catalunya representen una taxa de 63,4, una xifra que se situa entre les més altes del món. Un fet destacable l'any 2003 ha estat l'augment dels trasplantaments realitzats procedents de donant viu: un total de 45 trasplantaments d'aquest tipus, davant dels 19 realitzats l'any 2002. Així, el 10,5 per cent dels trasplantaments renals que s'han dut a terme l'any 2003 han estat de donant viu.

de trasplantaments passa, inevitablement, per aconseguir augmentar la donació. I aquest és l'objectiu principal del Pla estratègic, ja que l'escassetat d'òrgans és el factor que, essencialment, limita l'activitat dels programes de trasplantament.

Amb l'actual xarxa organitzativa de centres generadors i trasplantadors, i els resultats obtinguts amb aquesta terapèutica, s'ha aconseguit consolidar, un any més, l'activitat de donació i

Centres autoritzats per fer trasplantaments, 2003¹

Ronyó	7
Fetge	3
Cor	4
Pulmó	1
Pàncrees	2
Cèl·lules progenitores de l'hematopoesi	9
Teixit osteotendinós	53
Teixit vascular (vàlvules cardíaques i segments vasculars)	7
Pell	2
Còrnia	37

¹ Inclou els centres que fan trasplantaments en adults i en nens.

trasplantament d'òrgans. Pel que fa al trasplantament de teixits, continua incrementant-se tant el nombre de trasplantaments realitzats com el de centres que incorporen aquesta activitat a la seva pràctica clínica.

Altres recursos d'atenció especialitzada per tipus de servei, 2003

	Centres de dia de salut mental		Rehabilitació						Total	CMA	Diàlisi ²
	UFISS	PADES i ETODA	Adults Centres	Adults Places	Infantils Centres	Infantils Places	Hospitalària	Extrahospitalària ¹			
Lleida	2	4	3	59	1	18	6	3	9	4	3
Tarragona	6	5	3	85	0	0	5	8	13	5	3
Terres de l'Ebre	1	3	1	25	0	0	1	4	5	4	1
Girona	4	7	7	170	0	0	5	7	12	8	4
Costa de Ponent	12	11	11	275	1	68	6	13	19	8	6
Barcelonès Nord i Maresme	8	7	5	140	0	0	5	5	10	6	3
Centre	10	13	10	265	1	23	10	10	20	10	8
Barcelona Ciutat	10	18	18	632	3	123	6	7	13	13	17
Total	53	68	58	1.651	6	232	44	57	101	58	45

¹ Inclou serveis de rehabilitació dels CAP II de l'Institut Català de la Salut i centres de rehabilitació contractats pel CatSalut.

² Inclou centres de diàlisi, unitats d'atenció nefrològica i serveis de nefrologia.

UFISS: unitats funcionals interdisciplinàries socio sanitàries.

PADES: programes d'atenció domiciliària-equipos de suport.

ETODA: equips de teràpia en observació directa ambulatòria.

CMA: cirurgia major ambulatòria.

Unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries que actuen en l'àmbit hospitalari (UFISS)

Són unitats de valoració de pacients ingressats en hospitals d'aguts o en hospitals psiquiàtrics i de pacients adreçats des de l'atenció primària. N'hi ha 53 de diferent tipologia: geriatria, cures pal·liatives, malalties respiratòries i mixtos (geriatria i cures pal·liatives).

Programes d'atenció domiciliària-equipos de suport (PADES)

Els programes d'atenció domiciliària-equipos de suport (PADES) tenen com a objectiu influir en la qualitat assistencial, oferir atenció continuada en el si de la comunitat, ser un element de suport per als professionals de l'atenció primària i de les unitats bàsiques d'assistència social, i servir de connexió entre els diferents recursos assistencials. Estan constituïts com a mínim per un metge, dues o tres infermeres i un treballador social. Hi ha un total de 63 PADES.

Equips de teràpia en observació directa ambulatoria (ETODA)

La funció d'aquests equips (es mantenen els cinc existents) és garantir el correcte acompliment del tractament de la tuberculosi per part del malalt amb problemàtica social mitjançant l'observació directa: el malalt ha de prendre la medicació davant d'un terapeuta. El 2003 hi havia tres equips.

Centres de dia de salut mental

Són uns espais relacionals i terapèutics, de tipus comunitari, que permeten que l'usuari continuï integrat en el seu medi sociofamiliar. Estan dirigits a la rehabilitació psicosocial d'aquelles persones que pateixen un trastorn mental greu, amb un cert grau

Altres recursos d'atenció especialitzada, 2003

UFISS	53
PADES i ETODA	68
Centres de dia de salut mental adults i infantils	
Centres	64
Places	1.883
Rehabilitació	
Hospitalària	44
Extrahospitalària ¹	57
Total	101
CMA	58
Diàlisi ²	45

¹ Inclou serveis de rehabilitació dels CAP II de l'Institut Català de la Salut i centres de rehabilitació contractats pel CatSalut.

² Inclou centres de diàlisi, unitats d'atenció nefrològica i serveis de nefrologia.

d'autonomia i estabilitat, que no presenten situacions de descompensació aguda. El 2003 es va tancar un centre infantil, de manera que en van funcionar 64 amb un nombre similar de places (1.883).

Rehabilitació

Els serveis de rehabilitació poden estar integrats en hospitals (un 70 per cent dels hospitals ofereixen rehabilitació hospitalària) i en centres que presten atenció ambulatoria especialitzada (hi ha 57 centres que ofereixen rehabilitació extrahospitalària).

Tractament de la insuficiència renal crònica (diàlisi)

La xarxa d'atenció a la insuficiència renal a Catalunya s'estructura en tres nivells d'assistència: els serveis de nefrologia que, entre altres funcions, duen a terme la prevenció, el diagnòstic i la prescripció del tractament substitutiu renal més adequat a cada pacient; les unitats d'assistència nefrològica, que presten assistència de



Altres tipus d'activitat d'atenció especialitzada, 2003

Pacients atesos	
PADES	15.597
UFISS	28.510
Rehabilitació en centres de dia de salut mental d'adults	3.958

menor complexitat, i els centres de diàlisi, que presten tractament substitutiu dialític als malalts. Al final de l'any hi havia 6.944 malalts en tractament substitutiu renal (prevalença), dels quals 3.736 rebien tractament amb diàlisi i 3.208 tenien un trasplantament renal funcionant.

Cirurgia major ambulatoria

S'entén per cirurgia major ambulatoria (CMA) un procediment quirúrgic de mitjana o d'alta complexitat realitzat amb anestèsia que, sense requerir hospitalització convencional, necessita un període d'observació i de control poc intensiu i de curta durada a l'hospital i que, en alguns casos, pot requerir seguiment i control domiciliari. Els procediments més freqüents que es fan amb aquesta tècnica són l'extracció de cristal·lí, l'alliberament del canal carpià, els procediments quirúrgics de la mà i el canell, i la lligadura i l'extirpació de venes varicoses. La cirurgia cordal no es considera CMA.

El nombre de centres, dins dels hospitals que ofereixen assistència sanitària pública, on s'han realitzat procediments de cirurgia major ambulatoria ha estat, l'any 2003, de 58, continuant la línia de creixement i potenciació d'aquesta activitat que s'ha produït en els últims anys.



Prestacions farmacèutiques i complementàries

Les oficines de farmàcia són establiments sanitaris dirigits per professionals farmacèutics en els quals es porten a terme, a més de l'adquisició, l'elaboració, el control, la dispensació i la informació de medicaments, altres tasques d'atenció farmacèutica relacionades amb la salut pública, com ara la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia. A Catalunya l'horari ordinari és de 40 hores setmanals. A més, s'estableix la possibilitat d'obrir 365 dies l'any, 13 o 24 hores diàries.

Les farmàcies són unitats farmacèutiques ubicades en nuclis sense serveis d'atenció farmacèutica (nuclis rurals, turístics, residencials o industrials), que depenen d'una única oficina de farmàcia i on la dispensació de medicaments es realitza en presència d'un farmacèutic.

Els serveis de farmàcia hospitalària són els serveis generals clínics dels hospitals, responsables de l'atenció farmacèutica dels pacients ingressats i dels pacients ambulatoris atesos a l'hospital.

Els dipòsits de medicaments –unitats farmacèutiques vinculades a un servei de farmàcia hospitalària o una oficina de farmàcia responsable dels medicaments d'un centre sanitari– poden ser extrahospitalaris o hospitalaris.

La prestació farmacèutica

La prestació farmacèutica comprèn les especialitats farmacèutiques, els efectes i accessoris, les fórmules magistrals i

altres productes (vacunes hiposensibilitzants, per exemple) prescrits pels metges del Sistema Nacional de Salut en l'àmbit de l'atenció primària.

Els darrers exercicis s'han vist emmarcats per una forta restricció pel que fa a la disponibilitat de recursos i la necessitat de cercar solucions per controlar el creixement de la despesa farmacèutica i, a la vegada, assolir els objectius sanitaris fixats. En aquest sentit, l'acord signat el 1997, on s'estableix un descompte del 17 per cent a partir de l'1 de maig de 1998 en la factura mensual dels absorbents d'incontinència, s'ha continuat aplicant durant el 2003. La incidència econòmica d'aquest descompte en el concert signat entre el Servei Català de la Salut i el Consell Català de Col·legis Farmacèutics ha comportat una disminució global de 10,5 milions d'euros sobre el total de l'import líquid facturat el 2003.

Cal destacar també aquelles actuacions encaminades a la millora de la utilització de medicaments en l'atenció primària de salut, a fi de contribuir a l'objectiu de l'ús racional del medicament, i la política de desenvolupament de genèrics, amb un cost més baix i amb la mateixa eficàcia i els mateixos resultats terapèutics. Concretament, l'any 2003 la utilització de genèrics s'ha situat en un 11,25 per cent dels envasos i en un 8,26 per cent de la despesa de les especialitats farmacèutiques, la qual cosa representa un creixement respecte a l'any 2002 d'un 31,73 per cent i d'un 22,55 per cent, respectivament.

Cobertura pública del diagnòstic PET

A Catalunya, la tomografia per emissió de positrons (PET), una nova tecnologia de diagnòstic per imatge funcional, era considerada com una prestació excepcional, de manera que les exploracions PET s'autoritzen a través de la Comissió d'Assistència Sanitària per a Convenis Internacionals i Prestacions de Caràcter Excepcional. Atesa la necessitat d'oferir, a Catalunya, una cobertura pública d'aquesta prestació amb criteris d'eficàcia, efectivitat i equitat, el CatSalut va impulsar la definició d'una llista d'indicacions (càncer de pulmó no microcític, nòdul pulmonar solitari-NPS, càncer colorectal, melanoma, limfoma, càncer de cap i de coll recurrent i càncer de tiroide recurrent) de la PET en oncologia perquè fossin finançades per la sanitat pública. A partir de l'octubre de 2002, el CatSalut va establir contractes amb aquelles empreses que podien prestar aquests serveis sense necessitat d'autorització de la Comissió.

Amb relació al creixement de la despesa, cal tenir en compte que aquest està justificat, en part, per l'increment poblacional, per l'estructura d'edat de la població i per factors epidemiològics, com també per l'aparició de nous tractaments més cars i específics, una major detecció precoç de malalties dins de les activitats preventives i canvis com l'abordatge terapèutic de patologies més complexes, que han representat un increment tant sanitari com econòmic de la resposta per part del sistema sanitari. Això ha comportat un increment en el nombre de receptes d'un 7,18 per cent. Pel que fa al preu mitjà per recepta, tenint en compte l'entrada en vigor del Reial decret llei 5/2000, ha passat de 12,19 euros el 2002 a 12,77 euros el 2003, cosa que representa un increment del 4,72 per

Prestació farmacèutica. Receptes i import líquid¹ segons el tipus de receptor, 2003

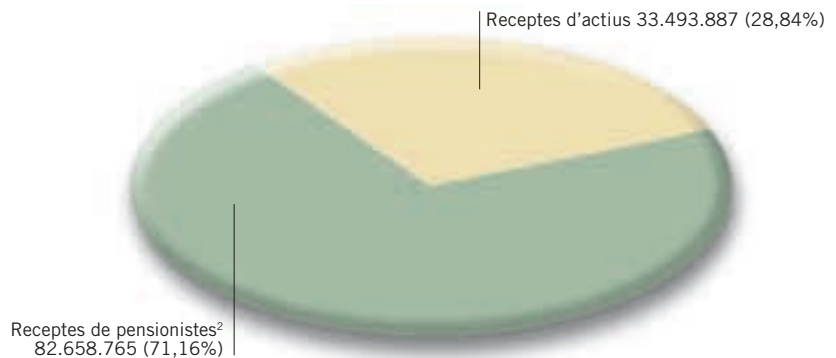
cent, mentre que en el període 2001-2002 es va incrementar un 2,61 per cent. Cal destacar, a més, la tendència a la disminució de l'aportació de l'usuari, que ha passat del 6,41 per cent el 2002 al 6,34 per cent el 2003.

En l'estudi del consum per grups terapèutics a Catalunya durant l'any 2003, tant en valor de preu de venda al públic (PVP) com en nombre d'envasos, s'ha observat que els grups terapèutics que generen major despesa són els de medicaments per al sistema nerviós central, l'aparell cardiovascular, l'aparell digestiu i el metabolisme. El conjunt d'aquests tres grups representa la meitat de l'import del PVP (51,90 per cent). Els segueixen en importància els medicaments de la sang i els òrgans hematopoètics i els de l'aparell respiratori, que en conjunt representen un 20,72 per cent del PVP. Tenint en compte els tres grups anteriors, el 72,62 per cent del PVP de la prestació farmacèutica a Catalunya es concentra solament en cinc grups terapèutics.

Prestacions ortoprotètiques

Aquesta prestació inclou les pròtesis ortopèdiques, els vehicles per a invàlids i les ortesis.

En l'àmbit ambulatori s'han prescrit 119.771 articles ortoprotètics inclosos en el catàleg vigent del Servei Català de la Salut (1,54 per cent d'increment respecte al 2002), per un import de 26,73 milions d'euros (5,48 per cent de decrement respecte a l'any anterior). Per capítols i nombre d'articles, les ortesis de columna vertebral han representat el 21,87 per cent de tots els articles prescrits i les ortesis de membre inferior el 17,93 per cent. És a dir, dos capítols han representat el 39,80 per cent del nombre d'articles prescrits el 2003. El tercer capítol en importància és el de cadires de rodes, que ha significat el 12,48 per cent de la demanda total.



Nombre total de receptes: **116.153.104** Import líquid: **1.541,1 milions d'euros**

No representats al gràfic: receptes d'accidents de treball: 452 (0,0004 per cent)

¹ Import líquid: preu de venda al públic menys el pagament de la prestació que fa l'usuari.

² Pensionistes: inclou altres col·lectius amb prestació farmacèutica gratuïta.

Distribució territorial d'establiments farmacèutics concertats amb el CatSalut, 2003

	Oficines de farmàcia	Farmacioles	Serveis de farmàcia hospitalària ¹	Dipòsits de medicaments
Lleida	179	25	4	4
Tarragona	225	18	7	4
Terres de l'Ebre	82	6	2	1
Girona	288	17	10	4
Costa de Ponent	409	8	15	6
Barcelonès Nord i Maresme	224	1	7	5
Centre	487	13	12	12
Barcelona Ciutat	1.030	1	18	13
Total	2.924	89	75	49

¹ Inclouen els d'hospitals generals d'aguts, els de centres socio-sanitaris i els d'hospitals psiquiàtrics contractats pel CatSalut.

Indicadors de la prestació farmacèutica, 2003 (preu de venda al públic)*

PVP per habitant (en euros)	252,89
% d'aportació dels usuaris sobre el PVP	6,34
% de població amb prestació farmacèutica gratuïta ¹	25,64
% de població de 65 anys o més ²	17,4
Receptes per habitant	17,85
Import líquid per habitant (en euros)	236,86
Import líquid per recepta (en euros)	13,27
% de receptes de pensionistes / total de receptes	71,17

Import líquid: preu de venda al públic menys el pagament de la prestació que fa l'usuari.

¹ Prestació farmacèutica gratuïta: pensionistes, vídues i discapacitats que treballen i col·lectius autoritzats. Indicadors del registre central d'assegurats el desembre de 2003 / revisió del padró de 2002.

² Dades de població segons la revisió del padró de 2002.

* Segons l'àmbit de la farmàcia dispensadora.



Empreses públiques i consorcis

Les empreses públiques i els consorcis participats pel CatSalut permeten la proximitat d'aquestes entitats al seu territori.

El CatSalut, per gestionar i administrar els serveis i les prestacions del sistema sanitari públic, pot emprar diverses formes de gestió –directa, indirecta o compartida– que li permeten avançar en la incorporació de mecanismes de gestió empresarial adequats al caràcter prestacional de l'Administració sanitària, com també posar en funcionament noves estructures organitzatives que garanteixin la qualitat dels serveis i introdueixin alhora més eficàcia i eficiència en el sistema sanitari. El model d'empreses públiques i consorcis participats pel CatSalut permet la proximitat d'aquestes entitats al seu

territori i una adaptació i reordenació dels serveis que presten a les necessitats reals de la seva població. Així mateix, són entitats amb un important nivell d'independència i, per tant, de responsabilitat de gestió, que estan obertes a la participació dels agents socials de cada lloc i que no requereixen una estructura jurídica idèntica, amb la qual cosa es mostren més flexibles.

D'acord amb la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya i la Llei de l'estatut de l'empresa pública catalana, s'han creat deu empreses públiques adscrites al CatSalut que estan demostrant que és possible introduir criteris d'actuació empresarial en la gestió de la sanitat pública mitjançant la remodelació progressiva del sector públic administratiu.

Les empreses públiques Gestió de Serveis Sanitaris de Lleida (GSS), Gestió i Prestació de Serveis de Salut de Tarragona (GPSS) i Institut d'Assistència Sanitària de Girona (IAS) es van crear com a conseqüència del traspàs dels serveis, els mitjans i els recursos de les diputacions de Lleida, Tarragona i Girona a l'Administració de la Generalitat en matèria sanitària.

L'empresa Sistema d'Emergències Mèdiques, SA (SEMSA) i l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM) tenen el seu origen en programes específics del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Altres empreses han estat creades per gestionar, administrar i executar uns determinats serveis i prestacions assis-

tencials. S'inclouen en aquest grup l'Institut de Diagnòstic per la Imatge (IDI), l'Institut Català d'Oncologia (ICO) i Serveis Sanitaris de Referència - Centre de Transfusió i Banc de Teixits (CTBT).

L'empresa Energètica d'Instal·lacions Sanitàries, SA (EISSA) ha estat creada en col·laboració amb el Departament d'Indústria i Energia amb l'objectiu de millorar l'eficiència en l'àmbit dels consums energètics en els centres sanitaris.

L'empresa Parc Sanitari Pere Virgili té com a objecte primordial la gestió de l'antic Hospital Militar de Barcelona, així com la prestació de serveis assistencials de forma directa o indirecta.

Empreses adscrites

- Institut de Diagnòstic per la Imatge (1991)
- Energètica d'Instal·lacions Sanitàries, SA (1991)
- Gestió de Serveis Sanitaris (1992)
- Gestió i Prestació de Serveis de Salut (1992)
- Institut d'Assistència Sanitària (1992)
- Sistema d'Emergències Mèdiques, SA (1992)
- Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (1994)
- Institut Català d'Oncologia (1995)
- Serveis Sanitaris de Referència - Centre de Transfusió i Banc de Teixits (1995)
- Parc Sanitari Pere Virgili (1999)

Consortis participats

- Consorci Sanitari de l'Anoia
- Consorci Sanitari de Barcelona
- Consorci Hospitalari de Vic
- Consorci Sanitari de la Selva
- Consorci Sanitari del Maresme
- Consorci del Laboratori Intercomarcal de l'Alt Penedès, l'Anoia i el Garraf
- Consorci Sanitari de Terrassa
- Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell
- Consorci Sanitari Integral
- Consorci Sanitari de l'Alt Penedès
- Corporació de Salut del Maresme i la Selva



Institut de Diagnòstic per la Imatge

L'objectiu primordial de l'Institut de Diagnòstic per la Imatge (IDI) és la gestió, l'administració i l'execució dels serveis de diagnòstic d'alta tecnologia mitjançant la utilització de diverses tècniques de diagnòstic per la imatge i medicina nuclear. Les seves funcions principals són: prestar assistència als ciutadans mitjançant la utilització de tècniques de diagnòstic per la imatge i medicina nuclear, desenvolupar programes de recerca, col·laborar amb la universitat i altres institucions competents en matèria de docència i investigació, i

col·laborar amb les administracions públiques amb competència sanitària en l'elaboració d'estudis relacionats amb la tecnologia per la imatge.

L'Institut de Diagnòstic per la Imatge, durant l'any 2003, ha experimentat un important creixement: s'hi han creat sis nous centres que inclouen set equipaments d'alta tecnologia diagnòstica i s'hi ha realitzat una inversió de reposició. Aquest creixement, juntament amb l'experimentat en els dos exercicis anteriors, ha representat una expansió del 100 per cent, és a dir,

l'empresa ha crescut tant en els tres últims anys com en els deu primers anys d'existència.

En conjunt, la inversió en obres, equipaments, instal·lacions, equips i utilitatge complementari ha estat de prop de 4,8 milions d'euros, realitzada exclusivament amb fons propis.

L'activitat global ha superat les 121.800 exploracions, cosa que representa un increment del 13,1 per cent respecte a l'exercici anterior. La plantilla, d'acord amb això, ha crescut en 46 persones (26 per cent de creixement).

Centre Vall d'Hebron

- Ressonància magnètica Hospital General
- Tomografia computada Hospital de Traumatologia i Rehabilitació
- Tomografia computada Hospital General
- Angioradiologia Hospital General

Centre Bellvitge

- Ressonància magnètica Hospital Duran i Reynals
- Tomografia computada Hospital Duran i Reynals
- Tomografia computada Hospital de Viladecans
- **Ressonància magnètica Bellvitge**
- **PET Bellvitge**

Centre Lleida

- Ressonància magnètica
 - Medicina nuclear
- Hospital Arnau de Vilanova*

Centre Tarragona

- Ressonància magnètica
 - Medicina nuclear
- Hospital Joan XXIII*

Centre Girona

- Ressonància magnètica
 - **Tomografia computada**
 - **Medicina nuclear**
- Hospital Doctor Josep Trueta*

Centre Badalona

- Ressonància magnètica
 - Tomografia computada
 - **Medicina nuclear**
- Hospital Germans Trias i Pujol*

Centre Tortosa

- Tomografia computada
 - **Ressonància magnètica**
- Hospital Verge de la Cinta*



Energètica d'Instal·lacions Sanitàries, SA

L'objecte social de l'empresa Energètica d'Instal·lacions Sanitàries, SA (EISSA) és l'establiment de programes, l'execució de projectes i la realització d'actuacions de tota mena adreçades a la millora de l'eficiència energètica en els centres sanitaris que configuren el CatSalut. EISSA és una empresa participada al 50 per cent pel CatSalut i per l'Institut Català d'Energia, amb naturalesa de societat mercantil amb personalitat jurídica pròpia, i la seva actuació s'ajusta al dret privat.

Actualment EISSA participa en deu projectes: nou de cogeneració i un de gestió tècnica centralitzada. Els projectes de cogeneració suposen una inversió de 12,02 milions d'euros i una potència d'11.700 quilowatts.

Entre les actuacions fetes l'any 2003 destaquen les següents:

- Ampliació del servei de climatització, tècnic i econòmic, en 10 nous centres d'atenció primària, i gestió de la climatització dels 8 CAP de la fase inicial, que van entrar en funcionament els anys 2000 i 2001.
- Realització de concurs públic i adjudicació per a la contractació del servei de subministrament de climatització per als centres d'atenció primària següents: Garrotxa (Olot), Pineda (Pineda de Mar), Sant Fèlix (Sabadell), Pont de Suert (el Pont de Suert), Cornellà (Cornellà), Montclar (Sant Boi de Llobregat), Falset (Falset), Baix Ebre (Tortosa), Manso (Barcelona) i Sant Vicenç (Sant Vicenç de Castellet).
- Realització de concurs públic i adjudicació per a la contractació del servei de producció de climatització per a l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida.

- Realització de concurs públic (pendent d'adjudicació) per a la contractació del servei de subministrament de climatització per als centres d'atenció primària següents: Ripollès (Ripoll), Tordera (Tordera), Masnou (el Masnou), Llinars del Vallès (Llinars del Vallès), Anoia (Igualada), Santa Coloma de Queralt (Santa Coloma de Queralt), Vilanova del Camí (Vilanova del Camí), Lluís Millet (Esplugues de Llobregat), Gavà 1 (Gavà), Pujol i Capçada (el Prat de Llobregat), Sant Vicenç dels Horts (Sant Vicenç dels Horts), Molins de Rei (Molins de Rei), Just Oliveres (l'Hospitalet de Llobregat), Tarragonès (Tarragona), Batea (Batea) i Gandesa (Gandesa).
- Realització de concurs públic (pendent d'adjudicació) per a la contractació del servei de producció de climatització per als hospitals següents:

Germans Trias i Pujol de Badalona, Doctor Josep Trueta de Girona, Joan XXIII de Tarragona i Vall d'Hebron de Barcelona.

- Realització de concurs públic (pendent d'adjudicació) per a la contractació de l'obra d'aigua calenta sanitària i el servei de manteniment de les instal·lacions solars per als hospitals següents: Arnau de Vilanova de Lleida, Germans Trias i Pujol de Badalona, Doctor Josep Trueta de Girona, Joan XXIII de Tarragona i Vall d'Hebron de Barcelona.
- Seguiment tècnic i econòmic dels projectes relacionats amb les societats participades.

Societats participades, 2003

Nom de la societat	Potència instal·lada (kW)
Agrupació Energètica Ciutat Sanitària Vall d'Hebron, AIE	4.140
Agrupació Energètica HJT Girona, AIE	1.164
Agrupació Energètica Hospital General de Granollers, AIE (en liquidació)	235
Agrupació Energètica Hospital Arnau de Vilanova, AIE	1.042
Agrupació Energètica Hospital Residència Sant Camil, AIE (en liquidació)	240
Agrupació Energètica Hospital Joan XXIII, AIE (en liquidació)	444
Gestió Energètica Hospital Verge de la Cinta, AIE	—
Agrupació Energètica CSU Bellvitge, AIE	1.908
Agrupació Energètica Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, AIE	1.803
Gestió i Producció Energètica Hospital General de Vic, SL	760
Total	11.736



Gestió de Serveis Sanitaris

Gestió de Serveis Sanitaris (GSS) és una empresa pública que va ser creada a l'octubre de 1992 i que disposa de recursos corresponents als quatre nivells d'atenció assistencial:

- Atenció especialitzada: Hospital de Santa Maria de Lleida, amb 146 llits d'aguts i prestació ambulatoria d'especialistes a Lleida, Tàrraga, Balaguer i Cervera.
- Atenció primària: Àrea Bàsica de Salut Lleida Rural Nord amb el Centre d'Atenció Primària Santa Maria i onze consultoris locals.
- Atenció en salut mental: unitat d'aguts, subaguts, set centres de salut mental d'adults, tres centres de dia de salut mental, una unitat de referència de psiquiatria infantil i juvenil (URPI), un hospital de dia infantil i juvenil, i un centre d'atenció i seguiment de drogodependències.
- Atenció socio sanitària: una unitat socio sanitària de convalescència i cures paliatives amb 30 llits, un hospital de dia, tres PADES i una UFISS de demències.

Atenció especialitzada

En l'atenció especialitzada hi ha hagut un augment de l'hospitalització, que ha passat de 5.305 altes l'any 2002 a 5.693 el 2003, un increment del 7,31 per cent amb una disminució de l'estada mitjana de 6,55 a 5,98 dies. Aquest increment ratifica el creixement continuat que es va produint en els darrers anys.

També s'ha experimentat un increment considerable de l'activitat de consultes externes realitzades a l'Hospital de Santa Maria, el CAP de Tàrraga i el CAP de Balaguer, que han arribat a 167.003 visites, la qual cosa representa un increment del 25 per cent respecte a l'any anterior.

Pel que fa a l'activitat quirúrgica, s'ha produït una millora del percentatge de substitució de processos per cirurgia major ambulatoria, ja que s'ha arribat al 37,5 per cent. A més, es registra un alt índex de satisfacció si s'analitzen els resultats de l'enquesta elaborada per aquesta unitat. D'altra banda s'ha consolidat la unitat d'hospitalització a domicili, la qual ha realitzat 223 ingressos, amb un increment del 57 per cent respecte a l'any anterior. Així mateix, hi ha hagut un augment de la cirurgia mínimament invasiva, amb l'ampliació de l'equipament, ja que actualment disposa de dues torres completes de cirurgia endoscòpica.

Com en anys anteriors, en el Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC), Gestió de Serveis Sanitaris ha incrementat el nombre d'ingressos procedents del servei d'urgències de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i, de forma directa, de les consultes d'aten-

ció especialitzada de Tàrraga i Balaguer, així com del mateix hospital, cosa que ha permès assumir l'increment de la demanda d'aquest període.

Atenció en salut mental i drogodependències

En aquest àmbit destaca l'obertura del nou centre de dia de salut mental de Tàrraga (adreçat a pacients de l'Urgell, la Segarra i el Pla d'Urgell, amb 10 places) i l'obertura de la consulta perifèrica de salut mental de Cervera, adreçada a pacients de la Segarra.

Atenció socio sanitària

Referent a l'activitat de la Unitat Socio sanitària, s'han generat 8.058 estades de 315 pacients convalescents i 2.069 estades de 112 pacients de cures paliatives.

D'altra banda, s'ha posat en funcionament a l'Hospital Comarcal del Pallars la Unitat Ambulatoria Geriàtrica, mitjançant un conveni en què l'empresa pública GSS aporta un especialista en geriatria una vegada la setmana.

Atenció primària

En l'àmbit de l'atenció primària cal assenyalar la consolidació de l'equip d'atenció primària de l'Àrea Bàsica de Salut Lleida Rural Nord, inaugurat a la fi de l'any 2002, amb un esforç en la formació dels professionals, en la dotació d'equipaments i en l'adaptació dels serveis a l'increment poblacional de la zona.



Gestió i Prestació de Serveis de Salut

L'empresa Gestió i Prestació de Serveis de Salut (GPSS) gestiona els 60 llits de l'Hospital Mare de Déu de la Salut de Tarragona, que és un centre hospitalari dedicat a l'internament de malalts socio-sanitaris. En l'actualitat disposa de la Unitat de Convalescència, amb 35 llits, la Unitat de Cures Pal·liatives, amb 8 llits, i 17 llits més de llarga estada. També té 24 places d'hospital de dia i 15 places més que es gestionen mitjançant el conveni de col·laboració amb la Fundació Esclerosi Múltiple.

Completa la seva oferta de serveis socio-sanitaris amb dos equips dels Programes d'atenció domiciliària-equips de suport (PADES) de la ciutat de Tarragona i el Tarragonès, amb una unitat funcional interdisciplinària socio-sanitària (UFISS) de cures pal·liatives i una de geriatria, que presten serveis a l'Hospital Universitari Joan XXIII.

S'ha posat en marxa el reforç de l'equip PADES durant els mesos de gener, febrer, març i desembre, com també el programa d'altres socio-sanitàries, juntament amb l'Hospital Universitari Joan XXIII, emmarcat en les actuacions del Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC).

Dins l'acord marc de col·laboració entre l'empresa i l'ICS, continuen les col·laboracions en hospitalització a domicili amb l'Hospital Universitari Joan XXIII.

El 2003 s'han signat convenis per al desenvolupament de programes de cooperació educativa amb la Facultat de Psicologia i Ciències Jurídiques de la Universitat Rovira i Virgili (Escola de Treball Social) i amb les escoles d'In-

fermeria i Fisioteràpia de la mateixa universitat. També s'ha col·laborat amb les unitats docents de l'ICS i de l'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla corresponents a medicina familiar i comunitària.

Així mateix, s'ha prorrogat el conveni amb l'Assemblea Provincial de la Creu Roja per a la base assistencial primària que gestiona l'empresa, el conveni entre l'empresa i Port Aventura, SA per a la intervenció del Centre Coordinador Sanitari 061 i el VAM en les diferents activitats i simulacres amb Port Aventura, i el conveni amb l'Arquebisbat de Tarragona per als serveis religiosos de l'Hospital Mare de Déu de la Salut.

El Centre Coordinador Sanitari Tarragona-Terres de l'Ebre (061) és un centre de referència per als ciutadans i els professionals de la sanitat en la coordinació dels recursos sanitaris disponibles i d'informació sanitària urgent les 24 hores del dia a través del telèfon 061. També atén les demandes sanitàries urgents procedents del telèfon únic europeu 112 que s'originen a les regions sanitàries Tarragona i Terres de l'Ebre. Així mateix, presta els serveis assistencials primaris d'emergència a les comarques del Tarragonès, el Baix Camp i l'Alt Camp, així com les actuacions del risc previsible relacionades amb el Pla SEQTA.

Aquest centre s'ha consolidat com un element eficaç de la coordinació de les urgències i emergències dins l'àmbit de Tarragona i les Terres de l'Ebre, i ha esdevingut imprescindible en les actuacions relacionades amb els plans d'emergències de les indústries químiques (Pla SEQTA).

Així mateix, han continuat les actuacions en matèria d'infraestructura sanitària amb el Departament de Sanitat i Seguretat Social i el CatSalut. GPSS es compromet a les actuacions següents segons el conveni signat:

- Construcció i equipament del CAP Murallès de Tarragona (ABS Tarragona-8). Obra i equipament acabats.
- Remodelació i equipament del CAP corresponent a les àrees bàsiques de salut 3 i 4 de Reus.
- Construcció i equipament del CAP la Sénia. En curs.
- Adquisició i adequació dels locals i l'equipament del CAP Tarragona-3.

S'ha iniciat, durant l'any 2003, l'activitat dins l'àmbit d'atenció primària amb la posada en funcionament de l'ABS Tarragona-8 i del Servei d'Atenció Continuada de la ciutat de Tarragona, ubicats físicament al CAP Murallès.

Continuen les obres del nou Centre Socio-sanitari de Tarragona, que constarà de 140-150 llits d'internament i 50 places d'hospital de dia, ubicat al costat de l'Hospital Universitari Joan XXIII.

Institut d'Assistència Sanitària

L'Institut d'Assistència Sanitària (IAS) és una empresa pública de la Generalitat de Catalunya que proporciona els següents serveis:

- Prestació per al conjunt de la regió sanitària de tots els serveis de salut mental i determinats serveis sanitaris, socials i de suport i diagnòstic (Programa Viure en Família, Unitat de Desintoxicació, Unitat de Demències, Programa de detecció precoç de càncer de mama, etcètera).
- Prestació dels serveis sociosanitaris a les comarques del Gironès, la Selva i el Pla de l'Estany.
- Gestió de l'Hospital de Santa Caterina, hospital general bàsic de la Selva interior i part del Gironès.
- Gestió de les àrees bàsiques de salut d'Anglès, Breda-Hostalric i Cassà de la Selva.

L'IAS té convenis de col·laboració amb les universitats, centres d'ensenyament i entitats de recerca de tot Catalunya, i està acreditada com a unitat docent per a la formació MIR, PIR i infermeria psiquiàtrica.

En el segon any del desplegament del Pla estratègic 2002-2004, l'IAS ha executat moltes actuacions, entre les quals hem de destacar les següents:

Atenció a l'usuari

Dins l'objectiu de situar les persones com a eix permanent de l'activitat de la institució, s'ha consolidat la Direcció d'Atenció a l'Usuari amb la creació de l'Oficina d'Atenció a l'Usuari, la millora del procediment per al tractament de queixes, reclamacions i suggeriments, la realització d'enquestes de satisfacció, el treball intern en l'aplica-

ció dels drets i deures dels usuaris i la posada en funcionament de les comissions d'atenció a l'usuari de la xarxa de salut mental, atenció especialitzada i atenció primària de salut.

Millores en la cartera de serveis

Cirurgia major ambulatoria. Malgrat que persisteixen les grans dificultats estructurals a l'antic Hospital Santa Caterina, s'ha fet un esforç de millora estructural i funcional que ha permès un augment molt important del volum de cirurgia major ambulatoria.

Odontologia a les ABS. S'ha completat la cobertura i l'oferta d'odontòleg a les ABS.

Unitat de disminuïts amb trastorn mental. S'ha posat en funcionament la unitat especialitzada d'hospitalització de disminuïts intel·lectuals amb trastorn mental, amb 11 places d'alta intensitat, de referència per a 2.000.000 d'habitants.

Llar residència. S'ha elaborat el Pla funcional i s'han fet les reformes estructurals per a la creació i la posada en funcionament, al començament del 2004, de la llar residència per a persones amb trastorn mental sever.

Activitat assistencial. L'activitat ha continuat augmentant, especialment les Urgències (un 14 per cent amb 36.265 visites totals) i les consultes externes (un 6 per cent amb gairebé 75.000 visites) a l'Hospital de Santa Caterina, les altes d'aguts a la xarxa de salut mental (un 17 per cent amb 1.197 altes) i l'activitat d'atenció primària de salut (un 9 per cent amb 177.933 visites, 32.421 consultes d'atenció continuada i 20.727 urgències).

Desenvolupament organitzatiu

En el camí cap a la consolidació d'una empresa pública de serveis sanitaris integrats i d'una organització moderna i eficaç, l'any 2003 s'ha desenvolupat un intens programa de discussió i formació adreçat a la totalitat de responsables de tots els nivells sobre els valors de l'organització.

Així mateix, s'ha executat un programa de comunicació interna en què s'ha informat i discutit sobre el futur de l'organització, dirigit a tots els professionals i treballadors de l'empresa.

Infraestructures

S'han acabat les obres i s'ha posat en funcionament la segona fase de l'edifici SALT (serveis assistencials de llarg tractament) de la xarxa de salut mental al Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt.

Les obres de construcció del nou Hospital de Santa Caterina, al Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt, han avançat fins al punt que es preveu que estiguin acabades a l'estiu del 2004.

També s'han acabat les obres dels CAP de Llançà, l'Escala i Girona-3, encomanades a l'IAS pel CatSalut.

En definitiva, l'any 2003 s'ha mantingut l'equilibri financer i s'han augmentat l'activitat i la cartera de serveis, alhora que s'ha continuat la construcció del nou hospital, s'ha començat la preparació del trasllat i s'ha abordat la reforma organitzativa en tota l'amplitud.



Sistema d'Emergències Mèdiques, SA (SEMSA) es va crear amb l'objectiu fonamental d'atendre les urgències i emergències mèdiques mitjançant la gestió dels recursos personals, materials i econòmics de què disposa per prestar l'atenció prehospitalària *in situ* i el transport assistit al centre adequat, en cada cas, de malalts crítics.

Així mateix, se li va encomanar la participació en la gestió dels sistemes d'atenció a la urgència i l'emergència a Catalunya que establís el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, i en totes aquelles activitats relacionades amb el trasllat de malalts, amb la coordinació i implementació d'actuacions sanitàries i amb la gestió integrada de demandes d'atenció i informació sanitària als ciutadans.



Sistema d'Emergències Mèdiques, SA

Coordinació de les urgències i emergències sanitàries-CCURES/061

El Centre Coordinador d'Urgències i Emergències Sanitàries (CCURES/061) ha enregistrat una mitjana de més de 2.200 trucades diàries, un 28,7 per cent més que les rebudes l'any 2002. El 80 per cent d'aquestes trucades han estat efectives i han generat algun tipus d'actuació, ja sigui d'atenció mèdica telefònica –un 49 per cent dels incidents s'han resolt sense necessitat de mobilitzar recursos– o bé de provisió d'assistència sanitària o transport urgent (51 per cent).

En total, l'any 2003 s'han mobilitzat 375.158 recursos sanitaris (més de 1.000 diaris), dels quals més d'un 80 per cent han estat d'emergència i transport urgent. Cal destacar que el CCURES/061 comprèn una extensió de territori d'aproximadament 25.500 km² i una població censada de més de 4.300.000 habitants.

Coordinació del trasllat interhospitalari de malalts crítics

El CCURES/Interhospitalari ha coordinat, l'any 2003, un total de 8.202 demandes de trasllat interhospitalari de malalts crítics. S'ha observat un lleuger increment d'un 2,3 per cent de les demandes amb relació a l'any anterior.

En un 21 per cent de les demandes rebudes només s'ha realitzat la coordinació mèdica del servei, sense arribar a fer el trasllat del malalt. En els casos restants s'ha coordinat el servei i s'ha procedit al trasllat del malalt en una unitat de suport vital avançat de SEMSA.

Coordinació operativa del transport sanitari (COTS)

En aquesta línia d'actuació, SEMSA ha continuat consolidant la COTS com un instrument per millorar l'atenció als usuaris que requereixen un trasllat sanitari en ambulància.

Durant l'exercici de 2003, s'han fet a Catalunya un total de 2.272.294 serveis de trasllat sanitari, dels quals un 20 per cent corresponen a transport urgent i un 80 per cent a transport sanitari programat.

També cal assenyalar que en aquest exercici 2003, la COTS ha utilitzat la Unitat Funcional d'Alertes Sanitàries (UFAS), plataforma informativa del PIUC que està centralitzada al CCURES/061 per detectar incidències ocasionades pels serveis de transport sanitari.

Informació i consulta sanitària-Sanitat Respon

El servei Sanitat Respon ha enregistrat, l'any 2003, una mitjana diària de més de 850 trucades, un 60 per cent més que les rebudes l'any anterior.

Les línies de servei de Sanitat Respon es poden classificar en quatre grans àrees:

- Informació de serveis i recursos sanitaris (centres sanitaris, farmàcies, TSI, llistes d'espera, etcètera), que el 2003 va créixer un 27,4 per cent.
- Informació i consulta sanitària (consells de salut, consell al medicament, salut pública, programes especials i prevenció de la malaltia, etcètera), que va créixer un 21 per cent.
- Serveis a professionals sanitaris (servei de traducció telefònica, assessorament i consultes generals, etcètera).

- Línia proactiva Sanitat Truca, destinada a temes de prevenció de la malaltia i cura de la salut. L'any 2003 s'han emès més de 14.000 trucades a la població en campanyes de diversa naturalesa (cribratge de càncer de mama, llistes d'espera FIV, etcètera).

Àmbit assistencial

Pel que fa a l'activitat assistencial de les unitats de suport vital avançat de SEMSA, cal destacar que s'ha enregistrat un increment generalitzat i, en especial, dels serveis assistencials primaris (11 per cent). El 98,9 per cent d'aquests serveis s'han atès amb vehicles d'assistència mèdica (VAM) i l'1,1 per cent restant amb unitats d'helicòpter medicalitzat.

Quant als serveis de trasllat interhospitalari de malalts en estat crític, s'ha enregistrat un increment d'un 3,3 per cent. D'aquests, un 97,7 per cent s'han prestat amb recursos terrestres (UCI mòbil) i la resta, un 2,3 per cent, amb mitjans aeris (helicòpter medicalitzat).

En l'àmbit assistencial també cal destacar l'elaboració i distribució de guies d'actuació, amb més de cent protocols i procediments de funcionament, a tota la xarxa de bases assistencials SEM.

Noves tecnologies i millora contínua

Durant l'exercici 2003, s'ha adaptat la pàgina web corporativa a les pautes d'accessibilitat i usabilitat internacionals per als col·lectius amb discapacitat o d'edat avançada. També cal destacar que es va posar en funcionament la plataforma definitiva del sistema de localització i posicionament de les unitats assistencials de suport vital avançat prestadores de serveis assistencials primaris d'emergència coordinades pel CCURES/061.

En l'àmbit de la qualitat, s'ha obtingut la renovació de la certificació ISO: 1994 i l'adequació a la UNE-EN 9002:2002.



Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

L'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM) està reconeguda com a centre col·laborador de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) per a l'avaluació de tecnologies mèdiques.

L'AATRM proporciona informació basada en el coneixement científic i en l'anàlisi del context sanitari, amb l'objectiu final de promoure que la introducció, l'adopció, la difusió i la utilització de les tecnologies mèdiques es faci d'acord amb criteris d'eficàcia, seguretat, efectivitat i eficiència demostrades científicament, i donar suport a la presa de decisions en diferents nivells.

L'AATRM, a més, té entre les seves funcions primordials tenir cura de la planificació, la coordinació i l'avaluació de la recerca sanitària en l'àmbit dels centres, serveis i establiments sanitaris vinculats al CatSalut amb l'objectiu de promoure la recerca orientada a les necessitats de salut de la població i a les de coneixement del sistema sanitari. L'AATRM desenvolupa les seves actuacions tant en l'àmbit públic com en el privat, i tant per iniciativa pròpia com per demanda externa.

Avaluació, recerca i consultes

Aquest any 2003 s'han acabat 13 informes d'avaluació, 3 projectes de recerca i 11 consultes tècniques. A tall d'exemple se'n poden esmentar els següents: Estimació del risc cardiovascular en l'atenció primària, Selecció de sexe, Promoció de l'abandonament del

tabaquisme, Procés d'avaluació dels projectes de recerca presentats a les convocatòries Fundació La Marató de TV3 sobre malalties inflamatòries cròniques i sida, Coagulòmetres portàtils en l'autocontrol del tractament anticoagulant oral, Guia de pràctica clínica en el maneig de l'esquizofrènia, Informe sobre la relació entre volum de procediments i resultats en cirurgia oncològica, Electroestimulació medul·lar de doble elèctrode, Priorització de pacients en llista d'espera per a cirurgia de cataracta i artroplastia de maluc i genoll, *Stents* recoberts de fàrmacs antiproliferatius per al tractament de l'estenosi coronària i Avaluació de la necessitat clínica i dels criteris estructurals, tècnics i humans d'un centre de referència per a l'atenció de les persones amb acondroplàsia.

Durant l'any 2003, l'AATRM ha continuat col·laborant amb el Pla director d'oncologia de Catalunya en el desenvolupament de la segona fase del projecte Oncoguies, que té per objectiu elaborar guies de pràctica clínica per millorar l'atenció del càncer (guies sobre còlon i recte, limfoma B difús de cèl·lules grans, mama i pulmó).

Informació i divulgació

A més d'un butlletí informatiu que es publica trimestralment en català, castellà i anglès, amb un tiratge de prop de 10.000 exemplars, l'AATRM ha elaborat 33 articles per a revistes científiques i publicacions de divulgació i difusió sanitària. D'altra banda, ha participat

en 46 conferències i taules rodones i ha presentat 30 pòsters i comunicacions científiques.

Recerca

En l'àmbit de la recerca, s'han sol·licitat a la comunitat científica catalana propostes de temes de recerca per a la convocatòria del 2004. Aquestes convocatòries biennals es duen a terme gràcies a la participació del CatSalut i de la Comissió Interdepartamental de Recerca i Innovació Tecnològica (CIRIT) del Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació. Des del 1996, la comunitat científica catalana ha pogut beneficiar-se del finançament de prop de 87 projectes. L'AATRM també hi ha col·laborat gestionant el procés d'avaluació dels projectes presentats a les convocatòries de recerca de la Fundació La Marató de TV3 sobre la sida de l'any 2001 i sobre les malalties inflamatòries cròniques intestinals i articulars de l'any 2002.

Durant l'any 2003, la xarxa de recerca cooperativa per a la recerca en resultats i serveis sanitaris (xarxa IRYSS), finançada a través de l'Institut de Salut Carles III, s'ha consolidat com a nexa d'unió dels diferents grups investigadors per tal de definir i identificar les prioritats de recerca en resultats de salut i serveis sanitaris.

Àmbit internacional

L'AATRM ha continuat participant als fòrums internacionals, com els de la nova societat internacional Health Technology Assessment International (HTA-i) o la xarxa International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA). Així mateix, ha participat en projectes d'integració europea, com el desenvolupament d'instruments de mesura de l'estat de salut en població infantil (Kidscreen, CHIP-AE), i ACME PLUS, sobre un sistema de classificació de pacients geriàtrics d'hospitals d'aguts, que ja ha acabat.

L'ICO és un centre d'atenció oncològica integral que neix com a resultat d'un projecte d'integració de les diferents estratègies de lluita contra el càncer en una sola institució, des de la recerca i el tractament oncològic fins a les cures pal·liatives. Els seus orígens s'han de situar en l'atenció oncològica realitzada a la Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge. Els seus objectius bàsics són constituir un centre de referència per al tractament dels pacients diagnosticats de càncer de les regions sanitàries, actuar com a centre de referència per a la realització de tècniques terapèutiques d'alta complexitat i assessorar el CatSalut i el Departament de Sanitat i Seguretat Social en els àmbits de l'epidemiologia, la prevenció i el control del càncer a Catalunya.



Institut Català d'Oncologia

Dues àrees

L'Institut Català d'Oncologia està format per dues àrees principals: la d'epidemiologia, prevenció i control del càncer, i l'assistencial i de recerca clínica. Amb relació a l'activitat assistencial, l'ICO disposa de llits d'hospitalització, hospital de dia, unitat de teràpia intensiva per al trasplantament de cèl·lules progenitores hematopoètiques i aparells d'alta energia per al tractament amb radioteràpia i braquiteràpia.

ICO-Germans Trias i Pujol

L'aspecte més destacable de l'acció de l'Institut Català d'Oncologia durant l'any 2003 ha estat la integració de l'atenció oncològica de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol en el si de l'Institut, amb la qual cosa s'ha completat el desplegament territorial. Amb aquesta incorporació es consolida el caràcter multicèntric de l'ICO, cosa que ha comportat la incorporació de 70 professionals. Paral·lelament, s'ha posat en marxa un accelerador lineal amb capacitat d'efectuar tractaments amb modulació de la intensitat de la dosi.

Informació per a la prevenció

Una altra àrea en la qual s'han portat a terme accions específiques durant l'any 2003 ha estat la de prevenció, amb la publicació de fullets d'informació als pacients afectats de càncer de laringe, pròstata i pulmó, la prevenció del tabaquisme entre els professionals de l'Institut que vulguin deixar l'hàbit en el marc de les activitats "Hospital sense fum" i els programes d'educació sanità-

ria dirigits a pacients i familiars atesos a l'Institut. Cal remarcar l'esforç efectuat per finalitzar la primera ronda del programa pilot de cribratge de càncer colorectal, la consolidació del programa de cribratge de càncer de mama i les accions de consell genètic. En l'àmbit psicosocial, s'ha contribuït a l'organització de la jornada sobre contribució del treball social en l'atenció oncològica i de psicooncologia.

ICO-Josep Trueta

Cal destacar la posada en funcionament de l'accelerador lineal amb energies de fotons i electrons que, juntament amb la bomba de cobalt ja existent, permeten cobrir les necessitats terapèutiques globals de la població de la regió de Girona. També, en aquest sentit, és important esmentar la creació de la UFISS de cures pal·liatives, que ha de contribuir a millorar l'atenció i la coordinació assistencial d'aquests pacients.

ICO-Duran i Reynals

S'ha obtingut la certificació ISO en radioteràpia externa i en física mèdica. Pel que fa a les obres, les accions efectuades s'han centrat en aspectes de l'entorn físic de l'edifici, amb la continuïtat de les obres de condicionament i renovació de les sortides d'emergència, la llum i l'aigua, així com d'enjardinament de l'espai exterior.

Formació continuada

Finalment, la jornada clinicocientífica i d'avaluació efectuada per l'Institut de Salut Carles III en el marc de les xarxes

de recerca de centres oncològics posa de manifest l'impuls decisiu donat a la recerca aplicada, clínica, epidemiològica i preventiva en l'ICO. Les activitats de formació continuada han estat un complement indispensable de l'acció assistencial i de recerca de l'Institut.

Cooperació amb el conjunt del sistema sanitari

Totes aquestes accions desenvolupades durant l'any 2003 s'han portat a terme en un context d'augment de l'activitat assistencial, molt especialment en l'àrea ambulatoria de tractaments de quimioteràpia i radioteràpia realitzats als hospitals de dia i les àrees de teleteràpia de tots els centres de l'ICO, que adquireix característiques de major complexitat progressivament i que l'Institut tracta d'efectuar partint d'uns valors de cooperació sanitària amb el conjunt del sistema sanitari.

Recerca i innovació

La missió dels instituts del càncer a Europa cada vegada s'està definint millor en la direcció de compartir una visió global de l'atenció oncològica com una disciplina que ha d'integrar des de la recerca fins a la salut de la comunitat, passant per l'atenció al pacient. La visió multidisciplinària és necessàriament l'eix de l'acció de l'ICO: treballar en oncologia ha de consistir a compartir les experiències, intercanviar coneixements i tecnologies en el si d'un equip de professionals compromesos a millorar l'atenció i la cura dels pacients amb càncer. La innovació és un aspecte essencial per tal de poder proporcionar als nostres pacients, tant ràpidament com sigui possible, el tractament més eficient per a la seva malaltia, i la recerca és, en aquest context, un component indispensable d'una bona prevenció i de la millor assistència.

Serveis Sanitaris de Referència - Centre de Transfusió i Banc de Teixits

L'empresa pública Serveis Sanitaris de Referència - Centre de Transfusió i Banc de Teixits (CTBT) va ser creada amb l'objectiu primordial de gestionar i administrar la donació, la transfusió i l'anàlisi de sang i plasma sanguini, així com actuar de banc de teixits i dur a terme els estudis necessaris per poder valorar la idoneïtat de la posada en marxa d'altres línies d'actuació en el camp del diagnòstic de laboratori clínic.

El seu marc d'activitat s'estén a tots els centres de l'ICS (hospitals i centres d'atenció primària), als hospitals de la XHUP assignats i a altres centres d'arreu de l'Estat.

Les activitats més destacades de l'any 2003 han estat les següents:

- S'han atès 103.071 donants, dels quals 31.728 han estat donats d'alta com a nous donants. En total han representat 134.352 donacions, amb un índex de repetició d'1,35.
- S'han organitzat 2.055 campanyes de recaptació i s'han realitzat 24 maratons de sang a tot Catalunya.
- S'han obert 38 nous punts d'extracció.
- S'han posat en marxa tres associacions comarcals amb la col·laboració de la Federació d'Entitats.
- El Laboratori de Seguretat Transfusional ha assumit, durant el 2003, la rutina d'amplificació d'àcids nucleics (NAT) per al virus de l'hepatitis C i el virus de la immunodeficiència humana. Aquest punt ha comportat

la implementació de tecnologies capdavanteres en biologia molecular, com la PCR en temps real.

- S'ha posat a punt la Factoria Cel·lular Josep Carreras, on es duran a terme els processos d'expansió/producció *ex vivo* de les cèl·lules progenitores i en un futur de cèl·lules dendrítiques i limfòcits de sang de cordó umbilical (SCU), amb les necessàries garanties de qualitat i seguretat per als pacients. Aquesta infraestructura permetrà la manipulació i la producció de cèl·lules a partir de progenitors hematopoètics d'altres orígens (medul·la òssia, sang perifèrica) per a l'aplicació clínica.
- S'ha inaugurat el nou centre del CTBT de l'Hospitalet de Llobregat -Hospital de Bellvitge- i s'han endegat les obres de remodelació dels



centres del CTBT de Lleida i de l'Hospitalet -Hospital Duran i Reynals-.

- Durant el 2003 l'organització s'ha implantat considerant els processos i els emplaçaments dels centres i el territori al qual donen servei. Així doncs, l'organització funcional actual es divideix en processos operatius, processos estratègics i processos de suport.

Territorialment, disposa dels centres de Barcelona (Hospital Vall d'Hebron i Serveis Centrals de CTBT), l'Hospitalet (Hospital de Bellvitge i Hospital Duran i Reynals), Badalona (Hospital Germans Trias i Pujol), Girona (Hospital Doctor Josep Trueta), Tarragona (Hospital Joan XXIII), Tortosa (Hospital Verge de la Cinta) i Lleida (Hospital Arnau de Vilanova).

Cal destacar també els següents augments d'activitat respecte a l'any anterior:

- L'increment d'un 32 per cent de les afèresis.
- L'increment d'un 3 per cent en el subministrament d'hematies.
- L'increment d'un 12 per cent en el subministrament de plaquetes.
- L'increment d'un 28 per cent de còrnies processades.
- L'increment d'un 7 per cent en el subministrament de peces del banc d'ossos.
- L'increment d'un 21 per cent en el subministrament del banc de pell.
- L'increment d'un 31 per cent en el subministrament de sang de cordó.



Parc Sanitari Pere Virgili

L'empresa pública Parc Sanitari Pere Virgili es va constituir amb la finalitat d'assolir una gestió òptima de la concessió demanial administrativa de l'Hospital Militar de Barcelona del Ministeri de Defensa a favor del CatSalut.

Les funcions de l'empresa pública Parc Sanitari Pere Virgili, recollides en l'acord del Govern del 2 de desembre de 2003, són les següents:

- Gestionar els edificis i les instal·lacions del recinte i, amb aquesta finalitat, pactar els negocis jurídics que calgui a fi de possibilitar que tercers hi puguin realitzar les activitats que siguin d'interès del Servei Català de la Salut, sense més limitacions que les establertes en les normes de patrimoni de la Generalitat de Catalunya i al Pla especial d'ordenació del recinte de l'antic Hospital Militar de Barcelona.
- Prestar serveis d'atenció sanitària i de salut mental, com també de promoció de la salut, prevenció de la malaltia i atenció socio sanitària a la població.
- Executar programes institucionals en matèria de protecció de la salut, prevenció de la malaltia i atenció socio sanitària a la població.
- Prestar o, si escau, gestionar serveis de suport a altres serveis assistencials.
- Desenvolupar programes d'investigació en l'àmbit de la salut i col·laborar amb la universitat i la resta d'institucions competents en matèria de docència i recerca.
- Desenvolupar totes les actuacions necessàries per al compliment dels seus objectius, com també les actuacions en relació amb les funcions esmentades anteriorment que li siguin encomanades.

Pel que fa a les línies fonamentals d'actuació de l'any 2003, ha estat especialment rellevant el compliment de l'opció de compra el 26 de juny i, dins les funcions de l'empresa, cal destacar les actuacions següents:

Activitat assistencial

Durant el mes d'octubre de 2003 es van posar en funcionament 74 llits a l'edifici Llevant, amb la qual cosa el Parc Sanitari Pere Virgili ha passat a tenir un total de 124 llits de mitjana estada.

Aquests malalts són derivats en gran part de l'Hospital Vall d'Hebron, però cada vegada es potencien més les derivacions des de l'atenció primària.

El nombre de pacients atesos ha estat de 703 i el nombre d'altres, inclouent-hi les del Pla integral d'urgències 2003-2004, ha estat de 629, la destinació de les quals ha estat, en més del 65 per cent dels casos, el domicili.

La distribució dels ingressos per sexe indica que un 60 per cent són dones amb una mitjana d'edat de 76 anys i la resta homes, dels quals un 45 per cent té una mitjana d'edat de 72 anys.

D'altra banda, ha continuat l'activitat dels dos equips d'assistència domiciliària corresponents a PADES Nord i PADES Sud, sempre coordinats amb l'atenció primària i el nostre centre socio sanitari.

Recursos físics i gestió del recinte

Cal destacar la posada en marxa dels equips d'atenció primària 6D Vallcarca i 5E Sant Gervasi, gestionats per la societat EBA Vallcarca, SL, adjudicatària del concurs públic.



Durant aquest any hem seguit les directrius del Pla especial, aprovat l'octubre de 2001, i es continuen les obres de remodelació del recinte i de rehabilitació de l'edifici Llevant.

Durant l'any també s'han aprovat diversos concursos públics: neteja i manteniment de l'edifici Mestral, manteniment de l'edifici Garbí i cuina i cafeteria del Parc Sanitari Pere Virgili, programa de comptabilitat i gestió, i programa de recursos humans.

S'ha de puntualitzar que aquest any el Parc ha continuat potenciant els diferents nous serveis de naturalesa comuna dins el Parc Sanitari: registre central de documents, serveis d'ordenances, reprografia i ensobratge.

També s'ha posat en marxa, per a tot el personal del Parc Sanitari Pere Virgili, una normativa interna.



Regions Sanitàries

Regió Sanitària Lleida

Lliure elecció de metge

L'1 d'octubre de 2003 es va posar en marxa el Programa de lliure elecció d'Equip d'atenció primària (EAP) i de metge de capçalera o pediatre que ha suposat un pas endavant en la personalització de l'assistència sanitària del sistema de salut de Catalunya. Aquesta mesura és una resposta a les necessitats reals de la població i a les expectatives que cada vegada són més altes en tot allò que afecta la salut i la qualitat de vida.

El 31 de desembre de 2003 les sol·licituds de canvi per ABS han estat 1.049, segons el detall que es mostra a la taula.

Telemedicina per a les comarques dels Pirineus

El mes d'octubre de 2003 va ser aprovat el projecte SUP (Seguretat - Urgències - Pirineus). Es tracta d'un projecte europeu InteReg IIIA (projectes que pretenen eliminar els anomenats efectes frontera) on la telemedicina és una part important. L'oportunitat que representa aquest projecte per al Departament de Salut està lligada sobretot a l'aplicació real d'instruments telemèdics en zones allunyades i a la millora de la connexió entre els professionals que treballen en aquestes àrees i els que ho fan en centres més especialitzats, sempre amb la intenció d'incrementar la qualitat de l'atenció a l'usuari. El projecte pilot es realitzarà a Haute Garonne, Val d'Aran, Alta Ribagorça i zona nord de la província d'Osca des de l'octubre de 2003 fins al setembre de 2005.

El projecte estableix un sistema d'informació que permetrà disposar d'un accés únic, dedicat a professionals de la muntanya, per facilitar informació

d'interès en la prevenció o apreciació de riscos en mitjana i alta muntanya. D'altra banda pretén:

- establir un sistema d'assistència coordinada per als socors medicalitzats,
- proporcionar un sistema fiable de localització geogràfica en zones de muntanya,
- establir un sistema de gestió centralitzada de trucades i intercanvis entre actors sobre el terreny, i
- definir i coordinar un sistema d'assistència amb intervencions sota la forma d'una anàlisi de *feedbacks* d'àmbit transnacional.

Per millorar la resposta a les urgències i consultes mèdiques a la muntanya o en zones aïllades s'han previst dos sistemes d'assistència:

1. Sistemes d'assistència paramèdica *in situ*, mitjançant material portàtil simple i robust de telecomunicacions, localització i aparells mèdics que puguin ser utilitzats per professionals de la muntanya i que proporcionin al sistema dades mèdiques i de localització, així com transmissió de veu i de dades.

2. Sistemes d'assistència mèdica, amb material portàtil, però més sofisticat, mitjançant dades mèdiques i de gestió del cas clínic, transmissió de dades i veu per a contactes especialitzats i de telemedicina. Aquest segon nivell també s'assajarà en atenció primària, en zones de muntanya amb dificultats de comunicació o aïllament i a la consulta habitual per cercar una segona opinió mèdica especialitzada.

A l'Alta Ribagorça es pretén comunicar el CAP de Pont Suert amb l'Espitaller de Val d'Aran, i connectar els dos centres amb el Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

Sol·licituds de canvi de metge per ABS, 2003

ABS	Sol·licituds
Agramunt	14
Alcarràs	14
Alfarràs-Almenar	2
Almacelles	4
Alt Urgell Sud	0
Alta Ribagorça	0
Aran	0
Artesa de Segre	9
Balaguer	8
Bellpuig	1
Cervera	1
La Granadella	4
La Pobla de Segur	0
La Seu d'Urgell	6
Les Borges Blanques	0
Lleida rural-1 Nord	7
Lleida rural-2 Sud	0
Lleida-1 Casc Antic/Onofre Cerveró	285
Lleida-2 Ronda	45
Lleida-3 Eixample	362
Lleida-4 Balàfia-Pardinyes	171
Lleida-5 Cappedra/Dra. Castells	66
Lleida-6 Bordeta-Magraners	27
Pallars Sobirà	0
Pla d'Urgell	7
Ponts	2
Seròs	0
Tàrraga	9
Tremp	5
Total	1.049



Regió Sanitària Tarragona

Estratègia de contractació per objectius comuns dels serveis d'atenció primària i d'atenció especialitzada

El 2003 s'ha posat en marxa una nova estratègia de contractació de serveis d'atenció primària i d'atenció especialitzada orientada cap a la compra de serveis sanitaris amb base poblacional i que posa un especial èmfasi en la valoració de la qualitat de l'atenció i els resultats del procés assistencial. Els àmbits poblacionals definits corresponen als territoris de referència dels centres hospitalaris d'aguts de la Regió i les seves àrees bàsiques de salut pròximes: Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII, Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Hospital de Sant Pau i Santa Tecla i Pius Hospital de Valls.

L'objectiu d'aquesta estratègia és fer una valoració transversal de la qualitat dels serveis que rep la població a través del conjunt de línies assistencials per afavorir l'existència d'una adequada continuïtat assistencial i d'una coordinació efectiva entre els diferents nivells. En aquest primer contracte hi ha una part comuna per a l'atenció primària i per a l'atenció hospitalària que lliga, per exemple, la realització d'activitats conjuntes com l'elaboració de protocols d'atenció a la cardiopatia isquèmica (protocol abans i després de l'ingrés hospitalari), el tractament complet dels casos de tuberculosi i la realització i conclusió de l'estudi de contactes, la millora de la prevalença d'alletament matern o la protocol·litza-ció de patologies (una patologia a escollir i un protocol d'atenció als malalts terminals).

Aquest model podria ampliar-se en el futur a altres línies de serveis tals

com l'atenció sociosanitària (PADES i centres d'internament), l'atenció a la salut mental, l'atenció a la salut sexual i reproductiva i l'atenció a les drogodependències, entre d'altres.

Pla director d'oncologia de la Regió Sanitària Tarragona 2003-2004

Les diferents edicions del Pla de salut de Catalunya han posat de manifest la magnitud del desafiament que planteja el càncer per a la comunitat. El Pla director d'oncologia de Catalunya planteja objectius per al període 2001-2004 i prioritza la millora dels resultats clínics i de la qualitat de vida, fent especial èmfasi en l'atenció multidisciplinària i el suport psicosocial, l'extensió dels programes preventius, la millora dels sistemes d'informació sanitària, la recerca i l'aplicació a la clínica. Les propostes d'actuació per al període 2003-2004 del Pla director d'oncologia de la Regió Sanitària Tarragona es poden agrupar en quatre apartats:

- **Prevenició primària.** Les principals prioritats preventives per tal de poder reduir l'impacte del càncer són les recollides en el Codi europeu contra el càncer: prevenir la iniciació al tabaquisme, promoure l'abandonament de l'hàbit, millorar el paper exemplar dels centres i dels professionals sanitaris, moderar el consum d'alcohol i promoure una dieta sana i equilibrada i una exposició solar limitada.
- **Prevenició secundària.** El Codi europeu contra el càncer prioritza el cribratge del càncer de mama amb mamografies periòdiques i el cribrat-

Programa pilot Atenció primària de salut i càncer

Dues àrees bàsiques de salut de la Regió participen en el programa pilot Atenció primària de salut i càncer que té per objectiu crear experiència en l'important paper que aquest nivell d'atenció desenvolupa en la prevenció primària, la detecció, la derivació a l'atenció especialitzada, la col·laboració en els cribratges poblacionals, el seguiment dels malalts de càncer i l'acompanyament dels malalts terminals i les seves famílies. Aquests dos centres també participaran en un programa pilot de cribratge poblacional del càncer colorectal mitjançant la detecció de sang oculta en femta.

ge del càncer de coll uterí. El primer ha d'assolir almenys una cobertura del 70 per cent de la població diana i aconseguir un elevat nivell de qualitat tècnica i de resultats. El cribratge del càncer de coll uterí ha d'augmentar la cobertura, reduir les desigualtats socials existents en la participació de la població diana, millorar la qualitat tècnica i ampliar la periodicitat almenys a tres anys.

- **Millora del procés d'atenció oncològica.** La rapidesa en el procés diagnòstic del càncer és un punt clau i tots els nivells assistencials hi estan implicats. L'atenció oncològica de qualitat requereix un abordatge multidisciplinari i que tingui en compte els aspectes psicosocials dels malalts i les seves famílies. Cal desenvolupar circuits de diagnòstic ràpid del càncer entre l'atenció primària de salut i l'atenció especialitzada, posar en marxa la tècnica de detecció isotòpica del gangli sentinella per al tractament quirúrgic del càncer de mama, iniciar la descentralització dels tractaments de quimioteràpia, concentrar la cirurgia dels càncers poc freqüents en un sol centre hospitalari i resoldre satisfactòriament el tractament de reconstrucció mamària.
- **Millora dels sistemes d'informació.** És fonamental millorar la informació disponible sobre els factors de risc, els intervals de temps en el diagnòstic i el tractament i l'estadi dels tumors, així com la puntualitat amb què es disposa d'informació sobre l'epidemiologia del càncer, el seu grau d'elaboració i el retorn d'aquesta als professionals sanitaris i a la població.

Regió Sanitària Terres de l'Ebre

Nou servei de ressonància magnètica nuclear

El centre de l'IDI a les Terres de l'Ebre, ubicat a l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, va iniciar les seves activitats el juliol de 2003.

Ocupa una superfície de 108 m² a la planta baixa de l'Hospital i disposa d'un equip de ressonància magnètica nuclear d'1T, model IMPACT de Siemens amb una reveladora Kodak Dryview 8700 Laser Imagen i àrees d'atenció als usuaris, serveis mèdics i sala d'informes.

Inicialment es van programar sis exploracions diàries en horari de 8 del matí a 3 de la tarda, de dilluns a divendres. Posteriorment, a partir del

mes de setembre, l'activitat es va ampliar a nou exploracions. Només es practiquen exploracions musculoesquelètiques i neurològiques. Durant l'any 2003 s'han fet 651 exploracions.

Amb aquesta activitat s'ha millorat la qualitat assistencial, el nivell hospitalari i l'impacte social perquè s'han reduït considerablement els trasllats de pacients i familiars fora de la Regió Sanitària.

Integració de la comarca de la Ribera d'Ebre a la Regió Sanitària Terres de l'Ebre

El 22 de maig de 2003 es va publicar al Diari Oficial de la Generalitat de

Catalunya la nova configuració de la Regió Sanitària, que s'anomena a partir d'aquell moment Regió Sanitària Terres de l'Ebre i aplega les quatre comarques històriques de l'Ebre: el Baix Ebre, el Montsià, la Terra Alta i la Ribera d'Ebre.

La nova divisió no altera els fluxos i els circuits assistencials preexistents amb l'Hospital Comarcal de Móra d'Ebre i l'Hospital Sant Joan de Reus.

La integració territorial i administrativa obligarà a una redistribució de personal tècnic i administratiu que faciliti la incorporació de les tasques de gestió de la comarca de la Ribera d'Ebre: lliuraments, transport sanitari, atenció a l'usuari, farmàcia, sistema capitiu de l'Altebrat, planificació, compra de serveis, relació amb els professionals i les autoritats locals, gestió de les llistes d'espera, immigració econòmica, plans departamentals i tot tipus de relacions amb la població de la comarca del Priorat assignada assistencialment.

Nova seu de la Regió Sanitària

El mes de juliol de 2003 es va traslladar la seu de la Regió Sanitària a les noves dependències, situades al carrer La Salle, 8, al centre de la ciutat de Tortosa. Amb aquest canvi s'ha guanyat en accessibilitat per als usuaris i confort per als treballadors, i es disposa d'un espai ampli i d'instal·lacions adequades que faciliten el bon ambient laboral i la bona atenció a la ciutadania.

Temporalment, la Regió Sanitària comparteix espai amb els Serveis Territorials de Salut de les Terres de l'Ebre, des que aquests van iniciar les activitats el gener de 2003. Està previst ubicar aquests Serveis Territorials en uns altres locals per possibilitar el seu desplegament, ja que actualment encara depenen molt dels Serveis Territorials de Salut de Tarragona, i per poder ampliar les activitats de la Regió Sanitària.





Regió Sanitària Girona

Comissió de seguiment dels protocols en casos de violència domèstica i maltractaments infantils

El 2003 ha tingut lloc el cinquè aniversari de la signatura del Protocol d'actuació contra la violència domèstica a les comarques gironines, que havia estat impulsat per una comissió formada per representants de l'Audiència Provincial de Girona i els jutjats d'instrucció de Girona, la Fiscalia de l'Audiència Provincial de Girona, diversos departaments de la Generalitat de Catalunya (entre aquests el Departament de Sanitat i Seguretat Social), metges forenses, serveis socials dels municipis de més de 20.000 habitants de la Regió Sanitària Girona, serveis socials dels consells comarcals, el Col·legi d'Advocats de Girona i el Col·legi d'Advocats de Figueres, amb els objectius d'aprofundir en la col·laboració interinstitucional per evitar la doble victimització, afavorir la comunicació entre la policia i els serveis mèdics assistencials, protocol·litzar la informació legal que s'ha de donar a les víctimes, les dades de la història clínica així com l'imprès de suport, i agilitar els tràmits per fer la notificació dels casos de violència.

En el mateix moment de la signatura es van iniciar les activitats de la Comissió de Seguiment, formada pels mateixos redactors del protocol més representants de la Sindicatura de Greuges i del Col·legi de Periodistes de Girona per tal d'avaluar el compliment del protocol i redactar nous protocols d'aspectes relacionats amb la violència

domèstica. Així, es van redactar i aprovar el Protocol d'actuacions en abusos sexuals i maltractaments a menors (2000), el Protocol de prevenció de la mutilació genital femenina (2002) i el Manual d'estil periodístic per a informacions sobre casos de violència domèstica o que afecten menors (2001).

A més, durant aquests anys, la Comissió ha dut a terme sessions informatives i formatives sobre el contingut dels protocols per difondre'ls en tots els àmbits assistencials, ha promogut un acord entre les institucions implicades per tal de donar acolliment i protecció a aquelles persones víctimes de la violència domèstica que ho necessitin de forma urgent, com també ha col·laborat en l'elaboració d'un model únic d'informació policial a les víctimes de la violència domèstica.

En l'àmbit mèdic, s'ha dissenyat un model únic d'informe mèdic sobre lesions, s'ha recollit informació de les actuacions que porten a terme dife-



rents institucions (associacions de dones, ONG, col·legis professionals...) en matèria de prevenció i tractament de la violència domèstica i s'ha elaborat i difós una llista de recursos relacionats amb la violència domèstica.

Amb motiu d'aquest cinquè aniversari es va dur a terme una jornada al Centre Cultural la Mercè de Girona per tal de debatre aspectes dels protocols entre els professionals de tots els àmbits implicats en tasques d'atenció i prevenció, a la qual van assistir més de 200 professionals.

Nous CAP i consultoris locals

Durant aquest any 2003 s'han posat en funcionament els nous CAP Llançà, Sant Hilari Sacalm, Bàscara, Vilafant, la Vall d'en Bas, Ribes de Freser i Girona 3 a Montilivi (Girona). Al mateix temps, s'ha col·laborat en la construcció i reforma de consultoris locals com els de Sant Pau de Segúries, Molló, la Pinya (la Vall d'en Bas), Bellcaire d'Empordà i Sant Feliu de Pallerols.



Regió Sanitària Costa de Ponent

Àrea d'adolescents a Benito Menni

El setembre de 2003 es va inaugurar l'Àrea d'adolescents al Complex Assistencial en Salut Mental Benito Menni, on es concentren diversos dispositius assistencials especialitzats en l'atenció a la població adolescent (de 12 a 18 anys) amb trastorns mentals greus que per la seva gravetat i complexitat requereixen un recurs altament especialitzat. Així, a la ja existent Unitat de Crisis per a Adolescents, s'ha afegit una Unitat de Subaguts, amb un total de 50 places. Ambdues unitats estan ubicades en un nou edifici, amb accés directe des del carrer i jardí privat. La nova Unitat de Subaguts està concebuda per a aquells processos psiquiàtrics que afectin els adolescents que requereixin hospitalització i que no puguin ser atesos en una unitat de crisis. Es tracta de situacions que requereixen una atenció multidisciplinària des d'un punt de vista biològic, psicològic i social, mitjançant un tractament individualitzat que impliqui la família i l'entorn social del pacient. Així mateix està prevista la col·laboració amb la Direcció General d'Atenció a la Infància i Adolescència i amb la Direcció General de Justícia Juvenil.

Primera pedra del nou hospital de l'Anoia

El dia 25 d'octubre de 2003 es va posar la primera pedra del nou hospital de l'Anoia. El finançament de les obres es fa mitjançant el conveni signat entre la Generalitat de Catalunya i el Consorci Sanitari de l'Anoia, format pel Servei Català de la Salut, l'Ajunta-

ment d'Igualada i el Consell Comarcal de l'Anoia, que és el responsable de la posada en marxa del nou hospital i l'ens que el gestionarà quan entri en funcionament el 2006. L'Hospital tindrà una superfície construïda de 25.657 m² i ha suposat una inversió total de 42 milions d'euros.

Mesures del Pla director 2002-2005 per a la millora de l'atenció primària de salut del Baix Llobregat Nord

La part nord de la comarca del Baix Llobregat (que comprèn 13 municipis) ha experimentat un augment important de població en els darrers anys que ha portat a la reavaluació i planificació de les necessitats de recursos sanitaris. En la comissió de treball participen alcaldes de diverses poblacions d'aquest territori. L'estudi de les necessitats es va concretar en el Pla director 2002-2005 per a la millora de l'atenció primària del Baix Llobregat Nord.

En aquesta línia, durant l'any 2003 cal destacar la introducció de diverses mesures organitzatives (horaris llicenciant en diverses ABS, connexió informàtica entre l'Hospital Sant Joan de Déu de Martorell i el CAP Olesa de Montserrat per a la programació de les consultes externes i l'adequació d'agendes de programació); l'aprovació del desdoblament de l'ABS Martorell i l'inici del procediment de desdoblament per a les ABS Sant Andreu de la Barca i Esparreguera; l'increment de les plantilles dels EAP amb set metges de medicina general, tres pediatres, quatre diplomats d'infermeria i tres professionals no sanitaris; la realització dels

Característiques del nou Hospital d'Igualada

28 boxs d'urgències
6 quiròfans
1 àrea d'anestèsia
1 àrea de reanimació
3 sales de parts
38 boxs de consultes externes
24 punts de tractament d'hemodiàlisi
1 àrea de rehabilitació
48 punts de l'àrea de control ambulatori
4 unitats d'hospitalització de 22 habitacions cadascuna
1 unitat sociosanitària de 28 habitacions
1 unitat maternoinfantil de 18 habitacions
1 unitat de cures intensives

plans funcionals per a l'ampliació del CAP Esparreguera, el CAP Olesa i els centres de Sant Esteve Sesrovires i Masquefa, i la posada en funcionament dels nous consultoris municipals de Sant Andreu de la Barca i de Martorell.





Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme

Avenços en el marc del Pla oncològic

El Comitè Coordinador del Pla oncològic a la Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme es va constituir el gener del 2003 amb la missió d'implantar les directrius del Pla oncològic de Catalunya a la Regió Sanitària. Aquesta va creure oportú que el Comitè Coordinador del Pla oncològic pogués començar la seva tasca amb un coneixement acurat de l'estat de situació de l'oncologia al territori, per la qual cosa va encarregar un estudi retrospectiu sobre els resultats de la cirurgia oncològica en els hospitals de la Regió. Els resultats d'aquest estudi han estat una eina valuosa per al coneixement específic de la situació actual, així com per a l'elaboració de propostes de futur.

Una acció estratègica per a la consolidació del desenvolupament del Pla oncològic ha estat la incorporació de l'Institut Català d'Oncologia (ICO) a la gestió de l'atenció oncològica de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona, que és el centre de referència per atendre aquest tipus de malalties a la Regió Sanitària.

Dins del marc del Pla oncològic, al llarg de l'any 2003, s'ha implantat la tècnica del gangli sentinella als cinc hospitals generals de la Regió Sanitària, amb el suport de la Unitat de Medicina Nuclear de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, la qual va iniciar la pràctica d'aquesta tècnica l'any 1997, té actualment una àmplia experiència amb més de 800 casos i ha passat el corresponent procés de validació. D'acord amb l'activitat realitza-

da durant l'any 2003, es preveu que, anualment, unes 220 dones ateses als centres hospitalaris de la Regió es podran beneficiar dels avantatges que proporciona aquesta tècnica.

Tractament anticoagulant oral

El tractament anticoagulant oral (TAO) està indicat en les persones amb risc de patir una malaltia tromboembòlica per diferents patologies (valvulopaties cardíques, pròtesis valvulars, fibril·lació auricular crònica, etcètera). El benefici d'aquesta mesura terapèutica es basa en la reducció del risc tromboembòlic mitjançant l'ús d'anticoagulants orals. La reducció del risc està estretament lligada al manteniment d'uns nivells d'anticoagulació molt ajustats, variables segons la indicació de base. Per altra banda, se sap que molts fàrmacs i aliments, a banda de l'incompliment terapèutic, alteren per excés o per defecte el nivell de coagulació.

Tradicionalment, la majoria de pacients que segueixen tractament anticoagulant oral (TAO) són atesos en unitats especialitzades dels centres hospitalaris. Per diverses raons, principalment l'accessibilitat de l'usuari al centre de salut i l'augment de la capacitat resolutiva dels professionals d'atenció primària, s'ha plantejat incorporar aquest tipus d'atenció a la cartera de serveis que ells poden oferir. Amb aquest objectiu, s'inicia un primer nivell d'aplicació que consisteix a atendre en els equips d'atenció primària (EAP) els pacients que compleixen tots els criteris següents: pacients diagnosticats d'arítmia completa per fibril·lació

auricular crònica (es calcula que poden representar entre un 50 per cent i un 60 per cent dels atesos en els serveis d'hematologia), inici del tractament superior a 6 mesos, INR estable i acceptació per part del pacient. Els pacients amb la resta d'indicacions (valvulopaties, TVP, TEP, inici de tractament en ACxFA crònica, etcètera) mantindrien el control hospitalari.

Cada unitat assistencial bàsica atén els pacients amb indicació de TAO que té assignats, tant al centre com a domicili, amb l'objectiu que hi participin tots els professionals de cadascun dels equips d'atenció primària. D'acord amb la informació disponible, 640 pacients de la Regió Sanitària amb tractament anticoagulant oral han estat controlats pels EAP corresponents al llarg de l'any 2003.

Regió Sanitària Centre



Anàlisi de l'activitat quirúrgica oncològica en els hospitals

Entre els objectius del Pla director d'oncologia a la Regió Sanitària Centre per a l'any 2003 hi havia el de realitzar un estudi sobre l'activitat quirúrgica oncològica en els hospitals. L'estudi (que analitza les dades CMBDAH dels anys 2001 i 2002 dels 12 hospitals) tenia com a finalitat disposar del màxim nivell de coneixement objectiu per a un procés de planificació de l'activitat quirúrgica oncològica, per tal de garantir la màxima qualitat i eficiència possible en el tractament d'aquestes patologies a la població. A partir d'aquest estudi, la Regió ha elaborat una proposta de reordenació de la cirurgia oncològica, en el qual es classifiquen els hospitals per nivells assistencials i tipus de tumor, que ha estat presentada als proveïdors i ha marcat les pautes d'actuació dels propers anys.

Conclusions de l'estudi sobre l'activitat quirúrgica oncològica

- Els hospitals de la Regió assumeixen el 80 per cent de la patologia oncològica, però amb desigual penetració.
- Els hospitals de la Regió realitzen la majoria de les intervencions quirúrgiques de les neoplàsies més freqüents, amb l'excepció del càncer de pulmó, del qual només en practiquen el 50 per cent (tot i tenir hospitals preparats).
- Les freqüències i fluxos són diferents en cada sector de la Regió.
- La demanda regional permet assolir el nombre mínim de pacients que es considera crític per tal de garantir uns bons resultats assistencials, sem-

pre que es concentrin les intervencions per neoplàsies de baixa incidència (com esòfag, pàncrees i fetge).

Reordenació de l'atenció hospitalària al Vallès

L'any 2003, la Regió ha realitzat dos estudis sobre la situació de l'atenció especialitzada i futura reordenació al Vallès Occidental i al Vallès Oriental.

L'estudi del Vallès Occidental se centra en l'anàlisi de la demanda, l'activitat i els fluxos de l'atenció especialitzada. Els centres estudiats són la Mútua de Terrassa, el Consorci Sanitari de Terrassa, la Corporació Sanitària Parc Taulí i els centres d'especialistes gestionats per l'ICS. Les principals conclusions són:

- L'increment general de la penetració dels dispositius del Vallès Occidental, la reducció de la pressió assistencial a Sabadell i l'homogeneïtzació de les freqüències entre territoris, a través de models cooperatius per línies d'activitat i l'establiment de recursos que permetin reforçar fluxos d'apropament.
- L'augment de la penetració i concentració de l'activitat terciària amb criteris de massa crítica suficient, expertesa i seguretat que seran assumibles sobre la base de criteris de col·laboració entre proveïdors i equips de professionals.
- La consolidació de la reordenació de l'atenció especialitzada a Sabadell a través de models d'integració funcional adreçats a la millora de la capacitat resolutiva de l'atenció especialitzada no hospitalària i l'establiment de nous recursos a mitjà i llarg termini (centres lleugers).

- La coordinació dels agents implicats en el procés de reordenació a través d'aliances estratègiques i consensos clínics (protocols clínics i de derivació) i la coordinació entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada.

El primer aspecte que destaca de l'estudi del Vallès Oriental és un elevat i constant increment de la població. La comarca es divideix en tres territoris, segons l'hospital que l'atén: l'Hospital General de Granollers (i la Policlínica del Vallès amb caràcter complementari), l'Hospital de Mollet i l'Hospital de Sant Celoni. S'estudia l'estat de la reordenació de l'atenció especialitzada als CAP II de l'ICS de Mollet i Granollers. S'observa un dèficit de recursos hospitalaris amb relació a la mitjana de Catalunya, amb una bona productivitat dels recursos instal·lats.

Les principals propostes de futur (consensuades amb els proveïdors) són:

- Potenciació de la coordinació dels tres hospitals, amb l'Hospital General de Granollers de referència per a tota la comarca.
- Ampliació, a l'Hospital General de Granollers, de consultes externes, quiròfans, gabinets diagnòstics i hospitals de dia a curt termini, i el nombre de llits a mitjà termini.
- Desplaçament d'algunes especialitats de l'Hospital General de Granollers a l'Hospital de Sant Celoni.
- Construcció del nou hospital de Mollet.

Regió Sanitària Barcelona Ciutat

Circuit Barcelona contra la violència vers les dones

L'any 2001, la Corporació Sanitària de Barcelona i l'Ajuntament de Barcelona van impulsar la creació del Circuit Barcelona contra la violència vers les dones, amb la finalitat d'implementar estratègies de coordinació entre diferents àmbits i professionals com a condició necessària per donar una atenció de qualitat a les dones que pateixen situacions de violència, tenint en compte també la dimensió preventiva. Després de dos anys de treball en comú s'han incorporat al circuit nous agents i institucions representants dels àmbits sanitari, social, policial, judicial, educatiu i associatiu, fet que ha permès crear un circuit local d'actuació en casos de violència de gènere, la qual cosa ha significat estructurar un sistema articulat i homogeni d'atenció. El circuit s'ha estructurat a partir d'una comissió tècnica, formada per representants dels diferents àmbits que el conformen (sanitari, social, policial, educatiu, judicial, serveis especialitzats i entitats de dones); s'han creat diferents grups de treball al voltant de la problemàtica, i s'han constituït circuits a tots els districtes de la ciutat.

Amb unes estratègies basades en la participació de tots els agents, la coordinació, la protocol·lització, la informació i la formació, el circuit s'ha plantejat els objectius següents:

- Incrementar la coordinació interprofessional com a element necessari per a la millora de l'atenció a les dones i els seus fills i filles.
- Avançar en la prevenció de la violència a través d'actuacions i propostes

proactives que evitin la perpetuació de causes.

- Evitar la victimització secundària facilitant als professionals una formació específica sobre el fenomen de la violència de gènere que permeti, al mateix temps, analitzar el model d'intervenció.
- Adequar, avançar i innovar. Reflexionar sobre projectes i pràctiques que s'estan desenvolupant en l'atenció, la prevenció i la recerca permet aprofundir en els models d'intervenció futurs.
- Contribuir a aconseguir una Barcelona lliure de violència vers les dones. Treballar en l'eradicació progressiva de la violència des d'una doble dimensió: avançar en la millora i l'eficàcia de l'atenció i fer-ho amb una metodologia basada en el diàleg de la diferència, la pluralitat i la creació d'espais comuns de consens.

L'observatori de tendències de serveis sanitaris de Barcelona

L'observatori de tendències de serveis sanitaris de Barcelona (BOTSS) s'emmarca en un entorn de consens entre els proveïdors de serveis sanitaris públics i l'administració sanitària de la ciutat de Barcelona. La missió del BOTSS es concreta en els aspectes següents:

- Disposar d'informació per a la gestió i la planificació dels serveis sanitaris a Barcelona de manera que es faciliti la comparació i la millora.
- Constituir un espai de treball cooperatiu que permeti a tots els agents que hi participen millorar els seus processos de gestió clínica i planifi-

cació estratègica sobre la base d'una visió integrada dels serveis sanitaris de Barcelona.

- Reforçar les xarxes actives i el treball en equip dels professionals, dels proveïdors de serveis sanitaris i de l'Administració a la ciutat de Barcelona, i entre aquests i d'altres entitats interessades en els processos de desenvolupament estratègic de l'entorn sanitari a Catalunya, sobre un sistema d'informació compartit i transparent.

L'observatori, al qual es pot accedir a través de la web de la CSB, pretén ser una eina tècnica d'informació que incorpora i relaciona un conjunt d'indicadors per analitzar el funcionament i l'evolució de la prestació dels serveis sanitaris públics de la ciutat de Barcelona. A més de l'àrea d'indicadors, el BOTSS ofereix una àrea documental que conté informació i documentació relacionada amb els serveis sanitaris i una àrea de grups de treball.



Resumen

Me complace presentar, por primera vez, la memoria anual del CatSalut, que repasa de forma exhaustiva la actividad y los hechos más significativos que se produjeron a lo largo del año 2003 en el sector sanitario público.

Como todos sabemos bien, el año 2003, y sobre todo el final del mismo, fue un momento de cambio en el ámbito político. A finales de diciembre de 2003, un nuevo Gobierno iniciaba su andadura, al igual que el Departamento de Salud y su nuevo equipo directivo.

Con la llegada de este Gobierno se ha producido, como no podía ser de otra manera, una modificación en las prioridades que han marcado esta actividad a partir de 2004 y que permitirán dibujar una Cataluña socialmente avanzada.

Permítaseme explicar, brevemente, en qué consiste este cambio de prioridades al que me he referido. El nuevo modelo sanitario que estamos instaurando (el Sistema Catalán de Salud) integra y prioriza tres grandes ejes: la salud pública (incluida la salud laboral y medioambiental), la atención sanitaria y los servicios sociales de atención a la dependencia. Además, hemos empezado a establecer las bases para adaptarnos a la nueva organización territorial de Cataluña en veguerías. Un cuarto eje consiste en revisar la organización y financiación del nuevo modelo sanitario incluyendo medidas como la descentralización, en el marco de la nueva organización territorial de Cataluña. Deseamos aplicar este principio en Cataluña mediante la creación de consorcios que incorporarán la Administración local a la gobernabilidad de estos entes: compartir el gobierno con los municipios.

Para facilitar la consecución de estos objetivos, el nuevo Departamento de Salud está efectuando una redistribución de funciones y líneas de responsabilidad. En este sentido, el CatSalut, por ejemplo, debe avanzar y consolidar su función de aseguradora pública (equidad, universalidad, compra y evaluación de servicios) y fortalecer su papel como ente integrador y regulador de la provisión de servicios sanitarios en Cataluña.

Con su dedicación diaria, los profesionales asistenciales y no asistenciales, los gestores y el personal de la Administración sanitaria han posibilitado y posibilitan la actividad recogida en este documento que presentamos, que es tanto como decir la actividad del conjunto de la red sanitaria de utilización pública de Cataluña. Quiero aprovechar estas líneas para agradecer y reconocer la gran labor que desarrollan al servicio de la ciudadanía y pedirles que sigan trabajando con ilusión, ambición y esperanzas de futuro.

Marina Geli Fàbrega

Consejera de Salud

Aunque mi nombramiento como director del CatSalut se produjo ya entrado el año 2004, me permito presentar brevemente las realizaciones alcanzadas durante el 2003 por el conjunto de la red sanitaria de utilización pública y del organismo que asegura el acceso de los ciudadanos a la misma, es decir, el CatSalut. Unas noticias y unos datos muy bien sistematizados en las páginas siguientes y que pueden consultarse con mayor amplitud en la memoria aprobada por el Consejo Catalán de la Salud, accesible en el web del CatSalut.

Citaré como ejemplos destacados dos aspectos que han afectado a la universalidad y accesibilidad del sistema de salud, unos principios básicos de nuestro modelo sanitario. Por una parte, la puesta en marcha de la libre elección de equipo de atención primaria, un objetivo largamente ambicionado tanto por los ciudadanos como por las organizaciones de usuarios y que hace efectivo uno de los principales derechos relativos a nuestra salud como es el de elegir los profesionales que queremos que nos atiendan y que, además, responde a la evolución de la movilidad de la población. Este paso adelante sólo se ha podido producir a partir del momen-

to en que ya había concluido la reforma de la atención primaria en todas las regiones sanitarias. Por otra, la universalización de la atención, el hecho de que nos situemos en casi siete millones de personas que disponen de tarjeta sanitaria, muestra la extensión de nuestra cobertura, independientemente de los datos estadísticos de los censos.

El futuro que se está dibujando para el sistema de salud prevé una mayor participación de los entes municipales y una más amplia responsabilización de las entidades proveedoras respecto a la población de su territorio, tanto en lo referente a integración de actividades sanitarias como a asunción de nuevas competencias, como las relacionadas con la salud pública. Asimismo, el ambicioso programa de equipamientos fijado con el objetivo de 2010 muestra hasta qué punto es importante renovar el esfuerzo para crear nuevos dispositivos, sustituir los obsoletos e invertir en los grandes complejos hospitalarios para mantenerlos modernizados, sin dejar de lado inversiones individualmente más modestas pero muy necesarias en los centros de atención primaria y que en conjunto representan cerca de una cuarta parte de las inversiones previstas hasta 2010. En los próximos años también debemos ofrecer todo nuestro apoyo a los centros de salud mental y a los centros sociosanitarios (ya sea en equipamientos exclusivos o integrados en otros dispositivos), dos líneas asistenciales que están en proceso de reordenación y redefinición para poder responder a una demanda de tendencia muy creciente y que lleva implícito un elevado coste social.

La mejora de la atención –y de la calidad– debe hacerse efectiva con el cumplimiento de compromisos tales como la reducción de los tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas, el aumento del tiempo de las visitas de los médicos de los centros de atención primaria y la incorporación de nuevos profesionales a los centros sanitarios, especialmente a la asistencia primaria. Retos en los que están trabajando tanto la Consejería y el CatSalut como los centros proveedores y para los que necesitamos la complicidad de los miles de profesionales de esta red sanitaria. Una red que continúa siendo un modelo de eficiencia e innovación para los sistemas de salud del Estado y del extranjero

ro que siguen nuestros pasos, pero que sobre todo queremos que constituya un ejemplo de buena resolución de los problemas de salud de nuestra ciudadanía.

Carles Manté
Director del CatSalut

El CatSalut y el sistema sanitario público

El CatSalut: el aseguramiento sanitario público según un nuevo esquema conceptual y funcional

Con la aprobación de la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña (LOSC) en 1990 se formaliza el modelo sanitario catalán. Se trata de 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 recoge una tradición de entidades (mutuas, fundaciones, consorcios, centros de la Iglesia) históricamente dedicadas a la atención de la salud. El Servicio Catalán de la Salud, creado por la LOSC, se constituye en el planificador, financiador, evaluador y comprador de los servicios sanitarios. Desde su visión integral del sistema sanitario y su función integradora de todos los recursos, el Servicio Catalán de la Salud garantiza los principios básicos del sistema de salud: servicio público financiado públicamente, asistencia universal, equidad, accesibilidad, promoción de la salud y eficiencia de la organización sanitaria (racionalización y simplificación).

El aseguramiento y la planificación

El Servicio Catalán de la Salud entra, a partir de 2000, en un proceso de transformación para convertirse en la aseguradora pública de Cataluña (CatSalut), cuyos objetivos son asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario y situar a los ciudadanos en el centro de la gestión sanitaria y de la salud. La accesibilidad, la participación, la atención directa, la corresponsabilización con la salud, la información y comunicación, la prevención o el estudio de demandas futuras son aspectos en los que incide esta gestión activa de las necesidades de la población.

Determinar qué hay que satisfacer y para quién hay que hacerlo es el reto desde la perspectiva de la planificación de servicios y para el desarrollo de las políticas sanitarias. En este sentido, el CatSalut ha avanzado hacia un modelo basado en un servicio nacional de salud en el que, con un planteamiento de solidaridad, refuerza su función implícita de aseguramiento público atendiendo a dos principios fundamentales: el principio de equidad y el de universalidad. Esta función se ve complementada con un alto compromiso de eficiencia en la gestión interna y con la búsqueda de elementos de participación y corresponsabilidad de los profesionales y proveedores, así como con la atención a las necesidades y expectativas de los ciudadanos, que son el eje vertebrador de todas las actuaciones.

Estructura organizativa

La estructura organizativa responde a la función del CatSalut como garante de la calidad y como pieza clave para dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos con la oferta de los proveedores de servicios sanitarios. La estructura organizativa sigue formada por tres ámbitos. Por una parte, los servicios matrices y la estructura desconcentrada territorial de regiones sanitarias y sectores sanitarios. En segundo lugar, las empresas públicas adscritas al CatSalut. Y, por último, los órganos de participación comunitaria presentes en todos los niveles de la organización.

La red sanitaria de utilización pública

La red sanitaria de utilización pública está configurada por todos los centros, servicios y profesionales que garantizan la asistencia a la población de Cataluña y es de financiación pública. El CatSalut planifica y actúa como garante mediante los contratos de compra de servicios para que los recursos sanitarios, económicos y humanos de esta red estén al servicio de los ciudadanos con criterios de equidad y eficiencia, con el objetivo final de mejorar la calidad.

Principales proyectos de 2003

Las principales líneas estratégicas del CatSalut derivan de las responsabilida-

des inherentes a asumir la función de aseguradora:

- La calidad como vía hacia la excelencia.
- Una visión integral y transversal de los servicios.
- El reconocimiento de la libertad de elección de los ciudadanos.
- La información y la transparencia en todas las relaciones entre los agentes del sistema sanitario.
- La capacidad de innovación.
- La orientación hacia los resultados, evaluándolos y midiendo si se avanza según las previsiones y en las líneas fijadas.
- La corresponsabilización de los agentes (incluidos los ciudadanos) con el sistema.
- La sostenibilidad como garantía de futuro del sistema de salud.

La atención sanitaria

Una vez concluida la reforma de la atención primaria en todo el territorio, se han iniciado algunas acciones consideradas estratégicas para la mejora de este ámbito de atención, como la libre elección de médico y EAP, que deben permitir un servicio más próximo al ciudadano en este primer nivel asistencial. También se ha avanzado en la extensión de los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva y en el Programa de atención a las personas de edad, con inclusión de objetivos en los contratos y la elaboración de guías de práctica clínica específicas, como las de caídas y polimedización, por ejemplo. Hay que destacar, asimismo, la creciente coordinación de la atención primaria sanitaria con la atención primaria social que despliega el Departamento de Bienestar y Familia. Por lo que respecta a la progresiva integración de especialistas, se ha presentado la propuesta para poder completarla.

En el ámbito sociosanitario, prosigue el despliegue de recursos del Plan sociosanitario 2000-2005, que incluye el Plan de demencias, el Plan de cuidados paliativos, el Plan de atención a las personas con enfermedades neurodegenerativas y daño cerebral y el Plan de atención geriátrica.

La reordenación de la atención psiquiátrica y la salud mental (que se prevé finalice en 2007) incluye la reconver-

sión de los hospitales psiquiátricos y la mejora de los servicios de atención psiquiátrica y salud mental comunitarios. Asimismo, se están revisando los estándares de calidad que los centros deben cumplir para formar parte de la red de centros, servicios y establecimientos de salud mental de utilización pública. Además, en este nivel de la atención hay que contar con el Plan integral de atención a las personas con enfermedad mental, un plan interdepartamental presentado a las entidades proveedoras y familiares de enfermos.

Entre los planes más específicos hay que destacar el Plan integral de la cardiopatía isquémica, para el que se ha elaborado una guía de práctica clínica, se ha formado al personal de los EAP en apoyo vital básico y utilización de desfibriladores semiautomáticos, se ha dotado a los CAP de un aparato de desfibrilación y se ha implantado un circuito rápido de acceso para estos pacientes en los hospitales de la XHUP. El Plan director de oncología ha permitido implantar circuitos de diagnóstico rápido y la inclusión de objetivos en los contratos de atención primaria y de los hospitales, así como iniciar el registro de cáncer de Cataluña. Por lo que respecta al Plan de atención a la enfermedad vascular cerebral, se ha incidido en el fomento de hábitos saludables, mejora de la información y protocolización de actuaciones clínicas. El Plan de atención a las urgencias psiquiátricas ha posibilitado la apertura de nuevos servicios de urgencias psiquiátricas en los hospitales y de servicios de consulta médica telefónica a médicos de urgencias y de atención continuada. En el marco de este plan se han establecido protocolos de colaboración con otras instituciones, como la fiscalía, el Tribunal Superior de Justicia y el Departamento de Justicia e Interior. El Plan integral de urgencias de Cataluña se va consolidando mediante el incremento y planificación de los recursos y las campañas informativas (no sólo de forma generalizada en invierno, sino también en épocas vacacionales en las zonas más turísticas).

El Programa de inversiones en infraestructuras sanitarias ha supuesto mejoras en los hospitales del ICS (entre las que destacan la ampliación del Hospital de Bellvitge y el Centro Sociosanitario Joan XXIII de Tarragona), el progreso de los proyectos de nuevos hospitales de Sant Joan Despí, Sant Boi

de Llobregat y Mollet, así como los hospitales ya en construcción de Santa Caterina de Salt, Igualada y el nuevo Sant Pau de Barcelona. Catorce nuevos CAP se han añadido a la red de centros de atención primaria.

Otras mejoras en la atención sanitaria se definirán mediante proyectos en curso como la evaluación de la demanda sanitaria, la definición de la cartera de servicios (se dispone de una primera versión contrastada con los proveedores) y el catálogo de servicios terciarios con su mapa de recursos y procedimientos.

Principales proyectos

- Plan de mejora de la atención primaria
- Coordinación de la atención primaria social y sanitaria
- Reforma de la atención especializada
- Reordenación de la atención psiquiátrica y la salud mental
- Plan integral de urgencias de Cataluña
- Plan integral e interdepartamental de atención a las personas con enfermedad mental
- Plan sociosanitario 2000-2005
- Plan integral de la cardiopatía isquémica
- Plan director de oncología
- Plan de atención a la enfermedad vascular cerebral
- Plan de atención a las urgencias psiquiátricas
- Atención a la salud sexual y reproductiva
- Programa de inversión en infraestructuras sanitarias
- Cartera de servicios
- Terciarismo
- Evaluación de la demanda sanitaria

El ciudadano, el asegurado, el cliente

La identificación del ciudadano como asegurado y los niveles de cobertura a los que tiene derecho se han reflejado en las nuevas tarjetas sanitarias, que ya incorporan dicha información.

En el ámbito de los derechos del ciudadano, lo más destacado ha sido la puesta en marcha de la libre elección de CAP y EAP a partir del mes de octubre y en todo el territorio, con un importante esfuerzo de divulgación entre la población, de implicación de los centros

proveedores y de gestión directa del procedimiento por parte de las unidades de atención al usuario de los CAP. También, en lo que respecta a los derechos de los ciudadanos en cuanto a obtener una atención de calidad, se ha elaborado un manual que recoge el procedimiento de reclamaciones para el conjunto del sistema sanitario y se ha iniciado la implantación de un aplicativo informático para gestionarlas más adecuadamente y de forma integral.

El Plan de encuestas a los asegurados para el periodo 2003 ya dispone de resultados preliminares en los ámbitos de la atención primaria, hospitalaria, sociosanitaria y de salud mental.

En cuanto al progreso en la incorporación de procedimientos en garantía de lista de espera mínima, se han añadido tres a los catorce ya existentes. Se trata de las septoplastias, las amigdalectomías y la prótesis de rodilla. También se ha avanzado en la capacidad de información a los pacientes en lista de espera, tanto en las quirúrgicas como en las ambulatorias, puesto que para estas últimas se dispone de un sistema de información trimestral de las listas de espera de consultas externas y pruebas diagnósticas.

Un plan de ordenación de la rehabilitación ha previsto medidas para alcanzar un equilibrio territorial de la asistencia y poder atender, asimismo, las necesidades de colectivos especiales.

Principales proyectos

- Grado de satisfacción de los asegurados
- Atención al cliente: procedimiento de reclamaciones
- Libre elección de EAP
- Procedimientos en lista de espera
- Información sobre las listas de espera
- Ordenación de la rehabilitación
- Nivel de cobertura

La eficacia

El año 2003 se ha planteado la modificación de los sistemas de pago. Con este objetivo futuro se ha iniciado el diseño de nuevos modelos de contrato de atención primaria, sociosanitaria y de salud mental, así como la actualización del decreto de la XHUP. Se trabaja en la línea de modificar el pago con una orientación más integral de las líneas de servicio, facilitando la coordinación

entre proveedores y con la incorporación de la medida de la calidad. Así, en el ámbito de la asistencia primaria se han definido objetivos comunes a todos los EAP para incluirlos en los contratos. Hay que hacer especial mención de la prueba piloto del sistema de compra de base poblacional que, en su tercer año, se ha decidido extenderla a otros territorios y prorrogarla hasta 2005. También deben mencionarse los avances en las relaciones contractuales con el ICS.

Otro de los aspectos vinculados a la contratación de servicios analizado durante 2003 ha sido el transporte sanitario, del que se ha efectuado una valoración a fin de orientar el nuevo concurso, que debe significar una transición hacia un nuevo modelo.

En el ámbito de los sistemas de información, se ha avanzado en el Plan de sistemas, que se realiza sobre tecnología Internet y ofrece una respuesta a las necesidades de gestión de información de forma integrada. La información asistencial se ha beneficiado de la mejora del CMBD, con nuevos requerimientos para la atención hospitalaria, sociosanitaria y de salud mental y la prueba piloto para el CMBD de la atención primaria. Por lo que respecta a la obtención de información para la gestión y análisis económico-financiero del conjunto del sistema sanitario, hay que señalar los avances de la Central de Balances y la creación a finales de año de la Central de Resultados, consensuada con las asociaciones de proveedores.

Principales proyectos

- Modificación de los sistemas de pago
- Contratos de los EAP: objetivos comunes y evaluación
- Sistema de compra de base poblacional
- Contratación con el ICS
- Transporte sanitario
- Plan de sistemas de información
- Mejora del CMBD
- Central de Balances
- Creación de la Central de Resultados
- Plan de calidad y comunicación interna

La sostenibilidad

El mantenimiento de la calidad del modelo sanitario y la amplia cobertura y accesibilidad territorial de los servicios

de salud de Cataluña exigen un esfuerzo que asegure la sostenibilidad a largo plazo. El CatSalut tiene que poder responder al incremento de la demanda derivada del envejecimiento de la población y de cambios sociales como la inmigración. También hay que prever la incidencia cada vez mayor de determinadas patologías (enfermedades neurodegenerativas, fibromialgia) y de nuevas técnicas diagnósticas y asistenciales (fecundación *in vitro*, implantes cocleares, cirugías específicas como la de la epilepsia y el Parkinson, entre otras).

Un elemento importante para la sostenibilidad económica es la racionalización del gasto en ámbitos como la atención farmacéutica y las prestaciones complementarias. La elaboración de un plan de acción para la contención del gasto farmacéutico de aplicación a corto plazo ha de representar una mejora en la prescripción (con acciones como una mejor coordinación entre la atención primaria y la especializada) y en el control de recetas facturadas. En otro sentido, pero con el mismo objetivo de contención del gasto farmacéutico, se ha incidido en campañas de educación sanitaria sobre uso de medicamentos (antibióticos, genéricos). El control en las prestaciones ortoprotésicas y, aunque muy específico pero de gran impacto económico, el de los absorbentes para incontinencia urinaria son otros ámbitos donde se incide en esta contención del gasto.

Para incrementar los ingresos hay que mencionar aspectos como el seguimiento del fondo de cohesión interterritorial del Estado –que supone el control de la atención prestada a personas desplazadas de otras comunidades autónomas–, el seguimiento de la incapacidad temporal y la atención a extranjeros.

Principales proyectos

- Respuesta a nuevas demandas asistenciales y tecnológicas
- Seguimiento del modelo de financiación sanitaria
- Incremento de ingresos
- Racionalización del gasto farmacéutico

Abstract

For the first time, I am pleased to present CatSalut's Annual Report, which provides an exhaustive overview of the most important activities and events that took place in 2003 in the public healthcare sector.

As you may know, the political scenario changed considerably in 2003, especially in the last part of the year. At the end of December 2003, a new government took office and a new management team took control of the Catalan Ministry of Health.

As expected, the arrival of this new government led to a change in the Ministry's priorities starting in 2004, with the aim of making Catalonia even more socially advanced.

Allow me briefly to explain what this change in priorities has meant. The new healthcare model we are setting up (the Catalan Healthcare System) includes three areas of priority: public health (including industrial and environmental health), healthcare and dependent-care social services. We have also begun to lay the foundations to adapt the system to the new organization of the territory of Catalonia in *vegueries*. A fourth area of priority involves reviewing the organization and financing of the new healthcare model and will include measures such as decentralization

within the framework of the new territorial organization of Catalonia. Our aim is to apply this principle to Catalonia by creating consortia with the participation of the local administration in the control of these tools, which means sharing control of the territory with the municipalities.

In order to achieve these goals, the new Ministry of Health is redistributing functions and lines of responsibility. In this regard, CatSalut must advance and consolidate its role as the public-health provider (in terms of fairness, universality, purchase and evaluation of services) and strengthen its role as an integrating and regulatory tool for the provision of healthcare services in Catalonia.

Through their day-to-day work, care and non-care professionals, managers and administrative healthcare staff members have made the activities described in this document possible, which is equivalent to the entire public healthcare network in Catalonia. I would like to take this opportunity to acknowledge and express my appreciation for the work they have done for the citizens of Catalonia and encourage them to continue working with the same eagerness, ambition and hope for the future.

Marina Geli Fàbrega
Minister for Health

Although I was named Director of CatSalut in 2004, I would like briefly to describe the events that occurred in 2003 in the public healthcare network, as well as the action taken by CatSalut, the organization responsible for guaranteeing citizens' access to the public healthcare network. These events and other data are clearly presented in the following pages and more detailed information is available in the Annual Report approved by the Catalan Health Council, which can be accessed at the CatSalut website.

I would like to mention two factors that have affected the universality and accessibility of the healthcare system, which are counted among the basic principles of our healthcare model. The first factor is the new system whereby users can freely choose their primary-care team, a basic right that has long been a goal of users and consumer-

rights organizations. This new measure responds to advances made in user mobility and acknowledges one of the chief health rights of the general public: the right of users to choose the professionals who provide them with care. This major step forward could only be taken once the reform of the primary-care system was completed in all healthcare areas. With regard to the universality of healthcare, the fact that nearly seven million people have healthcare cards shows how extensive our coverage is, regardless of what census statistics may show.

The future of the healthcare system will involve greater participation by municipal governments and more extensive responsibilities of the organizations providing care with respect to the people in their territory, in that they will take charge of certain healthcare activities and assume new competencies, such as those related to public health. Moreover, the ambitious public-services program that will be in place until 2010 shows how important it is to redouble the effort to implement new measures, do away with obsolete ones and invest in large hospital complexes to ensure they are as modern as possible, without overlooking individual investments in primary healthcare centers that may be more smaller, but are certainly necessary. All told, these smaller investments represent nearly one-fourth of all investments planned until 2010. In the years to come we will also have to offer all our support to mental-health centers and social-health centers, including those operating as independent centers and those forming part of larger complexes. These two lines of healthcare are currently being reorganized and redefined to be able to respond to a growing demand that implicitly involves high social costs.

Improving healthcare and the quality of care must be achieved through such measures as effectively reducing waiting times for operations, increasing the time doctors spend with their patients at primary-care centers and hiring new professionals at healthcare centers, especially those where primary care is provided. Work is being done to address these challenges at the Ministry of Health and CatSalut, and also at care centers, and calls for the commitment of the thousands of professionals

currently working in the healthcare network. This network must continue to be a model of efficiency and innovation for the Spanish and foreign healthcare systems that follow our lead. But, more than anything, we want it to be an example of how the healthcare problems of the people of Catalonia should be solved.

Carles Manté
Director, CatSalut

CatSalut and the Public Healthcare System

CatSalut: Providing Healthcare in Accordance with a New Conceptual and Functional Plan

The 1990 Healthcare Organization Act of Catalonia (LOSC) set up the framework for the Catalan healthcare model. This mixed model provides for a single public network for all healthcare resources, regardless of whether or not they are publicly owned, and reflects the tradition of institutions (mutual insurance companies, foundations, consortia, religious centers, etc.) historically dedicated to healthcare in Catalonia. The Catalan Healthcare Service, created by the LOSC, was constituted as the planner, financier, evaluator and purchaser of healthcare services. Based on its comprehensive vision of the healthcare system and its role as integrator of all resources, the Catalan Healthcare Service guarantees the basic principles of the healthcare system: a public service financed with public funds, universal healthcare, fairness, accessibility, the promotion of health, and the efficiency of the healthcare organization based on a simplified, logical approach.

Providing and Planning Care

In 2000, the Catalan Healthcare Service began a transformation process to become the public care provider in Catalonia (CatSalut) with the aim of ensuring the sustainability of the healthcare system and placing users at the center of healthcare management and health. Accessibility, participation, direct care, joint responsibility for

health, information and communication, prevention, and the study of future demand are areas actively managed by the system to cover the needs of the population.

The challenge of planning services and developing healthcare policies involves determining which needs should be satisfied and by whom. In this regard, CatSalut has moved toward a model based on a national healthcare service where the emphasis is on solidarity and strengthening the implicit function of public provision while bearing in mind two basic principles: fairness and universal healthcare. This responsibility is complemented by a strong commitment to efficiency in internal management and the search for ways of participating and creating joint responsibility with professionals and care providers, as well as being aware of the needs and expectations of healthcare users, who are the reason behind all CatSalut actions.

Organizational Structure

The organizational structure is based on CatSalut's role as the guarantor of quality and as a key player when it comes to responding to the needs of users by making healthcare providers and services available. The organizational structure can still be divided into three areas. The first includes basic services and the decentralized territorial structure of healthcare regions and sectors. The second area encompasses public companies working with CatSalut, and the third area includes the bodies for community participation present in all levels of the organization.

The Public Healthcare Network

The public healthcare network is publicly financed and made up of all the centers, services and professionals that provide healthcare to the people of Catalonia. CatSalut plans and acts as guarantor through contracts for the purchase of services so the healthcare and financial and human resources in this network are at the service of users, in keeping with criteria of fairness and efficiency and with the ultimate aim of improving quality.

The Main Projects in 2003

Based on CatSalut's responsibilities as the party in charge of ensuring healthcare is provided, its main strategic lines of action are the following:

- Quality as the path to excellence.
- A comprehensive, cross-sectional view of the services provided.
- Acknowledgement of users' right to choose.
- Information and transparency in all relations between the players in the healthcare system.
- The capacity for innovation.
- An emphasis on results, evaluating them and determining whether they indicate that the system is advancing as anticipated and in accordance with the lines of action defined.
- Joint responsibility of all players for the system (including users).
- Sustainability as a guarantee for the future of the healthcare system.

Healthcare

Now that the healthcare reform has been concluded throughout the territory, some actions considered strategic for improving this care area have begun, such as allowing users to choose their doctor and primary healthcare team (EAP), which will provide for user-based service at this primary-care level. Progress has also been made in expanding sexual- and reproductive-healthcare services and in the Elderly Care Program by including objectives in contracts and publishing guides for specific clinical practices, such as patient falls and polymedication. Also of note is the increased coordination between primary healthcare and primary social care as provided by the Catalan Ministry of Welfare and the Family. Moreover, a proposal has been presented to progressively add specialists to the healthcare service.

In the social health area, the implementation of resources included in the 2000-2005 Social Health Plan continues. This plan includes the Dementia Plan, the Palliative Treatment Plan, the Healthcare Plan for People with Neurodegenerative Diseases and Cerebral Damage and the Plan for Geriatric Care.

The reorganization of psychiatric care and mental health (scheduled to be concluded by 2007) includes the

conversion of psychiatric hospitals and the improvement of community psychiatric-care and mental-health services. The quality standards these centers must comply with to form part of the network of public mental-health centers, services and establishments are also being reviewed. Moreover, this care level has its own Comprehensive Plan for the Care of People with Mental Disorders, an interdisciplinary plan that was presented to care providers and the family members of patients.

More specific plans include the Comprehensive Plan for Ischemic Heart Disease, through which a guide to clinical practice has been published, staff members have been trained on basic life support and the use of semiautomatic defibrillators, all primary-care centers have been equipped with a defibrillation device, and a rapid-access circuit for these patients has been set up at the hospitals included in the public hospital network (XHUP). The Oncology Master Plan has made it possible to set up rapid-diagnosis circuits, include objectives in primary-healthcare and hospital contracts, and begin the Catalonia cancer register. The Healthcare Plan for Cerebral Vascular Disease has worked on promoting healthy habits, improving information and creating a protocol for clinical action. The Healthcare Plan for Psychiatric Emergencies has made it possible to open new emergency psychiatric services at hospitals and set up medical-consultation services by telephone for doctors working in emergency rooms and continuing care. Within the framework of this plan, protocols have been drawn up for collaboration with other institutions, such as the public prosecutor, the High Court of Catalonia and the Catalan Ministry of Justice and the Interior. The Comprehensive Emergency Plan of Catalonia has been consolidated through an increase in and better planning of resources and information campaigns (not only general campaigns in the winter, but also holiday campaigns in the areas with the most tourism).

The Program for Investment in Healthcare Infrastructure has provided for improvements in the hospitals of the Catalan Healthcare Institute (ICS) (such as the expansion of Bellvitge Hospital and the Joan XXIII Social Health Center

in Tarragona), the progress made on projects for new hospitals in Sant Joan Despí, Sant Boi de Llobregat and Mollet, and the hospitals under construction, including the new Santa Caterina Hospital in Salt, the hospital in Igualada and the new Hospital de Sant Pau in Barcelona. Fourteen new primary-care centers have been added to the network of primary-care centers.

Other improvements in healthcare will be defined by projects in progress such as the evaluation of healthcare demand, the definition of the services portfolio (an initial version approved by providers is now available) and the catalogue of tertiary services with a map of resources and procedures.

Main Projects

- Primary Healthcare Improvement Plan
- Coordination of primary social care and healthcare
- Improvement of specialized care
- Reorganization of psychiatric care and mental health
- Comprehensive Emergency Plan of Catalonia
- Comprehensive Interdepartmental Plan for the Care of People with Mental Disorders
- 2000-2005 Social Health Plan
- Comprehensive Plan for Ischemic Heart Disease
- Oncology Master Plan
- Healthcare Plan for Cerebral Vascular Disease
- Healthcare Plan for Psychiatric Emergencies
- Sexual and reproductive healthcare
- Program for Investment in Healthcare Infrastructure
- Services portfolio
- Tertiary services
- Evaluation of healthcare demand

Citizens, users, customers

The identification of citizens as users and the levels of coverage they have a right to are reflected in the new healthcare cards, which contain this information.

In the area of users' rights, the most noteworthy event was the implementation of the policy to allow users to freely choose their primary-care center and team starting in October 2003 throughout Catalonia.

Considerable effort was made to inform the general public, get the care centers involved and provide for direct management of the procedure by the care units at the primary-care centers. In conjunction with users' right to obtain quality care, a manual was also published on the complaint procedure in the entire healthcare system, and work has begun to implement a computer application for improved, comprehensive complaint management.

The User Questionnaire Plan for the 2003 period has generated preliminary results in the areas of primary care, hospital care, social healthcare and mental healthcare.

With regard to progress in implementing procedures to guarantee minimum waits on waiting lists, three new procedures have been added to the fourteen existing ones. These procedures are septoplasties, tonsillectomies and knee prostheses. Progress has also been made regarding the information provided to patients on waiting lists for operations and out-patient procedures, given that a system is now available that provides quarterly information on waiting lists for out-patient consultations and diagnostic tests.

A plan to organize rehabilitation programs includes measures to provide for the territorial balance of care and to be able to attend to the needs of special groups.

Main Projects

- Level of user satisfaction
- Customer service: complaints procedure
- Free choice of primary-care team
- Waiting-list procedures
- Information on waiting lists
- Organization of rehabilitation
- Coverage level

Effectiveness

Modification of the payment system was addressed in 2003. This objective for the future was initially dealt with by designing new contract models for primary care, social healthcare and mental health, and by updating the XHUP decree. Work is being done to modify payment by taking a more comprehensive approach to the lines of

service, facilitating coordination between care providers and measuring quality. In the area of primary care, common objectives have been defined for all primary-care teams and have been included in the contracts. Of note is the pilot program for the population-based purchase system, now in its third year. The decision has been made to use the program in other territories and extend it until 2005. Also of note is the progress made in contractual relations with the ICS.

Another aspect related to contracting services analyzed in 2003 was healthcare transport, which was evaluated to have a clear idea of the direction to take in the new year. This evaluation will involve a transition toward a new model.

In the area of information systems, progress has been made with the Systems Plan, which is implemented using Internet technology and offers a response to needs related to integrated information management. Healthcare information has benefited from the improvement of the minimum data set (MDS), with new requirements for hospital care, social healthcare and mental healthcare, as well as the pilot program for the primary-care MDS. As far as obtaining information for management and economic and financial analysis of the entire healthcare system, advances have been made in the Balance Center and the creation at the end of the year of the Results Center, which has been approved by the association of providers.

Main Projects

- Modification of the payment system
- Contracts for primary-care teams: common objectives and evaluation
- Population-based purchase system
- Contracting with the ICS
- Healthcare transport
- Information Systems Plan
- Improvement of the MDS
- Balance Center
- Creation of the Results Center
- Quality and Internal Communication Plan

Sustainability

Maintaining the quality of the healthcare model and expanding territorial

coverage and accessibility of healthcare services in Catalonia also involve ensuring long-term sustainability. CatSalut has to be able to respond to the increased demand derived from an aging population and social changes such as immigration. It is also necessary to anticipate the growing incidence of certain pathologies (neurodegenerative diseases, fibromyalgia, etc.) and new diagnostic and healthcare techniques (*in vitro* fertilization, cochlear implants, specific kinds of surgery, such as those used to treat epilepsy and Parkinson's disease, among others).

An important factor for economic sustainability is organizing expenses in a rational way in areas such as pharmaceutical care and complementary services. Drawing up a short-term action plan to control pharmaceutical expenses should represent an improvement in drug prescription (with actions such as improved coordination between primary and specialized care) and in the control of the prescriptions invoiced. In another area, but with the same objective as controlling pharmaceutical expenses, healthcare-education campaigns have been implemented on the use of drugs (antibiotics, generic drugs, etc.). The control of orthoprosthetic services and urinary incontinence products (which are highly specific, but have a great economic impact) are other areas where an attempt has been made to control expenses.

To increase income levels, some points worth mentioning are the monitoring of the interterritorial cohesion funds provided by the Spanish government (which are related to controlling the care provided in Catalonia to people from other autonomous communities), the monitoring of temporary disability and healthcare for foreigners.

Main Projects

- Response to new care and technological demands
- Monitoring the healthcare financing model
- Increased income
- Organization of pharmaceutical expenses

Membres dels òrgans de direcció i participació

Consell de Direcció del CatSalut

President (conseller de Sanitat i Seguretat Social)	Xavier Pomés i Abella (fins al 19 de desembre de 2003) Marina Geli i Fàbrega (des del 20 de desembre de 2003)
Vicepresident primer (secretari general del Departament de Sanitat i Seguretat Social)	Ramon Massaguer i Meléndez (fins al 23 de desembre de 2003) David Vegara i Figueras (des del 24 de desembre de 2003)
Vicepresident segon (director del CatSalut)	Josep Prat i Domènech (fins al 7 de gener de 2003) Enric Mangas i Monge (des del 8 de gener de 2003)
Secretari (cap del Gabinet de Direcció del CatSalut)	Jaume Tort i Bardolet
Vocals	
· Regions sanitàries	Salvador Doy i Pica Alícia Granados i Navarrete (fins al 19 de gener de 2003) Josep Ganduxé i Soler (des del 20 de gener 2003) Joaquim Casanovas i Lax Luis Cabado i Vázquez
· Departament de Sanitat i Seguretat Social	M. Antònia Viedma i Martí Miquel Argente i Giralt Josep Oriol Morera i Miralta (fins al 6 d'abril de 2003) Enric Agustí i Fabré (des del 7 d'abril de 2003) Carles Manté i Forn
· Departament d'Economia, Finances i Planificació	Enric Mangas i Monge (fins al 19 de gener de 2003) Georgina Arderiu i Munill (des del 20 de gener de 2003)
· Consells comarcals de Catalunya	Ramon López i Lozano Eulàlia Solsona i Costa (fins al 13 de novembre de 2003) Josep Maria Sala i Esteban (des del 14 de novembre de 2003)
· Ajuntaments de Catalunya	Joan Puigdollers i Fargas José Ignacio Cuervo Argudín
· Organitzacions sindicals més representatives de Catalunya	Antoni Tuà i Molinos Roberto Villaescusa Saiz
· Organitzacions empresarials més representatives de Catalunya	Lluís Monset i Castells Boi Ruiz i Garcia

Consell Català de la Salut

President	Xavier Pomés i Abella (fins al 19 de desembre de 2003) Marina Geli i Fàbrega (des del 20 de desembre de 2003)	Organitzacions empresarials de l'àmbit sanitari	Josep Abelló i Padró Marcel·lí Moreta i Amat (fins al 13 d'abril de 2003) Josep Geli i Burgués (des del 14 d'abril de 2003) Boi Ruiz i Garcia
Generalitat de Catalunya	Miquel Argente i Giral M. Antònia Viedma i Martí Ramon Massaguer i Meléndez Salvador Doy i Pica Jaume Tort i Bardolet Marta Gordi i Aguilar Josep Prat i Domènech (fins al 7 de gener de 2003) Enric Mangas i Monge (des del 8 de gener de 2003) Carles Manté i Fors Patricio Martínez Jiménez	Organitzacions de consumidors i usuaris	Josep Lluís Jiménez i Sanz (fins al 13 d'abril de 2003) Sebastià Boix i García (des del 14 d'abril de 2003) Àlícia Puiguriguer i Mendieta (fins al 13 d'abril de 2003) Paqui Izquierdo i Torres (des del 14 d'abril de 2003) Carme Serarols i Arnau (fins al 19 d'octubre de 2003) Josep Raduà i Remolà (des del 20 d'octubre de 2003)
Consells comarcals	Daniel Rius i Guasch Ramon López i Lozano Joan Romero i Parramon (fins al 13 d'abril de 2003) Antoni Carbonell i Triola (des del 14 d'abril de 2003) Francesc Teixidó i Ibars	Corporacions professionals sanitàries	Jaume Aubia i Marimon (fins al 13 d'abril de 2003) Xavier Rodamilans de la O (des del 14 d'abril de 2003) Jordi Martínez i Planas (fins al 13 d'abril de 2003) David Rovira i Minguella (des del 14 d'abril de 2003) Dolors Fauria i Roma (fins al 13 d'abril de 2003) Mariona Creus i Virgili (des del 14 d'abril de 2003)
Ajuntaments	José Ignacio Cuervo Argudín Joan Armengué i Ribas Joan Castan i Peyron (fins al 21 de juliol de 2003) Manel J. Ferré i Montañés (des del 22 de juliol de 2003) Josep Alfons Albó i Albertí		Manuel Sabés i Xamaní (fins al 13 d'abril de 2003) Josep M. Antó i Boqué (des del 14 d'abril de 2003) Joan Rodés i Teixidor (fins al 13 d'abril de 2003) Francesc Vidal i Marsal (des del 14 d'abril de 2003)
Organitzacions sindicals	Llorenç Serrano i Giménez Jaume Jiménez i Palau (fins al 13 d'abril de 2003) Loreto Pujol i Masip (des del 14 d'abril de 2003) Roberto Villaescusa i Saiz Antoni Tuà i Molinos	Universitats	Manuel Sabés i Xamaní (fins al 13 d'abril de 2003) Josep M. Antó i Boqué (des del 14 d'abril de 2003) Joan Rodés i Teixidor (fins al 13 d'abril de 2003) Francesc Vidal i Marsal (des del 14 d'abril de 2003)
Organitzacions sindicals de l'àmbit sanitari	Luis Cabado Vázquez M. Lluïsa Montes i Pérez Juan José Casado Peña (fins al 13 d'abril de 2003) Juan Sánchez Osete (des del 14 d'abril de 2003)	Entitats científiques	Jordi Maeso i Lebrun (fins al 13 d'abril de 2003) Josep Farrés i Quesada (des del 14 d'abril de 2003)
Organitzacions empresarials	Jordi Calsina i Soler Francesc Gozálviz i Serrano (fins al 13 d'abril de 2003) Carlos Sisternas i Suris (des del 14 d'abril de 2003) Javier Ibars Álvaro Jordi del Cacho i Ribera	Diputació de Barcelona	Margarida Dordella i Cirera (fins al 13 d'abril de 2003) Immaculada Moraleda i Pérez (des del 14 d'abril de 2003)

Directori

Serveis matris del CatSalut

Travessera de les Corts,
131-159
Edifici Olímpia
08028 Barcelona
Tel. 93 403 85 85
Fax 93 403 89 25
catsalut@catsalut.net
www.gencat.net/catsalut

Regions sanitàries del CatSalut

Regió Sanitària Lleida
Av. Alcalde Rovira Roure, 2
25006 Lleida
Tel. 973 70 16 00
Fax 973 24 91 40
informa.rslle@catsalut.net

Servici Aranés dera Salut
Çò de Saforcada, s/n
25530 Vielha
Tel. 973 64 32 44
Fax 973 64 32 47

Regió Sanitària Tarragona
Av. Maria Cristina, 54
43002 Tarragona
Tel. 977 22 41 51
Fax 977 21 89 54
informa.rstar@catsalut.net

Regió Sanitària Terres de l'Ebre
La Salle, 8
43500 Tortosa
Tel. 977 44 81 70
Fax 977 44 96 25
informa.rste@catsalut.net

Regió Sanitària Girona
Sol, 15
17004 Girona
Tel. 972 20 00 44
Fax 972 20 38 66
informa.rsgir@catsalut.net

Regió Sanitària Costa de Ponent
Av. de la Granvia, 8-10, 5è
08902 L'Hospitalet de Llobregat
Tel. 93 421 32 55
Fax 93 432 14 65
informa.rscp@catsalut.net

Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme
Av. Martí i Pujol, 198-202
08911 Badalona
Tel. 93 384 79 80
Fax 93 384 79 90
informa.rsbnm@catsalut.net

Regió Sanitària Centre
Av. Lluís Companys i Jover, 44
08190 Sant Cugat del Vallès
Tel. 93 589 55 26
Fax 93 675 54 05
informa.rscen@catsalut.net

Consorci Sanitari de Barcelona
Regió Sanitària Barcelona Ciutat
Esteve Terradas, 30
Parc Sanitari Pere Virgili
Edifici Mestral
08023 Barcelona
Tel. 93 259 41 00
Fax 93 259 41 01
informa.csbcn@catsalut.net

Empreses públiques

Institut de Diagnòstic per la Imatge
Hospital Duran i Reynals
Av. de la Granvia, km 2,7
08907 L'Hospitalet de Llobregat
Tel. 93 263 01 21
Fax 93 263 01 44
ccasabayo@csub.scs.es

Energètica d'Instal·lacions Sanitàries, SA
Av. Diagonal, 453 bis, àtic
08036 Barcelona
Tel. 93 622 05 00
Fax 93 622 05 01
icaen@icaen.es

Gestió de Serveis Sanitaris
Hospital de Santa Maria
Av. Alcalde Rovira Roure, 44
25198 Lleida
Tel. 973 72 72 22
Fax 973 72 72 23
gerencia@gss.scs.es

Institut d'Assistència Sanitària
Dr. Castany, s/n
17190 Salt
Tel. 972 18 25 12
Fax 972 18 25 75
dg@ias.scs.es

Gestió i Prestació de Serveis de Salut
Av. Maria Cristina, 54
43002 Tarragona
Tel. 977 23 45 31
Fax 977 21 89 54
gpss@star.scs.es

Sistema d'Emergències Mèdiques, SA
Av. Diagonal, 652-656,
esc. B, 2n 2a
08034 Barcelona
Tel. 93 206 12 80
Fax 93 205 04 69
semsa@sem.es

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques
Trav. de les Corts, 131-159
Pavelló Ave Maria
08028 Barcelona
Tel. 93 227 29 00
Fax 93 227 29 90
diraatm@olimpia.scs.es

Institut Català d'Oncologia
Hospital Duran i Reynals
Av. de la Granvia, km 2,7
08907 L'Hospitalet de Llobregat
Tel. 93 260 78 00
Fax 93 260 77 83
ico@ico.scs.es

Serveis Sanitaris de Referència - Centre de Transfusió i Banc de Teixits
Pg. Vall d'Hebron, 119-129
08035 Barcelona
Tel. 93 274 90 25
Fax 93 274 90 27
client@ctbt.es

Parc Sanitari Pere Virgili
Esteve Terradas, 30
08023 Barcelona
Tel. 93 259 40 00
Fax 93 259 40 05
pvirgili@perevirgili.scs.es

© Departament de Salut

Edició: CatSalut
Octubre de 2004

Realització: Hores extraordinàries
Disseny gràfic: Ortega i Palau, SL
Fotografies: arxiu del CatSalut
(Fris, Pep Iglesias, Jordi Miralles i David Pernas)
Impressió: Treballs Gràfics, SA
Dipòsit legal: B-XX.XXX-2004

Per a més informació podeu consultar les versions
en pdf de la memòria d'activitat de 2003 del
CatSalut i les de cada una de les regions sanitàries
a la pàgina web:

www.gencat.net/catsalut



www.gencat.net/catsalut

Sanitat Respon 24 hores
902 111 444

