



Servei Català de la Salut 2001



Servei Català
de la Salut



Generalitat de Catalunya
**Departament de Sanitat
i Seguretat Social**

Per a més informació podeu consultar les versions en pdf de la memòria d'activitat de 2001 del CatSalut i les de cada una de les regions sanitàries a la pàgina web:

www.gencat.net/catsalut

www.gencat.net/catsalut

Sumari

- 4 CatSalut: model sanitari i assegurament
 - Estructura organitzativa
- 9 L'escenari econòmic
 - Sistema de compra de base poblacional
- 14 La xarxa sanitària d'utilització pública de Catalunya
- 16 Els projectes ACCES
 - Planificació
 - La Cartera de serveis
 - Les tecnologies de la informació i les comunicacions
 - Respostes als ciutadans
- 23 Atenció primària
 - La propera finalització de la RAP
 - Atenció a les urgències
- 27 Atenció especialitzada
 - Recursos d'internament
 - Hospitals generals d'aguts
 - Reducció de les llistes d'espera quirúrgiques
 - Activitat psiquiàtrica
 - Activitat sociosanitària
 - Atenció ambulatoria especialitzada
- 40 Prestacions farmacèutiques i complementàries
 - La tipologia d'establiments farmacèutics
 - Prestació farmacèutica
 - Prestacions complementàries
- 46 Regions sanitàries
- 54 Empreses públiques i consorcis
- 56 Prioritats estratègiques per al 2002
- 58 Resums en castellà i anglès
- 70 Membres dels òrgans de direcció i participació
- 71 Directori

En aquestes paraules prèvies a la memòria de l'any 2001 del CatSalut s'ha de destacar que el nostre model sanitari, lluny de definir-se com un sistema conlòs, es mostra com un projecte dinàmic que es va adaptant a una realitat que en els últims anys ha variat notablement. Els canvis sociodemogràfics i epidemiològics no són els únics que ens exigeixen innovar contínuament en l'àmbit sanitari; també hem de tenir presents la situació econòmica i el marc de finançament en què ens movem, així com els avenços mèdics i tecnològics que ens obliguen a estar al dia amb una oferta de qualitat.

Però si una virtut té la nostra proposta sanitària és que es basa en uns principis ben definits com són la universalització de l'assistència, una concepció integral i integrada del sistema com a xarxa sanitària, i l'equitat i l'accessibilitat arreu del territori. Aquests fonaments, units a la capacitat dels professionals i als avenços en l'eficiència dels nostres serveis sanitaris, han de permetre mantenir i millorar les prestacions que avui s'ofereixen.

En aquest sentit, el CatSalut, com a responsable de l'assegurament de tots els ciutadans de Catalunya i garant de l'atenció sanitària, és, com s'ha dit tantes vegades, l'eix vertebrador del nostre model d'ordenació sanitària. Revisar la seva memòria significa veure reflectida la situació del conjunt del sistema sanitari, amb els recursos, els models d'atenció i l'activitat que desenvolupen, i amb els projectes nous que s'impulsen per fer realment efectiu el dret a la protecció de la salut de tota la població.

Eduard Rius

Conseller de Sanitat i Seguretat Social

De nou amb aquesta memòria del CatSalut volem mostrar allò més significatiu que ha tingut lloc en el nostre sistema sanitari durant l'any 2001. Un any en què s'ha consolidat la reestructuració de l'organització feta al 2000, una reforma que va més enllà dels canvis interns i que reflecteix aquesta nova configuració del CatSalut com a garant de les prestacions sanitàries dels ciutadans. Aquesta funció, com la de l'assegurament de tota la població, és sobre la qual pivoten totes les prioritats estratègiques que s'han agrupat sota la denominació de Projectes ACCES i que es refereixen a cinc grans eixos: l'atenció sanitària, el ciutadà, l'assegurat i el client, l'eficàcia i la sostenibilitat. Un mètode de treball que permet l'avaluació continuada de l'estat d'una quarantena de projectes considerats essencials i que van des de programes molt específics i de notable repercussió immediata, com el Pla integral d'urgències de Catalunya, fins a projectes pilot que ens han d'orientar en el futur, com el del sistema de pagament capitatiu.

En l'àmbit de l'atenció sanitària destaca l'aposta definitiva perquè la reforma de l'atenció primària conclogui al 2002, una realitat a la Regió Sanitària Tortosa i un fet imminent a les regions de Lleida, Tarragona, Girona i Costa de Ponent. També han estat rellevants l'impuls al Pla d'atenció oncològica, la generalització del cribratge del càncer de mama a tot Catalunya, la reconversió de la salut mental o el Programa d'atenció a la gent gran.

Pel que fa als projectes de nous centres hospitalaris, estan en marxa les obres del Vendrell, Sant Pau a Barcelona i Santa Caterina a Girona, i s'ha avançat en els projectes d'Igualada, Mollet i el Baix Llobregat. A més cal tenir presents les moltes reformes que s'han impulsat a grans centres com la Vall d'Hebron, Bellvitge i el Joan XXIII de Tarragona.

En l'àmbit de la millora de la relació de la ciutadania amb el seu sistema de salut, s'han concretat projectes tan ambiciosos com són el telèfon d'atenció de 24 hores Sanitat Respon, atès per professionals sanitaris, o l'extensió del número 061 com a referent únic per a les urgències i emergències a tot Catalunya.

Ben segur que l'element que el ciutadà pot identificar més plenament amb el seu sistema de salut i amb la funció d'assegurament universal és la targeta sanitària. Aquest document, necessari per a l'accés a tots els serveis sanitaris de provisió pública, a més de ser una targeta identificativa per a l'usuari, és una eina cabdal perquè el sistema pugui disposar d'informació més precisa sobre la utilització dels recursos i per poder introduir els factors correctors necessaris. L'alt grau d'ús de la targeta a les farmàcies i als centres sanitaris marca un bon camí. Així mateix, la targeta és l'element tangible que obre la porta dels assegurats a la Cartera de serveis del CatSalut, que haurà de quedar definida al 2002.

En definitiva, es tracta de projectes que van avançant en la millora d'un sistema sanitari eficient que té per objectiu atendre cada dia millor les persones a l'hora que assegura la continuïtat dels serveis i de les prestacions públiques en el futur.

Josep Prat
Director del CatSalut

CatSalut: model sanitari i assegurament

Un model sanitari mixt

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 (SCS), 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, l'SCS garanteix els principis bàsics del sistema de salut: servei públic finançat públicament, assistència universal, accessibilitat (equitat i superació de les desigualtats territorials), promoció de la salut i eficiència de l'organització sanitària (racionalització i simplificació).

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).

CatSalut: model sanitari i assegurament

En un sistema de cobertura universal en què tothom té accés als serveis sanitaris és essencial l'eficiència per poder assegurar-ne la sostenibilitat.



Planificació i diversitat de fórmules de gestió

L'elaboració del primer Pla de salut al 1993, el Pla de salut mental de l'any següent, i els nous mecanismes de compra de serveis sanitaris que s'implanten progressivament, juntament amb l'inici de la diversificació de proveïdors –especialment significativa en l'àmbit de l'atenció primària–, marquen els primers anys de funcionament de l'SCS.

L'SCS ha potenciat durant aquests anys la diversitat de fórmules de gestió dels proveïdors de serveis sanitaris (com ara les empreses públiques, els consorcis, les entitats de professionals o les cessions de gestió), alhora que ha ajudat a introduir-hi una gestió més empresarial.

Aproximació al ciutadà

Paral·lelament, l'aproximació al ciutadà comporta el desplegament de l'estructura territorial, que permet un millor coneixement de les necessitats de salut de la població i una relació més propera amb els proveïdors de serveis de cada una de les vuit regions sanitàries i dels seus respectius sectors sanitaris.



incorporació de dos àmbits d'actuació nous: d'una banda, la gestió integral de l'oferta i la demanda, i, de l'altra, la comunicació amb els ciutadans i la seva participació, tot fent que l'accessibilitat i la funció d'assegurament siguin, com un tot (compra, necessitat, demanda, oferta, risc, planificació...), l'eix de la seva actuació.

Aspectes com la qualitat dels serveis i la qualitat en el tracte i l'assistència als usuaris han pres un significat especial d'orientació als ciutadans, i han demanat una coresponsabilització més gran dels professionals, als quals s'ha anat implicant tant en la gestió com en els resultats globals dels centres.

Un nou escenari: noves respostes

A les transformacions socials (envelliment de la població, augment de l'esperança de vida, onades immigratòries) i epidemiològiques (augment de la prevalença de les malalties cròniques,

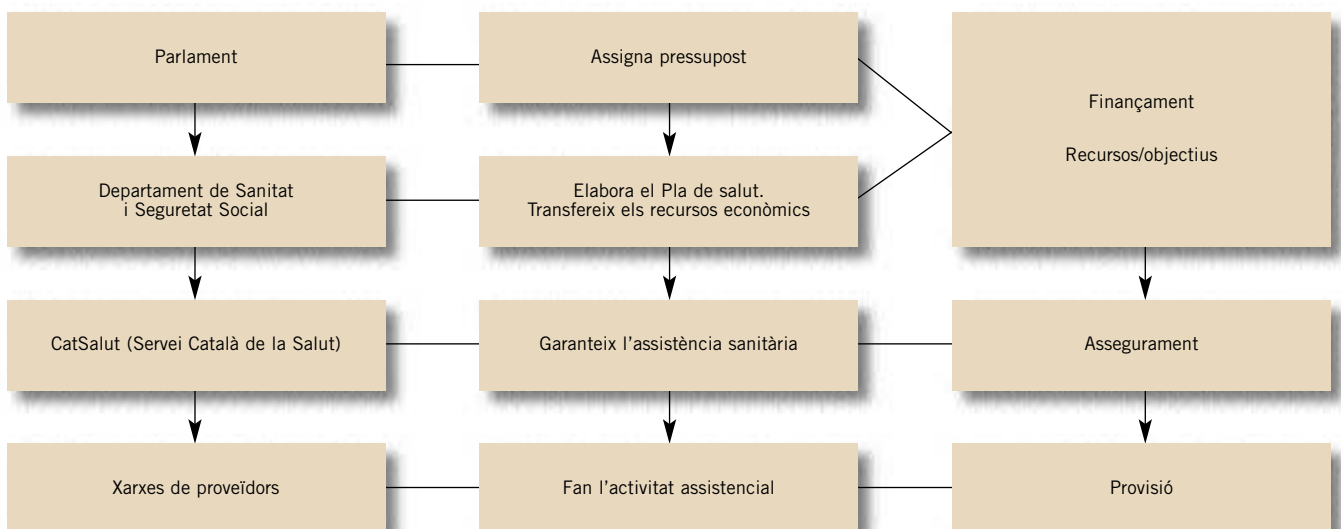
pluripatologies) s'ha d'afegir el repte constant de la innovació tecnològica (avenços en biotecnologia, millora de les tècniques diagnòstiques, noves tecnologies de la informació i la comunicació). Aquests canvis se situen en un moment en què el model de sistema sanitari estatal avança seguint criteris nous, com són la solidaritat, la cobertura universal i un finançament que arriba exclusivament dels pressupostos de l'Estat.

En aquest nou escenari es consolida el nostre model sanitari des de la perspectiva de servei nacional de salut, la solidaritat i la universalitat, amb la

La transformació que impulsa el CatSalut

En aquest context nou el Servei Català de la Salut entra en un procés de transformació per esdevenir l'asseguradora pública de Catalunya (CatSalut), que té per 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 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



Targeta sanitària individual i registre d'usuaris

Població identificada	6.934.416
Persones amb targeta editada	6.581.240 (95%)

Assegurar la sostenibilitat del sistema sanitari

En un sistema de cobertura universal en què tothom té accés als serveis sanitaris és essencial l'eficiència per poder assegurar-ne la sostenibilitat. Es tracta, en definitiva, de prestar l'assistència o oferir la prestació de forma accessible i pel professional més indicat. En aquest sentit s'està avançant en l'atenció primària no només com a primera porta d'entrada al sistema sanitari, sinó també com a garant de la continuïtat assistencial. En l'àmbit dels hospitals s'ha de destacar la interrelació amb els altres nivells de salut, en un model més obert a la comunitat i amb una importància creixent de les alternatives a l'ingrés hospitalari (cirurgia sense ingrés, hospitalització a domicili).



L'aprofitament de les tecnologies de la informació i la comunicació, que permeten superar els límits de l'espai i agilitzar els procediments, han d'ajudar a millorar l'accessibilitat dels ciutadans. Uns ciutadans que han d'estar més implicats en termes de participació i també en una conscienciació més solidària amb el conjunt del sistema (lliure elecció de professionals, consum responsable de serveis i prestacions, cura de la pròpia salut).

Un altre punt clau per al futur del sistema de salut és la qüestió del finançament, que necessita una formulació que reconegui les particularitats del model català en aspectes com l'atracció d'usuaris d'altres comunitats, l'envelliment de la població o l'esperança de vida alta.

Assegurament i targeta sanitària

Una de les activitats en l'àmbit de la funció d'assegurament del CatSalut té com a objectiu final identificar els assegurats i el nivell de cobertura individual que s'ha de garantir.

Durant aquest any 2001 les activitats principals han tingut com a finalitat migrar d'un model d'acreditació d'usuaris basat en l'afiliació a la Seguretat Social a un model d'assegurament basat en l'empadronament i el mandat constitucional de la universalització de l'assistència sanitària.

Durant l'any 2001 s'ha procedit a reconèixer el dret d'assistència sanitària a 49.688 immigrants estrangers, a l'empara de la Llei 4/200, modificada per la 8/2000, que va entrar en vigor el febrer. També s'ha editat la targeta a 321 menors sense residència legal a Catalunya. ■

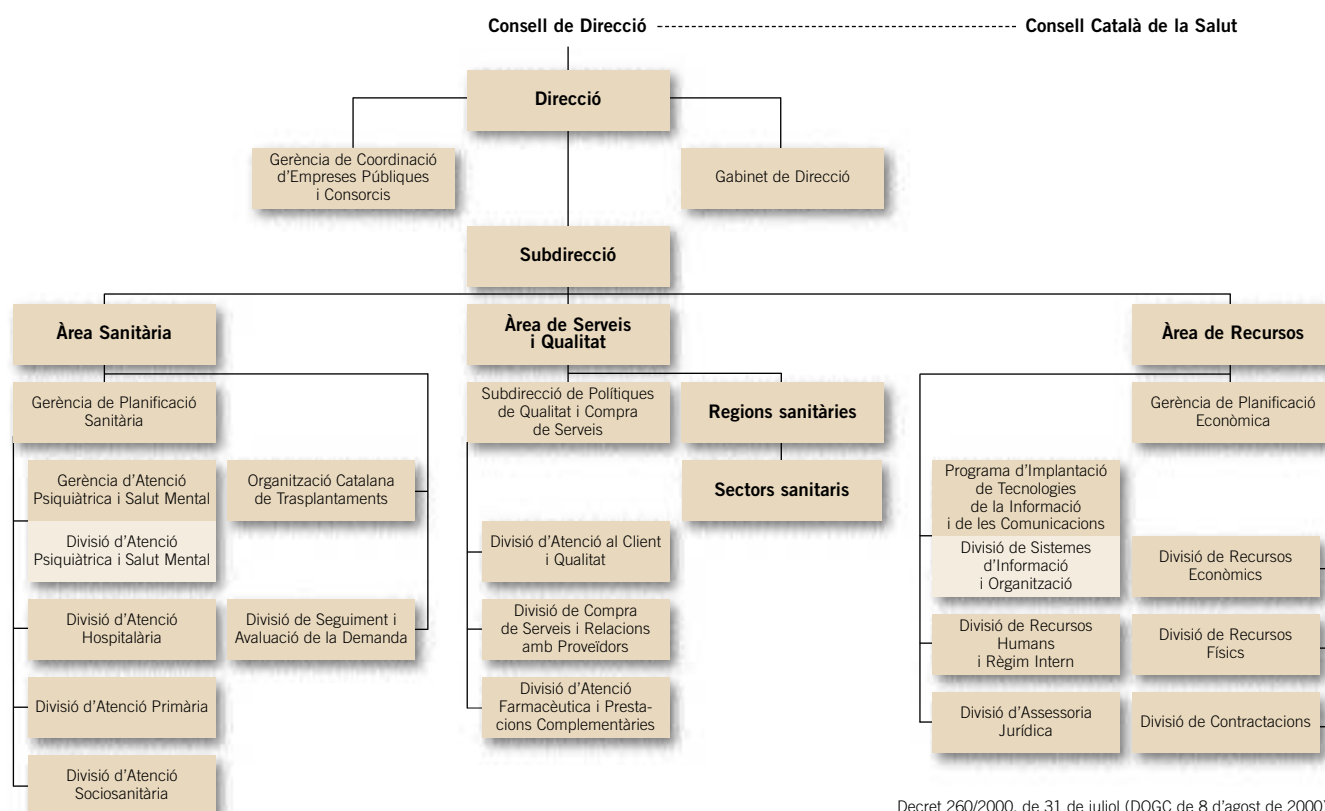


L'estructura del CatSalut respon a la seva funció de garant de la qualitat i de peça clau per donar resposta a les necessitats dels ciutadans amb l'oferta dels proveïdors de serveis sanitaris. L'estructura organitzativa del CatSalut està integrada per tres àmbits. D'una banda, els serveis matius i l'estructura desconcentrada 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.



Estructura organitzativa

L'estructura del CatSalut ha de respondre als principis de qualitat i d'orientació al ciutadà.



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



Òrgans de direcció

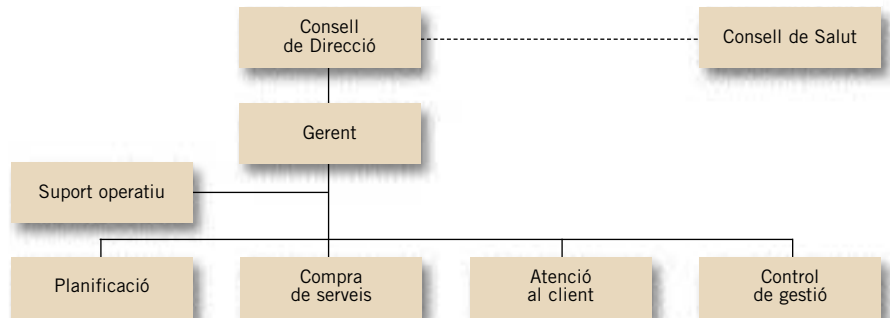
El Consell de Direcció del CatSalut és l'òrgan superior de govern i direcció i està format per representants del Departament de Sanitat i Seguretat Social, el CatSalut i les regions sanitàries, el Departament d'Economia i Finances, els consells comarcals, els ajuntaments de Catalunya i les organitzacions sindicals i empresarials més representatives. Les regions i els sectors sanitaris també compten amb els seus òrgans de direcció, formats per representants del Departament de Sanitat i Seguretat Social, dels consells comarcals i dels ajuntaments.

Òrgans de participació

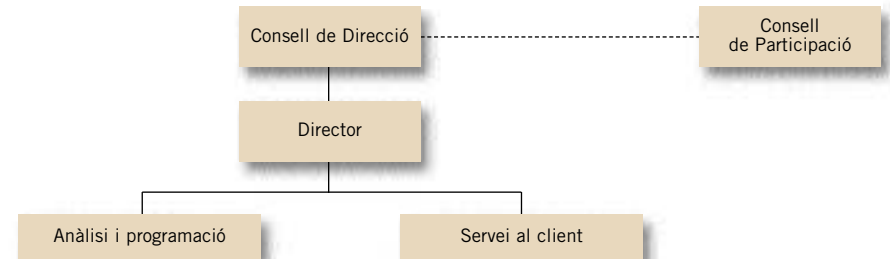
El Consell Català de la Salut és l'òrgan central de participació comunitària en el sistema sanitari i està format per representants de la Generalitat de Catalunya, els consells comarcals, els ajuntaments, les organitzacions sindicals, les organitzacions empresarials, les organitzacions de consumidors i usuaris, les universitats, les entitats científiques, les diputacions i les organitzacions sindicals, empresarials i les corporacions professionals de l'àmbit sanitari. Les regions i els sectors sanitaris també compten amb òrgans propis de participació comunitària. ■

Estructura organitzativa de regions i sectors sanitaris

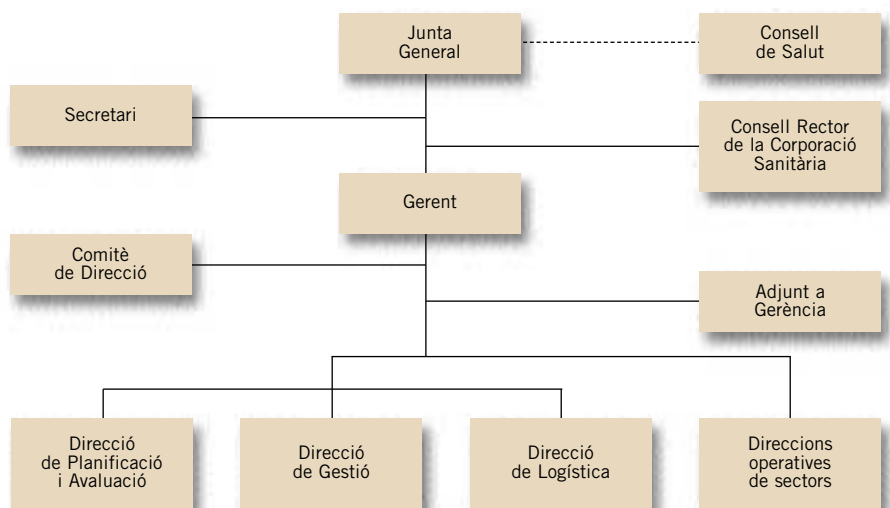
Regions sanitàries



Sectors sanitaris



Consorci Sanitari de Barcelona¹

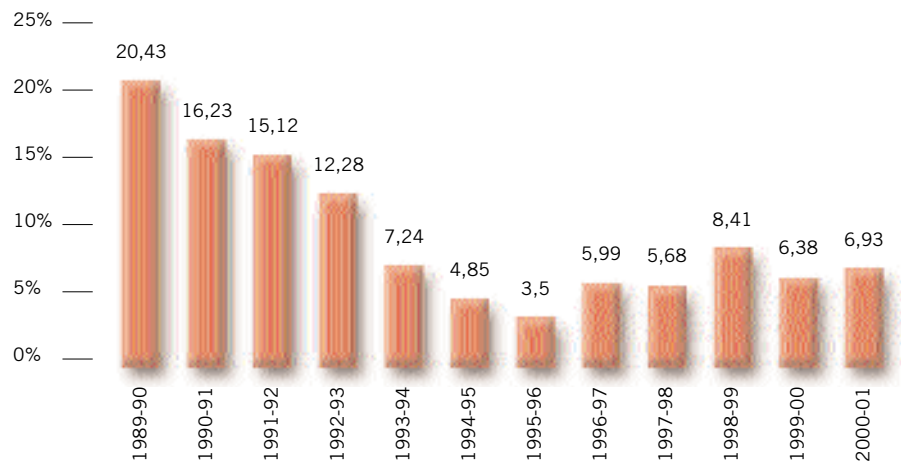


¹ El Consorci Sanitari de Barcelona assumeix les funcions de la regió sanitària de la ciutat de Barcelona.

L'escenari econòmic

L'any 2001, el pressupost aprovat consolidat del CatSalut i de l'Institut Català de la Salut va assolir la xifra de 789.459 milions de pessetes (4.744,74 milions d'euros), la qual cosa implicà un increment del 6,93% en relació amb el pressupost aprovat per a l'any 2000. Aquest creixement del pressupost s'emmarcà, d'una banda, en les previsions de l'acord de finançament sanitari signat entre les comunitats autònomes i l'administració de l'Estat el 1997, el qual va preveure una evolució del creixement del pressupost paral·lela al creixement del PIB nominal, que per a l'any 2001 se situà en els

Percentatge de creixement del pressupost CatSalut/ICS, 1989-2001



L'escenari econòmic

El pressupost es manté en els nivells de creixement d'anys anteriors.

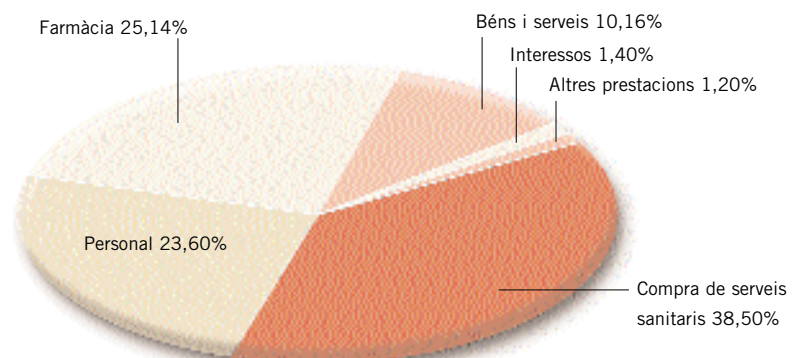
La Central de Balanços, una eina per millorar la informació economicofinancera dels centres

La Central de Balanços és una eina compartida i consensuada entre el CatSalut i els centres proveïdors de serveis sanitaris de cobertura pública de Catalunya que es va constituir l'any 1990 amb el propòsit essencial de crear i mantenir bases de dades per elaborar informació que permeti conèixer millor la situació i l'evolució economicofinancera dels centres. L'objectiu de la Central de Balanços és impulsar la cultura de la informació i fer possible, mitjançant la comparació, identificar oportunitats de millora i orientar la presa de decisions a l'eficiència dels serveis sanitaris.



Pressupostos generals de l'Estat en el 5,8%. D'altra banda, la Generalitat de Catalunya va destinar 16.000 milions de pessetes com a recursos addicionals al sistema sanitari català per tal de millorar el finançament dels serveis sanitaris.

Distribució per capítols econòmics de les operacions corrents consolidades CatSalut/ICS, 2001





Programa extraordinari d'inversió en infraestructures sanitàries, 2000-2010

	Projectes	Inversió
RAP i millora de centres del 2002	124	27.231 MPTA
Altres inversions en l'atenció primària	28	2.306 MPTA
Consultoris locals	7	250 MPTA
Hospitals d'aguts	54	73.547 MPTA
Atenció psiquiàtrica i salut mental	38	9.132 MPTA
Atenció sociosanitària	20	19.919 MPTA
Total	271	132.385 MPTA
		795,65 M€

En l'àmbit de l'atenció especialitzada –hospitals d'aguts–, l'any 2001 s'han actualitzat les tarifes del preu mitjà de l'alta hospitalària en un 3,75%. També s'han actualitzat amb un augment del 3,75% les tarifes de consultes externes i l'assignació per al manteniment de l'estructura d'urgències, mentre que les tarifes de cirurgia menor ambulatoria i el preu unitari de la urgència s'han incrementat un 3%. I pel que fa les tarifes de l'hospital de dia, aquestes han augmentat un 4,3%. ■

Execució del pressupost consolidat CatSalut/ICS en data 31 de desembre de 2001

Capítols	Pressupost inicial aprovat	Variacions de crèdit	Pressupost inicial actualitzat 2001	Despesa comptabilitzada	% d'execució
Sous	155.527.979.711	834.876.117	156.362.855.828	155.894.323.652	99,70
Quotes	33.828.094.015	717.559.764	34.545.653.779	34.245.804.060	99,13
I. Remuneracions de personal	189.356.073.726	1.552.435.881	190.908.509.607	190.140.127.712	99,60
Béns i serveis	69.515.717.124	13.292.018.997	82.807.736.121	81.865.610.537	98,86
Compra de serveis	304.479.638.028	5.738.576.201	310.218.214.229	310.146.491.367	99,98
II. Compra de béns i serveis	373.995.355.152	19.030.595.198	393.025.950.350	392.012.101.904	99,74
III. Interessos	6.853.998.000	5.418.871.073	12.272.869.073	11.298.890.738	92,06
Farmàcia	195.653.674.976	6.873.283.271	202.526.957.247	202.525.297.357	100,00
Lliuraments	3.002.366.459	61.300.000	3.063.666.459	3.018.775.734	98,53
Pròtesis	2.467.363.906	67.700.000	2.535.063.906	2.578.221.216	101,70
Rescabaments	173.000.000	0	173.000.000	170.820.525	98,74
Empreses públiques	2.124.133.721	0	2.124.133.721	2.054.133.721	96,70
Altres	1.526.335.048	378.093.771	1.904.428.819	1.874.088.711	98,41
IV. Transferències corrents	204.946.873.110	7.380.377.042	212.327.250.152	212.221.337.264	99,95
Operacions corrents	775.152.299.988	33.382.279.194	808.534.579.182	805.672.457.618	99,65
VI. Inversions reals	10.629.936.064	3.023.259.551	13.653.195.615	9.817.906.297	71,91
VII. Transferències de capital	3.301.078.313	-528.751.240	2.772.327.073	2.244.087.287	80,95
VIII. Aportacions de capital	175.000.000	972.894.774	1.147.894.774	808.000.000	70,39
Operacions de capital	14.106.014.377	3.467.403.085	17.573.417.462	12.869.993.584	73,24
Bestretes	200.300.000	0	200.300.000	195.498.950	97,60
Operacions financeres	200.300.000	0	200.300.000	195.498.950	97,60
Total pessetes	789.458.614.365	36.849.682.279	826.308.296.644	818.737.950.152	99,08
Total euros	4.744.741.831,43	221.471.050,92	4.966.212.882,35	4.920.714.183,59	

Projectes d'inversió més destacats, 2001

Construcció de CAP

Regió Sanitària Lleida

CAP Sort (ampliació)

CAP Casc Antic/Onofre Cerveró de Lleida

Regió Sanitària Girona

CAP Bàscara

CAP Peralada

CAP Vilafant

Consultori local d'Amer

CAP Maçanet de la Selva

CAP Ribes de Freser

Regió Sanitària Costa de Ponent

CAP Vallirana

CAP Corbera de Llobregat

CAP Collblanc de l'Hospitalet de Llobregat

CAP Sant Joan Despí

CAP Jaume Soler de Cornellà de Llobregat

Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme

CAP Bufalà-Canyet de Badalona

Regió Sanitària Centre

CAP Sant Oleguer de Sabadell

CAP Montmeló

CAP Fontetes-Canaletes de Cerdanyola del Vallès

CAP La Roca del Vallès

CAP Sant Fost de Campsentelles

CAP Torelló (la Vall de Ges)

Consorci Sanitari de Barcelona-Regió Sanitària Barcelona Ciutat

CAP Larrard

CAP Numància

CAP Plaça Sanllehy

CAP La Pau

CAP Ramon Turró

CAP Poble Nou

CAP Sant Gervasi

Remodelació de centres

Regió Sanitària Lleida

CAP Prat de la Riba

Edifici de l'escola d'infermeria de l'Hospital de Santa Maria ubicat a l'ABS Lleida Rural Nord

Regió Sanitària Tarragona

Façanes de l'Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII

Escola d'infermeria de l'Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII

CAP General Moragues de Reus

Regió Sanitària Tortosa

CAP Uldecona

Regió Sanitària Girona

Façanes del CAP Ripollès

CAP Alt Empordà de Figueres

Regió Sanitària Costa de Ponent

CAP Gavà

CAP Roda Torrasa de l'Hospitalet de Llobregat

Regió Sanitària Centre

CAP Vallès Oriental de Granollers

CAP Joaquim Mir de Mollet del Vallès

Consorci Sanitari de Barcelona-Regió Sanitària Barcelona Ciutat

Urgències (2a fase) de l'Hospital Maternoinfantil de la Vall d'Hebron de Barcelona

Unitats d'hospitalització de la 1a planta de l'Hospital de Traumatologia de la Vall d'Hebron de Barcelona

Equipament de centres

Unitat de Medicina Nuclear de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Consultes externes de l'Hospital Verge de la Cinta de Tortosa

Urgències de l'Hospital de Viladecans

Urgències i UCI de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona

Plantes 6 i 7 (senars) de l'Hospital General de la Vall d'Hebron

Unitat d'Oncohematologia de l'Hospital Maternoinfantil de la Vall d'Hebron

16 centres d'atenció primària

Redacció de projectes

Regió Sanitària Lleida

Construcció del CAP Casc Antic/Onofre Cerveró de Lleida (ampliació del projecte)

Regió Sanitària Tarragona

Construcció del CAP La Sénia

Construcció del CAP Sanitat de Tarragona

Regió Sanitària Costa de Ponent

Remodelació del CAP Ronda Torrasa de l'Hospitalet de Llobregat

Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme

Construcció del CAP Mataró Centre

Construcció del CAP Riu Mariner de Santa Coloma de Gramenet

Construcció del CAP La Mina de Sant Adrià de Besòs

Complementari a la remodelació i adequació dels quiròfans de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona

Regió Sanitària Centre

Construcció del CAP Torre Romeu de Sabadell

Construcció del CAP Creu de Barberà de Sabadell

Construcció del CAP Can Deu de Sabadell

Construcció del CAP Terrassa-Est

Construcció del CAP Terrassa-Oest

Remodelació del CAP Vallès Oriental de Granollers

Consorci Sanitari de Barcelona-Regió Sanitària Barcelona Ciutat

Remodelació de la Unitat de Cremats de l'Hospital de Traumatologia de la Vall d'Hebron de Barcelona

El 2001 el CatSalut, en el marc del seu posicionament com a ens responsable de garantir la cobertura sanitària pública, ha proposat dinamitzar un projecte pilot de compra de serveis de base poblacional per a la contractació integral dels serveis de salut a diverses zones de Catalunya, que s'aplicarà durant els anys 2002 i 2003.

Amb la implantació d'aquest nou model de compra es pretén superar els problemes que generen la compra actual fraccionada per línies de serveis, i evolucionar cap a la compra descompartimentada de serveis de salut, mitjançant l'assignació d'un pressupost per càpita als proveïdors que operen en un territori.



Sistema de compra de base poblacional

Altebrat (Ribera d'Ebre i part de Terra Alta i el Priorat), el Baix Empordà, l'alt Maresme i la Selva marítima, Osona i la Cerdanya són les cinc zones escollides per al pla pilot.

Objectius

- Millorar la qualitat dels serveis de salut de manera que el pacient rebi l'atenció sanitària adequada a les seves necessitats de salut, en el nivell assistencial més adient.
- Millorar l'eficiència del sistema de salut, a través d'un sistema de compra de base poblacional, de tal manera que afavoreixi la gestió coordinada dels serveis sanitaris i la continuïtat assistencial.
- Estimular la creació d'un sistema integrat de serveis de salut dins d'una mateixa àrea geogràfica mitjançant la constitució d'aliances entre els proveïdors.
- Afavorir l'equitat d'accés als serveis de salut per a la població.
- Evolucionar cap a la coresponsabilització en tots els nivells d'atenció, amb la transferència d'una part del risc de gestió als proveïdors.

El sistema de pagament que fins ara s'ha anat aplicant als centres de la xarxa sanitària d'utilització pública s'ha basat sobretot en l'activitat contractada. Aquesta compra d'activitat es troba fragmentada en diferents línies de productes (atenció hospitalària i especialitzada, atenció primària, atenció sociosanitària...), que condicionen l'organització dels proveïdors per línies de serveis, sense incentivar el traspàs de recursos i d'activitat, ni la coordinació a l'interior de la xarxa de proveïdors. En aquest entorn, el model de compra de base poblacional és un dels instruments reguladors més potents per fomentar la coordinació entre els proveïdors.

La coresponsabilització dels proveïdors

Els proveïdors garanteixen un conjunt de col·laboracions que han de millorar notablement la coordinació dels diferents centres i nivells d'atenció assistencials i, consegüentment, avançar cap a l'assoliment d'uns nivells òptims de continuïtat en l'atenció al client, de manera que les situacions assistencials es resolguin amb els recursos més eficients dels disponibles en l'àrea.

La cartera de serveis sanitaris que han de donar les entitats proveïdores a

Característiques principals

- Sistema integrat de serveis de salut en el territori.
- Sistema de pagament en base poblacional.
- Avaluació a partir dels resultats de salut.

la població de cobertura es compon d'un nucli de prestacions bàsiques que comprèn els serveis d'atenció primària, especialitzada i hospitalària per al territori. Aquestes prestacions les definirà el CatSalut en cadascun dels àmbits geogràfics.

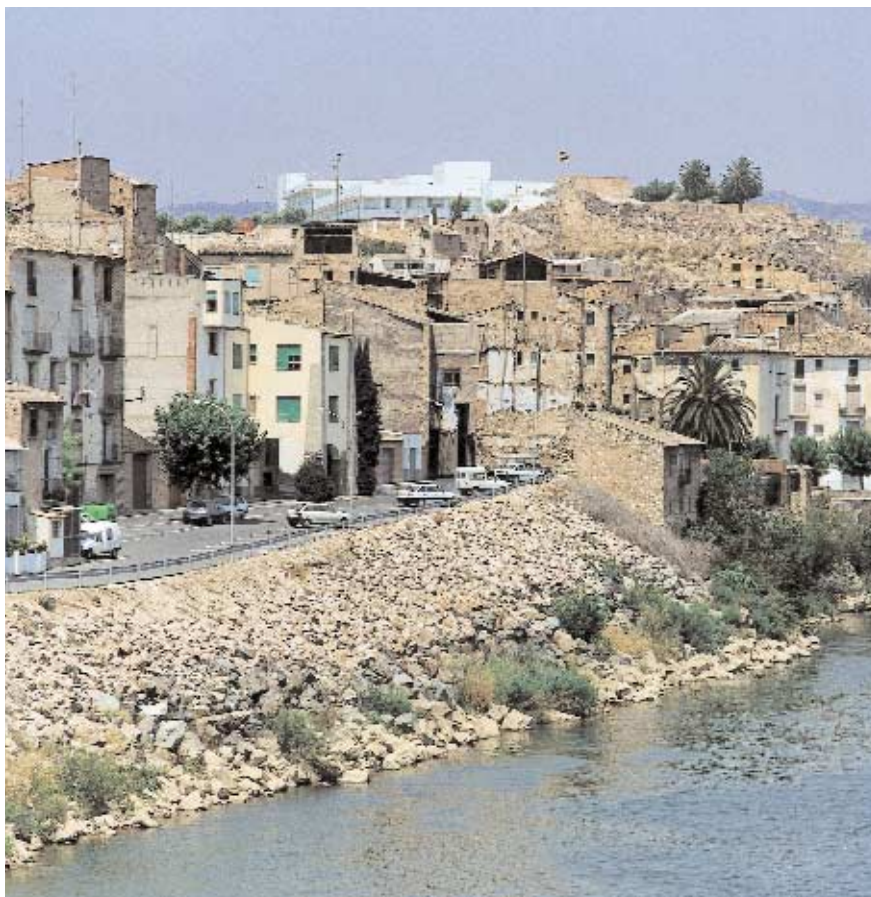
La xarxa de proveïdors al territori es coresponsabilitzarà mancomunament de la despesa farmacèutica, el transport

sanitari, les prestacions ortopèdiques i altres prestacions.

El càlcul de l'assignació capítativa

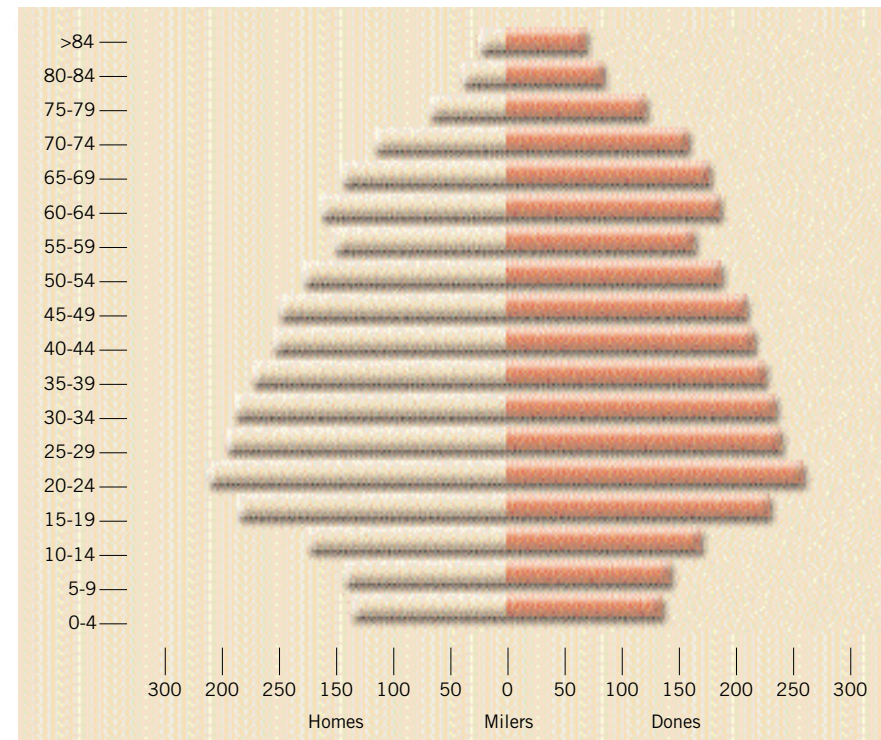
L'assignació capítativa de base poblacional per als territoris de la prova pilot es fonamenta en el paràmetre constituït per a l'assignació mitjana de la despesa corrent sanitària neta per habitant a Catalunya, modulada per un factor corrector resultant de la ponderació dels indicadors socioeconòmics, demogràfics i de dispersió geogràfica, corresponents a cada àmbit territorial.

Els indicadors socioeconòmics, demogràfics i de dispersió geogràfica que s'han de ponderar per determinar el factor de correcció han de tenir en compte, com a mínim, la piràmide d'edats i la densitat de població. ■



La xarxa sanitària d'utilització pública de Catalunya

Piràmide de 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

Lleida

- 29 **CAP**
- 6 **H**
- 7 **CS**
- 4 **CP**

Centre

- 100 **CAP**
- 12 **H**
- 18 **CS**

Girona

- 39 **CAP**
- 9 **H**
- 11 **CS**
- 1 **CP**

Barcelonès Nord i Maresme

- 40 **CAP**

Barcelona Ciutat

- 56 **CAP**
- 14 **H**
- 21 **CS**
- 5 **CP**
- 5 **H**
- 8 **CS**
- 3 **CP**

Tortosa

- 13 **CAP**
- 2 **H**
- 1 **CS**

Tarragona

- 35 **CAP**
- 5 **H**
- 8 **CS**
- 2 **CP**

Costa de Ponent

- 57 **CAP**
- 11 **H**
- 17 **CS**
- 4 **CP**

Població ¹	6.361.000
Població activa ¹	2.692.000
Taxa de natalitat (1998)	9,3‰
Esperança de vida ² : dones	82,62 anys
homes	75,96 anys
PIB per càpita ¹	19.683,07 €
PIB total ¹	25.204.000 M€

¹ Institut d'Estadística de Catalunya. Dades per a l'any 2001.
² Registre de mortalitat de Catalunya.



Els projectes ACCES

En el marc del procés de transformació del CatSalut les prioritats estratègiques es concentren al voltant d'un pla, el Pla ACCES, configurat per cinc grans eixos:

- A l'atenció sanitària*
- C el ciutadà*
- C el client assegurat*
- E l'eficàcia*
- S la sostenibilitat*

L'atenció sanitària

S'entra en una definició nova de la xarxa sanitària, que ha d'integrar el conjunt d'àmbits assistencials com a garantia de continuïtat en l'atenció. Així mateix, s'avança en l'establiment de la Cartera de serveis del CatSalut. En l'atenció primària de salut s'avançarà en l'assoliment de la reforma amb l'horitzó del 2002, sense oblidar totes aquelles actuacions per potenciar i progressar en el desenvolupament de polítiques de millora de la qualitat en aquest àmbit assistencial. En l'atenció



especialitzada destaca el Pla d'inversions, que afecta tant el desenvolupament dels projectes de nous hospitals en el si de la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP) com la millora i l'adequació de molts dels existents. En l'atenció sociosanitària es remarca l'objectiu d'avançar cap una xarxa sociosanitària única. Pel que fa a la salut mental, es manté el Pla de reordenació 1999-2004 i el desplegament de la xarxa de salut mental i la definició dels estàndards de qualitat.

Projectes nous

- Pla director d'oncologia de Catalunya
- Definició del terciarisme (alta tecnologia) i dels seus fluxos
- Pla estratègic de donació/trasplantament 2001-2003
- Noves entitats de base associativa (EBA)

Projectes de continuïtat

- Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC)
- Programa integral d'atenció a la gent gran en l'atenció primària de salut
- Cribratge de càncer de mama. Desplegament
- Reforma de l'atenció primària (RAP)
- Estàndards de qualitat de les xarxes sanitàries
- Parc Sanitari Pere Virgili

El ciutadà, l'assegurat, el client

Aquest eix vol posar de manifest d'una manera molt explícita que totes les actuacions del sistema sanitari, i per tant també del CatSalut, s'adrecen a la persona –en les seves diferents dimensions– quan es relaciona amb el sistema sanitari. Una perspectiva que cal que impregni totes les estratègies de treball del CatSalut i del conjunt d'entitats dedicades a la salut. En aquest àmbit es defineixen projectes nous, com la implantació de sistemes de mesura del grau de satisfacció del ciutadà o d'altres ja comentats en l'eix anterior (una nova organització dels serveis socio-sanitaris i l'elaboració de la Cartera de serveis).

Projectes nous

- Implantació de sistemes de mesura del grau de satisfacció del ciutadà
- Organització interdepartamental dels serveis socio-sanitaris
- Cartera de serveis
- Consolidació del registre central d'assegurats (RCA)

Projectes de continuïtat

- Pla integral del transport sanitari
- Desplegament de VAM (vehicles d'assistència medicalitzats)
- Extensió del servei 061 a tot Catalunya
- Sanitat Respon
- Noves infraestructures
- Reducció de les llistes d'espera quirúrgiques
- Increment dels usos potencials de la TSI/CIP
- Flexibilització d'horaris a l'atenció primària
- Implantació del nou sistema de gestió de prestacions ortopròtiques
- Pla de comunicació

L'eficàcia

En aquest eix de treball predominen les actuacions que han de permetre una gestió més eficient de tots els recursos, en la perspectiva, però, de disposar d'una visió global del sistema sanitari i no centrada exclusivament en les dinàmiques internes de treball.

Projectes nous

- Central de resultats
- Pla de regularització de contractació extrahospitalària
- Implantació del nou sistema d'informació economicofinancer

Projectes de continuïtat

- Indicadors de salut i qualitat dels serveis assistencials
- Atenció integral: sistema de compra de base poblacional
- Implantació del Pla de sistemes
- Pla de qualitat del CatSalut
- Mecanització de la facturació de serveis sanitaris
- Canvi del sistema de pagament de la marginalitat en els centres hospitalaris
- Nou sistema de pagament socio-sanitari



La sostenibilitat

En aquest àmbit se situen totes les actuacions al voltant de l'assignació i contractació de serveis sanitaris. Aquest conjunt d'àmbits i projectes estratègics constitueixen una aposta transparent per a la millora del sistema sanitari amb l'objectiu comú d'atendre cada dia millor les persones. La finalització el 2001 del model vigent de finançament sanitari a l'Estat espanyol marca de manera important aquesta línia d'actuació.

Projectes nous

- Nou sistema de finançament sanitari

Projectes de continuïtat

- Escenari econòmic
- Assignació i contractació de serveis sanitaris de l'ICS
- Assignació i contractació de serveis sanitaris concertats
- Mesures de racionalització de la prestació farmacèutica

Planificació

L'avaluació de les necessitats dels ciutadans ha de permetre determinar quines han de ser les prioritats a l'hora d'adequar l'oferta de serveis sanitaris a les necessitats dels diferents segments de població.

Planificació

El CatSalut ha avançat en el coneixement de les necessitats de salut, l'entorn social i la realitat de les institucions, ha incorporat els instruments de millora i ha aplicat els nous coneixements per tal d'assumir una gestió integral de l'oferta i la demanda, de manera que s'ha dotat així d'eines de gestió.

La definició d'una nova xarxa assistencial que integra el conjunt d'àmbits assistencials ofereix una garantia de continuïtat assistencial. Així, un dels eixos estratègics gira al voltant de

l'atenció primària de salut i l'assoliment de la seva reforma en l'horitzó del 2002, sense oblidar totes aquelles actuacions per potenciar i avançar en el desenvolupament de polítiques de millora de la qualitat en aquest àmbit assistencial. En l'eix d'atenció especialitzada destacaríem el Pla director d'oncologia de Catalunya 2001-2004 i el Pla d'inversions per al desenvolupament dels projectes d'hospitals nous en el si de la XHUP i per a la millora i l'adequació de molts dels existents. En l'eix sociosanitari cal esmentar el desplegament del Pla 2000-2005, l'esta-



bliment dels estàndards de qualitat per a la xarxa sociosanitària, així com el projecte de cooperació amb el Departament de Benestar Social, amb l'objectiu d'avançar cap a una xarxa única sociosanitària. Pel que fa a la salut mental, destaca en primer lloc com a objectiu bàsic i de continuïtat el seguiment del Pla de reordenació de la salut mental (1999-2004), i en segon terme el desplegament de la xarxa de salut mental, així com la definició dels seus estàndards de qualitat.

L'avaluació i el seguiment de la demanda

L'anàlisi de la demanda sanitària sota el concepte de "necessitat" resulta especialment operatiu en un sistema públic d'assistència sanitària, ja que proporciona el criteri d'assignació de recursos socials en benefici dels objectius d'equitat i accessibilitat als serveis sanitaris.

L'avaluació de les necessitats dels ciutadans ha de permetre determinar quines han de ser les prioritats a l'hora d'adequar l'oferta de serveis sanitaris a les necessitats dels diferents segments de població per tal de garantir que cap d'aquests segments no quedi exclòs d'un servei sanitari determinat. ■

Conèixer les necessitats futures dels ciutadans

Durant l'any 2001 s'ha dissenyat un aplicatiu informàtic que incorpora dades del Registre central d'assegurats, del Registre d'unitats proveïdores, de la Cartera de serveis i d'indicadors d'incidència, prevalença, mortalitat, utilització de serveis sanitaris i variacions de poblacions. La finalitat d'aquest aplicatiu és fer prediccions, sobre la base de l'experiència passada, de quines seran les necessitats sanitàries futures dels nostres assegurats.

La Cartera de serveis ens ha de permetre

- guiar l'organització dels serveis sanitaris d'acord amb les polítiques de salut;
- orientar l'oferta dels serveis sanitaris a les necessitats dels assegurats amb criteris d'equitat i accessibilitat;
- orientar la compra de serveis a l'obtenció de guanys en salut;
- homogeneïtzar els contractes de compra de serveis amb criteris d'eficiència i qualitat;
- definir i revisar les necessitats de regulació i d'informació, els models de pagament i els indicadors d'avaluació.

El CatSalut ha de definir les prestacions que ha de garantir (què hem de fer), establir les bases de relació amb els seus assegurats (a qui ho hem de fer i amb quines cobertures) i amb els proveïdors (qui ho ha de fer, què ha de fer i on ho ha de fer) i amb quins criteris de qualitat. La Cartera de serveis és l'instrument que permet respondre a aquestes necessitats i esdevé, per tant, l'eina bàsica del CatSalut per definir i adequar les bases d'assegurament, de contractació dels proveïdors i dels serveis.

La Cartera de serveis

La Cartera de serveis és l'eina bàsica del CatSalut per definir i adequar les bases d'assegurament, de contractació dels proveïdors i dels serveis.

Per a ser útil, la Cartera de serveis ha d'incloure totes les prestacions que es garanteixen (integralitat) i aquestes han d'estar definides amb criteris mínims comuns (homogeneïtat). La Cartera ha de respondre als canvis tant de les necessitats i expectatives de la població, com de les tecnologies mèdiques i dels recursos del sistema (adaptabilitat), i ho ha de fer de forma ràpida (dinamisme).

Com a instrument de planificació de serveis, la Cartera de serveis és la plasmació de les polítiques de serveis definides al Pla de serveis, que responen a les polítiques de salut establertes al Pla de salut.

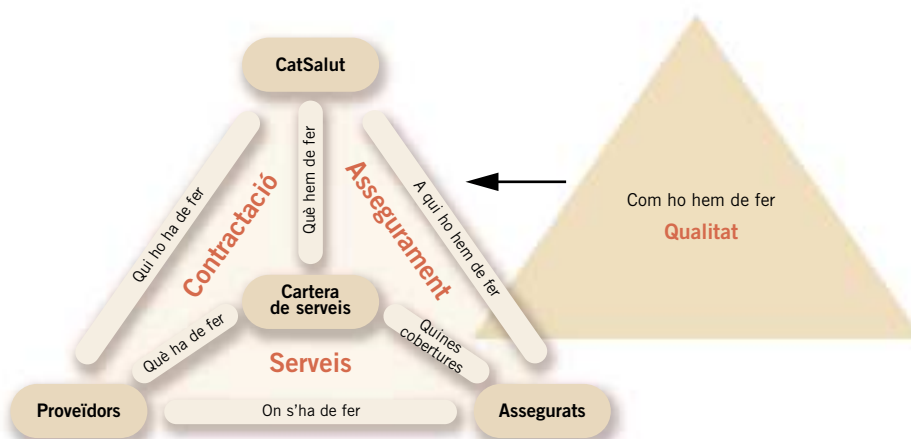
La Cartera de serveis està formada pel catàleg de prestacions (conjunt de prestacions i serveis que el CatSalut garanteix als seus assegurats), el catàleg de recursos assistencials d'utilització



pública i la relació entre ambdós catàlegs (la qual ens permetrà disposar de mapes sanitaris per analitzar l'assignació i la distribució dels recursos assistencials en el territori per a un servei determinat).

A més, i per tal d'adaptar-se de manera ràpida i eficaç als canvis, la Cartera de serveis inclou, ateses les característiques del cicle de vida de les prestacions i els serveis sanitaris, protocols d'inclusió i exclusió, tant de les prestacions sanitàries com dels recursos assistencials d'utilització pública. ■

Relacions de la Cartera de serveis del CatSalut





Les tecnologies de la informació i les comunicacions

Els assegurats poden consultar les seves dades al Registre central d'assegurats del CatSalut, i els proveïdors poden actualitzar les dades que d'ells es disposen.

En línia amb l'objectiu que el nostre país es pugui incorporar amb garanties d'èxit suficients a la societat de la informació, el Govern de la Generalitat ha posat en marxa el projecte Administració Oberta de Catalunya (AOC). Aquest projecte representa un canvi de gran

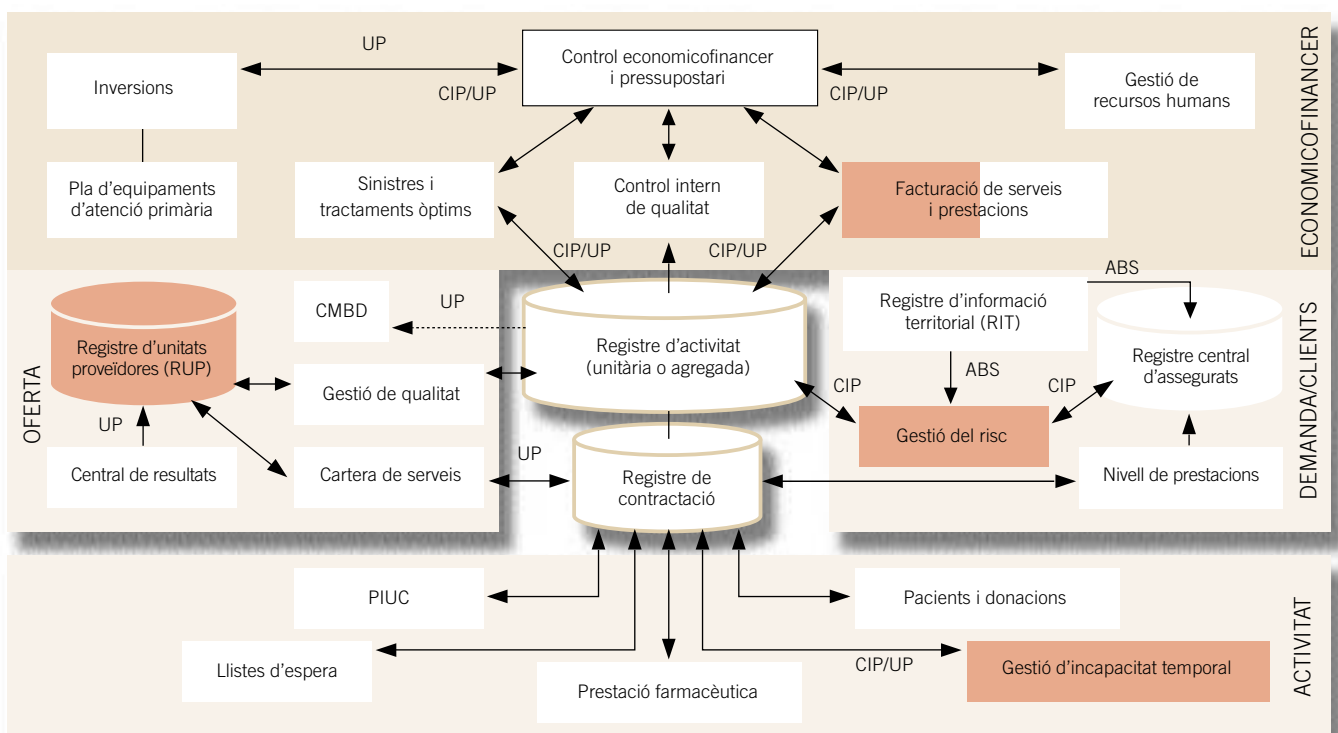
abast que pretén millorar les relacions entre les administracions, els ciutadans i les empreses de Catalunya, mitjançant la utilització de les tecnologies de la informació i de les comunicacions.

Les aplicacions informàtiques com els grans registres de clients i proveï-

dors són accessibles també, a títol d'exemple, per als nostres assegurats, que poden consultar les seves dades al Registre central d'assegurats del CatSalut, i per als nostres proveïdors, que poden actualitzar les dades de què disposem d'ells.

Un aspecte important que cal destacar és l'adequació de les mesures de seguretat previstes a la Llei orgànica de protecció de dades (LOPD). ■

Pla de sistemes. Projectes finalitzats i projectes en curs, 2001



Projectes finalitzats el 2001

Projectes en curs

UP: Unitat proveïdora
CIP/UP: Codi d'identificació personal/
unitat proveïdora

ABS: Àrea bàsica de salut
CMBD: Conjunt mínim bàsic de dades
PIUC: Pla integral d'urgències de Catalunya

Amb l'objectiu d'aconseguir la satisfacció dels clients en l'àmbit sanitari públic, el CatSalut segueix desenvolupant estratègies que permetran disposar, a mig termini, d'un sistema vàlid i fiable de mesura i seguiment de la qualitat percebuda pels assegurats, que donarà suport a la detecció de problemes i oportunitats de millora, així com la seva inclusió com a criteri de qualitat en la compra de serveis sanitaris.

Respostes als ciutadans

La meitat de les reclamacions (48,7%) es responen en menys de 15 dies.

Nombre total de reclamacions	Reclamacions/ 1.000 habitants	% de resolució
23.308	3,79	93,9

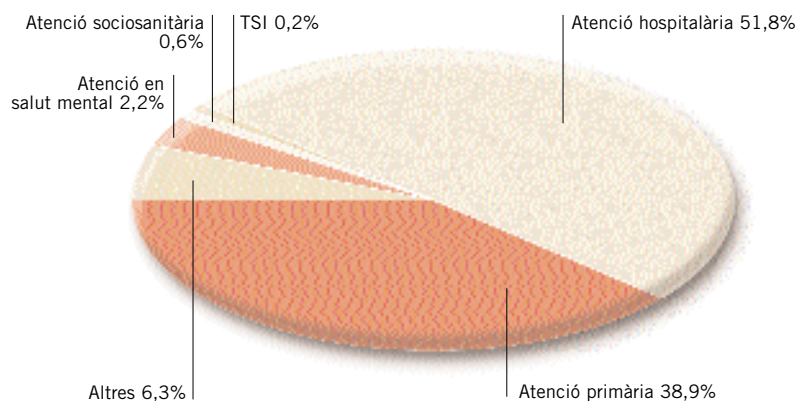
Extensió del 061 a tot Catalunya

A partir del mes de març de 2001 el telèfon 061 d'atenció telefònica permanent a les demandes d'urgències i emergències sanitàries s'ha estès a tot Catalunya.

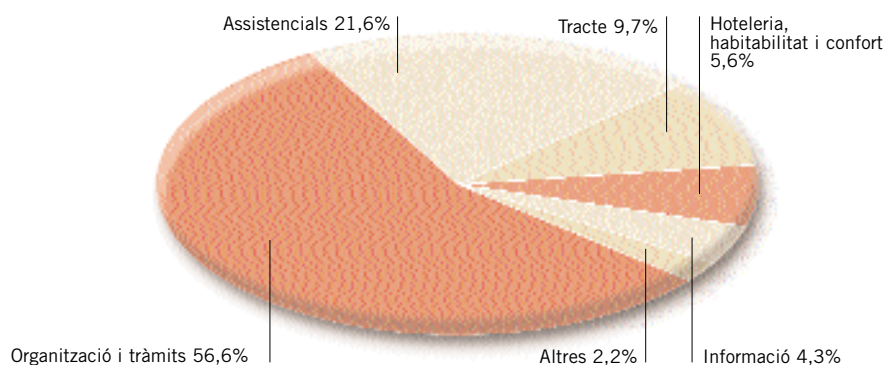
Cal destacar la importància d'aquest servei en la coordinació dels recursos sanitaris en aquells períodes en què es dona un increment de la demanda, com ara l'estiu a la costa i l'hivern quan s'activa el Pla integral d'urgències de Catalunya.

El 061 va rebre durant els mesos de març a desembre de 2001 una mitjana de prop de 3.400 trucades diàries.

Reclamacions per línia de serveis, 2001



Motius de les reclamacions, 2001



Sanitat Respon

Sanitat Respon dona resposta a qualsevol demanda d'informació sobre la salut, les malalties i els serveis sanitaris, i ofereix als ciutadans tota la informació disponible perquè puguin prendre les millors decisions per tenir cura de la seva salut. L'atenció telefònica es porta a terme mitjançant operadors i professionals de la salut (diplomats en infermeria i metges).

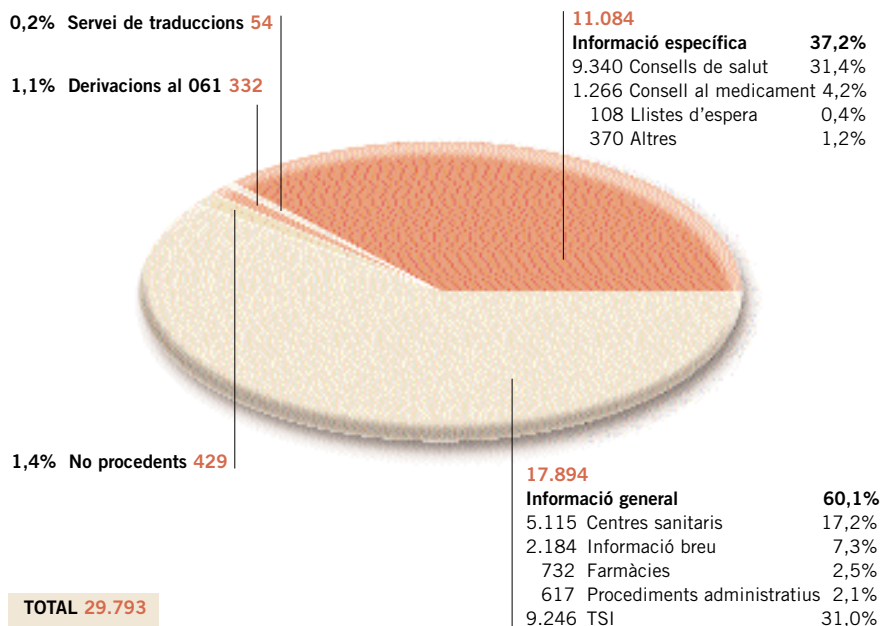
Sanitat Respon és un projecte del Departament de Sanitat i Seguretat Social, desenvolupat pel CatSalut i prestat per l'empresa pública Sistema d'Emergències Mèdiques, SA (SEMSA). El projecte es beneficia de la integració de les noves tecnologies i les telecomunicacions en l'atenció sanitària de la població i té per objectius:

- Incrementar el nivell d'accés a la informació i als serveis per part del ciutadà.
- Augmentar el nivell d'informació respecte a aquells temes que preocupen la població.
- Iniciar un procés de gestió de la demanda.
- Millorar la imatge de la sanitat pública davant del ciutadà.
- Aproximar els serveis sanitaris al ciutadà.

Els seus referents immediats es troben en el NHS-Direct del National Health Service del Regne Unit, i en

Sanitat Respon es va posar en funcionament el 21 de juny de 2001 a les províncies de Tarragona, Lleida i Girona, i des del 15 d'octubre ofereix atenció telefònica a tot Catalunya.

Consultes ateses per Sanitat Respon, 2001



l'Info-Santé canadenc, serveis telefònics de 24 hores.

Sanitat Respon és un mitjà per conèixer millor les necessitats dels ciutadans i ha de contribuir a la coordinació i el suport entre els diferents recursos assistencials, així com potenciar les sinergies amb el 061. També ha de ser una plataforma dinàmica i modular amb capacitat per incloure-hi nous serveis i nous agents.

Els serveis que s'ofereixen als professionals sanitaris són traducció

telefònica per a metges (àrab, fula, hebreu, grec, pakistanès, turc, rus, urdú i japonès, entre d'altres) i consultoria mèdica i consultes sobre les campanyes i programes impulsats pel Departament de Sanitat i Seguretat Social. ■





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 desenvolupa les seves activitats d'atenció al conjunt de la població de l'ABS.

Atenció primària

La progressiva implantació dels EAP, dins del marc de la reforma de l'atenció primària de salut (RAP) iniciada l'any 1986, ha comportat un canvi conceptual important en l'orientació dels serveis d'atenció primària, així com una millora notable de la qualitat de l'atenció sanitària que rep la població en aquest nivell. La RAP ha permès progressar des del model assistencial anterior, basat de forma gairebé exclusiva en l'atenció curativa per demanda de la població usuària, cap a un altre model en què l'atenció primària de salut desenvolupa el seu paper com a primer graó d'accés de la població a l'assistència sanitària i es transforma en un nivell assistencial qualitativament diferent, on s'integren de forma equilibrada l'atenció preventiva, l'atenció curativa, l'atenció rehabilitadora i la promoció de la salut de la comunitat.

Flexibilització d'horaris en l'atenció primària

En el transcurs de l'any 2001, el nombre d'EAP que han incorporat objectius de millora en la flexibilització horària s'ha incrementat en un 8% respecte a l'any 2000 (en total 230 EAP tenen assolit aquest objectiu).

Els indicadors per mesurar-ho van ser: el nombre d'EAP que tenien consulta espontània de pediatria a partir de les 17 h i el percentatge de metges amb horari lliscant (que donen servei de matí i tarda).

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

S'ha iniciat la implantació progressiva del Programa integral d'atenció a la gent gran en tot el territori de Catalunya.

La finalitat del programa és promoure un envelliment saludable, de manera que es retardin la dependència i la mortalitat i es millori la qualitat de vida de les persones grans. Els objectius primordials del programa són:

- Promoure la salut de les persones grans, detectar les persones grans fràgils i prevenir els riscos relacionats amb l'edat.
- Garantir la continuïtat en l'atenció i l'atenció domiciliària.
- Millorar i potenciar la col·laboració entre els diferents nivells assistencials i contribuir a la integració dels diferents serveis.
- Potenciar la formació continuada del personal sanitari i no sanitari implicat en el desenvolupament del programa.
- Mantenir les persones grans en el seu entorn familiar i comunitari sempre que sigui possible, afavorint en primer lloc l'atenció a domicili i, en últim extrem, l'internament.

Durant l'any 2001, s'ha dut a terme una prova pilot en quatre zones de Catalunya (una zona més de les previstes): Cornellà, Sant Martí (Barcelona), Vic i Pallars Jussà. Un cop avaluada, s'elaborarà el document del programa definitiu i s'implantarà progressivament en tot el territori.

Recursos sanitaris

Tipus d'atenció	Recursos				
	CAP	Consultori local	CAC	SEU	SOU
Atenció primària	■	■			
Atenció continuada	■	■	■	■	■

CAP: centre d'atenció primària
SEU: servei especial d'urgències

CAC: centre d'atenció continuada
SOU: servei ordinari d'urgències

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

Activitat assistencial d'atenció primària,¹ 2001

Xarxa reformada	
Visites	35.782.134
Visites per habitant i any	7,1
Xarxa no reformada	
Visites	5.581.305
Visites per habitant i any	6,0
Total	
Visites	41.363.439
Visites per habitant i any	6,9

¹ Inclou el nombre de visites realitzades per tots els professionals de l'EAP (espontànies, programades i a domicili) i pels metges generals, pediatres i infermeres (espontànies, programades i a domicili) de la xarxa no reformada.

Diversificació de proveïdors

L'any 2001 s'han posat en funcionament disset equips d'atenció primària (EAP) nous, onze dels quals estan gestionats per l'ICS i els sis restants per altres entitats proveïdores, que són les següents: Gestió de Serveis Sanitaris, Atenció Primària Alt Camp SLL, Consorci Sanitari del Maresme, Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample (gestiona dos equips d'atenció primària nous) i EAP Poble Sec SL.

Pel que fa a la diversificació de la provisió de serveis cal esmentar que dels 306 EAP ja implantats (el 89% dels previstos):

- El 82,7% dels EAP està gestionat per l'ICS (253 EAP).
- El 17,3% restant (53 EAP) ho està per altres entitats proveïdores.
- Un total de set EAP (2,3%) estan gestionats per entitats de base associativa (EBA) amb dues modalitats diferents de contractació.

Pel que fa a altres programes, com el d'atenció domiciliària, les accions desenvolupades durant l'any 2001 s'han dirigit, com l'any anterior, cap a la consolidació del Programa d'atenció domiciliària en els EAP.

Durant l'any 2001 s'ha continuat avançant en la millora dels programes

Equips d'atenció primària per proveïdors, 2001

Entitat proveïdora	EAP en funcionament
Badalona Gestió Assistencial, SL (BSA, SL)	3
Centre Sanitari del Solsonès. Fundació Pública Comarcal	1
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 la Selva	1
Consorci Sanitari de Terrassa	4
Consorci Sanitari del Maresme	2
Corporació Sanitària del Parc Taulí	1
Atenció Primària Alt Camp, SLL	1
EAP Osona Sud-Alt Congost, SL	1
EAP Poble Sec, SL	1
EAP Sardenya	1
EAP Vic, SL	1
Fundació Centres Assistencials i d'Urgències	5
Fundació Hospital de Campdevànol	1
Fundació Hospital Sant Jaume d'Olot	2
Fundació Privada FASS	4
Gestió de Serveis Sanitaris	1
Grup SAGESSA	1
Hospital de Figueres Fundació Privada	1
Gestió de Serveis Sanitaris, SA (SAGESSA)	1
Institut Català de la Salut	253
Institut d'Assistència Sanitària	3
Mútua de Terrassa	6
Organisme Autònom Local Hospital Sant Jaume de Calella	2
PAMEM	2
Serveis de Prevenció, Assistencials i Socio-sanitaris (PASS)	1
Total	306

Sol·licituds d'anàlisis clíniques, radiologia i interconsulta generades per l'atenció primària, 2001

Sol·licituds per 100 visites mèdiques

	Anàlisis clíniques	Radiologia	Interconsulta
Xarxa reformada	8,3	3,2	7,5
Xarxa no reformada	5,0	1,9	6,8
Total	7,7	2,9	7,4

d'atenció a la dona, que enguany han passat a anomenar-se Programa sanitari d'atenció a la salut sexual i reproductiva.

El 2001 s'ha continuat ampliant l'àmbit d'actuació de les unitats de salut laboral (USL). El 44% dels EAP en funcionament tenien el suport d'una USL. ■





La propera finalització de la RAP

Un 88,3% de la població està coberta per centres d'atenció primària reformats.

El CatSalut ha elaborat un pla de finalització de la reforma de l'atenció primària (RAP) l'any 2002, tot prioritjant la posada en funcionament dels nous EAP en funció, bàsicament, de criteris d'equitat territorial i socioeconòmica, i de factibilitat en relació amb la disponibilitat d'infraestructures sanitàries. Aquesta prioritjació de la posada en funcionament de nous serveis ha estat seguida d'una planificació d'inversions per a aquelles ABS on és necessària la construcció o remodelació dels centres d'atenció primària i/o consultoris locals que han de donar suport estructural als EAP.

El Pla anual d'implantació d'ABS de 2001 ha suposat la posada en funcionament de disset nous EAP, xifra que ha representat un increment global del 5,9% en el nivell d'implantació de la RAP, tot mantenint l'estratègia de

EAP posats en funcionament el 2001 i la seva entitat gestora

Lleida Rural-1 Nord (Gestió de Serveis Sanitaris)
Lleida-5 (ICS)
Alt Camp Oest (Atenció Primària Alt Camp, SLL)
Bàscaia (ICS)
Vilafant (ICS)
Mataró-2 (Consorti Sanitari del Maresme)
Mataró-3 (ICS)
Sabadell-4A (ICS)
Barcelona-2C (Consorti d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample, CAPSE)
Barcelona-2E (Consorti d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample, CAPSE)
Barcelona-3A (EAP Poble Sec, SL)
Barcelona-3E (ICS)
Barcelona-3G (ICS)
Barcelona-7A (ICS)
Barcelona-8A (ICS)
Barcelona-8C (ICS)
Barcelona-8F (ICS)

diversificació de la provisió dels serveis d'atenció primària, d'acord amb el marc normatiu que estableix la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya. ■

Entitats de base associativa

L'any 2001 s'han posat en funcionament dos EAP nous gestionats per entitats de base associativa (EBA): Alt Camp Oest (Atenció Primària Alt Camp, SLL) i Barcelona-3A (EAP Poble Sec, SL). Amb aquests dos EAP nous, un total de set EAP (2,3%) estan gestionats per EBA, amb dues modalitats diferents de contractació: en cinc casos (Alt Camp Oest, Barcelona-3A [Poble Sec], Barcelona-7B [Sardenya], Centelles i Vic-2 Sud) estan contractats directament pel CatSalut i en els altres dos (Barcelona-1A [Barceloneta] i Barcelona-10A [Vila Olímpica]) estan contractats per una institució intermediana (PAMEM), que alhora té un conveni establert amb el CatSalut.

La Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), segons la redacció donada per la Llei 11/1995, de 29 de setembre, preveu l'existència d'entitats de base associativa constituïdes per professionals sanitaris que participen en la gestió dels serveis sanitaris i sociosanitaris.

La provisió dels serveis per EBA permet aprofundir en el model sanitari català respecte a la diversificació de la provisió i la introducció de mecanismes de gestió empresarial, i té la finalitat de promoure un grau d'implicació més gran dels professionals sanitaris en el procés de desenvolupament, racionalització i optimització del sistema sanitari públic.

Implantació de la reforma de l'atenció primària, 2001

	EAP en funcionament	Total d'EAP previstos	% d'EAP en funcionament	% de població coberta
Lleida	27	29	93,1	88,9
Tarragona	33	35	94,3	90,4
Tortosa	9	9	100,0	100,0
Girona	35	36	97,2	98,9
Costa de Ponent	52	56	92,9	93,3
Barcelonès Nord i Maresme	33	40	82,5	86,0
Centre	63	73	86,3	86,6
Barcelona Ciutat	54	66	81,8	81,5
Total	306	344	89,0	88,3

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. ■



Recursos d'atenció primària d'urgències i/o d'atenció continuada, 2001

EAP ¹	SEU	SOU	Altres ²
150	5	28	30

¹ Nombre d'EAP que fan atenció continuada.

² Inclou centres i punts d'atenció continuada, centres coordinadors i 061.





Atenció especialitzada

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, i compta amb el suport d'altres recursos, com les unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (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 sociosanitària, 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 altres més orientades als tipus de recursos (hospitals d'aguts, centres sociosanitaris), 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, convalescència, hospitals de dia, etc.). 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 específics a través dels quals es du a terme l'activitat assistencial. ■

Pla director d'Oncologia, 2001-2004

S'ha aprovat i iniciat l'operativització del Pla director d'Oncologia 2001-2004 amb la constitució del seu comitè director i les primeres actuacions, entre les quals podem esmentar l'elaboració de documents de consens, la implantació de la prova pilot de diagnòstic ràpid, la implantació de psicooncòlegs i la potenciació dels cribratges.





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 cap a altres serveis diferents del model clàssic conegut.

En aquest nou model d'hospital, el pes de l'atenció es va desplaçant cap a una activitat més ambulatoria i trobem un hospital més obert i flexible, més adaptable als canvis demogràfics i de morbimortalitat, a les tècniques mèdiques emergents, als canvis en els patrons de la pràctica clínica i als canvis dels valors de la població. L'hospital del futur, doncs, haurà de focalitzar 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

Nous projectes

Dels projectes més destacables de la xarxa hospitalària cal remarcar els relatius a les millores de centres com Bellvitge, Vall d'Hebron o Dr. Josep Trueta; la construcció en curs de nous equipaments, com ara el nou Hospital de Sant Pau a Barcelona, l'Hospital de Santa Caterina al Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt, i l'Hospital del Baix

Recursos d'internament, 2001

Hospitals d'aguts		Centres psiquiàtrics		Centres sociosanitaris		Total	
Centres	Llits	Centres	Llits	Centres	Llits	Centres ¹	Llits
65	14.774	19	3.705	90	6.942	151	25.421

¹ Nombre total de centres: els centres autoritzats per fer més d'un tipus d'internament només s'han comptabilitzat una vegada. Aquesta particularitat no afecta el nombre de llits.

Recursos i tipus d'atenció d'internament

Tipus d'atenció	Recursos		
	Hospital general d'aguts	Centre psiquiàtric d'internament	Centre sociosanitari
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 sociosanitaris.

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

Penedès al Vendrell; i els projectes ja en marxa d'Igualada, Mollet i el Baix Llobregat.

A més d'aquests equipaments, que redunden en nous i millors serveis, la contractació de serveis sanitaris en aquest àmbit s'ha orientat a fer efectiva l'adaptació als canvis de necessitats en l'atenció, i a l'augment de la qualitat i l'eficiència. En són exemples l'aprofundiment en l'avaluació dels objectius del Pla de salut, les millores en la continuïtat assistencial, la proposta de cartera de serveis d'atenció hospitalària, les propostes relacionades amb el manteniment del nivell tecnològic del sistema públic, l'operativització del Pla director d'Oncologia o l'atenció a malalties sense tractament conegut o que afecten col·lectius reduïts (fibromiàlgia, malalties neuromusculars). ■



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 2001 han estat 65 els centres hospitalaris que han prestat assistència pública oferint serveis d'hospitalització general aguda. D'aquests hospitals, 61 pertanyen a la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP), mentre que els altres quatre són hospitals comple-

mentaris autoritzats que, malgrat no pertànyer a la XHUP, proveeixen de serveis el CatSalut.

Dels 65 hospitals, 17 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 14.774 (49 llits menys que l'any 2000). 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 s'ha pogut realitzar gràcies als avenços que s'han produït tant en coneixements com en noves tecnologies.

Hospitals generals d'aguts

El CatSalut ha finançat 664.151 altes, un 13% de les quals corresponen a intervencions de cirurgia major ambulatoria.

Distribució de les altes en hospitals generals d'aguts finançades pel CatSalut, 2001

	Altes ¹	%	Estada mitjana (dies)
Lleida	34.793	5,2	6,4
Tarragona	49.092	7,4	5,4
Tortosa	11.329	1,7	5,9
Girona	56.891	8,6	5,1
Costa de Ponent	114.058	17,2	6,1
Barcelonès Nord i Maresme	65.862	9,9	6,2
Centre	136.805	20,6	5,6
Barcelona Ciutat	195.321	29,4	6,4
Total	664.151	100,0	6,0

¹ Altes: totes les altes convencionals i intervencions de cirurgia major ambulatoria (CMA), de pacients residents a Catalunya i no residents, que s'han declarat al conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (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.

Taxa bruta d'hospitalització per 1.000 habitants, 2001

Lleida	100,7
Tarragona	106,8
Tortosa	84,4
Girona	102,8
Costa de Ponent	95,2
Barcelonès Nord i Maresme	93,5
Centre	99,8
Barcelona Ciutat	130,5
Total	106,1



Dels 14.774 llits, 352 corresponen a serveis de psiquiatria i 54, a UHD.

De les 664.151 altes finançades pel CatSalut (dades provisionals de l'exploració del CMBDAH), el 87% corresponen a hospitalització convencional i el 13%, a intervencions de cirurgia major ambulatoria. L'activitat de cirurgia major ambulatoria ha experimentat un creixement del 14,8%.

L'estada mitjana ha passat de 6,2 a 6,0 dies, sobretot a causa de l'increment de l'activitat de cirurgia major ambulatoria. El 52,0% de les altes correspon a dones i el 48,0%, a homes. Els grups d'edat més freqüents són els compresos entre 65 i 84 anys (35,8% de les altes, de les quals el 20,2% correspon a malalts d'entre 70 i 79 anys), els menors de 5 anys (6,9% de les altes) i el grup de 30 a 34 anys, sobretot dones (5,9% de les altes).

Desintoxicació hospitalària

De totes les altes dels hospitals d'aguts, 1.409 corresponen a pacients d'unitats hospitalàries de desintoxicació (UHD). L'estada mitjana d'aquestes altes és de 10 dies.

La majoria de pacients que ingressen per desintoxicació hospitalària són homes (75,7%), i els grups d'edat que acumulen més altes per aquest motiu són el de 25 a 34 anys en el cas dels homes i el de 30 a 39 anys en el de les dones. L'alcohol i l'heroïna són les drogues que representen el motiu més freqüent d'internament hospitalari per desintoxicació.

Urgències hospitalàries

El nombre total d'urgències en els hospitals d'aguts s'ha incrementat en gairebé un 3% respecte a l'activitat realitzada l'any 2000. Així, el 2001 s'han atès 3.116.186 urgències. Per regions sanitàries cal destacar el creixement d'activitat de les regions de Lleida (5%) i Barcelona (4%). ■

Distribució de les altes dels hospitals generals d'aguts finançades pel CatSalut¹, 2001

	%	Estada mitjana (dies)	Posició el 2000
Procediments sobre cristal·lí	6,5	0,4	1
Part vaginal	5,2	3,1	2
Procediments sobre hèrnia	2,8	2,5	4
Malaltia pulmonar obstructiva crònica	2,7	8,2	3
Esofagitis, gastroenteritis, miscel·lània digestiu	2,5	4,5	5
Insuficiència cardíaca, xoc	2,1	8,4	7
Bronquitis / asma	1,9	5,5	6
Pneumònia simple / pleuritis	1,8	7,9	8
Procediments de reinserció articulació/membre major EEII	1,7	13,0	9
Procediments sobre úter i annexos, no per malignitat	1,6	4,0	10
Lligadura i esquinçament de venes	1,5	1,0	12
Trastorns cerebrovasculars, excepte isquèmia transitòria	1,5	10,8	11
Infecció de ronyó / vies urinàries	1,4	6,0	13
Cesària	1,3	6,5	14
Colecistectomia	1,1	6,2	15
Procediments sobre genoll sense diagnòstic d'infecció	1,0	2,1	16
Procediments anals i d'estoma	1,0	2,3	18
Nadó a terme amb problemes	0,9	4,9	22
Trastorn circulatori amb infart agut de miocardi	0,9	9,8	23
Altres factors que influeixen en l'estat de salut	0,9	3,0	19
Hemorràgia gastrointestinal	0,9	6,1	21
Quimioteràpia excepte leucèmia aguda	0,9	4,7	26
Alliberament del canal carpià	0,9	0,4	17
Angor pectoris	0,8	6,7	20
Trastorn circulatori excepte IAM amb cateterisme cardíac	0,8	6,1	25

¹ Corresponen als grups de diagnòstics relacionats més freqüents (segons la 16a versió de l'agrupació de la Health Care Financing Administration).



Amb el Pla de xoc per a la reducció de les llistes d'espera s'ha establert que, en el període que va de l'any 2000 al 2003, als catorze procediments que hi són inclosos se'ls haurà fixat un temps de garantia per a la realització de la intervenció. Per portar endavant aquest objectiu, s'ha establert una compra addicional d'aquests procediments, de manera que, a més de rebaixar el temps d'espera, es vagi disminuint el de la resta d'intervencions per tal de poder assolir l'objectiu marcat per a l'any 2003. Aquest any el temps màxim d'espera per a qualsevol dels catorze procediments quirúrgics monitoritzats s'haurà de situar per sota dels sis mesos, amb un temps mitjà d'espera inferior als tres mesos.

D'acord amb la planificació prevista, l'any 2001 s'han incorporat quatre procediments nous en temps de garantia (cataractes, herniorràfies, artroscòpies i circumcisions), que completen fins a vuit els ja existents (colecistectomies, prostatectomies, alliberament del canal carpià, histerectomia). ■

Reducció de les llistes d'espera quirúrgiques

L'any 2001 s'ha incrementat l'activitat fins a 131.413 procediments quirúrgics i el temps mitjà de resolució global s'ha reduït fins a 3,23 mesos.

Pla de xoc de les llistes d'espera, 2000-2001

	Activitat 2001	Temps mitjà de resolució ¹ 2000	Temps mitjà de resolució ¹ 2001	Pacients en llista d'espera 2001
Cataractes	43.951	4,94	3,14	11.509
Varices	9.972	5,52	5,30	4.406
Hèrnies	14.396	1,22	1,62	1.941
Colecistectomia	8.047	0,85	1,45	975
Septoplàstia	4.273	2,55	2,62	932
Artroscòpia	8.348	2,66	3,03	2.108
Vasectomia	4.160	0,73	0,29	100
Prostatectomia	4.413	0,77	0,75	275
Canal carpià	6.108	0,80	1,63	832
Amigdalectomia	5.167	0,73	0,99	428
Circumcisió	5.878	1,43	0,90	440
Histerectomia	5.409	0,60	0,85	385
Pròtesis de maluc	5.714	6,31	5,62	2.676
Pròtesis de genoll	5.577	21,55	18,01	8.372
Total	131.413	3,65	3,23	35.379

61 centres i 14 procediments.

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





L' hospital psiquiàtric és el centre hospitalari de tipus monogràfic que, conjuntament 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 també 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).

Aquests centres tenen una dotació de 3.705 llits, que, sumats als 352 dels hospitals generals d'aguts amb servei de psiquiatria, constitueixen una oferta global d'internament psiquiàtric de 4.057 llits.

Activitat psiquiàtrica

L'oferta d'internament psiquiàtric supera els 4.000 llits.

Les altes generades en les unitats d'aguts dels hospitals psiquiàtrics tenen una estada mitjana de 20,04 dies de mitjana, i les generades a les unitats de subaguts, de 78,91 dies.

Si es comparen aquestes dades amb les de l'any anterior es pot observar que continua la tendència de disminució de l'estada mitjana de les unitats d'aguts dels hospitals psiquiàtrics, que ha passat de 21,29 dies a 20,04 dies. També s'evidencia la tendència d'increment de l'estada mitjana dels hospitals generals que tenen servei de psiquiatria (es passa de 14,04 dies als 14,30 dies l'any 2001). ■



Distribució de les altes dels hospitals psiquiàtrics, 2001

	Aguts	Subaguts
Lleida ¹	—	—
Tarragona	978	128
Tortosa ¹	—	—
Girona	895	248
Costa de Ponent	3.448	592
Barcelonès Nord i Maresme	1.676	201
Centre ¹	—	—
Barcelona Ciutat	1.762	265
Total	8.759	1.434

¹ Regions sanitàries sense hospitals psiquiàtrics.

Distribució de les altes dels hospitals generals, 2001

	Amb servei de psiquiatria	Sense servei de psiquiatria
Lleida	828	85
Tarragona ¹	—	204
Tortosa ¹	—	53
Girona	163	212
Costa de Ponent	1.116	85
Barcelonès Nord i Maresme	446	107
Centre	2.627	304
Barcelona Ciutat	2.728	606
Total	7.908	1.656

¹ Regions sanitàries amb hospital general sense servei de psiquiatria.

Els centres sociosanitaris són els recursos d'internament dotats de les característiques estructurals i del personal necessari per atendre pacients sociosanitaris. Poden ser centres d'internament de finalitat sociosanitària exclusivament o hospitals autoritzats tant per a l'internament agut com per al sociosanitari i/o psiquiàtric. Els recursos sociosanitaris s'han anat incrementant durant el 2001 respecte del 2000. Aquest augment en la dotació de recursos, comptabilitzats en 295 llits, s'ha produït mantenint una constància en les línies de serveis existents, tal com s'ha anat fent en els darrers anys.

Els centres sociosanitaris 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, 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 de mantenir la màxima autonomia i qualitat de vida del malalt. Dins d'aquestes



Al final de l'any 2001, la dotació sociosanitària pública de recursos d'internament per a tot Catalunya ha estat de 6.942 llits.

Activitat sociosanitària

Pacients i altes d'internament sociosanitari, 2001

	Pacients atesos ¹	Pacients donats d'alta	Estada mitjana (dies) ²
Llarga estada	11.899	7.318	170,6
Convalescència ³	10.361	9.276	43,6
Cures pal·liatives	4.625	4.230	23,1
Mitjana estada polivalent	1.980	1.806	37,3

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 els pacients en programa d'hemodiàlisi per insuficiència renal crònica.



unitats s'inclou l'atenció 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 psicogeriatría. El nombre de llits és de 5.067.

- **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

Programa d'urgències d'hivern dels recursos socio-sanitaris

Durant l'exercici 2001 s'ha posat en marxa per segon any consecutiu el Programa d'urgències d'hivern dels recursos socio-sanitaris. Aquest Programa comporta un conjunt d'actuacions del CatSalut per a la coordinació de les diferents xarxes assistencials en relació amb el tractament de pacients més grans de 65 anys i persones afectades per llarga malaltia o malaltia avançada incurable durant els mesos de l'hivern 2000-2001.

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. L'estada mitjana dels pacients en aquestes unitats ha estat de 43,6 dies i el nombre de llits disponibles a les unitats de convalescència és de 1.257.

- **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. L'estada mitjana dels pacients en aquestes unitats l'any 2001 ha estat de 23,1 dies, i el nombre de llits disponibles a les unitats de cures pal·liatives de centres socio-sanitaris és de 347.
- **Unitat de mitjana estada polivalent.** A partir del 2000, es van tipificar

algunes de les unitats existents com a unitats de convalescència o de cures pal·liatives com a unitats de mitjana estada polivalent. En aquestes unitats es poden atendre indistintament pacients convalescents o tributaris de cures pal·liatives. Això s'ha fet en territoris amb poca població i amb unitats de pocs llits per fer més eficient el recurs. A la fi de l'any 2001, el nombre de llits tipificats com de mitjana estada polivalent era de 218, amb una estada mitjana de 37,3 dies.

- **Unitat de tractament de la sida.** És la unitat d'hospitalització creada per atendre pacients en fase terminal específicament per sida. L'any 2001 el nombre de llits disponibles a les unitats de tractament de sida ha estat de 53.

El nombre de pacients atesos en llits de llarga estada durant el 2001 ha estat d'11.899. Aquesta xifra és molt similar a la que es va presentar l'any 2000. És un resultat lògic si es té en compte que el gruix dels nous recursos va iniciar-se l'últim mes de l'any 2001. ■





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 infantils 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 malalties tropicals, etc.).

Atenció ambulatoria especialitzada

Visites de consulta ambulatoria especialitzada, 2001

Consultes externes als hospitals ¹	8.844.147
Altres ²	2.511.509
Total	11.355.656

¹ Finançades contractualment als hospitals.

² Consultes als CAP II i altres consultes externes descentralitzades, finançades a altres centres.

Atenció psiquiàtrica i 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'atenció especialitzada i de suport a l'atenció primària als pacients més grans de 18 anys. Els equips assistencials que els componen han de ser totalment diferents.

Per tal de garantir l'accessibilitat de la població a aquests recursos assistencials, sobretot en els casos de regions sanitàries amb molta dispersió geogràfica, alguns d'aquests equips han desplegat consultes perifèriques.

En relació amb l'any 2000 s'ha mantingut el nombre de CSMA i s'ha incrementat en un el de CSMIJ, i hi ha també una consulta perifèrica infantil i juvenil més.

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.

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

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

Consulta ambulatoria especialitzada. Distribució de centres per tipus de servei, 2001

Centres amb consulta ambulatoria especialitzada			Centres amb consulta ambulatoria especialitzada psiquiàtrica			Centres d'atenció i seguiment de drogodependències
No hospitalaris	Hospitalaris	Total	CSMIJ	CSMA	Total	Consultes perifèriques
60	64	124	35	68	103	37
						Consultes
						60

CSMIJ: centre de salut mental infantil i juvenil.
CSMA: centre de salut mental d'adults.



Visites de consulta ambulatoria psiquiàtrica als centres de salut mental, 2001

	Primeres visites	Visites successives	Visites especials	Totals
Adults	55.501	572.514	40.123	668.138
Infantils	16.814	153.213	27.061	197.088
Total	72.315	725.727	67.184	865.226

Pacients que han iniciat tractament de desintoxicació en un centre d'atenció i seguiment de drogodependències, 2001

Heroïna	3.234
Cocaïna	1.888
Cannabis	333
Tabac	946
Alcohol	5.189
Altres	720
Total	12.310

Categories diagnòstiques¹ més freqüents a les consultes ambulatories psiquiàtriques, 1998-2000

Infantils	%
Ansietats i trastorns de la personalitat	19,92
Trastorns adaptatius	15,48
Depressions i trastorns afectius	7,29
Trastorns del desenvolupament	6,77
Trastorns de l'alimentació	2,95
Adults	%
Depressions i trastorns afectius	32,77
Ansietat i trastorns de la personalitat	24,88
Trastorns adaptatius	10,47
Trastorns esquizofrènics	9,44
Altres psicosis	3,50

¹ Dades segons la CIM-9-MC.

El CatSalut ha implantat el conjunt mínim bàsic de dades dels centres de salut mental (CMBDCSM) i el primer de gener de 1998 va començar la notificació obligatòria trimestral. En un estudi realitzat sobre l'activitat notificada durant el període 1998-2000, s'ha observat un increment global del 18,11% en el nombre de pacients atesos (increment del 45,60% en els CSMIJ i del 13,11% en els CSMA). Aquest fet posa de manifest la creixent pressió assistencial dels centres de salut mental (tant els CSMIJ com els CSMA). En apropar els serveis als ciutadans, i millorar-ne l'accessibilitat, hi ha més demanda d'atenció (més primeres visites) i això genera més activitat.

Hospital 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, hospitals psiquiàtrics i centres sociosanitaris.

El nombre de sessions d'hospital de dia realitzades als hospitals d'aguts ha experimentat un increment del 5,5% per al total de centres de Catalunya, amb relació a les portades a terme l'any 2000. Per regions sanitàries, els increments més significatius s'han produït a les regions Girona, Barcelonès Nord i Maresme i Centre, amb uns percentatges d'increment del 22%, el 14% i el 14% respectivament. El nombre de pacients atesos en places d'hospital de dia sociosanitari durant el 2001 ha estat de 7.200. L'estada mitjana dels pacients que han ocupat aquests recursos ha estat de 34,4 dies.

Atenció a les urgències i a les emergències

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

Els resultats obtinguts en el trasplantament d'òrgans i la dinàmica interhospitalària establerta per les unitats de coordinació de trasplantaments dels hospitals de la XHUP han fet incrementar el nombre de trasplantaments sense necessitat d'incrementar proporcionalment el nombre de centres trasplantadors.

El nombre total de trasplantaments registrats en els darrers cinc anys reflecteix la consolidació d'un nivell alt d'activitat.

L'índex per milió de població (pmp) és de 115. A Espanya, l'índex pmp és de 86.

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 professionals que, en els 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 nombre total de donants coordinats a l'Organització Catalana de Trasplantament (OCATT) durant l'any 2001 ha estat de 650.



Centres i places d'hospital de dia, 2001

En hospitals d'aguts ¹	75
Psiquiàtrics	12 (326 places)
En centres sociosanitaris	56 (1.237 places)

¹ Comprèn els hospitals de dia psiquiàtrics en hospitals d'aguts.



Recursos d'hospital de dia i tipus d'atenció

Tipus d'atenció	Recursos		
	Hospital general d'aguts	Centre psiquiàtric	Centre sociosanitari
Oncològica, immunohematològica, altres			
Psiquiàtrica			
Sociosanitària			

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

Trasplantaments, 2001

Renal	394
Hepàtic	200
Cardíac	53
Pulmonar	29
Pancreàtic	23
De progenitors hemopoètics	443
De teixit osteotendinós	1.052
De teixit vascular	66
De membrana amniòtica	70
De pell	26
De còrnia	935

Centres autoritzats per fer trasplantaments, 2001

Ronyó	6
Fetge	3
Cor	3
Pulmó	1
Pàncrees	2
Cèl·lules progenitores de l'hemopoesi	14
Teixit osteotendinós	35
Teixit vascular (vàlvules cardíaques i segments vasculars)	7
Pell	2
Còrnia	34

Altres recursos d'atenció especialitzada

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

Són unitats de valoració de pacients ingressats en hospitals d'aguts o en hospitals psiquiàtrics; també pacients que vénen adreçats des de l'atenció primària. N'hi ha 56 de diferent tipologia; geriatria, cures pal·liatives, respiratòries, trastorns cognitius i de la conducta, i també de mixtes (geriatria i cures pal·liatives).

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

Els programes d'atenció domiciliària - equips de suport (PADES) tenen com a objectiu influir en la qualitat assistencial, oferir atenció continuada al 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. N'hi ha 54.

Equips de teràpia en observació directa ambulatòria (ETODA)

La funció d'aquests equips (actualment n'hi ha 5) és garantir el correcte compliment del tractament de la tuberculosi per part del malalt amb problemà-

tica social mitjançant l'observació directa: el malalt ha de prendre la medicació davant d'un terapeuta.

Centres de dia de salut mental

És un espai relacional i terapèutic, de tipus comunitari, que permet que l'usuari continuï integrat en el seu medi sociofamiliar. Està dirigit a la rehabilitació psicosocial d'aquelles persones amb trastorn mental sever, amb un cert grau d'autonomia i estabilitat, que no presenten situacions de descompensació aguda. Durant l'any 2001 s'han creat 186 noves places de centres de dia d'adults i 13 noves places per atendre la població infantil amb psicosis i autisme.

Rehabilitació

Els serveis de rehabilitació poden estar integrats en hospitals (45 hospitals que ofereixen rehabilitació hospitalària) i en centres que presten atenció ambulatoria especialitzada (51 centres que ofereixen rehabilitació extrahospitalària).

Cirurgia menor ambulatoria

L'activitat de cirurgia menor ambulatoria realitzada l'any 2001 als hospitals de la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP) s'ha reduït respecte a l'activitat de l'any 2000 en un 2,9%, i s'ha situat en 197.664 intervencions.

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 menor complexitat, i els centres de diàlisi, que presten tractament substitutiu dialític als malalts. La distribució dels recursos de diàlisi en el territori garanteix una bona accessibilitat geogràfica als malalts de totes les regions sanitàries.





El nombre de centres ha sofert un lleuger increment en els darrers anys, com també la capacitat de tractament (nombre de monitors), per tal d'adequar-se a les necessitats actuals.

Al final de l'any hi havia 6.369 malalts en tractament substitutiu renal (prevalença), dels quals 3.525 rebien tractament amb diàlisi i 2.844 tenien un trasplantament renal funcionant.

Atenció a les drogodependències

La xarxa d'atenció a les drogodependències (XAD) compta amb 60 centres d'atenció i seguiment (CAS) que ofereixen tractament ambulatori especialitzat als drogodependents. Aquests centres poden oferir diferents modali-

Altres tipus d'activitat d'atenció especialitzada, 2001

	Pacients atesos
PADES	13.351
UFISS	28.304
Rehabilitació en centres de dia de salut mental d'adults	3.132

tats de tractament: tractaments lliures de drogues, programes de manteniment amb metadona, programes de manteniment amb antagonistes, etc.

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 71 punts de dispensació de metadona (CAS, CAP II, unitats específiques d'hospitals d'aguts i centres penitenciaris).

Com en el cas de la desintoxicació hospitalària, l'alcohol i l'heroïna són les principals causes d'inici de tractament ambulatori per a la dependència de les drogues.

El 31 de desembre de 2001 hi havia 1.074 usuaris en el programa de manteniment amb metadona en centres penitenciaris i 7.851 en centres de la XAD. ■

55 centres de la XHUP ofereixen cirurgia major ambulatoria

S'entén per cirurgia major ambulatoria (CMA) un procediment quirúrgic de mitjana o 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.



Altres recursos d'atenció especialitzada, 2001

UFISS	56
PADES i ETODA	64
Centres de dia de salut mental adults i infantils	
Centres	61
Places	1.735
Rehabilitació	
Hospitalària	45
Extrahospitalària	51
Total	96
CMA	55
Diàlisi	45

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.



La tipologia d'establiments farmacèutics

Les farmacioles 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 oficina de farmàcia responsables dels medicaments d'un centre sanitari– poden ser:

- Extrahospitalaris.
- Hospitalaris. ■



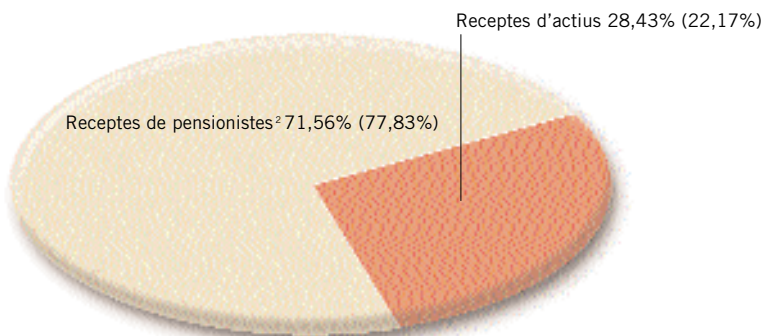
Distribució territorial d'establiments farmacèutics, 2001

	Oficines de farmàcia	Farmacioles	Serveis de farmàcia hospitalària	Dipòsits de medicaments
Lleida	179	23	5	8
Tarragona	237	17	7	7
Tortosa	67	6	2	2
Girona	283	17	10	12
Costa de Ponent	405	9	15	11
Barcelonès Nord i Maresme	221	0	7	7
Centre	478	9	13	23
Barcelona Ciutat	1.034	1	36	53
Total	2.904	82	95	123

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. Quantitativament, la despesa líquida de la prestació farmacèutica coberta pel CatSalut durant l'any 2001 ha assolit l'import de 199.216 milions de pessetes.

Prestació farmacèutica. Receptes i import líquid segons el tipus de receptor, 2001

Entre parèntesis s'indica el percentatge sobre el total de l'import líquid¹



Nombre total de receptes: **101.514.184**
 Import líquid: **207.105,1 MPTA**

No representats al gràfic: receptes d'accidents de treball: 0,0012% (0,00009%)

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.

Prestació farmacèutica

El desembre el nivell d'identificació de les receptes amb la targeta sanitària individual a través del codi d'identificació personal o altres codis va ser del 98,7%.



Indicadors de la prestació farmacèutica, 2001 (preu de venda al públic)

PVP per habitant (PTA)	35.657
% d'aportació dels usuaris sobre el PVP	6,45
% de població amb prestació farmacèutica gratuïta	30,71
% de població de 65 anys o més	16,38
Receptes per habitant	16,35
Import líquid per habitant (PTA)	33.357
Import líquid per recepta (PTA)	2.040
% receptes de pensionistes / total receptes	71,57

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

Increment de la despesa en medicació hospitalària de dispensació ambulatoria

L'increment de la despesa en medicació hospitalària de dispensació ambulatoria ha augmentat un 16,92% en els hospitals de la XHUP. Aquest tipus de dispensació es caracteritza per tenir un cost de tractament elevat i ser una alternativa de tractament molt valuosa per a l'abordatge de problemes de salut greus i molt sensibles com són el càncer, l'hepatitis B i C, l'artritis reumatoide o el virus respiratori sincitial dels nadons prematurs, així com també la teràpia combinada de la sida, que han sofert en els últims temps increments considerables, tant per l'elevat cost de les teràpies com per l'increment i la duració del nombre de casos. Destaca el creixement de la medicació vinculada als tractaments oncològics i altres patologies greus (41,27%) a causa de la introducció en el mercat del peginterferó alfa per al tractament de l'hepatitis C, el trastuzumab per al tractament del càncer de mama, un dispositiu intrauterí amb levonorgestrel i la tecneplesa com a antitrombòtic. En el cas dels centres concertats, la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria s'ha incrementat un 28,5% respecte al 2000.



Durant l'any 2001 s'han prescrit 230.478 receptes de fórmules magistral, que han ocasionat una despesa, en import líquid, de 425,19 milions de pessetes.

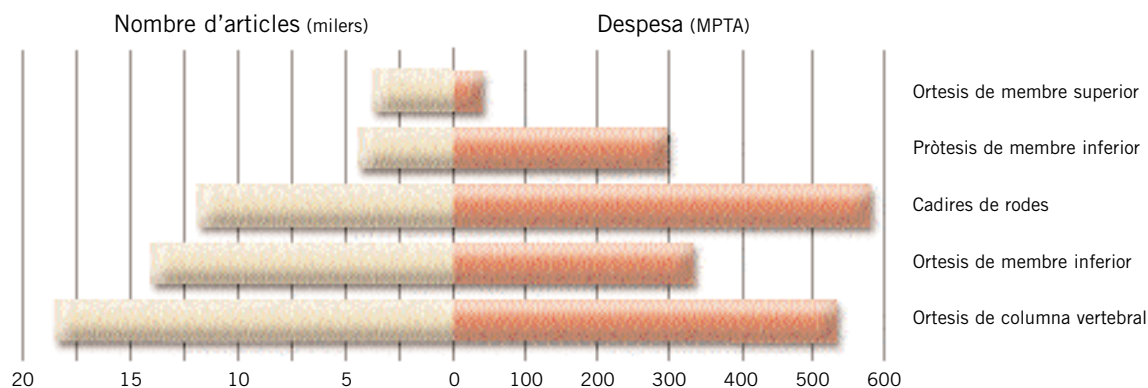
Els serveis de farmàcia dels hospitals de la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP) dispensen als pacients en règim ambulatori els tractaments farmacoterapèutics que requereixen una particular vigilància, supervisió i control per l'equip multidisciplinari de l'atenció especialitzada: els medicaments d'ús hospitalari, els medicaments dispensats a pacients hemofílics VIH positius tractats amb zidovudina, els medicaments estrangers, els medicaments per al tractament de la fibrosi quística i els productes destinats a la nutrició enteral i parenteral domiciliària. El cost d'aquests tractaments el 2001 ha estat de 31.581 milions de pessetes, amb un increment respecte a l'any anterior del 25,67%.

Subgrups terapèutics que representen la meitat de la despesa (51,10%) corresponent al preu de venda al públic (PVP) de les especialitats farmacèutiques, 2001

N06A-Antidepressius
A02B-Antiúlceres pèptics
B04A-Preparats hipolipemians/antiateromatosos
R03A-Broncodilatadors i altres antiasmàtics
C02E-Hipotensors sobre el sistema renina-angiotensina
C01D-Teràpia del miocardi
M01A-Antiinflamatoris i antireumàtics no esteroides
N05A-Neurolèptics
L02A-Hormonoteràpia antineoplàsica

Principals articles de prestació ortoprotètica¹ per grups terapèutics, 2001

¹No s'inclouen les pròtesis quirúrgiques fixes.



Nombre total d'articles any 2001: 82.227

Despesa: 2.986.636.399 PTA

Els medicaments genèrics

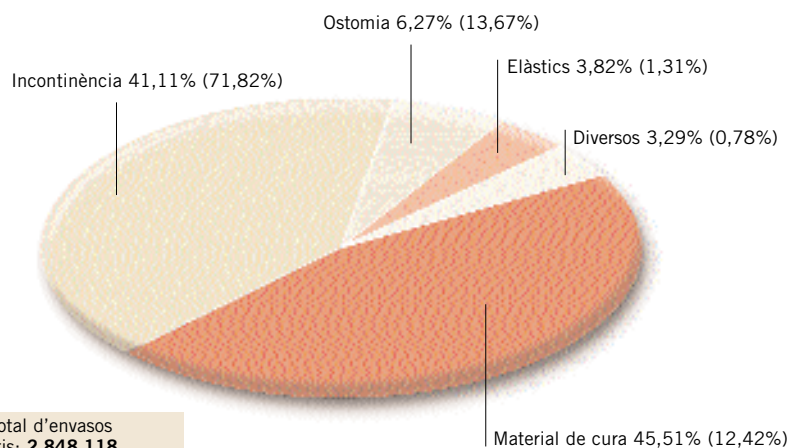
S'ha potenciat la prescripció i la dispensació de medicaments genèrics mitjançant estratègies de formació i informació als professionals, amb la coresponsabilització dels equips d'atenció primària (EAP) en la gestió de la prestació farmacèutica, la definició d'indicadors de genèrics per al seguiment d'aquesta prestació, l'educació sanitària a la població, etc.

L'any 2001 la utilització de genèrics s'ha situat en un 6,75% dels envasos i en un 6,17% de la despesa de les especialitats farmacèutiques, la qual cosa representa un creixement respecte a l'any 2000 d'un 80,3% i d'un 73,1% respectivament.



Nombre d'envasos d'efectes i accessoris, 2001

Entre parèntesis s'indica el percentatge sobre el total de l'import líquid¹.



Nombre total d'envasos i accessoris: **2.848.118**
 Import líquid: **12.145,56 MPTA**

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

L'ús de la targeta sanitària millora la dispensació de medicaments.



La TSI com a document d'accés a les prestacions farmacèutiques

En l'àmbit de la informació cal posar un èmfasi especial en la implantació a tot Catalunya de l'obligatorietat de la utilització de la TSI en la prestació farmacèutica, i la captació de les dades de l'usuari a l'oficina de farmàcia, fruit de l'èxit de la seva implantació progressiva en l'àmbit de les regions sanitàries iniciada l'any 2000 i completada l'any 2001.

La targeta sanitària individual (TSI) és el document que permet als ciutadans l'accés als centres i serveis del sistema sanitari públic i que facilita la identificació de forma ràpida i correcta a través del codi d'identificació personal (CIP) que està imprès a la primera línia.

La targeta sanitària també permet l'accés a totes les prestacions del sistema sanitari públic. I entre aquestes prestacions hi ha els medicaments finançats pel CatSalut.

A la farmàcia, juntament amb la recepta del CatSalut per als medicaments, és imprescindible presentar la targeta sanitària de la persona a nom de la qual va la recepta.

L'acreditació mitjançant la targeta sanitària permet millorar la qualitat en la dispensació de medicaments per part dels farmacèutics i assegura la correcta identificació de l'usuari que ha de rebre la medicació.



Utilització de la TSI en la prestació farmacèutica, desembre de 2001

Receptes no identificades	1,27
Receptes identificades	98,73
CIP	94,45
Document d'identificació personal	3,10
Codi d'urgències	0,61
Altres comunitats autònomes	0,39
Estrangers	0,07
Altres	0,10

La TSI i la identificació de l'usuari

Qualsevol acte assistencial en un centre sanitari ha d'anar precedit de la identificació de l'usuari amb la TSI. Per tant, les receptes que arriben a les farmàcies, en general, han d'incloure el CIP.

En la majoria dels casos de dispensació de medicaments a les farmàcies no es produeix cap incidència, ja que es compleixen els següents requisits:

1) Es presenta la TSI de la persona a nom de la qual va la recepta (sigui o no la mateixa persona que recull el medicament a la farmàcia).

2) La recepta porta correctament el CIP (codi d'identificació personal).

En general, per poder ser finançada pel CatSalut, una recepta del sistema sanitari públic haurà de complir aquests dos requisits exposats. ■





Es consideren prestacions complementàries l'ortoprotètica, el transport sanitari, els tractaments amb productes dietoterapèutics complexos i l'oxigenoteràpia a domicili.

Prestacions complementàries

Les prestacions complementàries són aquelles que suposen un element addicional i necessari en la consecució d'una assistència sanitària completa i adequada.

Prestació ortoprotètica

La prestació ortoprotètica inclou les prestacions següents:

- La prescripció i la renovació de pròtesis ortopèdiques permanents o temporals (pròtesis externes).
- Els vehicles per a invàlids.
- Les ortesis i pròtesis especials.

En l'àmbit ambulatori s'han prescrit 82.227 articles ortoprotètics, per un import de 2.987 MPTA.

Durant l'any 2001, concretament a partir del mes de juliol, s'ha establert un nou model de pagament i gestió d'aquesta prestació a fi de facilitar l'accés a l'usuari, de forma que aquest ja no hagi d'avançar els diners i demanar el rescabament. Aquest nou model, a banda d'establir un sistema de prescripció, dispensació i facturació electrònica, permet accedir a la prestació mitjançant el pagament directe del CatSalut a les ortopèdies adherides.

Transport sanitari

Els serveis de transport sanitari públic es classifiquen en urgents i no urgents. Durant l'any 2001 s'han fet 382.803 serveis urgents i 1.720.261 serveis no urgents. El total de serveis realitzats a Catalunya per empreses concertades representa una activitat total mitjana de quatre serveis de transport sanitari cada minut.

A més de les empreses i les institucions concertades, es realitza un transport sanitari específic per a les emergències mèdiques de tot Catalunya, coordinat pel Sistema d'Emergències Mèdiques (SEMSA), i un transport específic per a les urgències de Barcelona ciutat, coordinat pel Servei Coordinador d'Urgències de Barcelona (SCUBSA).

Durant l'any 2001 s'ha estès el telèfon 061 com a número d'accés per a les urgències sanitàries a tot Catalunya i també per a la coordinació entre la recepció de la demanda i la prestació del transport sanitari.

Altres prestacions

L'oxigenoteràpia i altres teràpies respiratòries a domicili són recursos alternatius a l'hospitalització.

El 2001, la demanda d'assistència sanitària per convenis internacionals ha generat 417 peticions, de les quals s'han aprovat 354.

Pel que fa a casos d'assistència sanitària que no van poder utilitzar oportunament els serveis inclosos en el Sistema Nacional de Salut, l'any 2001 s'han tramitat 1.399 sol·licituds de rescabament de despeses, de les quals s'ha resolt favorablement el 17%, amb un import de 98.961.118 pessetes. ■





Dos nous EAP al 2002 completaran la RAP

La situació de la reforma de l'atenció primària a Lleida, amb la posada en funcionament de les ABS Cappont i Lleida Rural Nord, millora considerablement el seu nivell d'implantació. Amb 27 EAP s'assoleix un 93,1% d'implantació de la reforma i un 89% de cobertura poblacional dins de la xarxa reformada. Amb els nous equips del CAP Ronda i Barri Antic previstos per a l'any 2002 s'acabarà la reforma de l'atenció primària a la regió.

Regió Sanitària Lleida

Un nou hospital sociosanitari, el centre Jaume Nadal Meroles

L'antic Hospital Militar de Lleida, ara Centre Sociosanitari Jaume Nadal Meroles, va ser adquirit pel Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya per utilitzar-lo com a centre assistencial dedicat a l'atenció de pacients crònics dins del "Programa Vida als Anys". En aquest moment, finalitzades completament les obres de remodelació, és el més important d'aquestes característiques de les comarques de Ponent, amb planta baixa, set plantes d'alçada i una planta soterrani. Un cop a ple rendiment, disposarà d'una unitat de 26 llits per a l'atenció de convalescència i cures pal·liatives, 100 llits per a l'atenció de llarga estada i 25 llits més d'hospital de dia.

Per tal de dur a terme l'atenció específica i diferenciada que suposa el model sociosanitari, disposem dins del territori de la regió sanitària de tot un desplegament de diferents recursos d'internament (unitats de llarga estada, convalescència, cures pal·liatives i psi-

cogeriatría), recursos de no internament (hospital de dia), i equips de suport, tant dins dels hospitals d'aguts (UFISS) com a domicili (PADES).

El centre Nadal Meroles disposa d'un ample ventall d'aquests recursos, i és per això que se'l considera un centre polivalent, fet que naturalment s'acompanya d'una dotació de professionals qualificats que treballen de manera multidisciplinària i amb capacitat de donar cobertura a les complexes necessitats d'atenció d'aquests pacients, tant en l'àmbit sanitari com social.

Avenç en la implantació de la RAP

L'Àrea Bàsica de Salut Cappont

El mes de desembre de 2001 inicia el funcionament el nou Centre d'Atenció Primària Cappont, el quart centre al qual s'aplica la reforma de l'atenció primària (RAP) a la ciutat de Lleida, amb una inversió d'obra i equipament de 224 milions de pessetes. Un centre de més de 900 m² amb un disseny modern i funcional per donar cabuda a l'atenció mèdica i d'infermeria tant per a l'edat adulta com per a la pediàtrica.

S'hi inclouen també les especialitats d'odontologia i treball social, considerades com a atenció primària, i en aquest cas es reforça el centre amb la realització d'exploracions radiològiques per fer-les més accessibles als habitants del marge esquerre del riu Segre.

Aquest nou CAP, que estarà obert fins a les 24.00 h i oferirà l'atenció continuada que necessita la població del barri de Cappont, es troba en un procés de forta modernització. Pediatria incorpora les activitats denominades "activitats preventives a l'edat pediàtrica": se citen a revisió d'una manera sistemàtica les criatures en el primer mes de vida, als 3, 5, 7, 12 i 18 mesos, i quan tenen 3, 4, 6, 8 i 12 anys. Els serveis socials s'han inclòs en les activitats que s'han de desenvolupar des de l'atenció primària de salut, sota una visió globalitzadora i integral de la salut.

L'Àrea Bàsica de Salut Lleida Rural Nord

El desembre de 2001 s'obre l'Àrea Bàsica de Salut Lleida Rural Nord, gestionada per l'empresa pública Gestió de Serveis Sanitaris i per l'ICS. L'ABS disposa d'un centre d'atenció primària dins del recinte de l'Hospital de Santa Maria, d'estil noucentista i totalment rehabilitat, per donar resposta a mida de les necessitats assistencials de la població i dels professionals.

L'àmbit territorial de l'ABS comprèn els municipis de: Alpicat, Torrefarrera Torre-serona, Rosselló, Albesa, Benavent de Segrià, la Portella, Vilanova de Segrià, Alcoletge, Corbins i Vilanova de la Barca. El centre, que ha significat una inversió d'obra i equipament de 673.000 euros (112 milions de pessetes), i dóna cobertura a una població de 15.317 habitants, disposa dels serveis de medicina general, pediatria, odontologia, infermeria, treball social i atenció continuada i urgent.

Amb la gestió d'aquesta ABS, l'empresa pública Gestió de Serveis Sanitaris inicia una nova línia de serveis que s'integra dins d'un marc empresarial amb altres nivells assistencials, la qual cosa facilitarà l'atenció integral i completa de la salut dels ciutadans des de la prevenció de malalties i la promoció de la salut fins a l'atenció de patologies complexes. L'equip de professionals sanitaris adscrits a l'ABS restaran coordinats amb l'atenció hospitalària, de manera que es garantirà així el continuïm assistencial. ■



Regió Sanitària Tarragona

Una entitat de base associativa, constituïda pels professionals propis, gestiona l'Àrea Bàsica de Salut Alt Camp Oest

El mes d'octubre del 2001 s'ha posat en funcionament l'ABS Alt Camp Oest, que dona cobertura a una població de 5.005 habitants. La gestió d'aquesta ABS ha estat adjudicada, mitjançant concurs públic, a l'entitat de base associativa Atenció Primària Alt Camp, SLL. Es tracta de l'única experiència a la regió sanitària d'una ABS autogestionada pels professionals propis.

El CAP està situat a Alcover i l'àmbit territorial inclou, a més, els municipis de La Riba, Vilaverd, La Massó, El Milà i Mont-ral. Els professionals d'aquest dispositiu assistencial són: 4 metges generalistes, 1 pediatre, 1 odontòleg, 5 diplomats en infermeria, 1 auxiliar de clínica i 3 auxiliars administratius.

Això ha permès que la Regió Sanitària Tarragona tingui 33 àrees bàsiques de salut reformades en funcionament, fet que suposa el 94,2% de les previstes, amb un total de 395.278 habitants atesos ja per la xarxa reformada de l'atenció primària, que suposa una cobertura poblacional del 90,4%.

Centre Coordinador Sanitari 061 de Tarragona - Terres de l'Ebre

El Centre Coordinador Sanitari 061 de Tarragona - Terres de l'Ebre està concebut com un esglaó dins el sistema d'atenció a les demandes sanitàries de les comarques de la demarcació territorial de Tarragona i com a centre coordinador del grup sanitari en les actuacions dels plans SEQTA i PENTA. És un centre de referència per a l'usuari i per als professionals sanitaris en l'assistència a les urgències i les emergències sanitàries.

Els seus objectius són:

1. Coordinar les actuacions sanitàries en els casos d'emergències col·lectives específiques del seu àmbit territorial, les quals queden reflectides en els plans PENTA, SEQTA i SEQTA FLIX
2. Coordinar els recursos sanitaris extrahospitalaris existents en l'àmbit de les urgències i emergències ordinàries i extraordinàries per tal de donar la resposta adequada a cada demanda.
3. Consulta mèdica telefònica.
4. Teleassistència.
5. Mantenir criteris unificats d'actuació en l'assistència prehospitalària urgent.

Amb aquesta oferta de serveis, es considera com una central sectorial sanitària amb capacitat per coordinar-se amb altres centrals d'emergència quan l'incident ho requereixi. Això implica un model de central de coordinació que posa molt èmfasi en l'adequació i la millora de l'organització, en els procediments i la formació interna, així com en la utilització de tots els recursos existents que sigui necessari implicar per resoldre qualsevol problema sanitari.

Aquest centre està gestionat per l'empresa pública adscrita al CatSalut Gestió i Prestació de Serveis de Salut. Es va posar en funcionament el novembre de 1998 i la seva activitat ha anat augmentant de manera gradual. Així, l'any 2001 ha rebut 84.498 trucades (l'any 2000 van ser 39.214), amb una mitjana diària de 231,1 trucades; i ha coordinat 66.575 incidents, amb una mitjana de 181,1 diaris, més del doble que l'any anterior (30.262). El 31,4% d'alertes provenen de l'atenció primària, el 16% de les empreses de transport sanitari i el 26,7% d'alertes particulars.

Pel que fa a la distribució dels tipus d'incident, dels 66.575 comptabilitzats un 33,02% són de transport urgent

diferit d'atenció primària i un 20,8% correspon a emergències. D'aquestes, un 56,96% són per accident, un 45,92% per malaltia a domicili i la resta, el 2,92%, per malaltia a la via pública. ■

Classificació de les incidències	
Emergència	13.348
Transport urgent diferit	21.980
Consulta mèdica	7.002
Informació / Derivació	11.610
Urgència prioritzable	597
Transport secundari	6
Trucada nul·la	11.532
Recursos activats	
Ambulància (transport)	48.066
Atenció primària	2.528
Bombers	1.178
Cossos de seguretat	3.875
VAM Tarragona	1.836
VAM Vendrell	1.073
VAM Aldea	625
Altres	1.472



Regió Sanitària Tortosa

Programa de cirurgia major ambulatoria

La voluntat de descentralització de l'assistència hospitalària i la tendència a fórmules d'assistència noves han fet possible la implantació del Programa de cirurgia major ambulatoria als Serveis Assistencials d'Amposta.

Amposta, capital de la comarca del Montsià, amb 16.162 habitants, disposa d'un equipament sanitari de titularitat municipal, la Clínica Arrossera, que des de 1990 és gestionada per SAMGSISS, la qual manté un contracte de gestió amb SAGESSA. L'any 1994 es va posar en funcionament el Centre Assistencial d'Especialitats com a unitat funcional descentralitzada de l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Des del mes de desembre de 2000 el Servei d'Urgències del Montsià funciona com a servei de referència per a la comarca del Montsià.

El Programa de CMA es fonamenta en un acord de col·laboració mútua entre l'ICS i SAMGSISS i un conveni específic per a aquesta activitat en l'àmbit del qual l'Hospital Verge de la Cinta, com a hospital de referència de

la Regió Sanitària Tortosa, col·labora amb SAMGSISS en el desenvolupament del programa.

L'any 2001 s'han realitzat a Amposta 30 intervencions, de les quals 20 són de cataractes i 10 són artroscòpies. Es preveu que durant l'any 2002 es consolidi el programa amb un augment d'activitat i una diversificació de la patologia atesa.

Programa pilot d'atenció a persones que pateixen síndrome de demència o altres malalties cròniques evolutives i dependència funcional a la Terra Alta

Aquest programa té com a objectiu principal dur a terme una valoració geriàtrica completa de tots els pacients que pateixen síndrome de demència o altres malalties cròniques evolutives i dependència funcional, juntament amb la prescripció d'un tractament de rehabilitació individualitzat que garanteixi la millora o el manteniment de la seva capacitat funcional. D'aquesta manera, com un objectiu secundari, es pretén contribuir a disminuir la càrrega que l'atenció d'aquests pacients representa per als seus cuidadors principals.

El sector sanitari de la Terra Alta, amb una població aproximada de 12.300 persones, és el que té la població més envellida de tota la regió sanitària (índex d'envelliment 163,10; a la Regió es de 107,25).

Els serveis que participen en el desenvolupament d'aquest programa pilot són l'ABS Terra Alta, la Unitat de Trastorns Cognitius i de la Conducta de l'Hospital Verge de la Cinta, el PADES Terra Alta, el Servei de Rehabilitació de l'Hospital Verge de la Cinta, el Centre de Rehabilitació de la Creu Roja de Batea, els Serveis Socials del Consell Comarcal de la Terra Alta i

la Escola Universitària d'Infermeria Verge de la Cinta. A més el Programa compta amb el suport de la Creu Roja, la Fundació Privada Terra Alta Segle XXI, l'Ajuntament de Batea, la Caixa de Tarragona i l'Associació de Familiars de Malalts amb Malaltia d'Alzheimer de les Terres de l'Ebre. La Regió Sanitària Tortosa du a terme tasques generals de coordinació dels diferents serveis i institucions implicades en el projecte.

La població diana a qui va adreçat el Programa pilot està constituïda per:

- Pacients diagnosticats de malaltia d'Alzheimer o altres demències que es puguin beneficiar d'un programa de fisioteràpia de manteniment.
- Pacients amb malalties cròniques evolutives i dependència funcional.
- Pacients amb risc d'immobilització per falta d'estímul.
- Pacients ancians immobilitzats després d'una patologia aguda o subaguda i estables clínicament.
- Pacients susceptibles de mantenir les seves capacitats físiques residuals amb un programa de fisioteràpia de manteniment.

La captació de pacients es fa a partir de l'atenció primària de salut i de la Unitat de Trastorns Cognitius i de la Conducta de l'Hospital Verge de la Cinta. Tots els pacients són remesos al PADES de la Terra Alta per fer-ne la valoració. Després de la visita del PADES, són valorats per l'equip de metges rehabilitadors, el qual indica el tractament rehabilitador que ha de rebre el pacient i que es realitza al centre de rehabilitació de la Creu Roja de Batea. Durant tot el període de tractament, i amb la periodicitat que estableix el metge rehabilitador, en el cas de pacients amb deteriorament important de la mobilitat o altres circumstàncies que ho aconsellin, un vehicle de la Creu Roja de Batea el va buscar al seu domicili i el trasllada al centre de rehabilitació de la Creu Roja de Batea per a fer el tractament. Un cop finalitzat el tractament, el retorna al seu domicili. D'aquesta manera mentre el pacient és atès al centre de rehabilitació, es facilita la descàrrega familiar del cuidador principal.

Fins al mes de novembre hi havia 20 persones en el Programa. Cada persona acudeix al centre de rehabilitació 3 cops per setmana de les 10 a les 13 hores. La valoració tant per part dels pacients com dels cuidadors ha estat molt positiva. ■



Amb el Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt, gestionat per l'Institut d'Assistència Sanitària, es crea un complex integrador de la salut física i mental que permet reconvertir les actuals instal·lacions centenàries i atendre les demandes emergents que recull el Pla de salut de Catalunya. Amb aquesta actuació s'equipara l'atenció psiquiàtrica d'aguts i l'hospitalària de la Regió Sanitària Girona amb el conjunt de Catalunya, amb un esperit d'eficiència, optimització de recursos i equilibri d'explotació.

Regió Sanitària Girona

El nou Hospital de Santa Caterina avança en el conjunt del Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt

L'actuació principal és el nou Hospital de Santa Caterina, que passarà a ser l'hospital general del Gironès i la Selva, un cop traslladada l'activitat oncològica terciària a l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta i assumida la patologia bàsica del sector territorial d'aquest que li correspon. Al nou Hospital de Santa Caterina s'hi traslladarà el servei de psiquiatria i rebrà totes les urgències psiquiàtriques i la psiquiatria infantil de la Regió Sanitària Girona. A més, el Parc Hospitalari disposarà de 150 places d'atenció a malalts amb trastorns mentals severes, 150 places de psicogeriatria i 75 de disminuïts amb trastorns de conducta amb problemes de salut mental i trastorns de conducta.

L'Hospital de Santa Caterina tindrà una superfície construïda de 27.588 m², amb 222 llits, 34 consultoris, 13 boxs d'urgències, 5 quiròfans, 1 sala de parts, rehabilitació i serveis comuns com laboratori i diagnòstic per la

imatge entre d'altres. La inversió prevista és de 33.879.052 euros, 28.079.285 euros per a la construcció de l'edifici i 5.799.767 euros d'equipament. L'obra està previst que estigui en funcionament a finals de 2003.

El nou edifici de serveis assistencials de tractament llarg

En el seu conjunt, l'edifici de serveis assistencials de tractament llarg tracta els malalts amb trastorns mentals severes i atén la Regió Sanitària de Girona, que engloba una població de 530.000 habitants; consta de 150 places i té una superfície construïda total de 6.209 m². La construcció de l'immoble s'ha realitzat en dues fases: la primera, ja en funcionament, consta de dues plantes amb 100 places de mitjana i llarga estada.

La segona fase, que durant el 2001 es va anar completant i entrarà en funcionament el 2002, és un edifici d'una planta amb 50 places destinades a rehabilitació psiquiàtrica. Les habitacions d'aquestes instal·lacions són majoritàriament dobles i tenen sala de

L'Hospital de Santa Caterina, el més antic de Girona

Van ser els membres de la confraria de Sant Martí que l'any 1211 van decidir bastir un hospital a la ciutat en els terrenys ocupats avui per la plaça del mercat d'Abastaments. A mitjan del segle XVII, el centre va ser enderrocat i al 1663 s'inicia la recollida de diners per a la construcció d'un nou Hospital de Santa Caterina, fent recurs de la caritat dels dignataris eclesiàstics i de les persones notables. La construcció de l'hospital, tal i com el coneixem avui dia, es realitza entre el 1666 i el 1679.

L'any 1855, l'Hospital de Santa Caterina passa a dependre de la Diputació de Girona, gràcies a la llei de beneficència de l'any 1848. L'hospital forma part de la xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya des que aquesta fou creada i depèn des de l'any 1992 de l'Institut d'Assistència Sanitària, empresa pública del CatSalut.

bany. La inversió total és de 7.236.185,74 euros, i el pressupost anual de funcionament serà de 3.200.000 euros.

Més i millor atenció domiciliària a la regió sanitària

L'atenció domiciliària a la regió sanitària ha experimentat un augment quantitatiu i qualitatiu aquest any 2001. Amb la voluntat d'apropar els serveis als ciutadans que ho necessiten, s'ha ampliat el Programa d'atenció domiciliària de persones grans amb malaltia, malalts crònics amb dependència i malalts terminals (PADES). Així, dels tres PADES que hi havia, Baix Empordà, Selva interior i Garrotxa, ha passat a haver-n'hi un a l'Alt Empordà, gestionat per l'Hospital de Figueres. També està previst que durant el 2002 s'implanti el PADES del Gironès i el Pla de l'Estany, aquest gestionat per l'Institut Català de la Salut, amb la qual cosa s'aconseguirà que gairebé totes les comarques de la regió sanitària disposin d'aquest servei. A més, amb el Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC), s'ha ampliat l'atenció domiciliària durant els mesos d'hivern als caps de setmana i festius en tots els PADES de la regió sanitària. ■



Regió Sanitària Costa de Ponent

Comitè d'Ètica Assistencial de Referència per a l'Atenció Sociosanitària (CEARAS)

L'any 2001 ha estat acreditat pel Departament de Sanitat i Seguretat Social el Comitè d'Ètica Assistencial de Referència per a l'Atenció Sociosanitària (CEARAS) a la Regió Sanitària Costa de Ponent, el primer d'aquestes característiques a Europa.

L'objectiu del CEARAS és ajudar els usuaris, professionals de la salut i de la gestió de la xarxa sociosanitària, en la presa de decisions ètiques per mantenir la qualitat assistencial, protegint els drets dels pacients, maximitzant el benefici dels usuaris dels serveis i minimitzant els danys a tots els implicats en el procés assistencial sociosanitari. D'altra banda, les funcions del comitè inclouen oferir un servei consultiu d'ètica per a la atenció sociosanitària dirigida a pacients, familiars, representants dels pacients, professionals de la salut i de la gestió sanitària per ajudar-los i assessorar-los en les situacions de caràcter ètic i identificar, analitzar i recomanar línies d'acció a les situacions on apareixen conflictes ètics. Altres funcions del CEARAS són promoure i coordinar activitats de formació en bioètica en l'àmbit territorial de la regió, i elaborar protocols i documents per a la pràctica professional en qüestions relacionades amb l'ètica assistencial i organitzativa. Les recomanacions del comitè mai no són de caràcter vinculant, ni tampoc eximeixen els professionals de la seva responsabilitat jurídica.

El CEARAS està constituït per un total de 15 persones: metges, inferme-

res, treballadores socials, representants de centres sociosanitaris, un especialista en bioètica, un professional del dret i responsables de les unitats d'atenció a l'usuari. Quan el comitè ho considera necessari assigna també un assessor *ad hoc*, que pot ser un usuari del CatSalut o un metge especialista per a aquells casos més específics.

Creació del Consorci del Laboratori Intercomarcal de l'Alt Penedès, l'Anoia i el Garraf (CLI)

L'any 1992 es va constituir el Consorci del Laboratori de l'Anoia, que integrava diverses entitats de l'àmbit sanitari d'aquesta comarca amb l'objectiu d'integrar en una única entitat els serveis de laboratori propis dels centres pertanyents a aquestes entitats (Institut Català de la Salut, Hospital Comarcal

d'Igualada i Fundació Assistencial de l'Anoia) i també el CatSalut. A partir d'aquesta experiència, l'any 2001 s'ha ampliat l'àmbit d'actuació d'aquest consorci a les comarques veïnes de l'Alt Penedès i el Garraf. Aquest fet ha implicat la integració de l'Hospital-Residència Sant Camil i del Consorci Sanitari de l'Alt Penedès en el nou Consorci.

El nou Consorci del Laboratori Intercomarcal dona servei als hospitals i centres d'atenció primària de les tres comarques, la qual cosa representa una població total de més de 250.000 persones. La creació del Consorci ofereix un bon exemple de la col·laboració sinèrgica de diferents entitats i àmbits de l'atenció sanitària en un mateix àmbit territorial, amb l'objectiu d'optimitzar els recursos i oferir uns serveis d'alta qualitat. ■





Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme

El 2001 el CatSalut implanta el Programa de detecció precoç del càncer de mama en tot el territori de la Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme

El Programa de detecció precoç del càncer de mama es va iniciar el 1995 a Mataró i més endavant va cobrir tot el Maresme. Durant l'any 2001 el Programa de cribratge ha iniciat la seva implantació progressiva en el Barcelonès Nord. Aquesta ampliació gradual suposa la inclusió de més de 38.000 dones i el desplegament de 4 noves unitats radiològiques, dues de les quals ja es troben en funcionament en finalitzar el 2001. La cobertura del programa per a les dones entre 50 i 64 anys assolirà el cent per cent a la Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme a principi de l'any 2002.

El programa està coordinat per una única Oficina Tècnica de Cribratge per a tota la regió sanitària a la ciutat de Mataró.

A Mataró, després d'efectuar dues rondes senceres de cribratge, s'ha assolit una participació del 81,3% i una cobertura del 86,6% de la població diana. A l'alt Maresme s'ha completat la primera ronda sencera, amb una participació del 64,3% i una cobertura del 79,6%. Tot i que la població diana són les dones de 50 a 64 anys, totes les dones incloses en el programa seguiran el cribratge fins a complir els 69 anys.

Pla de millora del transport sanitari

El CatSalut ofereix a la població de Catalunya un transport sanitari de qualitat, adaptat a les necessitats de salut dels ciutadans. El 2001, la Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme va editar el tríptic "Entre tots, fem un bon ús del transport sanitari" per donar a conèixer als ciutadans aquest servei que garanteix el CatSalut. La campanya recorda què és el transport sanitari, quan es pot necessitar, qui el pot demanar o quan és urgent o programat.

La implantació progressiva del servei telefònic 061, com a dispositiu d'activació d'urgències i emergències sanitàries en el Barcelonès Nord i el Maresme des de primer de març de 2001 ha representat un avenç important en la qualitat i en l'accessibilitat al sistema sanitari, i en el bon funcionament del transport sanitari.

Els objectius específics pel que fa a la racionalització de l'ús del transport sanitari a la regió sanitària han estat: la coordinació mitjançant el 061 del transport urgent i emergent de la Regió en un percentatge superior al 80% de l'activitat, la implantació del transport sanitari col·lectiu per serveis no urgents programats en un percentatge superior al 85% de tota l'activitat programada, i la prioritització del transport sanitari sobre altres tipus d'ajuts o transport no sanitari, amb una reconducció dels serveis

oferts als usuaris, per millorar-ne la qualitat i garantir l'actuació d'uns professionals que han tingut una formació adequada del transport de pacients.

Per altra banda, durant les temporades d'estiu i hivern el CatSalut ha reforçat el transport sanitari d'acord amb el Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC), que es proposa millorar l'adequació dels serveis per donar resposta efectiva a la demanda urgent, reduir el temps d'espera de l'atenció mèdica, millorar la coordinació entre els diferents dispositius assistencials d'urgències i augmentar la satisfacció dels ciutadans que fan ús dels serveis d'urgències. ■





Regió Sanitària Centre

La Unitat de Diabetis, Endocrinologia i Nutrició de Sabadell: un model de reordenació de l'atenció especialitzada

La reordenació de l'atenció especialitzada és un element clau per a la política de serveis que ha definit el CatSalut. El model sanitari català avança cap a la consolidació d'un sistema organitzatiu basat en dos nivells assistencials: l'atenció primària i l'atenció especialitzada.

L'objectiu de la reordenació de l'atenció especialitzada (RAE) és redefinir l'espai propi de l'atenció primària i de l'atenció que es presta des de l'hospital, el qual assumeix plenament el seu rol de referent de l'atenció especialitzada, en desaparèixer el nivell de l'atenció primària especialitzada. Per tant, la reordenació de l'especialitat d'endocrinologia, diabetis i nutrició havia de suposar, d'una banda, avançar en la política de serveis establerta pel CatSalut i, de l'altra, adequar els continguts assistencials de l'especialitat en el marc més idoni, sense oblidar el paper de l'especialista com a suport i referència de l'atenció primària.

La posada en marxa de la Unitat de Diabetis, Endocrinologia i Nutrició (UDEN) el novembre de 2001 suposa un nou enfocament en l'atenció especialitzada d'endocrinologia i nutrició al Sector Sanitari Sabadell i ha estat el resultat del treball coordinat entre diferents professionals de la Corporació Parc Taulí, de l'Institut Català de la Salut (ICS) i del CatSalut. Aquesta coordinació ha permès un augment significatiu de recursos i una organització assistencial més adequada a les necessitats de les persones afectades per malalties molt prevalents que, com

la diabetis *mellitus*, necessiten una atenció multidisciplinària. D'aquesta manera es passarà dels 10,4 professionals (calculats a 40 hores setmanals) d'abans de la reordenació, als 21,4 quan es finalitzi el desembre de 2002.

Amb la constitució de l'UDEN, l'atenció especialitzada és a càrrec d'un sol equip assistencial gestionat per l'Hospital de Sabadell i integra, orgànicament, els professionals de l'hospital i, funcionalment, els professionals de l'ICS de les àrees de Sabadell i de Cerdanyola que treballen en aquesta especialitat.

L'àmbit d'actuació de l'UDEN abasta gairebé la meitat del Vallès Occidental, on viuen 375.284 habitants: el Sector Sanitari Sabadell està constituït per 17 àrees bàsiques de salut, de les quals 14 estan reformades.

Llocs on es presten els serveis de l'UDEN

- En l'atenció ambulatoria especialitzada.
- A les consultes especialitzades ubicades en tres dispositius assistencials: al CAP II Sant Felix (Sabadell), al CAP II Cerdanyola-Ripollet (Cerdanyola) i a les consultes externes de l'Hospital de Sabadell.
- A l'Hospital de Dia de l'Hospital de Sabadell.
- Com a internament a l'hospital. Disponibilitat de llits específics a l'Hospital de Sabadell.

Contracte de compra de serveis d'atenció hospitalària 2001-2004. Objectius del Pla de salut

La contractació dels objectius del Pla de salut a l'atenció hospitalària a la Regió Sanitària Centre s'ha fet anualment des del 1995, amb un document marc però adaptat a cada centre, sense participació dels clínics i sense unifica-

ció de criteris a l'hora d'avaluar. És per això que l'any 2000 es va decidir fer un document marc de consens amb els professionals i per a un període de quatre anys. Els continguts del nou marc, en què es poden concretar els objectius que han orientat l'elaboració del nou contracte 2001-2004, s'han ordenat en tres apartats diferenciats:

- Intervencions sobre problemes de salut.
- Atenció al client i millora de la qualitat.
- Atenció farmacèutica.

L'avaluació anual, amb indicadors consensuats i objectivats fins on ha estat possible, permet veure l'evolució de cada centre i de la regió, així com oferir a cada hospital un marc referencial, històricament demanat, en el qual poder comparar-se i situar-se.

Com a resultat d'aquesta primera avaluació destaca, en càncer de mama, l'assoliment a la regió de l'objectiu que aconsella almenys un 50% de tractaments conservadors enfront dels radicals. Individualment ha estat un objectiu assolit per tots els hospitals menys un.

Mastectomies

Parcials	307
Radicals	225
Total	532
% parcials/total	57,7

En maternoinfantil, l'avaluació s'ha centrat en la qualitat de l'atenció obstètrica, el nivell de resolució de l'hospital i la coordinació amb el Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva, així com la lactància materna, la mortalitat relacionada, la prevenció d'embarassos en adolescents i la sida en la dona gestant. Un dels indicadors avaluats és el percentatge de cesàries que, d'acord amb el Pla de salut, ha de ser inferior al 19% dels parts, i que el 2001 va ser de 17,6%. ■

Consorci Sanitari de Barcelona Regió Sanitària Barcelona Ciutat

La RAP arriba a una cobertura del 81% de la població

En l'àmbit de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat la implantació de la reforma de l'atenció primària (RAP) ha seguit un ritme relativament lent respecte a la resta de Catalunya. Després de l'impuls inicial, seguint la promulgació del Decret 84/1985, es va arribar el 1993 a una situació d'estancament tècnic com a conseqüència de la dificultat en la identificació d'espais apropiats, les reticències dels professionals a la integració voluntària al nou model i les limitacions pressupostàries.

Davant d'aquesta situació es va decidir un sistema de prioritització per a la posada en marxa de nous equips d'atenció primària (EAP). A conseqüència d'aquesta acció, la cobertura de la RAP va arribar l'any 1999 a un 49,7%.

L'any 1999 es fixa el mandat polític d'acabar la RAP a la ciutat l'any 2002 i, per tant, això implica ajustar les dinàmiques preexistents a un calendari operatiu molt precís amb un grau d'implicació molt alt de tots els agents i administracions.



Per aquest motiu la comissió permanent del Consorci Sanitari de Barcelona estableix com a prioritat de treball la implantació de la RAP a Barcelona i acorda la creació d'un òrgan tècnic d'atenció primària amb l'objectiu de finalitzar la reforma l'any 2002 i, alhora, impulsar una sèrie d'actuacions per millorar un conjunt d'ABS que ja funcionen com a EAP.

Avançament en l'oferta de procediments quirúrgics

L'any 1996 a la Regió Sanitària Barcelona Ciutat, com també a altres regions, s'inicia una dinàmica d'anàlisi específica de determinats procediments quirúrgics vinculats històricament, i no només en el nostre entorn, a llistes d'espera. En aquell moment els tres procediments seleccionats foren la intervenció de cataractes, varices i herniorràfia. Si bé els registres d'aleshores no tenien la fiabilitat dels d'enguany, podem dir que mentre que la relació activitat/llista d'espera era adient en el cas de les hèrnies, en el cas de les intervencions de

L'autorització de 12 EAP el 2002 completarà la RAP a Barcelona

La RAP s'ha incrementat més d'un 30% en els últims dos anys. Els anys 2000 i 2001 s'han autoritzat 18 equips d'atenció primària, per tant, en termes poblacionals la cobertura al final del 2001 ha estat del 81%. L'any 2002 es preveuen autoritzar els 12 equips restants, de manera que es completarà la reforma de l'atenció primària a la ciutat.



cataractes i varices el nombre d'intervencions (8.300 i 1.677 respectivament) era insuficient per a la llista d'espera, fet que provocava una mitjana de temps d'espera al voltant dels 10-11 mesos, que volia dir que en determinats casos l'espera era clarament superior a l'any.

L'any 1998 s'iniciaren els plans de xoc de cataractes i tot seguint el CatSalut va definir els 14 procediments quirúrgics inclosos en el pla de llistes d'espera: cataractes, varices, herniorràfia, colecistectomia, septoplastia, artroscòpia, vasectomia, prostatectomia, alliberament del canal carpià, amigdalectomia, circumcisió, pròtesi de maluc, pròtesi de genoll i histerectomia.

L'any 2000 es concretaren escenaris de compromís amb tots els proveïdors que incorporaven activitat (compra selectiva i compra addicional) i quantificació del nombre de pacients en llista d'espera.

A final de 2001 l'activitat de procediments de cataractes a la ciutat de Barcelona va sobrepassar els 14.200 procediments, que suposa un increment de més del 70 per cent respecte l'any 1996 i la mitjana de temps d'espera s'ha situat per sota dels sis mesos. Com sigui, però, que aquesta situació no era homogènia per a tots els proveïdors, el darrer trimestre de l'any es va realitzar un concurs públic de procediments de cataractes per a l'àmbit de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat. Aquesta combinació d'estratègies permet visualitzar el compromís del CatSalut i del CSB en l'assoliment dels períodes de garantia vinculats a procediments prioritzats. ■

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 en la posada en funcionament de noves estructures organitzatives que garanteixin la qualitat dels serveis i introdueixin alhora una major eficàcia i eficiència en el sistema sanitari.

Empreses públiques i consorcis

Les empreses públiques són entitats amb un important nivell d'independència i, per tant, de responsabilitat de gestió.

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 de 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 (AATM) 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 assistencials. Inclouem en aquest grup l'Institut de Diagnòstic per la Imatge (IDI),



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 (CLI)
- Consorci Institut de Salut Pública de Catalunya
- Consorci Sanitari de Terrassa
- Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell
- Consorci Sanitari de la Creu Roja a Catalunya
- Consorci Sanitari de l'Alt Penedès
- Corporació de Salut del Maresme i la Selva



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 objectiu principal la gestió de la concessió demanial atorgada pel Ministeri de Defensa en favor del CatSalut relativa a l'immoble anomenat Hospital Militar de Barcelona.

Les empreses públiques van ampliar i modificant els seus serveis i inversions per adaptar-se a les necessitats de salut de la població i també als requeriments que els planteja el CatSalut. En alguns casos, aquests canvis han significat la modificació dels seus estatuts.

El 2001 SEMSA ha assumit la coordinació operativa del transport sanitari a Catalunya, i la posada en marxa i explotació del Centre d'Atenció Telefònica Sanitària al Ciutadà, que comprèn el Centre Coordinador d'Urgències i Emergències Sanitàries CCURES 061, el servei Sanitat Respon

i la coordinació del trasllat interhospitalari de pacients crítics.

El Pla estratègic 2000-2004 de l'Institut de Diagnòstic per la Imatge comporta la modificació dels seus estatuts, que amplien l'objectiu primordial als serveis de medicina nuclear.

Gestió de Serveis Sanitaris ha encetat una nova línia de serveis amb la gestió de l'ABS Lleida Rural Nord.

L'Institut d'Assistència Sanitària inicia les obres del nou Hospital de Santa Caterina de Girona amb la previsió de finalitzar-les el 2003, en el conjunt del Parc Hospitalari Martí i Julià a Salt.

L'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques ha modificat els seus estatuts per tal de donar més operativitat al funcionament del seu comitè científic. ■



Les prioritats estratègiques del CatSalut per a l'any 2002 segueixen responant al procés de transformació iniciat l'any 2000 i centrat en el reforçament de la funció de garantir una atenció sanitària de qualitat a tots els ciutadans. Tot el desplegament d'actuacions, tal com es va fer l'any 2001, es concentra al voltant d'un pla, el Pla ACCES, configurat per cinc grans eixos: l'atenció sanitària, el ciutadà, el client, l'eficàcia i la sostenibilitat.

Aquest eixos emmarquen les actuacions adreçades a consolidar i fer avançar el nostre model sanitari, un model que es caracteritza per ser harmònic i sostenible, proper al ciutadà, amb una pràctica assistencial que té com a ideari l'autonomia i els valors de la persona.

Prioritats estratègiques per al 2002

Les prioritats estratègiques responen al reforçament de la funció del CatSalut com a garant d'una atenció sanitària de qualitat a tots els ciutadans.

L'atenció sanitària

L'atenció sanitària se seguirà fonamentant en el desenvolupament del model sanitari mitjançant la construcció dels instruments de planificació que millorin l'atenció als problemes de salut. En aquest sentit, cal remarcar un projecte de continuïtat que arriba a la recta final, la reforma de l'atenció primària, que finalitza al 2002, al qual s'afegiran projectes addicionals que permetin avaluar-la. En altres projectes de continuïtat, com el Pla director d'oncologia o el de Terciarisme en l'atenció especialitzada, s'estableixen estratègies noves, com ara el Pla integral per a la cardiopatia isquèmica o, en un nivell més instrumental, la definició final de la Cartera de serveis del CatSalut i els primers treballs sobre l'anàlisi de la demanda.

En l'atenció sociosanitària continua el desplegament del Pla 2000-2005, i

pel que fa a la salut mental, com a objectiu bàsic i de continuïtat, el seguiment del Pla de reordenació de la salut mental (1999-2004), i en segon terme el desplegament de la xarxa de salut mental, així com la definició dels seus estàndards de qualitat.

El ciutadà, l'assegurat, el client

Aquest és un eix que vol posar de manifest d'una manera molt explícita que totes les actuacions del sistema sanitari, i per tant també del CatSalut, van dirigides a la persona en les seves diferents dimensions quan es relaciona amb el sistema sanitari.

Segueix la construcció i el desenvolupament de les noves eines i estratègies d'atenció al client (un sistema nou en relació amb les queixes i reclamacions, la implantació de sistemes de mesura del grau de satisfacció del ciutadà, etc.). D'altra banda, s'han definit un seguit d'objectius al voltant de l'accessibilitat com a punt referencial, com les llistes d'espera en les seves diferents vessants (temps de garantia, instruments de control, compra de serveis), a les quals s'incorpora l'estudi en el cas de les consultes externes i les proves complementàries. També relacionats amb l'accessibilitat, cal remarcar els projectes sobre el transport sanitari, fruit del Pla integral presentat al Parlament de Catalunya al final del 2001.





Així mateix, en aquest àmbit cal remarcar els projectes d'abast tecnològic, com el nou web del CatSalut, o la consolidació de Sanitat Respon.

L'eficàcia

Eix de treball en el qual predominen les actuacions que han de permetre una gestió més eficient de tots els recursos en una perspectiva global del sistema sanitari i no centrada exclusivament en les dinàmiques internes de treball. Projectes rellevants i de continuïtat en aquest àmbit són la Central de resultats, o el Sistema de compra de base poblacional.

I noves iniciatives al voltant de la millora constant dels sistemes de compra: noves normatives, el nou índex relatiu d'estructura (IRE), les marginalitats o la construcció dels nous sistemes de pagament per a les línies assistencials no hospitalàries.

En aquest punt, cal posar de relleu la voluntat de desplegar el Pla de qualitat i de comunicació interna, que ha d'afavorir la consolidació de la mateixa organització, mitjançant noves dinàmiques i instruments de comunicació interna d'una banda, i de l'altra, impulsant polítiques de qualitat en els diferents nivells de l'organització.

La sostenibilitat

Aquest eix es justifica davant la necessitat constant de garantir la sostenibilitat del sistema des de la vessant econòmica. Les mesures de control i racionalització de la farmàcia, conjuntament amb la construcció i el seguiment dels escenaris econòmics, centren els projectes estratègics d'aquest àmbit per a l'any 2002.

Aquest conjunt d'àmbits i projectes estratègics constitueix una aposta transparent per a la millora del sistema sanitari en aquest objectiu comú d'atendre cada dia millor les persones. ■

En estas palabras previas a la memoria del año 2001 del CatSalut debemos destacar que nuestro modelo sanitario, lejos de definirse como un sistema concluido se muestra como un proyecto dinámico que va adaptándose a una realidad que en los últimos años ha variado notablemente. Los cambios sociodemográficos y epidemiológicos no son los únicos que nos exigen innovar continuamente en el ámbito sanitario; también hemos de tener presente la situación económica y el marco de financiación en que nos movemos, así como los adelantos médicos y tecnológicos que nos obligan a estar al día con una oferta de calidad.

Pero si alguna virtud tiene nuestra propuesta sanitaria es que se basa en unos principios bien definidos como son la universalización de la asistencia, una concepción integral e integrada del sistema como red sanitaria, y la equidad y la accesibilidad para todo el territorio. Estos fundamentos unidos a la capacitación de los profesionales y a los avances en la eficiencia de nuestros servicios sanitarios tienen que permitir mantener y mejorar las prestaciones que hoy se ofrecen.

En este sentido, el CatSalut, como responsable del aseguramiento de todos los ciudadanos de Cataluña y garante de la atención sanitaria, es, como se ha dicho tantas veces, el eje vertebrador de nuestro modelo de ordenación sanitaria.

Revisar su memoria significa ver reflejada la situación del conjunto del sistema sanitario, con los recursos, los modelos de atención y la actividad que desarrollan, y con los proyectos nuevos que se impulsan para hacer realmente efectivo el derecho a la protección de la salud de toda la población.

Eduard Rius

Consejero de Sanidad y Seguridad Social

Con esta memoria del CatSalut queremos mostrar nuevamente lo más significativo que ha tenido lugar en nuestro sistema sanitario durante el año 2001. Un año en el que se ha consolidado la reestructuración de la organización realizada en el año 2000, una reforma que va más allá de los cambios internos y que refleja esta nueva configuración del CatSalut como garante de las prestaciones sanitarias de los ciudadanos. Esta función, como la del aseguramiento de toda la población, es sobre la que pivotan todas las prioridades estratégicas que se han agrupado bajo la denominación de proyectos ACCES y que se refieren a cinco grandes ejes: la atención

sanitaria, el ciudadano, el asegurado y el cliente, la eficacia y la sostenibilidad. Un método de trabajo que permite la evaluación continuada del estado de una cuarentena de proyectos considerados esenciales y que van desde programas muy específicos y de notable repercusión inmediata, como el Plan integral de urgencias de Cataluña, hasta proyectos piloto que nos han de orientar en el futuro, como el del sistema de pago capitativo.

En el ámbito de la atención sanitaria destaca la apuesta definitiva para que la reforma de la atención primaria concluya en 2002, una realidad en la región sanitaria de Tortosa y un hecho inminente en las regiones de Lleida, Tarragona, Girona y Costa de Ponent. También han sido relevantes el impulso al Plan de atención oncológica, la generalización del cribado del cáncer de mama en toda Cataluña, la reconversión de la salud mental o el programa de atención a las personas mayores.

En cuanto a los proyectos de nuevos centros hospitalarios, están en marcha las obras de El Vendrell, de Sant Pau en Barcelona y de Santa Caterina en Girona, y se ha avanzado en los proyectos de Igualada, Mollet y del Baix Llobregat. Además de las muchas reformas que se han impulsado en grandes centros como la Vall d'Hebron, Bellvitge y el Joan XXIII de Tarragona.

En el ámbito de la mejora de la relación de la ciudadanía con su sistema de salud, se han concretado proyectos tan ambiciosos como el teléfono de atención de 24 horas Sanitat Respon, atendido por profesionales sanitarios, o la extensión del número 061 como referente único para las urgencias y emergencias de toda Cataluña.

Probablemente el elemento que el ciudadano puede identificar más plenamente con su sistema de salud y con la función de aseguramiento universal es la tarjeta sanitaria individual (TSI). Este documento, necesario para poder tener acceso a todos los servicios sanitarios de provisión pública, además de ser una tarjeta identificativa para el usuario, es una herramienta primordial para que el sistema pueda disponer de información más precisa sobre la utilización de los recursos y para poder introducir los factores correctores necesarios. El alto grado de utilización de la tarjeta en las farmacias y en los centros sanitarios marca un buen camino. Asimismo, la tarjeta es el elemento tangible que abre la puerta de los asegurados a la Cartera de servicios del CatSalut, que deberá quedar definida en el año 2002.

En definitiva, se trata de proyectos que van avanzando en la mejora de un sistema sanitario eficiente que tiene por objetivo atender cada día mejor a las personas a la vez que asegura la continuidad de los servicios y de las prestaciones públicas en el futuro.

Josep Prat

Director del CatSalut

CatSalut: modelo sanitario y aseguramiento

Un modelo sanitario mixto. 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 CatSalut (Servicio Catalán de la Salud), creado por la LOSC, se constituye en 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 CatSalut garantiza los principios básicos del sistema de salud: servicio público financiado públicamente, asistencia universal, accesibilidad (equidad y superación de las desigualdades territoriales), promoción de la salud y eficiencia de la organización sanitaria (racionalización y simplificación).

Los elementos que definen el sistema sanitario catalán son:

- Cobertura universal.
- Financiación pública.
- Aseguramiento público y único.
- Provisión de servicios sanitarios en redes de utilización pública, a través de centros acreditados (de titularidad pública o no).

Planificación y diversidad de fórmulas de gestión. La elaboración del primer Plan de salud en 1993, el Plan de salud mental del año siguiente y los nuevos mecanismos de compra de servicios sanitarios que se implantan progresivamente, junto con el inicio de la diversificación de proveedores –especialmente significativa en el ámbito de la atención primaria–, marcan los primeros años de funcionamiento del CatSalut. Durante estos años se han potenciado la diversidad de fórmulas de gestión de los proveedores de servicios sanitarios (como, por ejemplo, las

empresas públicas, los consorcios, las entidades de profesionales o las cesiones de gestión), al mismo tiempo que se ha ayudado a introducir en ellos una gestión más empresarial.

Aproximación al ciudadano. Paralelamente, la aproximación al ciudadano implica el despliegue de la estructura territorial, que permite conocer mejor las necesidades de salud de la población y tener una relación más próxima con los proveedores de servicios de cada una de las ocho regiones sanitarias y de sus respectivos sectores sanitarios. Aspectos como la calidad de los servicios y la calidad en el trato y la asistencia de los usuarios han adquirido un significado especial de orientación a los ciudadanos, y han requerido una mayor corresponsabilización de los profesionales, a los que se ha ido implicando tanto en la gestión como en los resultados globales de los centros.

Un nuevo escenario: nuevas respuestas. A las transformaciones sociales (envejecimiento de la población, aumento de la esperanza de vida, oleadas inmigratorias) y epidemiológicas (aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, pluripatologías) se debe añadir el reto constante de la innovación tecnológica (adelantos en biotecnología, mejora de las técnicas diagnósticas, nuevas tecnologías de la información y la comunicación). Estos cambios se sitúan en un momento en que el modelo de sistema sanitario estatal avanza siguiendo criterios nuevos, como la solidaridad, la cobertura universal y una financiación que llega exclusivamente de los presupuestos del Estado.

Asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario. En un sistema de cobertura universal en el que todo el mundo tiene acceso a los servicios sanitarios es esencial la eficiencia para poder asegurar su sostenibilidad. Se trata, en definitiva, de prestar la asistencia u ofrecer la prestación de forma accesible y por el profesional más indicado. En este sentido se está avanzando en la atención primaria no sólo como primera puerta de entrada al sistema sanitario, sino también como garante de la continuidad asistencial. En el ámbito de los hospitales, debemos destacar la interrelación con los demás niveles de salud, en un modelo más abierto a la comunidad y con una importancia creciente de las alternativas al ingreso hospitalario (cirugía sin ingreso, hospitalización a domicilio).

Otro punto clave para el futuro del sistema de salud es la cuestión de la finan-

ciación, que necesita una formulación que reconozca las particularidades del modelo catalán en aspectos como la atracción de usuarios de otras comunidades, el envejecimiento de la población o la esperanza de vida alta.

La transformación que impulsa el CatSalut. En este nuevo contexto el Servicio Catalán de la Salud entra en un proceso de transformación para convertirse en la aseguradora pública de Cataluña (CatSalut) que tiene por objetivos 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 la comunicación, la prevención o el estudio de futuras demandas son aspectos en los que incide esta gestión activa de las necesidades de la población. Unos ciudadanos que deben estar más implicados en términos de participación y también en una concienciación más solidaria con el conjunto del sistema (libre elección de profesionales, consumo responsable de servicios y prestaciones, cuidado de la propia salud).

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

Los proyectos ACCES

En el marco del proceso de transformación del CatSalut, las prioridades estratégicas se concentran en torno a un plan, el Plan ACCES, configurado por cinco grandes ejes:

- A la atención sanitaria
- C el ciudadano
- C el cliente asegurado
- E la eficacia
- S la sostenibilidad

La atención sanitaria. Se entra en una definición nueva de la red sanitaria, que debe integrar el conjunto de ámbitos asistenciales como garantía de continuidad en la atención. Asimismo, se avanza

en el establecimiento de la Cartera de servicios del CatSalut.

Proyectos nuevos

- Plan director de oncología de Cataluña
- Definición del terciarismo (alta tecnología) y de sus flujos
- Plan estratégico de donación/trasplante 2001-2003
- Nuevas entidades de base asociativa (EBA)

Proyectos de continuidad

- Plan integral de urgencias de Cataluña (PIUC)
- Programa integral de atención a las personas mayores en la atención primaria de salud
- Cribado de cáncer de mama. Despliegue
- Reforma de la atención primaria (RAP)
- Estándares de calidad de las redes sanitarias
- Parque Sanitario Pere Virgili

El ciudadano, el asegurado, el cliente.

Este eje quiere poner de manifiesto de una manera muy explícita que todas las actuaciones del sistema sanitario, y por tanto también del CatSalut, se dirigen a la persona –en sus diferentes dimensiones– cuando se relaciona con el sistema sanitario.

Proyectos nuevos

- Implantación de sistemas de medida del grado de satisfacción del ciudadano
- Organización interdepartamental de los servicios sociosanitarios
- Cartera de servicios
- Consolidación del registro central de asegurantes (RCA)

Proyectos de continuidad

- Plan integral del transporte sanitario
- Despliegue de VAM (vehículos de asistencia medicalizados)
- Extensión del servicio 061 a toda Cataluña
- Sanitat Respon
- Nuevas infraestructuras
- Reducción de las listas de espera quirúrgicas
- Incremento de los usos potenciales de la TSI/CIP (código de identificación personal)
- Flexibilización de horarios en la atención primaria
- Implantación del nuevo sistema de gestión de prestaciones ortoprotéticas
- Plan de comunicación

La eficacia. En este eje de trabajo predominan las actuaciones que han de permitir una gestión más eficiente de todos los recursos, pero con la perspectiva de disponer de una visión global del sistema

sanitario y no centrada exclusivamente en las dinámicas internas de trabajo.

Proyectos nuevos

- Central de resultados
- Plan de regularización de contratación extrahospitalaria
- Implantación del nuevo sistema de información economicofinanciero

Proyectos de continuidad

- Indicadores de salud y calidad de los servicios asistenciales
- Atención integral: sistema de compra sobre base poblacional
- Implantación del Plan de sistemas
- Plan de calidad del CatSalut
- Mecanización de la facturación de servicios sanitarios
- Cambio del sistema de pago de la marginalidad en los centros hospitalarios
- Nuevo sistema de pago sociosanitario

La sostenibilidad. En este ámbito se sitúan todas las actuaciones en torno a la asignación y contratación de servicios sanitarios. Este conjunto de ámbitos y proyectos estratégicos constituye una apuesta transparente para la mejora del sistema sanitario con el objetivo común de atender cada día mejor a las personas.

Proyectos nuevos

- Nuevo sistema de financiación sanitaria

Proyectos de continuidad

- Escenario económico
- Asignación y contratación de servicios sanitarios del Instituto Catalán de la Salud (ICS)
- Asignación y contratación de servicios sanitarios concertados
- Medidas de racionalización de la prestación farmacéutica

Planificación

La evaluación de las necesidades de los ciudadanos debe permitir determinar cuáles deben ser las prioridades a la hora de adecuar la oferta de servicios sanitarios a las necesidades de los diferentes segmentos de población. El CatSalut ha avanzado en el conocimiento de las necesidades de salud, el entorno social y la realidad de las instituciones, ha incorporado los instrumentos de mejora y ha aplicado los nuevos conocimientos para asumir una gestión integral de la oferta y la demanda.

La definición de una nueva red asistencial que integra el conjunto de ámbitos asistenciales ofrece una garantía de continuidad asistencial. Así, uno de los ejes estratégicos gira en torno a la aten-

ción primaria de salud y a la finalización de su reforma en el horizonte del año 2002, sin olvidar todas las actuaciones para potenciar y avanzar en el desarrollo de políticas de mejora de la calidad en este ámbito asistencial. En el eje de atención especializada destacaríamos las intervenciones siguientes: el Plan director de oncología de Cataluña 2001-2004; el Plan de inversiones para el desarrollo de los proyectos de hospitales nuevos en el seno de la red hospitalaria de utilización pública (XHUP) y para la mejora y la adecuación de muchos de los existentes. En el eje sociosanitario destacaríamos el despliegue del Plan 2000-2005, el establecimiento de los estándares de calidad para la red sociosanitaria, así como el proyecto de cooperación con el Departamento de Bienestar Social, con el objetivo de avanzar hacia una red única sociosanitaria. En cuanto a la salud mental, destacaremos en primer lugar como objetivo básico y de continuidad el seguimiento del Plan de reordenación de la salud mental (1999-2004), y en segundo término el despliegue de la red de salud mental, así como la definición de sus estándares de calidad.

La Cartera de servicios

La Cartera de servicios es la herramienta básica del CatSalut para definir y adecuar las bases de aseguramiento, de contratación de los proveedores y de los servicios. El CatSalut tiene que definir las prestaciones que debe garantizar (qué tenemos que hacer), establecer las bases de relación con sus asegurados (a quién se lo tenemos que hacer y con qué coberturas) y con los proveedores (quién lo tiene que hacer, qué tiene que hacer y dónde lo tiene que hacer) y con qué criterios de calidad.

Extensión del 061 a toda Cataluña

El teléfono 061 de atención telefónica permanente a las demandas de urgencias y emergencias sanitarias se ha extendido a toda Cataluña. Cabe destacar la importancia de este servicio en la coordinación de los recursos sanitarios en los periodos en que se da un incremento de la demanda, como por ejemplo en verano en la costa y en invierno.

Sanitat Respon 902 111 444

Sanitat Respon da respuesta a cualquier petición de información sobre la salud, las enfermedades y los servicios sanitarios, y ofrece a los ciudadanos toda la información disponible para que puedan tomar las mejores decisiones para cuidar

su salud. La atención telefónica se lleva a cabo mediante operadores y profesionales de la salud (diplomados en enfermería y médicos).

Sistema de compra sobre base poblacional

El CatSalut ha propuesto dinamizar un proyecto piloto de compra de servicios sobre base poblacional para la contratación integral de los servicios de salud en varias zonas de Cataluña. Altebrat (Ribera d'Ebre y parte de la Terra Alta y el Priorat), el Baix Empordà, el alto Maresme y la Selva marítima, Osona y la Cerdanya son las 5 zonas elegidas para el plan piloto. Con la implantación de este nuevo modelo de compra se pretende superar los problemas que genera la compra actual fraccionada por líneas de servicios y evolucionar hacia la compra descompartimentada de servicios de salud, mediante la asignación de un presupuesto per cápita a los proveedores que operan en un territorio.

Atención primaria

La atención primaria de salud es el primer nivel de acceso del ciudadano a la asistencia sanitaria, a través de los servicios existentes en las áreas básicas de salud (ABS), unidades territoriales elementales que concentran el núcleo fundamental de la actividad asistencial en el centro de atención primaria (CAP). El equipo de atención primaria (EAP) es el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que dirige y desarrolla sus actividades de atención al conjunto de la población del ABS.

La próxima finalización de la reforma de la atención primaria. Un 88,3% de la población está cubierta por centros de atención primaria reformados. El CatSalut ha elaborado un plan de finalización de la RAP en el año 2002, acompañada de una planificación de inversiones para la construcción o remodelación de los centros que tienen que apoyar estructuralmente a los EAP.

En lo relativo a la diversificación de la provisión de servicios, cabe mencionar que de los 306 EAP ya implantados (el 89% de los previstos), el 82,7% lo gestiona el ICS y el 17,3% restante (53 EAP) lo gestionan otras entidades proveedoras (que incluye un 2,3% de EAP gestionados por entidades de base asociativa).

Atención de las urgencias. Dentro del horario habitual de funcionamiento de los servicios, son los mismos profesionales asistenciales de los servicios de aten-

ción primaria los que se encargan de la atención de las urgencias, tanto en el domicilio del paciente como en el centro. En el horario de atención continuada, es decir, para la demanda no programada que se presenta fuera del horario habitual de funcionamiento de los servicios, se encargan de las urgencias los dispositivos asistenciales siguientes:

- EAP: equipo de atención primaria.
- SEU: servicio especial de urgencias.
- SOU: servicio ordinario de urgencias.
- CAC: centro de atención continuada.
- PAC: punto de atención continuada.
- Servicios coordinadores con recursos asistenciales propios.
- Servicios coordinadores sin recursos asistenciales propios.

Atención especializada

La asistencia sanitaria especializada en Cataluña se presta a través de los recursos de internamiento, consultas ambulatorias especializadas, hospitales de día, urgencias y hospitalización a domicilio, y cuenta con el apoyo de otros recursos, como las unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS) y los programas de atención domiciliaria-equipos de apoyo (PADES). La mayoría de estos recursos se organizan funcionalmente en redes como la de hospitales de agudos, la red sociosanitaria, la red de salud mental y la red de atención a las drogodependencias (XAD), que forman parte de la red sanitaria de utilización pública.

Hospitales generales de agudos. Según sus características, los hospitales se clasifican en tres tipos:

- Hospital general básico: es aquel que da respuesta completa a los requerimientos habituales de la población.
- Hospital de referencia: es el hospital destinado a resolver prácticamente la totalidad de los problemas de salud susceptibles de curación y mejora, salvo aquellos que requieren recursos tecnológicos de coste muy elevado o una práctica altamente especializada.
- Hospital de alta tecnología: es aquel que asume las patologías de baja prevalencia que los hospitales anteriormente mencionados no pueden asumir y que dispone de las llamadas supraespecialidades y de nuevas tecnologías diagnosticoterapéuticas.

De acuerdo con las tendencias actuales en los modelos hospitalarios, se plantea un concepto de hospital bastante diferente del clásico, en el que la irrupción de nuevas tecnologías, las mejoras conseguidas en la gestión, los nuevos

modelos organizativos y la aparición de nuevas alternativas a la hospitalización convencional modificarán la oferta hacia otros servicios diferentes del modelo clásico conocido.

En este nuevo modelo de hospital, el peso de la atención se va desplazando hacia una actividad más ambulatoria y encontramos un hospital más abierto y flexible, más adaptable a los cambios demográficos y de morbimortalidad, a las técnicas médicas emergentes, a los cambios en los patrones de la práctica clínica y a los cambios de los valores de la población. En este sentido, es significativo el fortalecimiento de las relaciones entre los diferentes niveles de la atención sanitaria.

En el año 2001 han sido 65 los centros hospitalarios que han prestado asistencia pública ofreciendo servicios de hospitalización general aguda. De estos hospitales, 61 pertenecen a la red hospitalaria de utilización pública (XHUP), mientras que los otros cuatro son hospitales complementarios autorizados que, a pesar de no pertenecer a la XHUP, proveen de servicios al CatSalut. De los 65 hospitales, 17 tienen servicio de psiquiatría, que complementa la oferta asistencial de internamiento para enfermos mentales, y 30 están autorizados para llevar a cabo también internamiento sociosanitario. En 11 hospitales hay unidades hospitalarias de desintoxicación de drogodependencias.

La dotación total de camas de estos centros es de 14.774. El CatSalut ha financiado 664.151 altas, el 13% de las cuales corresponde a intervenciones de cirugía mayor ambulatoria.

El plan de choque para la reducción de las listas de espera 2000-2003 prevé un tiempo máximo de espera para cualquier procedimiento quirúrgico que deberá situarse por debajo de los 6 meses, con un tiempo medio de espera inferior a los 3 meses. En 2001 se han incorporado cuatro procedimientos nuevos en tiempo de garantía (cataratas, herniorrafias, artroscopias y circuncisiones) que completan hasta ocho los ya existentes (colecistectomía, prostatectomías, liberación del canal carpiano, histerectomía).

Actividad psiquiátrica. El hospital psiquiátrico es el centro hospitalario de tipo monográfico que, junto con los servicios de psiquiatría de los hospitales generales y de los centros sociosanitarios autorizados también para el internamiento psiquiátrico, presta atención a los enfermos mentales. Además de los recursos necesarios para la atención a pacientes en

fase aguda, los hospitales psiquiátricos también disponen de unidades diferenciadas para la atención de pacientes subagudos (unidades de subagudos) y para la atención a pacientes crónicos o residenciales (unidades de mediana y larga estancia). Estos centros tienen una dotación de 3.705 camas, que, sumadas a las 352 de los hospitales generales de agudos con servicio de psiquiatría, constituyen una oferta global de internamiento psiquiátrico de 4.057 camas.

Actividad sociosanitaria. Los centros sociosanitarios son los recursos de internamiento dotados de las características estructurales y del personal necesario para atender a pacientes sociosanitarios. Pueden ser centros de internamiento de finalidad sociosanitaria exclusivamente u hospitales autorizados tanto para el internamiento agudo como para el sociosanitario y/o psiquiátrico. Los recursos sociosanitarios se han ido incrementando durante 2001 respecto al año 2000. Este aumento en la dotación de recursos, contabilizados en 295 camas, se ha producido manteniendo una constancia en las líneas de servicios existentes, tal como se ha venido haciendo en los últimos años.

Los centros sociosanitarios están formados por una o más de las unidades siguientes: de larga estancia, de mediana estancia-convalecencia, de mediana estancia polivalente y de tratamiento del sida.

En 2001 se ha puesto en marcha por segundo año consecutivo el Programa de urgencias de invierno de los recursos sociosanitarios, de coordinación de las diferentes redes asistenciales en relación con el tratamiento de pacientes mayores de 65 años y personas afectadas por larga enfermedad.

Atención ambulatoria especializada. La atención de consulta ambulatoria especializada se presta en los centros de atención primaria que tienen consultas de apoyo de especialidades, en las consultas externas de los hospitales, en los centros de salud mental de adultos e infantiles y juveniles (CSMA y CSMIJ), en los centros de atención y seguimiento de las drogodependencias (CAS) y en otros tipos de consultas ambulatorias (de enfermedades de transmisión sexual, de enfermedades tropicales, etc.).

Trasplantes. El número total de trasplantes registrados en los últimos cinco años refleja la consolidación de un nivel alto de actividad. El índice por millón de población (pmp) es de 115, mientras que en España representa un índice pmp de 86.

El alto nivel de actividad alcanzado en Cataluña demuestra la eficacia del modelo organizativo catalán, así como el esfuerzo de los profesionales y, naturalmente, la concienciación y la solidaridad de la población con respecto a la donación.

Prestación farmacéutica y establecimientos farmacéuticos

Las oficinas de farmacia son establecimientos sanitarios dirigidos por profesionales farmacéuticos en los que se llevan a cabo, además de la adquisición, la elaboración, el control, la dispensación y la información de medicamentos, otras tareas de atención farmacéutica relacionadas con la salud pública, como, por ejemplo, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En Cataluña el horario ordinario es de 40 horas semanales. Además, se establece la posibilidad de abrir 365 días al año, 13 o 24 horas diarias. Otros dispositivos son los botiquines, los servicios de farmacia hospitalaria y los depósitos de medicamentos.

Se ha llevado a cabo la potenciación de la prescripción y la dispensación de medicamentos genéricos mediante estrategias de formación e información a los profesionales, con la corresponsabilización de los equipos de atención primaria (EAP) en la gestión de la prestación farmacéutica, la definición de indicadores de genéricos para el seguimiento de esta prestación, la educación sanitaria de la población, etc.

Hay que destacar la implantación en todo Cataluña de la obligatoriedad de la utilización de la TSI en la prestación farmacéutica y la captación de los datos del usuario en la oficina de farmacia. En diciembre de 2001 el nivel de identificación de las recetas con la tarjeta sanitaria individual a través del código de identificación personal u otros códigos fue del 98,7%.

Prestaciones complementarias

Las prestaciones complementarias son aquellas que suponen un elemento adicional y necesario en la consecución de una asistencia sanitaria completa y adecuada. Se trata, entre otros, de las prestaciones ortoprotéticas, el transporte sanitario, la oxigenoterapia y la atención por convenios internacionales.

Cabe subrayar que en 2001 se ha establecido un nuevo modelo de pago y gestión de la prestación ortoprotética, de forma que el usuario ya no tenga que adelantar el dinero y posteriormente pedir el resarcimiento.

Regiones sanitarias

Región Sanitaria Lleida

- Un nuevo hospital sociosanitario, Jaume Nadal Merolles, que cuando esté en pleno rendimiento dispondrá de una unidad de 26 camas para la atención de convalecencia y cuidados paliativos, 100 camas para la atención de larga estancia y 25 camas más de hospital de día.
- Dos nuevos EAP en 2002 completarán la reforma de la atención primaria.

Región Sanitaria Tarragona

- Una entidad de base asociativa, constituida por los propios profesionales, gestiona el Área Básica de Salud Alt Camp Oest.
- El Centro Coordinador Sanitario 061 de Tarragona-Terres de l'Ebre, un peldaño dentro del sistema de atención de las demandas sanitarias y centro coordinador en las actuaciones de los planes SEQTA y PENTA.

Región Sanitaria Tortosa

- Programa piloto de atención a personas que sufren síndrome de demencia u otras enfermedades crónicas evolutivas y dependencia funcional en la Terra Alta, que tiene la población más envejecida de toda la región.
- La voluntad de descentralización de la asistencia y la tendencia a nuevas fórmulas de asistencia han posibilitado la implantación del programa de cirugía mayor ambulatoria en los Servicios Asistenciales de Amposta.

Región Sanitaria Girona

- El nuevo hospital de Santa Caterina avanza en el conjunto del parque hospitalario Martí i Julià de Salt, gestionado por la empresa pública Institut d'Assistència Sanitària.
- Más y mejor atención domiciliaria en la región, que ha experimentado un aumento cuantitativo y cualitativo.

Región Sanitaria Barcelonès Nord i Maresme

- Se implanta el Programa de detección precoz del cáncer de mama en todo el territorio de la región. La cobertura del Programa para las mujeres de entre 50 y 64 años alcanzará el cien por cien a principios del año 2002.
- Plan de mejora del transporte sanitario: implantación progresiva del servicio telefónico 061 y refuerzo del transporte sanitario de acuerdo con el Plan integral de urgencias de Cataluña (PIUC).

Región Sanitaria Costa de Ponent

- Constitución del Comité de Ética Asistencial de Referencia para la

Atención Sociosanitaria (CEARAS), de ayuda a los usuarios, profesionales de la salud y de la gestión de la red socio-sanitaria en la toma de decisiones éticas.

- Creación del Consorcio del Laboratorio Intercomarcal del Alt Penedès, L'Anoia y el Garraf (CLI), que presta servicio a los hospitales y centros de atención primaria y a una población total de más de 250.000 personas.

Región Sanitaria Centre

- La Unidad de Diabetes, Endocrinología y Nutrición de Sabadell: un modelo de reordenación de la atención especializada a seguir como organización asistencial adecuada a las necesidades de las personas que necesitan una atención multidisciplinaria.
- Establecimiento de criterios homogéneos y contrastados de evaluación para el contrato de compra de servicios de atención hospitalaria 2001-2004.

Región Sanitaria Barcelona Ciutat

- La RAP llega a una cobertura del 81% de la población y la autorización de 12 EAP en 2002 completará la RAP en Barcelona.
- Avance en la oferta de procedimientos quirúrgicos, en el que destaca la actividad de procedimientos de cataratas, con un incremento de más del 70% respecto al año 1996.

Empresas públicas y consorcios

El CatSalut, para gestionar y administrar los servicios y las prestaciones del sistema sanitario público, puede utilizar varias formas de gestión –directa, indirecta o compartida– que le permiten avanzar en la incorporación de mecanismos de gestión empresarial adecuados al carácter prestacional de la Administración sanitaria, así como en la puesta en funcionamiento de nuevas estructuras organizativas que garanticen la calidad de los servicios e introduzcan al mismo tiempo una mayor eficacia y eficiencia en el sistema sanitario. El modelo de empresas públicas y consorcios participados por el CatSalut permite la proximidad de estas entidades en su territorio y una adaptación y reordenación de los servicios que prestan a las necesidades reales de su población. Asimismo, son entidades con un importante nivel de independencia y, por tanto, de responsabilidad de gestión, que están abiertas a la participación de los agentes sociales de cada lugar y que no requieren una estructura jurídica idéntica, por lo que se muestran más flexibles.

Prioridades estratégicas para el año 2002

Las prioridades estratégicas del CatSalut para 2002 siguen respondiendo al proceso de transformación centrado en el refuerzo de la función de garantizar una atención sanitaria de calidad a todos los ciudadanos, y se concentra en torno al Plan ACCES.

La atención sanitaria. La atención sanitaria se seguirá fundamentando en el desarrollo del modelo sanitario mediante la construcción de los instrumentos de planificación que mejoren la atención a los problemas de salud. En este sentido, cabe subrayar un proyecto de continuidad que llega a la recta final, la reforma de la atención primaria, que finaliza en este año 2002, al que se sumarán proyectos adicionales que permitan evaluarla. En otros proyectos de continuidad, como el Plan director de oncología o el de Terciarismo en la atención especializada, se establecen estrategias nuevas, como, por ejemplo, el Plan integral para la cardiopatía isquémica o, en un nivel más instrumental, la definición final de la Cartera de servicios del CatSalut y los primeros trabajos sobre el análisis de la demanda. En la atención sociosanitaria continúa el despliegue del Plan 2000-2005, y en cuanto a la salud mental, como objetivo básico y de continuidad, el seguimiento del Plan de reordenación de la salud mental (1999-2004), y en segundo término el despliegue de la red de salud mental, así como la definición de sus estándares de calidad.

El ciudadano, el asegurado, el cliente. Éste es un eje que quiere poner de manifiesto de una manera muy explícita que todas las actuaciones del sistema sanitario, y por tanto también del CatSalut, van dirigidas a la persona en sus diferentes dimensiones cuando se relaciona con el sistema sanitario. Sigue la construcción y el desarrollo de las nuevas herramientas y estrategias de atención al cliente (un sistema nuevo en relación con las quejas y reclamaciones, la implantación de sistemas de medida del grado de satisfacción del ciudadano, etc.). Por otro lado, se ha definido una serie de objetivos en torno a la accesibilidad como punto referencial, como las listas de espera en sus diferentes vertientes (tiempo de garantía, instrumentos de control, compra de servicios), a las que se incorpora el estudio en el caso de las consultas externas y las pruebas complementarias. También relacionados con la accesibilidad, cabe destacar los proyectos sobre el transporte sanitario,

fruto del Plan integral presentado en el Parlamento de Cataluña a finales de 2001. Asimismo, en este ámbito cabe subrayar los proyectos de alcance tecnológico, como la nueva web del CatSalut, o la consolidación de Sanitat Respon.

La eficacia. Eje de trabajo en el que predominan las actuaciones que permitirán una gestión más eficiente de todos los recursos en una perspectiva global del sistema sanitario y no centrada exclusivamente en las dinámicas internas de trabajo. Proyectos relevantes y de continuidad en este ámbito son la Central de resultados o el Sistema de compra sobre base poblacional. Y nuevas iniciativas en torno a la mejora constante de los sistemas de compra: nuevas normativas, el nuevo índice relativo de estructura (IRE), las marginalidades o la construcción de los nuevos sistemas de pago para las líneas asistenciales no hospitalarias. En este punto, hay que poner de relieve la voluntad de desplegar el Plan de calidad y de comunicación interna, que debe favorecer la consolidación de la propia organización, mediante nuevas dinámicas e instrumentos de comunicación interna por un lado y, por otro, impulsando políticas de calidad en los diferentes niveles de la organización.

La sostenibilidad. Este eje se justifica ante la necesidad constante de garantizar la sostenibilidad del sistema desde la vertiente económica. Las medidas de control y racionalización de la farmacia junto con la construcción y el seguimiento de los escenarios económicos centran los proyectos estratégicos de este ámbito para el año 2002. Este conjunto de ámbitos y proyectos estratégicos constituye una apuesta transparente para la mejora del sistema sanitario en este objetivo común de atender cada día mejor a las personas. ■

Abstract

In this preface to CatSalut's annual 2001 report, it should be pointed out that our health care model, far from being a finished system, has proven itself to be a dynamic project capable of constant adaptation to a reality that, in recent years, has varied notably. The socio-demographic and epidemiological changes are not the only ones that have required us to innovate continuously in the health field: the economic situation and the financing framework in which we work also have to be taken into account, as well as medical and technological advances that oblige us to be up-to-date and have a quality offer.

However, if our health proposal has one main virtue, it is that it is based on well-defined principles, such as the universalization of care, a comprehensive and integrated concept of the system as a health service network, and equality and accessibility throughout the territory. These fundamentals, along with professional training and advances in the efficiency of our health services, can only allow us to keep up and improve the attention already offered today.

In this sense, CatSalut, as the body responsible for insuring all of the citizens of Catalonia and the guarantor of medical care, is, as has been said many times before, the vertebral axis of our health organization model. To read its report is to see a reflection of the situation of the health system as a whole, with its resources, care models and the activities they carry out, and with the new projects being promoted to make the right to health care a genuine one for the entire population.

Eduard Rius
Minister for Health and Social Security

Once again, with this report on CatSalut, we wish to show the most significant events to have taken place in our health system during the year 2001. A year in which the restructuring of the organization begun in 2000 was consolidated, a reform that goes well beyond internal changes and reflects the new configuration of CatSalut as a guarantor of health care for citizens. This function, like that of insuring the entire population, is the basis for all of the strategic priorities grouped under the heading ACCES Projects and revolving around the following five major axes: health care, citizens, insurance and the client, efficiency and sustainability. A work method that enables a continuous

evaluation of the status of forty-odd projects considered to be essential and ranging from highly specific programs with notable immediate consequences, such as the Catalan Comprehensive Plan for Emergencies, to pilot projects intended to orient us in the future, such as the capitative, or per-head, payment system.

In the field of health care, the definitive commitment to ensuring that the primary care reform is completed in 2002 should be highlighted. This is already a reality in the health care region of Tortosa and will soon be one in the regions of Lleida, Tarragona, Girona and Costa de Ponent, as well. Also relevant have been the promotion of the Oncological Care Plan, the spread of breast cancer screening to all of Catalonia, the restructuring of the mental health service and program for attention to the elderly.

With regard to the projects for new hospital centers, construction is underway in El Vendrell, Sant Pau in Barcelona and Santa Caterina in Girona, and progress has been made on projects in Igualada, Mollet and El Baix Llobregat. This in addition to the numerous improvements that have been promoted in large centers such as Vall d'Hebron, Bellvitge and the Joan XXIII in Tarragona.

In the sphere of improving the relationship between citizens and their health system, projects as ambitious as the Sanitat Respon 24-hour care line, staffed by health professionals, or the extension of 061 as the sole reference number for urgent situations and emergencies in all of Catalonia, have been carried out.

Of course, the element that citizens most fully identify with their health system and with the role of universal health insurance is their health card. This document, necessary for access to all publicly provided health services, in addition to being a form of ID for users, is an essential tool for the system to gather the most exact information on the use being made of the resources and, therefore, to be able to introduce the necessary corrective changes. The high degree of use of the card in pharmacies and at health centers indicates that things are on the right course. Likewise, the card is the tangible element that opens the door for the insured to the full portfolio of CatSalut services, to be defined in 2002.

In short, we are dealing with projects that continue to promote the improvement of an efficient health system whose objective is to provide

increasingly better care for all, while ensuring the continuity of the services and public provisions in the future.

Josep Prat

Director of CatSalut

CatSalut: Health Model and Insurance

A Mixed Health Model. With the approval of the Law governing health in Catalonia (LOSC) in 1990, the Catalan health model was formalized. It is a mixed health model that integrates all health resources into a single network for public use, regardless of whether they are publicly or privately owned, and it comprises a traditional variety of organizations (benefit societies, foundations, consortiums, Church centers) historically committed to health care.

CatSalut (the Catalan Health Service), created by the LOSC, is made up of the planners, financial backers, evaluators and purchasers of the different health services. With its comprehensive vision of the health care system and its roles as integrator of all resources, CatSalut guarantees the health system's basic principles: publicly financed public service, universal care, accessibility (equity and the surmounting of territorial disparities), the promotion of health and efficiency in the organization of health care (rationalization and simplification).

The elements that define the Catalan health system are:

- Universal coverage.
- Public financing.
- Sole public insurance.
- Provision of health services in public-use networks through authorized centers (whether publicly or privately owned).

Planning and Diversity of Management Formulas. The design of the first Health Plan in 1993, the Mental Health Plan of the following year, and the new mechanisms for purchasing health services that were progressively implemented, along with the beginnings of supplier diversification (especially significant in the area of primary care), marked the first years of CatSalut's operation. Over recent years, diversity in management formulas for health service providers (such as public companies, consortiums, professional bodies and management concessions) has been promoted, and efforts have also been

made to introduce a more business-like style of management.

Bringing Ourselves Closer to Citizens.

Parallel to all of this, attempts to reach out to citizens have brought about the deployment of the territorial structure, which allows for a more thorough knowledge of the population's health needs and a closer relationship with the service providers in each one of the eight health care regions and their respective health sectors. Aspects such as the quality of services and the quality of the treatment and care provided to users have taken on a significant citizen-based orientation and have required health professionals to assume greater co-responsibility for them. As a result these professionals have become more and more involved in both the management and global results of the centers.

A New Scenario: New Answers. To the social transformations (aging population, increased life expectancy, arrival of new immigrants) and epidemiological ones (increase in the prevalence of chronic illnesses, multiple pathologies), we have to add the constant challenge posed by technological innovation (advances in biotechnology, improvements in diagnostic techniques, new information and communication technology). These changes are occurring at a time when the State health system model is advancing according to new criteria, such as solidarity, universal coverage and financial backing stemming exclusively from the State budget.

Guaranteeing the Health System's Sustainability. In a system of universal coverage, where everyone has access to health services, efficiency is essential to guarantee sustainability. In short, care must be given, or assistance offered, in an accessible way and by the most suitable professional. In this sense, progress is being made to make primary care not only the first port of entry into the health system, but also the guarantor of the continuity of the care. With regard to hospitals, it is important to note their interrelation with other high levels of health care in a model more open to the community that places increasing importance on alternatives to hospital stays (out-patient surgery, home hospitalization).

Another key point for the future health system is the question of financing, which requires a design that recognizes

the particularities of the Catalan model in terms of aspects such as its attraction for users from other communities, the aging population, or increased life expectancy.

The Transformation Promoted by CatSalut.

In this new context, the Catalan Health Service is embarking on a process of transformation to become the public insurer for all of Catalonia (CatSalut), with the objective of guaranteeing the sustainability of the health system and placing citizens at the core of health and health care management. Accessibility, participation, direct attention, shared responsibility for health, information and communication, prevention, and studies of the future demand are all aspects that this active management of the population's needs addresses. A population that must become more involved in terms of participation and, also, more aware and supportive of the system as a whole (free choice of professionals, responsible consumption of services and attention, watching out for its own health).

Organizational Structure. The structure of CatSalut reflects its role as quality guarantor and key piece in responding to citizen needs through the offer of health care providers. The organizational structure of CatSalut has three areas. First, the matrix services and the decentralized territorial structure of health care regions and health sectors. Second, the public member companies of CatSalut. And, finally, the bodies of community participation that are present at all levels of the organization.

The ACCES Projects

Within the framework of the process of transformation of CatSalut, the strategic priorities are based on a plan, the ACCES¹ Plan, that revolves around five main axes:

- Health Care
- Citizens
- The Insured Client
- Efficiency
- Sustainability

Health Care. The health network is being redefined to integrate all areas of care in order to guarantee the continuity of medical attention. Likewise, progress is being made in the establishment of CatSalut's Service Portfolio.

New Projects

- Master Plan for Oncology in Catalonia
- Definition of tertiarism (high technology) and its flows

¹ This and all other acronyms throughout the text are based on the original Catalan.

- 2001-2003 Strategic Donation/Transplant Plan
- New associated entities (EBA)

Continued Projects

- Catalan Comprehensive Plan for Emergencies (PIUC)
- Comprehensive program for primary health care attention to the elderly
- Breast cancer screening. Deployment
- Primary care reform (RAP)
- Quality standards for the health networks
- Pere Virgili Health Park

The Citizen, the Insured, the Client. This axis aims to make it explicitly clear that all of the health system's actions, and, therefore, all of CatSalut's, are oriented toward the individual –in all of his or her different dimensions– whenever he or she has contact with the health care system.

New Projects

- Implementation of systems for measuring the degree of citizen satisfaction
- Interdepartmental organization of socio-health services
- Service portfolio
- Consolidation of the central register of the insured (RCA)

Continued Projects

- Comprehensive plan for medical transport
- Deployment of medical assistance vehicles (VAM)
- Extension of the 061 service to all of Catalonia.
- Sanitat Respon
- New infrastructures
- Reduction of the surgery wait lists
- Increase in the potential uses of the individual health cards (TSIs) and personal ID codes (CIPs)
- Increased flexibility in the primary care opening hours
- Implementation of the new management system for ortho-prothetic attention
- Communication Plan

Efficiency. The prevailing actions in this work axis are those that will enable more efficient management of all resources in the future, as well as provide a global vision of the health system not exclusively centered on internal work dynamics.

New Projects

- Central results office
- Plan for standardizing non-hospital contracting
- Implementation of the new economic-financial information system

Continued Projects

- Indicators of health and the quality of the assistance services
- Comprehensive care: population-based purchase system
- Implementation of the Systems Plan
- CatSalut Quality Plan
- Mechanization of health service billing
- Change in the marginality payment systems in hospital centers
- New socio-health payment system

Sustainability. This area includes all actions oriented toward the assignment and contracting of health services. This group of areas and strategic projects constitutes a transparent commitment to improving the health system with the common goal of providing increasingly better care to the people.

New Projects

- New health financing system

Continued Projects

- Economic scenario
- Assignment and contracting of health services from the Catalan Health Institute (ICS)
- Assignment and contracting of state-subsidized health services
- Measures for rationalizing pharmaceutical provisions

Planning

The evaluation of citizen needs will enable us to determine what the priorities should be when it comes to adapting the health service offer to the needs of the different population segments. CatSalut has made progress in understanding the health needs, social environment and institutional reality, has incorporated improvement instruments and has used its new knowledge to take on the comprehensive management of the supply and demand.

The creation of a new assistance network integrating all of the assistance areas offers a guarantee for continued care. Thus, one of the strategic axes revolves around primary health care and managing to complete its reform over the course of 2002 without neglecting all those other actions intended to strengthen and promote the development of quality improvement policies in this assistance area. In the field of specialized care, attention should be drawn to the following interventions: The Master Plan for Oncology in Catalonia 2001-2004; the Investment Plan for the development of new hospitals in the public-use hospital network (XHUP) and to improve and adapt additional existing ones. In the

socio-health axis, note should be taken of the deployment of the 2000-2005 Plan, the establishment of quality standards for the socio-health network, and the cooperation project with the Department of Social Welfare, which aims to move toward a sole socio-health care network. With regard to mental health, we must first draw attention to the continuance with the Plan to Restructure Mental Health Care (1999-2004) as a basic and continuous objective, and second to the deployment of the mental health network, as well as the establishment of quality standards for it.

The Service Portfolio

The Service Portfolio is CatSalut's basic tool for defining and adapting its insurance bases and for contracting suppliers and services. CatSalut must define the provisions that it will guarantee (what we have to do), establish the bases for its relation with insured individuals (who we have to do it for and with what coverage) and suppliers (who has to do it, what they have to do, and where they have to do it), and determine the quality criteria to be applied.

Extension of 061 to All of Catalonia

The 061 permanent hotline to attend to urgent and emergency health situations has been extended to all of Catalonia. The importance of this service in coordinating health resources in those periods in which the demand for them increases, such as summer on the coast or winter, must be noted.

Sanitat Respon 902 111 444

Sanitat Respon responds to any request for information about health, illnesses and health care services, offering citizens all available information so that they can make the best decisions when it comes to caring for their health. The telephone attention is provided by operators and health professionals (registered nurses and doctors).

Population-based Purchase System

CatSalut has proposed launching a pilot project consisting of the population-based purchase of services for the comprehensive contracting of health services in different regions of Catalonia. Altebrat (Ribera d'Ebre and parts of Terra Alta and El Priorat), El Baix Empordà, L'Alt Maresme and La Selva Marítima, Osona and La Cerdanya are

the 5 regions chosen for the pilot plan. Through the implementation of this new purchasing model, we aim to overcome the problems generated by the current purchase system, based on service lines, and to evolve toward a decompartmentalized purchase of health services through the assignment of a per capita budget to providers operating in the territory.

Primary Care

Primary health care is the first level of access for citizens to health assistance and consists of the existing services in the basic health areas (ABSs), elemental territorial units that concentrate a fundamental nucleus of assistance activity in primary care centers (CAPs). The primary care teams (EAPs) are the groups of health and non-health professionals that orient and provide attention activities to the whole of their respective ABS populations.

The Imminent Completion of the RAP. 88.3% of the population is covered by reformed primary care centers. CatSalut has drawn up a plan to complete the RAP in the year 2002, accompanied by an investment plan for the construction and remodeling of the centers that will give structural support to the EAPs.

With regard to diversification in the provision of services, it is worth mentioning that out of the 306 EAPs that have already been implemented (89% of those projected), 82.7% are managed by the ICS, and the remaining 17.3% (53 EAPs) by other provider organizations, with 2.3% managed by associated entities.

Emergency Care. During regular service operating hours, the assistance professionals in the primary care services are responsible for attending to emergencies, both at patients' homes and in hospital centers. During extended attention hours, in other words, for the unscheduled demand that occurs outside of regular service operating hours, the following assistance structures take on the responsibility for emergencies:

- EAP: primary care team.
- SEU: special emergency service.
- SOU: ordinary emergency service.
- CAC: continuous attention center.
- PAC: continuous attention point.
- Coordinating services with their own assistance means.
- Coordinating services without their own assistance means.

Specialized Care

Specialized medical care in Catalonia is provided through hospitalizations, specialized out-patient clinics, day hospitals, and emergency and home hospitalization resources, and it is supported by additional resources, such as the functional socio-health interdisciplinary units (UFISS) and home attention-support team programs (PADES). The majority of these resources are organized functionally into networks such as those of acute hospitals, the socio-health network, the mental health network and the drug addiction attention network (XAD), all of which in turn form a part of the public-use health network.

General Acute Hospitals. Depending on their characteristics, hospitals are classified into three categories:

- Basic general hospital: that which completely meets the habitual needs of the population.
- Reference hospital: the hospital designated for resolving almost all health problems susceptible to cure and improvement, except those requiring highly costly technological resources or a highly specialized practice.
- High-technology hospital: that which deals with uncommon pathologies that cannot be treated by the aforementioned hospitals and, therefore, has the aforementioned supra-specialties and new diagnostic-therapeutic technology.

In accordance with current trends in hospital models, a concept of the hospital that differs significantly from the classic one is envisaged, where the arrival of new technology, the improvements attained in management, new models of organization and the appearance of new alternatives to conventional hospitalization will orient the offer toward services other than those of the known classic model.

In this new hospital model, the brunt of the attention is being shifted to activities based more on out-patient care, and we therefore find a more open and flexible hospital more easily adaptable to changes in demographics and life expectancy, emerging medical techniques, changes in clinical practice patterns and changes in the population's values. In this sense, the strengthening of the relations between the different levels of health care is significant.

In 2001, 65 hospital centers provided public assistance offering general acute hospitalization services. Out of these hospitals, 61 belong to the public-use

hospital network (XHUP), while the other four are authorized complimentary hospitals that, while not members of the XHUP, provide their services to CatSalut. Out of the 65 hospitals, 17 have their own psychiatric services, which compliment the in-patient assistance offer for the mentally ill, and 30 are also authorized to make socio-health hospitalizations. 11 hospitals have in-hospital drug addiction detoxification units.

These centers have a total of 14,774 beds. CatSalut has financed 664,151 admissions, 13% of which correspond to major out-patient surgical interventions.

The 2002-2003 shock plan to reduce waiting lists projects a maximum wait for any surgical procedure not to exceed 6 months and an average wait of less than 3 months. In 2001, four new procedures were incorporated with guaranteed times (cataracts, herniorrhaphy, arthroscopes and circumcisions). These, together with those already in existence (cholecystectomies, prostatectomies, carpal tunnel release, hysterectomies), brought the total number up to eight.

Psychiatric Activity. Psychiatric hospitals are monographic hospital centers that, along with the psychiatric services of the general hospitals and socio-health centers authorized to make psychiatric hospitalizations, provide care for the mentally ill. In addition to the necessary resources for attending to patients in acute stages, psychiatric hospitals also have differentiated units for subacute patients (subacute units) and for attending to chronic or resident patients (medium- and long-stay units). These centers have a total of 3,705 beds, which, combined with the 352 beds in those general acute hospitals with psychiatric services, constitute a global psychiatric in-patient offer of 4,057 beds.

Socio-Health Activity. Socio-health centers are admissions resources equipped with the structural characteristics and necessary personnel to attend to socio-health patients. They can be admissions centers with exclusively socio-health-related objectives or hospitals authorized for both acute hospitalizations and socio-health and/or psychiatric ones. The socio-health resources increased in 2001, as compared to 2000. This increase in the quantity of resources, totaling 295 beds, occurred even as a constant flow in the existing service lines was maintained, as has been the norm in recent years.

Socio-health centers contain one or more of the following units: long stay,

medium stay, multi-purpose medium-stay convalescence and AIDS treatment.

In 2001, the socio-health resources' Winter Emergency Plan was implemented for the second consecutive year in coordination with the treatment of patients over 65 and individuals suffering from extended illnesses.

Specialized Out-Patient Care. Care in specialized out-patient clinics is given in primary care centers with specialized support clinics, at hospital external clinics, at adult and infant-juvenile mental health centers (CSMA and CSMIJ), at drug addiction attention and monitoring centers (CAS) and at other types of out-patient clinics (for sexually transmitted diseases, tropical diseases, etc.).

Transplants. The total number of transplants registered in the last five years reflects the consolidation of a high level of activity. The rate per million person population (PMP) is 115, while in Spain, the PMP rate is 86.

The high level of activity reached in Catalonia is proof of the efficiency of the Catalan organizational model, as well as of the effort of the professionals and, naturally, the raised awareness and solidarity of the population with regard to organ donations.

Pharmaceutical Attention and Pharmacies

Pharmaceutical offices are health establishments run by pharmaceutical professionals in which, in addition to the purchase, preparation, control, supply and provision of information on medicines, other pharmaceutical attention tasks related to public health are carried out, such as the promotion of health or the prevention of illnesses. In Catalonia, the ordinary schedule is 40 hours a week. In addition, there exists the possibility to open 365 days a year, for 13 or 24 hours a day. Other devices include first-aid kits, hospital pharmacy services and medical depositories.

The prescription and dispensation of generic medicines has been promoted through training and informative strategies for professionals, and the primary care teams (EAPs) have taken on co-responsibility for the management of pharmaceutical provisions, the definition of generic indicators for the monitoring of these provisions, health education for the population, etc.

It is worth emphasizing the implementation throughout Catalonia of the obligatory nature of use of the TSI for pharmaceutical provisions and the

consequent gathering of user data in pharmaceutical offices. In December 2001, the level of identification of receipts with individual health cards via personal ID codes or other codes was 98.7%.

Complimentary Attention

Complimentary attention is that which entails an additional necessary element to provide complete and adequate health care. It includes, among other things, ortho-prothetic attention, medical transport, oxygen therapy, attention stemming from international agreements, etc.

It should be noted that in 2001, new models of payment and management for the ortho-prothetic service were established, such that users no longer have to pay in advance and request the subsequent refund.

Health Care Regions

Lleida Health Care Region

- A new socio-health hospital, Jaume Nadal Merolles, that, once operating at its full capacity, will have a 26-bed unit for attention to convalescence and palliative cures, 100 beds for long-stay care and 25 more for day hospitalization.
- Two new EAPs in 2002 will complete the reform in primary care.

Tarragona Health Care Region

- An associated entity, constituted by the professionals themselves, will manage the Alt Camp Oest Basic Health Area.
- The 061 Health Coordination Center of Tarragona-Terres de l'Ebre, acts as a link within the health-related question attention system and a coordinator for the actions of the SEQTA and PENTA plans.

Tortosa Health Care Region

- Pilot program for attention to individuals suffering from dementia or other chronic evolutionary illnesses and a functional clinic in La Terra Alta, home to the region's most elderly population.
- The desire to decentralize assistance and the trend toward new assistance formulas have made it possible to implement the major out-patient surgery program in the Amposta Assistance Services.

Girona Health Care Region

- The new Santa Caterina hospital continues in the Martí i Julià de Salt Hospital Park group, managed by the

public company Institut d'Assistència Sanitària.

- Additional and improved at-home care in the area, which has undergone a quantitative and qualitative increase.

Barcelonès Nord and Maresme Health Care Region

- The Program for the Early Detection of Breast Cancer is being implemented throughout this region's entire territory. Coverage for women aged 50 to 64 under the Program will reach 100% by the beginning of 2002.
- Plan to Improve Medical Transport: progressive implementation of the 061 hotline service and reinforcement of medical transport in accordance with the Catalan Comprehensive Plan for Emergencies (PIUC).

Costa de Ponent Health Care Region

- Constitution of the Socio-Health Care Reference Committee on Assistance Ethics (CEARAS) to help users, health professionals and managers of the socio-health network make ethical decisions.
- Creation of the Inter-County Laboratory Consortium for Alt Penedès, Anoia and El Garraf (CLI), which serves hospitals and primary care centers, as well as a total population of more than 250,000 people.

Center Health Care Region

- The Diabetes, Endocrinology and Nutrition Unit of Sabadell: a model to be followed for restructuring specialized care into an assistance organization adapted to the needs of those individuals requiring multi-disciplinary care.
- Establishment of homogeneous and proven evaluation criteria for contracting hospital attention services, 2001-2004.

Barcelona Ciutat Health Care Region

- The RAP covers 81% of the population and the authorization of 12 EAPs in 2002 will complete the RAP in Barcelona.
- Advances in the offer of surgical procedures, within which the activity of cataract procedures should be highlighted, with an increase of more than 70 percent since 1996.

Public Companies and Consortiums

CatSalut, to manage and administer the services and attention provided by the public health system, can employ diverse management methods (direct, indirect or shared), allowing it to progress on the incorporation of business management

mechanisms adapted to the provision-based nature of the health administration, as well as on putting new organizational structures into operation that guarantee the quality of the services while, simultaneously, making the sanitary system more efficient and effective. The model of public companies and consortiums of which CatSalut forms a part allows for the proximity of the entities to their respective territories and for the adaptation and restructuring of the services they provide to better meet the needs of their populations. Likewise, they are entities with a significant level of interdependence and, therefore, management responsibility, open to the participation of each area's local agents and without need for identical legal structures. As a result, they are more flexible.

Strategic Priorities for 2002

CatSalut's strategic priorities for 2002 continue to respond to the transformation process centered on reinforcing the role of guaranteeing quality health attention to all citizens and are concentrated around the ACCES Plan.

Health Care. Health care will continue to be based on the development of the health model through the construction of the planning instruments that will improve attention to health problems. In this sense, a continuous project now reaching its final stage should be noted: the primary care reform, which will conclude this year, 2002, and to which additional projects will be added to enable its evaluation. In other continued projects, such as the Master Plan for Oncology or for Tertiariism in Specialized Care, new strategies are being established, such as the Comprehensive Plan for Ischemic Cardiopathy or, at a more instrumental level, the final definition of the CatSalut Service Portfolio and the initial work on the analysis of the demand. With regard to socio-health care, the deployment of the 2000-2005 Plan continues, and, in terms of mental health, the Plan for Restructuring Mental Health Care (1999-2004) marches onward, as a basic and continued objective, as does the deployment of the mental health network, as well as the definition of its quality standards.

The Citizen, the Insured, the Client. This axis aims to make it explicitly clear that all of the health system's actions, and, therefore, all of CatSalut's, are oriented toward each of the individual's different dimensions whenever he or she has

contact with the health care system. The construction and development of new tools and customer service strategies continues (a new system with regard to complaints and claims, the implementation of systems to measure the degree of citizen satisfaction, etc.). Moreover, a series of objectives have been defined using accessibility as their point of reference, such as the different facets of wait lists (guarantee times, control instruments, service purchases), to which the study of external visits and complimentary tests must be added. Also worth noting, with regard to accessibility, are the projects on medical transport, stemming from the Comprehensive Plan presented in the Catalanian Parliament at the end of 2001. Finally, attention in this sphere should also be drawn to technological projects, such as the new CatSalut web site, or the consolidation of Sanitat Respon.

Efficiency. This work axis comprises those actions intended to enable a more efficient management of all resources from a global perspective of the health system, rather than one exclusively centered on internal work dynamics. Relevant and continuous projects in this area include the Central Results Office and the Population-Based Purchase System. New initiatives related to the constant improvement of the purchase systems include: new regulations, the new IRE, marginality and the design of new payment systems for non-hospital assistance lines. In this point, attention should be drawn to the desire to deploy a quality and internal communication Plan intended to favor the consolidation of the organization itself, both through new dynamics and internal communication instruments, and by promoting quality policies at the different organizational levels.

Sustainability. This axis is justified given the need to guarantee the sustainability of the system from an economic viewpoint. Pharmacy control and rationalization measures, along with the construction and monitoring of economic scenarios, are the bases for the strategic projects in this sphere for 2002. This group of areas and strategic projects constitutes a transparent commitment to improving the health system with the common goal of providing increasingly better care to the people. ■

Membres dels òrgans de direcció i participació

Consell de Direcció del CatSalut

President (conseller de Sanitat i Seguretat Social)	Eduard Rius
Vicepresident primer (secretari general del Departament de Sanitat i Seguretat Social)	Ramon Massaguer
Vicepresident segon (director del CatSalut)	Josep Prat
Secretari (cap del Gabinet de Direcció del CatSalut)	Jaume Tort
Vocals	
· Regions sanitàries	Luis Cabado Salvador Doy Alícia Granados Antoni Mateu
· Departament de Sanitat i Seguretat Social	M. Antònia Viedma Miquel Argente Josep Oriol Morera Carles Manté
· Departament d'Economia, Finances i Planificació	Enric Mangas
· Consells comarcals de Catalunya	Ramon López Eulàlia Solsona
· Ajuntaments de Catalunya	Joan Puigdollers José Ignacio Cuervo
· Organitzacions sindicals més representatives de Catalunya	Antoni Tuà Roberto Villaescusa
· Organitzacions empresarials més representatives de Catalunya	Lluís Monset Boi Ruiz

Consell Català de la Salut

President	Eduard Rius
Generalitat de Catalunya	Miquel Argente M. Antònia Viedma Ramon Massaguer Salvador Doy Jaume Tort Marta Gordi Josep Prat Carles Manté Patricio Martínez
Consells comarcals	Daniel Ruiz Ramon López Joan Romero Francesc Teixidó
Ajuntaments	Xavier Casas Joan Armengué Joan J. Castán Josep Alfons Albó
Organitzacions sindicals	Llorenç Serrano Jaume Jiménez Roberto Villaescusa Antoni Tuà
Organitzacions sindicals de l'àmbit sanitari	Lluís Cabado M. Lluïsa Montes Juan José Casado
Organitzacions empresarials	Jordi Calsina Francesc Gozálviz Javier Ibars Jordi del Cacho
Organitzacions empresarials de l'àmbit sanitari	Josep Abelló Marcel·lí Moreta Boi Ruiz
Organitzacions de consumidors i usuaris	Josep Lluís Jiménez Alícia Puiguriguer Carme Serarols
Corporacions professionals sanitàries	Jaume Aubia Jordi Martínez Dolors Fauria
Universitats	Manuel Sabés Joan Rodés
Entitats científiques	Jordi Maeso
Diputació de Barcelona	Margarida Dordella

Directori

CatSalut - Servei Català de la Salut

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

Regions sanitàries

Regió Sanitària Lleida

Av. Alcalde Rovira Roure, 2
25006 Lleida
Telèfon 973 70 16 00
Fax 973 24 91 40
informa.rsllle@catsalut.net

Regió Sanitària Tarragona

Av. Maria Cristina, 54
43002 Tarragona
Telèfon 977 22 42 00
Fax 977 21 89 54
informa.rstar@catsalut.net

Regió Sanitària Tortosa

Esplanetes, 27-31, entresòl
43500 Tortosa
Telèfon 977 51 09 01
Fax 977 51 08 58
informa.rstor@catsalut.net

Regió Sanitària Girona

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

Regió Sanitària Costa de Ponent

Av. de la Granvia, 8-10,
5a planta
08902 L'Hospitalet
de Llobregat
Telèfon 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
Telèfon 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
Telèfon 93 589 55 26
Fax 93 675 54 05
informa.rscen@catsalut.net

Consorci Sanitari de Barcelona

Regió Sanitària Barcelona Ciutat

Calàbria, 169
08015 Barcelona
Telèfon 93 226 51 42
Fax 93 226 82 39
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
Telèfon 93 263 01 21
Fax 93 263 01 44
ccasabayo@csb.scn.es

Energètica d'Instal·lacions Sanitàries, SA

Av. Diagonal, 453 bis, àtic
08036 Barcelona
Telèfon 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
Telèfon 973 72 72 22
Fax 973 72 72 23
gerencia@gss.scn.es

Institut d'Assistència Sanitària

Dr. Castany, s/n
17190 Salt
Telèfon 972 18 25 12
Fax 972 18 25 75
dg@ias.scn.es

Gestió i Prestació de Serveis de Salut

Av. Maria Cristina, 54
43002 Tarragona
Telèfon 977 23 45 31
Fax 977 21 89 54
gpss@star.scn.es

Sistema d'Emergències Mèdiques, SA

Av. Diagonal, 652-656,
esc. B, 2n 2a
08034 Barcelona
Telèfon 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
Telèfon 93 227 29 00
Fax 93 227 29 90
diraatm@olimpia.scn.es

Institut Català d'Oncologia

Hospital Duran i Reynals
Av. de la Granvia, km 2,7
08907 L'Hospitalet
de Llobregat
Telèfon 93 260 78 00
Fax 93 260 77 83
ico@ico.scn.es

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

Pg. Vall d'Hebron, 119-129
08035 Barcelona
Telèfon 93 274 90 25
Fax 93 274 90 27
client@ctbt.es

Parc Sanitari Pere Virgili

Av. Hospital Militar, 169-205
08023 Barcelona
Telèfon 93 259 40 00
Fax 93 259 40 05
pvirgili@perevirgili.scn.es

© Departament de Sanitat i Seguretat Social

Edició: CatSalut
Octubre de 2002

Realització: Hores extraordinàries
Disseny gràfic: Ortega i Palau, SL
Fotografies: Getty Images, Fris, Eugeni Bofill,
David Pernas i Jordi Miralles
Impressió: Treballs Gràfics, SA

Dipòsit legal: B-44.233-2002

Per a més informació podeu consultar les versions
en pdf de la memòria d'activitat de 2001 del
CatSalut i les de cada una de les regions sanitàries
a la pàgina web:

www.gencat.net/catsalut

www.gencat.net/catsalut

ISBN 84-393-5913-6



9 788439 359135

Sanitat Respon 24 hores
902 111 444



Molt per fer
Molt per viure →



www.gencat.net/catsalut



Generalitat de Catalunya

www.gencat.net