

La recerca com a font de progrés i benestar

D'ençà 1996 i cada dos anys, l'Agència fa pública la Convocatòria de Recerca Clínica i en Serveis Sanitaris amb unes temàtiques específiques i prioritzades. De les 199 temàtiques que en el seu moment es van rebre, degudament justificades, n'han resultat 29 que, atenent el pressupost disponible, han estat considerades les de més interès per sortir a concurs públic i competitiu en aquesta convocatòria de recerca 2006.

De nou, s'ha de fer un reconeixement explícit a les institucions que contribueixen al finançament d'aquesta convocatòria tan particular (el CatSalut–Departament de Salut–i la Direcció General de Recerca–Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació– de la Generalitat de Catalunya) i a tots aquells que aporten propostes, participen en la seva priorització i, a partir d'ara, puguin preparar projectes de recerca adreçats específicament a respondre alguns dels interrogants plantejats.

Les temàtiques, com d'altres vegades, són diverses i reflecteixen la importància de les patologies més prevalents en la nostra població: el càncer, la malaltia cardiovascular, la malaltia mental, el dolor, etc. El paper de les tecnologies de la informació i comunicació (TIC), com no podia ser d'una altra manera, és també cada cop més objecte de recerca, ja sigui sobre el seu paper en la qualitat assistencial (errors), en l'ús més eficient de les àrees quirúrgiques o en la telemedicina, en especial, quant a suport diagnòstic.

Però no és tan sols aquesta recerca la que s'ha de procurar promoure i desenvolupar. El benestar social no depèn només del progrés tecnològic o de la millora en les tècniques preventives, diagnòstiques, terapèutiques, rehabilitadores i pal·liatives. També depèn, més des d'una perspectiva de serveis de salut i serveis socials, de la mesura en què s'investiga i s'aborden aquelles problemàtiques que són font de malestar, de desigualtats i inequitats del mateix sistema sanitari, de la càrrega (en el sentit de *burden*) de l'envelliment o la immigració, de la violència domèstica tan incident al nostre país, etc. No es poden oblidar ni deixar de banda aquestes altres condicions, potser d'abordatge més conductual i social que biològic, però on la medicina, juntament amb altres ciències socials, pot actuar-hi, intervenir-hi d'alguna manera, per tal de prevenir o minvar els seus efectes indesitjables i que sens dubte tenen un impacte sobre la salut, tant en termes individuals com sobre aquells col·lectius més vulnerables.

Les temàtiques prioritzades que surten a concurs en aquesta convocatòria de recerca orientada, clínica i en serveis de salut, porten a visualitzar la salut com allò que sempre s'ha dit, un constructe que va més enllà de la simple absència de malaltia. La salut com a pilar del benestar individual i el sistema de salut públic de què gaudim com un dels elements fonamentals del benestar social, suposen entendre la salut en el seu sentit més ampli o holístic, de benestar físic, mental i social. Les temàtiques que finalment han sortit seleccionades ho reflecteixen en gran manera.

Però aquesta recerca persegueix també, com d'altra banda procura fer l'Agència en els seus processos d'avaluació, proveir d'elements, de coneixement, per a una presa de decisions més informada, bé sigui en el nivell més elevat en què es configuren les polítiques de salut i altres polítiques públiques que cerquen el bé comú, bé sigui en el nivell més proper, en l'estret contacte entre el professional de la salut i el malalt, aquell que pateix (dolor o violència domèstica) i que, en el seu patiment, ha de rebre la cura necessària per tal de guarir-lo quan sigui possible, mitigar el seu sofriment la major part de les vegades, però consolar-lo sempre.

Per tal d'abordar molts dels dèficits de coneixement que patim, siguin d'àmbit més biològic, conductual o social, cal desenvolupar una recerca de qualitat, tant des de la vessant ètica com científica, i serà posteriorment el procés d'avaluació dels projectes de recerca per part d'experts, incloent-hi el Comitè Científic de l'Agència, el que procurarà que això sigui així. Aquest és un repte compartit per tota la comunitat de professionals del nostre país que treballa en l'àmbit de les ciències de salut.

Professor Joan Rodés

President Consell d'Administració de l'AATRM

Temes seleccionats i orientació per al seu plantejament

1 Variabilitat en la prevenció, el diagnòstic i el tractament del càncer

El càncer representa un dels principals problemes de salut del nostre entorn i en un futur molt pròxim encara ho serà molt més per l'increment de la incidència, la millora de la supervivència i l'envelliment de la població. Existeix una elevada variabilitat en les característiques de l'atenció oncològica (els aspectes preventius, el diagnòstic i el tractament) tant des del punt de vista territorial com dels centres hospitalaris. Hi ha diferències entre territoris (rural-urbà) i, depenent dels recursos disponibles, entre hospitals. Hi ha diferències en el procés i en els resultats dels indicadors dels programes

de cribratge. Hi ha variabilitat en els intervals diagnòstics i de tractament. Hi ha variabilitat en els processos i els tractaments o en el tipus de cirurgia practicada. Existeixen diferències en els resultats a curt termini (complicacions, mortalitat quirúrgica) i a més llarg termini (recidives, supervivència). Caldria una anàlisi d'aquesta variabilitat i implantar mesures adreçades a millorar la qualitat de l'atenció oncològica i a disminuir els desequilibris i les desigualtats territorials i entre centres, així com ajudar a posar en marxa estratègies per millorar l'eficiència en els recursos i la sostenibilitat del sistema sanitari.

2 Efectivitat, adequació i seguretat dels medicaments biotecnològics

L'arribada de nombrosos productes biotecnològics al mercat farmacèutic està plantejant nous reptes dins del Sistema Nacional de Salut. Des de la seva creació el 1995 i fins al 2003, l'EMEA va aprovar 65 medicaments biotecnològics. La majoria d'aquests medicaments s'utilitzen en l'àmbit hospitalari i són responsables d'una part cada vegada més important de la despesa, que actualment està creixent per sobre del 20% anual, xifra molt superior a la corresponent a l'atenció primària. D'altra banda, no es coneix quins són els resultats que s'obtenen amb aquests medicaments a la pràctica

clínica habitual i fins a quin punt són diferents dels obtinguts en els assaigs clínics. Finalment, només cal revisar les alertes sobre nous problemes de seguretat de la FDA, l'EMEA i l'AEMPS per comprovar que amb aquests medicaments s'identifiquen sovint problemes de toxicitat molt rellevants, especialment durant els primers anys després de la seva comercialització. Per tant, fer estudis centrats en el seguiment de l'ús dels medicaments biotecnològics permetria dimensionar la població exposada i la despesa, així com avaluar l'efectivitat, els riscos i l'eficiència a la pràctica clínica habitual.

3 Tractament de l'ictus

A Catalunya ingressen més de 12.000 ictus cada any. Una tercera part d'aquests pacients moriran com a conseqüència de l'ictus i uns altres 4.000 presentaran seqüeles físiques greus i una situació de discapacitat permanent. D'altra banda, la recurrència en els pacients d'ictus s'estima entorn del 14% al cap de tres mesos, mentre que el risc de deteriorament clínic precoç està valorat entre un 17-30%. L'evidència científica indica que l'administració de l'activador del plasminogen tissular (TPA) és altament eficaç si s'administra en les 3 primeres hores des de l'inici dels símptomes, i evita 1 mort o dependència per cada 7 pacients tractats. Tot i això, menys del 4% dels pacients amb ictus reben el tractament. Fins ara, a Catalunya, la distribució d'aquest servei sanitari ha estat molt irregular. Un total de 7 hospitals, localitzats majori-

tàriament a Barcelona i l'àrea metropolitana, administren TPA. A la ciutat de Barcelona i a la Regió Sanitària Girona existeix, des de finals dels 90, el codi ictus, un sistema que permet el trasllat ràpid de pacients als hospitals adequats per tal d'optimitzar el tractament trombolític. El Pla Director de la Malaltia Vasculat Cerebral ha plantejat, com a objectiu fonamental per al primer trimestre de 2006, l'extensió del codi ictus a la totalitat del territori i ha designat 6 nous centres receptors de codis ictus i administradors de TPA, distribuïts arreu de Catalunya. Caldria identificar eficaçment els pacients amb major risc cerebrovascular, atès l'impacte que tenen en la pràctica clínica i l'ajut que aquesta identificació comportaria a la presa de decisions, i analitzar els resultats de l'aplicació del tractament de l'ictus.

4 Rehabilitació de l'ictus

Les malalties cerebrovasculars representen la tercera causa de mort en el món occidental, la primera causa de discapacitat física en persones adultes i la segona de demència. L'afectació de les funcions cognitives és una de les principals repercussions del dany cerebral sobrevingut que dificulta, a més a més, la rehabilitació funcional de la discapacitat física. La rehabilitació del pacient amb ictus té com a objectiu fonamental tractar la discapacitat per aconseguir la màxima capacitat funcional possible en cada cas i facilitar la independència i la reintegració a l'entorn

familiar, social i laboral. La rehabilitació d'un pacient amb ictus és un procés continuat en què la planificació d'objectius ha d'estar coordinada al llarg de les diferents fases i àmbits d'atenció. Cal conèixer les característiques i els resultats tant dels diferents models assistencials (sistemes convencionals, unitats de cures semi-intensives, unitats integrals...) com de les diferents eines alternatives de prestació dels serveis (utilització de les tecnologies de la informació, plataformes de telemedicina...).

5 Dolor crònic i qualitat de vida en la gent gran: anàlisi de la situació i dels factors que augmenten la dependència des d'una perspectiva de gènere

El dolor crònic és el principal problema que afecta la qualitat de vida de les persones majors de 65 anys. S'ha estimat que entre el 60 i el 89% d'aquest grup de població pateix problemes crònics de dolor. Els dolors articulars són els més prevalents, i les dones són les més afectades. Sovint el dolor es troba associat a depressió, fet que fa augmentar, l'impacte en la salut i el benestar d'aquestes persones. Al nostre país les dades sobre aquest problema són pràcticament inexistents i majoritàriament provenen d'enquestes generals de salut, en

què el dolor crònic no és el principal tema d'interès. Disposar d'informació epidemiològica ha de permetre avaluar les necessitats de salut específiques en relació amb el dolor, així com facilitar la presa de decisions sobre els recursos necessaris i les estratègies a seguir per millorar el control sanitari d'aquest problema de salut. Caldria analitzar exhaustivament aquesta situació i estudiar, des d'una perspectiva de gènere, els factors que contribueixen a la discapacitat i augmenten la dependència dels més grans.

6 TIC i errors mèdics

Un informe de l'Institute of Medicine (IOM) estima el nombre de persones que moren cada any als hospitals dels EUA com a conseqüència d'errors mèdics entre 44.000 i 98.000. Amb l'objectiu de fer que el sistema de salut dels EUA sigui més segur, treballen conjuntament agències governamentals, companyies asseguradores, centres sanitaris i societats mèdiques. A Catalunya, el Departament de Salut ha posat en funcionament un programa de prevenció d'errors de medicació que és pioner a l'Estat espanyol. No obstant això, el fet que en 4

anys s'hagin rebut només 1.711 notificacions indica la dificultat per obtenir dades fiables. Tan importants com els errors amb els fàrmacs són els errors amb tècniques i procediments o eines diagnòstiques, especialment en les situacions amb gravetat del malalt o en les que hi ha un marge estret entre l'efectivitat i els efectes secundaris. Atès que la implementació de les TIC ja és habitual en el nostre medi, caldria avaluar la seva utilitat en la reducció d'errors mèdics a favor de la seguretat del pacient.

7 Impacte assistencial de l'envelliment

S'estima que l'increment de la població major de 65 anys al 2010 respecte a la de 1992 serà del 44,7% i l'increment de la població major de 80 anys en referència al mateix període serà del 54,0%. És necessari un replantejament en l'abordatge de la cronicitat i la dependència que afecta directament els diferents dispositius assistencials (tant a l'atenció primària -AP-, com als diferents hospitals). Per exemple, l'AP ha desenvolupat estratègies organitzatives per donar l'accessibilitat necessària als usuaris de

programes d'atenció domiciliària i la formació adient als professionals, principalment infermeria, per millorar la seva capacitat resolutiva. Caldria dimensionar l'impacte assistencial de l'envelliment, investigar instruments que permetin calcular la intensitat de cures que necessiten aquests usuaris, analitzar els factors que propicien la sobreconcentració de gent gran en els hospitals, i valorar la seva repercussió assistencial, tant l'exercida sobre l'AP com sobre l'atenció hospitalària.

8 Sistemes d'informació i funcionament a l'àrea quirúrgica

Una de les formes d'avaluar el funcionament i la qualitat a l'àrea quirúrgica és la mesura del procés quirúrgic. S'ha suggerit l'aplicació de la metodologia de la producció industrial dins l'àrea quirúrgica i, així, algunes experiències han recollit temps quirúrgics (temps d'anestèsia, temps d'intervenció, temps de sortida del quiròfan, temps de recuperació, temps total des de l'inici de l'anestèsia fins a l'arribada a planta)

com una aproximació al funcionament i la qualitat esmentats. El temps quirúrgic, però, a més de dependre de l'especialitat, està en funció del tipus d'anestèsia i sedació prèvia, del tipus de cirurgia (urgent, convencional, major ambulatoria), del nivell del centre, de l'expertesa del cirurgià o de l'equip, etc. Convindria conèixer i analitzar la variabilitat de l'ús del temps quirúrgic en els hospitals catalans.

9 Efectivitat de les diferents opcions de tractament per al càncer de pròstata de baix risc i qualitat de vida a llarg termini

El càncer de pròstata és la segona neoplàsia en freqüència per darrere del càncer pulmonar. A l'actualitat, aproximadament un 58% dels pacients són diagnosticats amb malaltia clínicament organoconfinada, i d'aquests, la majoria presentarà un càncer de pròstata de

baix risc. La determinació del PSA està produint un augment de la prevalença pel diagnòstic de tumors que abans haurien romàs indetectables. La prostatectomia radical (PR) ha estat l'opció terapèutica preferent per al tumor organoconfinat amb resultats excel·lents de control del

càncer a llarg termini, però amb taxes d'incontinència i sobretot d'impotència molt elevades (superen el 90% en algunes sèries). Aquests efectes secundaris suposen un impacte molt important en un tumor que sense tractament és asimptomàtic i no presenta metàstasis significativament superiors fins als 8 anys de seguiment (comparat amb PR). El tractament mitjançant braquiteràpia presenta menys efectes

secundaris, i l'extensió del seu ús es produeix a partir de la publicació als anys 90 de dos estudis que mostraven resultats en el control del càncer comparables als de la PR. Però l'evidència disponible és encara limitada i falten resultats sobre efectes secundaris a llarg termini. Caldria investigar l'efectivitat i la supervivència de les diferents modalitats de tractament del càncer de pròstata a llarg termini.

10 Salut mental i immigració

El nombre d'immigrants creix a Catalunya. Són, freqüentment, persones sotmeses a situacions adverses, amb factors de risc per a la salut, especialment la salut mental. Un 30% patirà alguna patologia psiquiàtrica, però són escassos els estudis relacionats. La psiquiatria i l'antropologia de la salut han de respondre a les necessitats de salut de poblacions culturalment diferents. Caldria investigar, d'una banda, les característiques clíniques de la població immi-

grant ja que les variacions culturals condicionen la comunicació i la comprensió de les causes, el curs de la psicopatologia i la cerca de tractament, així com els factors de risc, les necessitats en salut mental, la utilització de serveis de salut mental i les necessitats del personal sanitari. I, de l'altra banda, seria bo estudiar les variacions culturals en la manifestació de síndromes psiquiàtriques i de patologies derivades del fet migratori.

11 Anàlisi de necessitats al final de la vida en pacients geriàtrics no oncològics

A Catalunya existeix un ampli desenvolupament de la geriatria i de les cures pal·liatives, però no es coneix bé l'atenció que estan rebent actualment els pacients geriàtrics en l'etapa final de la seva vida. No es disposa d'un consens diagnòstic de l'estat de terminalitat en pacients geriàtrics no oncològics. Estudis parcials fets a Catalunya orienten cap al fet que el pacient geriàtric no oncològic té dificultats d'accés a l'atenció de cures pal·liatives en l'etapa final de la seva vida, tant pel que fa a l'accés als serveis i/o equips especialitzats (UFISS, PADES, UCP), com a l'atenció de cures pal·liatives i unitats no específiques (hospital d'aguts, centres sociosanitaris, APS, etc.). No existeix cap guia d'actua-

ció clínica consensuada per atendre pacients geriàtrics a l'etapa final de la seva vida i tampoc no es compleixen els criteris d'equitat en tot el territori ni pel que fa a la cobertura de serveis ni a l'estructura i les funcions que els equips multidisciplinaris especialitzats tenen assignades amb relació a l'atenció a les persones ancianes en aquesta etapa. Cal estudiar l'atenció que actualment estan rebent a Catalunya els pacients geriàtrics al final de la seva vida, l'accés d'aquests pacients a les cures pal·liatives especialitzades i els criteris de derivació a recursos i serveis especialitzats, en cada àmbit territorial, pels professionals i/o serveis no especialitzats en cures pal·liatives.

12 Desigualtats i iniquitats del sistema sanitari públic a Catalunya

Cal analitzar les desigualtats i iniquitats del sistema sanitari per tal d'intentar corregir-les o eliminar-les i, també, estudiar els problemes d'accés i ús als serveis de salut per part de certs col·lectius en risc d'exclusió social per raons d'edat, renda, gènere, ètnia... Aquests col·lectius, tot i que la majoria d'ells tenen en teoria un accés lliure als serveis sanitaris públics,

a la pràctica això no és ben bé així atès que l'ús lliure, adequat i suficient d'aquests serveis depèn, en gran manera, de les capacitats de les persones/usuaris. Però el sistema sanitari, per la seva part, també té molt a veure amb el fet que aquestes interaccions entre professionals i usuaris s'arribin a produir, es facin en condicions adequades i el resultat sigui satisfactori.

Aconseguir que aquesta situació es produeixi no hauria d'implicar, necessàriament, un increment dels costos o dels recursos perquè en

molts casos només es requereix un canvi d'actituds i/o de procediments, i la coordinació i reordenació de recursos.

13 **Prevenció de l'ictus**

Les malalties cerebrovasculares representen a Catalunya un 9,2% de la mortalitat global. Els pacients amb malaltia cerebrovascular ingressats en hospitals presenten una mortalitat del 16,3% i una estada hospitalària mitjana d'11,2 dies. Entre el 30-43% dels pacients que han patit un ictus en tindran un altre en els cinc anys següents. Se sap que la dieta, el consum d'alcohol i la síndrome metabòlica constitueixen factors de risc per a les malalties cardiovasculars. No obstant això, es desconeixen les seves implicacions fisiopatològiques en pacients amb malaltia cerebrovascular, així com les clíniques i

de pronòstic. El 40% dels pacients amb cardiopatia isquèmica presenten síndrome metabòlica en el nostre país. Aquest percentatge no està pas definit en pacients amb accidents cerebrovasculares. D'altra banda, hi ha poca informació sobre l'eficàcia del tractament quirúrgic urgent (tromboendoarterectomia carotídia i angioplastia) en la fase aguda de l'ictus secundari a estenosi de caròtida. Caldria, doncs, estudiar la importància de les diferents mesures de prevenció primària i secundària de l'ictus.

14 **Violència domèstica. Estratègies de detecció i intervenció a l'atenció primària de salut**

La violència de tot tipus, i en concret la violència contra la dona, es reconeix com un problema de salut pública, tant per les conseqüències sobre la salut de les persones com per les repercussions sobre els recursos sanitaris. Un estudi recent del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona estima que a Catalunya es produeixen 10.562 nous casos anuals de maltractaments en persones grans. Els casos d'agressió sexual atesos a l'Hospital Clínic han augmentat un 70% el 2005 respecte a l'any anterior. Així mateix, l'Informe mundial sobre la violència i

la salut (OMS, 2002) reitera la importància de la prevenció primària. Des de l'Observatori de la Violència s'assenyala que la manca de documentació adequada d'investigació sobre violència obstaculitza els esforços adreçats a dur a terme estratègies concretes de prevenció. Caldria una valoració en els centres de salut de l'existència o no de programes de violència domèstica i la seva avaluació per tal de fomentar la capacitat i les habilitats dels professionals sanitaris per detectar o sospitar i actuar en els casos d'agressió.

15 **Efectivitat de la implantació de la prescripció d'exercici supervisada a l'atenció primària de salut**

L'obesitat, la hipertensió arterial, la diabetis i el sedentarisme són patologies i/o factors de risc crònics cada vegada més prevalents a Catalunya. Més del 20% de la població catalana és sedentària (ESCA 2002); entorn d'un 5% de la població adulta pateix diabetis; entre un 40 i un 50% de la població de més de 45 anys presenta excés de pes; i més d'un 20%, hipertensió arterial. Durant els últims anys, s'han publicat diversos estudis que demostren l'eficàcia de l'exercici físic per a la millora d'aquests trastorns i la prevenció de malalties cròniques. Actualment, està ben establert que la pràctica d'exercici ha de formar part inte-

grant del tractament d'aquestes patologies. Malgrat l'evidència científica i el consell mèdic, la dificultat per assolir el canvi d'hàbits que això suposa en limita molt el compliment. Amb l'objectiu de superar aquesta barrera, els EUA van dissenyar un programa de supervisió de l'exercici a l'atenció primària amb resultats satisfactoris. Aquest programa, posat en marxa també a Alemanya, suposa una càrrega per al metge de capçalera. A Catalunya, com a alternativa a aquests programes, s'està engegant a l'atenció primària de salut el Pla d'implantació progressiva de la prescripció d'activitat física que té com a objectiu la introducció dels especialistes

en medicina de l'esport a les àrees bàsiques de salut i la col·laboració amb instal·lacions esportives. La posada en funcionament d'aquest pla comporta l'oportunitat d'avaluar l'efectivitat i l'eficiència dels diferents programes d'exercici

físic supervisat mitjançant l'aleatorització de les tres pautes incloses: consell mèdic, control directe dels pacients per l'equip d'atenció primària o derivació a la instal·lació esportiva col·laboradora.

16 Efectivitat i seguretat dels procediments mitjanament invasius en traumatologia

La patologia degenerativa simptomàtica del genoll afecta el 10% de la població més gran de 65 anys. La patologia del disc intervertebral (fissura, protrusió i hèrnia) és una causa molt freqüent de mal d'esquena, que pot ocasionar discapacitat crònica en adults i importants costos mèdics i socials. La cirurgia és el tractament estàndard per a aquests tipus de patologies, però els costos sanitaris directes derivats d'aquestes cirurgies i dels serveis de rehabilitació són força elevats, sense comptar que moltes d'aquestes tècniques són invasives i traumàtiques i que, en un elevat percentatge de casos,

no resolen el quadre de dolor possiblement per una inadequada indicació de la cirurgia. Per aquesta raó, existeix un interès creixent per disposar de procediments terapèutics mínimament invasius, i per tant menys traumàtics i de menor cost, alternatius a la cirurgia convencional, que podrien permetre una recuperació més ràpida dels pacients. Alguns d'aquests ja s'estan utilitzant al nostre país, sense que hi hagi encara un substrat prou sòlid d'evidència científica que els doni suport. Caldria, doncs, aportar evidència que ajudi a informar sobre la presa de decisions.

17 Estratègies de predicció (identificació precoç) del part prematur

La prematuritat (8% gestacions) causa el 50% de les morts neonatals i de les seqüeles neurològiques greus, i s'associa a un cost sanitari i social molt elevat. La predicció de part prematur és un problema clínic no resolt. L'amenaça de part preterme representa el 35% dels ingressos hospitalaris en gestants. Malgrat que el 90% d'aquests casos pariran a terme, amb una conseqüent utilització inadequada de recursos, només es podrà identificar el 10% de casos d'alt risc real. La mesura del cèrvix per

ecografia ha permès millorar relativament l'especificitat de la predicció, però només constata el part prematur en curs, mentre que la sensibilitat per identificar el part prematur en fase preclínica és encara molt baixa. Caldria estudiar l'efecte de la incorporació de noves tècniques d'imatge i marcadors bioquímics per avaluar els canvis fisiològics del cèrvix previs a l'inici del part, i avaluar l'impacte de la incorporació d'aquests nous marcadors de predicció de part prematur.

18 Càmeres digitals i telemedicina en el cribatge de les retinopaties

Les retinopaties, en el seu conjunt, suposen una important causa de discapacitat visual. L'oftalmoscòpia indirecta, tècnica fins ara més emprada, presenta les seves limitacions, especialment quant a la necessitat, en la major part d'ocasions, de dilatar les pupil·les i també per l'expertesa de l'operador. Les càmeres digitals permeten fotografiar el fons d'ull, emmagatzemar i transmetre les imatges, i fer-ne una lectura més atenta, fins i tot per oftalmòlegs especialitzats. En el camp de la retinopatia diabètica, la tècnica és cada vegada més utilitzada en

l'àmbit d'atenció primària juntament amb la telemedicina o la lectura especialitzada de les imatges. Actualment també es proposa la seva aplicació en el cribatge de la retinopatia del prematur en què un diagnòstic primerenc, abans de les fases avançades de la malaltia, pot aturar la progressió cap a la pèrdua visual irreversible. Calen, però, dades fidedignes, pròpies del nostre context, sobre els resultats d'aquestes tècniques de cribatge, juntament amb l'aplicació de la telemedicina, en la millora dels processos i dels resultats en salut.

19 Mortalitat operatòria durant l'estada hospitalària

La mortalitat operatòria és de l'1% del total de pacients operats. El 50% d'aquestes morts es produeixen en la primera setmana, i el 70% en pacients amb edat superior als 70 anys. La mortalitat durant la primera setmana del postoperatori es relaciona directament amb l'atenció sanitària rebuda (preparació preoperatoria, procés anestèsicoquirúrgic i cures crítiques rebudes). En termes absoluts hi ha variabilitat (diferències en el servei sanitari rebut) entre: 1) El tipus d'hospital (de referència o general); 2) El volum de pacients atesos per procediment en els diferents hospitals; 3) El volum de pacients atesos per equip quirúrgic dins d'un mateix hospital; 4)

Les diferents unitats involucrades en el postoperatori, fet que condiona un diferent ús de llits d'atenció crítica segons tipus d'hospital i disponibilitat dins d'un mateix hospital; i 5) L'atenció al dolor postoperatori en les unitats d'hospitalització, que es determina amb la mobilitat i recuperació accelerada del pacient. Tots aquests factors convergeixen en el pronòstic del pacient durant la primera setmana. Encara que les dades del CMBD confirmen l'existència de variabilitats en els hospitals catalans, caldria una anàlisi d'aquests apartats en el nostre entorn hospitalari per detectar els punts de millora estructural i organitzativa a introduir.

20 Suplementació nutricional amb àcids grassos essencials en pacients esquizofrènics

L'esquizofrènia és un trastorn que afecta l'1-2% de la població. Independentment de la forma d'inici, el 70% dels pacients amb esquizofrènia continuen presentant simptomatologia residual i, d'aquests, el 30% presenten un curs crònic. La comorbiditat, juntament amb dietes hipercalòriques, manca d'exercici físic i abús de substàncies tòxiques (75% de tabaquisme, 40% de consum excessiu d'alcohol, 20% de cànnabis i 5-10% de cocaïna), és un fet remarcable en aquests pacients. L'estil de vida esmentat i el tipus de medicació que reben els pacients esquizofrènics afavoreixen l'estrès

oxidatiu que altera les membranes i el funcionament de les neurones. Alguns assaigs clínics comparatius han posat de manifest l'eficàcia de l'addició d'àcids grassos tipus omega 3 a la medicació psicotròpica quant a la millora de la simptomatologia. Els beneficis de la suplementació nutricional, pel que fa tant al maneig dels símptomes de l'esquizofrènia com a la reducció del risc de malaltia coronària i diabetis mellitus (problemes de salut associats a l'esquizofrènia), no estan clars i es requereix recerca que proporcioni evidència clínica de qualitat.

21 Prevalença del dolor agut postoperatori

El dolor postoperatori indueix patiment, incrementa la morbiditat i augmenta les despeses d'hospitalització. A Catalunya, un 60% dels malalts postoperats tenen dolor, incidència similar a la d'altres països industrialitzats. En els darrers deu anys s'ha avaluat la intensitat del dolor mitjançant escales analògiques, s'han creat unitats de dolor agut, i s'ha implementat l'analgèsia multimodal i els programes d'educació. Tanmateix, estudis recents mostren que aquestes mesures no modifiquen significativament la prevalença del dolor postoperatori. És

possible que l'avaluació del dolor, mitjançant escales analògiques visuals i verbals, sigui inadequada per establir les característiques del dolor i l'eficàcia dels tractaments atès que la cirurgia indueix sensibilització al dolor i, com a conseqüència, hiperalgèsia i al·lodínia; també els opiacis, que són els analgèsics més eficaços, poden induir aquesta sensibilització. Caldria estudiar aquests símptomes des d'altres perspectives que no només tinguin en compte el component subjectiu del dolor.

22 **Avaluació de noves tecnologies de radioteràpia a Catalunya**

Actualment, el càncer presenta una elevada incidència. A Europa es detecten 4.000 casos aproximadament per any i per milió de persones, i es preveu un increment anual de l'1–1,5% en les pròximes dues dècades. Més de la meitat de pacients rebran un tractament amb radioteràpia externa i molts d'ells, també, amb braquiteràpia. La introducció de noves tecnologies en radioteràpia externa (intensitat modulada -IMRT- i radioteràpia externa guiada per la

imatge -IGRT-) i en braquiteràpia (braquiteràpia guiada per la imatge -IGBT-, braquiteràpia amb HDR en càncer de pròstata avançat -HDRP- i irradiació parcial de la mama amb braquiteràpia HDR -APBI-) ha canviat les indicacions i la utilització de la radioteràpia actual. Caldria fer una avaluació d'indicacions, de necessitats i de l'impacte assistencial d'aquestes noves tecnologies de radioteràpia a Catalunya.

23 **Activitat física, dieta i malalties cròniques**

Les malalties cròniques (cardiovasculars, respiratòries, càncer, diabetis i obesitat, entre d'altres) i degeneratives són les principals causes d'incapacitat al món occidental i la càrrega que suposen està augmentant ràpidament en tot el món. Durant el 2001 les malalties cròniques ja representaven el 59% del total de defuncions i el 46% de la càrrega de morbiditat en l'àmbit mundial. Aquestes malalties van lligades a un gran nombre de factors de risc, com ara la pressió arterial alta, els nivells de colesterol elevats, l'excés de pes o l'escassa activitat física, que actuen silenciosament i sobre els quals es pot intervenir i prevenir. Els actuals canvis en la dieta juntament amb un estil de vida sedentari comporten greus conseqüències per a la salut.

La dieta mediterrània, en canvi, és un model alimentari molt saludable associat a unes taxes menors de malalties cròniques i degeneratives. L'establiment de pautes de comportament i estils de vida saludables (exercici físic, nutrició, higiene) podrien reduir la morbiditat de les malalties cròniques, tot i que no es disposa d'evidència científica que demostrï els efectes beneficiosos d'aquestes conductes en la progressió de les malalties esmentades. Cal conèixer el paper de l'activitat física i la dieta en la història natural de les malalties cròniques i la magnitud dels seus efectes, la millora en la qualitat de vida dels pacients i la repercussió en la despesa sanitària de la malaltia.

24 **Estigma social sobre les malalties mentals**

Les persones que pateixen algun trastorn mental són un dels grups més estigmatitzats a la nostra societat, especialment les que pateixen esquizofrènia, un problema que afecta un 1% de la població. La malaltia mental ha estat vinculada a una sèrie de prejudicis socials: es diu que aquests malalts són agressius, estranys, imprevisibles en la seva conducta, dèbils, improductius, que no poden raonar i culpables de la seva pròpia malaltia. Aquesta visió sobre l'esquizofrènia o altres malalties mentals produeix greus conseqüències en les seves vides atès

que, en la majoria dels casos, influeix negativament en l'evolució i funcionament de la persona que pateix el trastorn, fent que es produeixi un empitjorament de la situació psicopatològica amb problemes d'adaptació social, baixa autoestima, depressió i augment de la càrrega familiar. Caldria conèixer quins són els condicionants pels quals es discrimina les persones que pateixen malalties mentals i quins tipus d'estratègies serien més efectives per reduir l'estigma social relacionat amb aquestes malalties.

25 Tractament no farmacològic de la fibromiàlgia

La fibromiàlgia afecta el 2-4% de la població general i la prevalença és doble a les consultes d'atenció primària. Aquesta malaltia deteriora la qualitat de vida, influint sobre la capacitat laboral, la vida familiar i social (s'estima que entre un 25-50% dels malalts hauran de reduir el seu horari laboral o deixar de treballar). L'abordatge de la fibromiàlgia al nostre entorn es realitza de forma simultània per diferents especialistes (metges de família, psicòlegs, psiquiatres, reumatòlegs i clíniques del dolor). Aquesta disgregació no ha garantit fins al moment actual una resposta clínica destacada, però sí un elevat consum de recursos (hiperfreqüentació del sistema sanitari, consum excessiu de fàrmacs,

automedicació, absentisme laboral, invalidesa laboral). Una alternativa terapèutica és l'educació del pacient i la realització d'exercici físic amb l'objectiu de millorar en l'afrontament de la malaltia crònica i en l'adopció de conductes saludables atès que l'exercici físic no fatigant o la teràpia de relaxació augmenten la tolerància al dolor. Aquest abordatge terapèutic podria permetre una major autonomia dels pacients, comportant una menor dependència del sistema sanitari i una disminució en el consum de recursos. Caldria avaluar el cost-efectivitat d'aquest maneig no farmacològic per comparació a les opcions terapèutiques que es duen a terme actualment.

26 Diagnòstic precoç i detecció ràpida de la infecció per l'HIV

Un dels pilars bàsics de la lluita contra la sida és la detecció precoç de les persones infectades per l'HIV amb la finalitat de poder evitar la transmissió del virus a d'altres persones, així com poder iniciar el tractament antiretroviral i de les infeccions oportunistes en el moment més adequat. A Catalunya, s'observa que la mitjana entre el diagnòstic d'infecció per l'HIV i el diagnòstic de sida és de 475 dies (15 mesos aproximadament). Entorn del 46% dels nous diagnòstics d'infecció per l'HIV es fan de forma tardana, quan la persona presenta alguna malaltia o símptoma indicatiu de la sida. També s'observa un nombre important de persones seropositives que no tornen a buscar el seu resultat. Segons estimacions fetes pel Centre d'Estudis Epidemiològics sobre l'HIV/sida de Catalunya (CEES-CAT), el nombre de persones vives infectades per l'HIV a Catalunya al 2002 s'ha estimat en 31.081 (IC 95%: 23.812- 39.470), és a dir, 7 de cada 1.000 persones entre els 15 i els 64 anys d'edat podrien estar infectades. Actualment,

existeixen diferents tests de detecció ràpida de l'HIV que es poden realitzar directament a l'àrea d'atenció al pacient i permeten una lectura visual, amb un equipament mínim de laboratori, en menys de 30 minuts per comparació a la prova estàndard de cribratge de la qual no es disposa del resultat fins al cap d'uns dies o alguna setmana. El moment idoni de diagnòstic és el de la primoinfecció, atès que és el més precoç i es produeix en un escenari adequat per assajar tractaments d'eradicació quan el sistema immunitari està encara molt conservat. La durada i la gravetat dels símptomes de la primoinfecció per l'HIV i els registres de càrregues virals molt elevades durant aquesta etapa estan associats a una major morbiditat i mortalitat. Caldria augmentar el grau de sospita de la primoinfecció per l'HIV quan apareixen algunes manifestacions clíniques per tal de millorar la qualitat de vida d'aquests pacients i reduir a la vegada la despesa del servei sanitari.

27 Cribratge i diagnòstic ràpid de càncer

A Catalunya el càncer és la causa de mort més freqüent en els homes en els darrers anys, davant de les malalties cardiovasculars, que encara són la causa de mort més freqüent en les dones. La incidència del càncer mostra

una tendència creixent tant en homes com en dones. Al llarg de tota la vida, aproximadament un de cada dos homes i una de cada tres dones desenvoluparan un càncer. Juntament amb la prevenció primària, el cribratge del càncer és

una de les primeres prioritats pel que fa a les estratègies de control de la malaltia, atès el seu potencial de millora del pronòstic, especialment en el càncer de mama. Però per poder reduir la mortalitat no només s'ha de fer detecció precoç dels casos sinó que es requereix una taxa de participació elevada per part de la població. Cal conèixer els determinants de la participació de les dones en un programa de cribratge per millorar-ne l'eficiència. Pel que fa al cribratge del càncer colorectal al nostre país, l'evidència científica existent encara no permet donar una resposta clara sobre la seva efectivitat. Un dels

factors que probablement explica aquest fet és l'existència de diverses estratègies de cribratge (detecció de sang oculta en femta, sigmoidoscòpia, colonoscòpia), l'efectivitat i cost-efectivitat de les quals estan ben acceptades sense que hi hagi criteris de superioritat d'una davant les altres. Caldria comparar aquestes estratègies per esbrinar quina és la més efectiva i eficient. D'altra banda, convindria conèixer quin és el rendiment diagnòstic de la colonoscòpia com a eina diagnòstica del càncer colorectal quan existeixen manifestacions clíniques de sospita d'aquest tumor.

28 Freqüència i detecció epidemiològica de l'infart silent

En l'àmbit internacional, la proporció d'infarts de miocardi silencis (IMS) varia del 12 al 44% del total d'infarts de miocardi en funció de la població i dels criteris electrocardiogràfics emprats. En el nostre medi no existeix cap estudi que descriu amb dades epidemiològiques fiables l'IMS. A Catalunya les malalties cardiovasculars són la primera causa de mortalitat en el conjunt de la població. Suposen una pèrdua d'anys potencials de vida molt important, la primera causa d'hospitalització i el segon motiu de consulta a l'atenció primària. La gravetat i el pronòstic de l'IMS són els mateixos que per a l'infart simptomàtic i, per tant, resulta plausible

que la prevenció secundària tingui una efectivitat similar amb relació a evitar recurrències mortals o no mortals. El diagnòstic de l'IMS es realitza fonamentalment en els controls electrocardiogràfics de pacients amb risc coronari elevat, però es desconeix la fiabilitat del diagnòstic en absència de símptomes. Es desconeixen, també, quins són els criteris electrocardiogràfics més fiables i que aporten la major sensibilitat i especificitat al diagnòstic. Cal disposar de dades epidemiològiques i criteris diagnòstics adequats a la realitat del nostre medi per tal de facilitar les recomanacions davant d'una troballa electrocardiogràfica d'IMS.

29 Risc cardiovascular

Segons el Pla de salut 2002-2005, les malalties de l'aparell circulatori són la segona causa de mortalitat en ambdós sexes amb una taxa anual de 282,8 defuncions/1.000.000 i 325,8 defuncions/100.000 per a homes i dones, respectivament, i representen entorn del 30% de totes les causes de defunció. A més, constitueixen la primera causa d'ingrés hospitalari a partir dels 65 anys i suposen quasi el 20% del total de les causes d'ingrés. Està clarament establert que aquestes malalties estan relacionades amb diversos factors de risc cardiovascular com la hipertensió arterial, la dislipèmia i la diabetis mellitus, entre d'altres. Tanmateix, la informació disponible sobre el control d'aquests factors en el nostre país és insatisfactòria. S'ha observat que una part de la població tributària de tractament farmacològic per la seva hipercolesterolemia no està tractada, i, en canvi, moltes per-

sones que presenten hipercolesterolemia però no tenen risc cardiovascular segueixen tractament farmacològic hipolipemiant. És necessari incorporar l'ús sistemàtic de l'estimació del risc cardiovascular, especialment quan es valora l'efecte de la hipercolesterolemia, però també en determinades situacions del maneig d'altres factors de risc. El cost de les diferents intervencions per a la prevenció primària de malaltia cardiovascular (consells, visites i analítiques de control, tractaments farmacològics...) és elevat i una correcta prioritització basada en l'estimació fiable del risc cardiovascular, juntament amb la implicació del pacient en l'elecció de l'estratègia més adequada, optimitzaria l'ús dels recursos. Cal, doncs, conèixer quina és la situació de la valoració del risc cardiovascular i del control dels factors de risc associats a Catalunya.

Objecte de la convocatòria

L'objecte de la convocatòria és la concessió d'ajuts destinats a la realització de projectes de recerca clínica i en serveis sanitaris.

L'activitat subvencionada s'ha d'executar en un període màxim de 3 anys des del moment de la concessió de l'ajut.

Beneficiaris

Poden presentar sol·licituds a aquesta convocatòria les persones físiques o jurídiques que desenvolupin la seva activitat en centres sanitaris i de recerca en l'àmbit de Catalunya.

Quantia i aplicació pressupostària

- 1 La quantia màxima destinada a aquestes subvencions és d'1.021.720,58 €, que ha d'imputar-se a l'aplicació pressupostària que consta a l'acord del Consell d'Administració de l'AATRM, del dia 22 de març de 2006, pel qual s'aproven en la present convocatòria i la corresponent previsió de despeses amb un abast plurianual distribuïda en les anualitats següents: un import màxim de 469.000,00 € amb càrrec al pressupost de l'any 2006, un import màxim de 330.000,00 € amb càrrec al pressupost de l'any 2007 i un import màxim de 222.720,58 € amb càrrec al pressupost de l'any 2008.
- 2 La quantia de les subvencions que s'atorguin es determinarà en funció de la finalitat per a la qual se sol·licitin, de l'adequació als criteris fixats per a la concessió i de l'avaluació del contingut del projecte que faci la Comissió de Selecció. En tot cas, l'import total de les subvencions atorgades no podrà ultrapassar la quantitat màxima establerta a la convocatòria.
- 3 D'acord amb la regla quarta de l'article 94.1 del text refós de la Llei de finances públiques de Catalunya, aprovat pel Decret legislatiu 3/2002, de 24 de desembre, l'import de les subvencions concedides en cap cas no pot ser d'una quantia que, aïlladament o amb concurrència amb subvencions d'altres entitats públiques o privades, nacionals o internacionals, superi el cost de l'activitat a desenvolupar pel beneficiari.

Dades i documentació a presentar per sol·licitar la subvenció i presentació de les sol·licituds

1. **Lloc de presentació:** els interessats han de presentar la sol·licitud, adreçada a la Direcció de l'AATRM, en paper i en format electrònic (disquet de 3,5 MB o CD-ROM), a la seu d'aquest organisme (Esteve Terradas, 30. Recinte Parc Sanitari Pere Virgili. Edifici Mestral, 1a planta, 08023 Barcelona), dins de l'horari d'atenció al públic, directament o per qualsevol dels mitjans que estableix l'article 38.4 de la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de règim jurídic de les administracions públiques i del procediment administratiu comú, modificat per l'article 1.9 de la Llei 4/1999, de 13 de gener, i per l'article 68.1 de la Llei 24/2001, de 27 de desembre.
2. **Termini per a la presentació de les sol·licituds:** el termini de presentació de la documentació sol·licitada serà de 45 dies naturals a partir de l'endemà de la data de publicació de la convocatòria al Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya.
3. **Documentació que s'ha d'adjuntar a la sol·licitud:**
 - a) Carta de presentació de la documentació sol·licitada.
 - b) Sol·licitud del projecte segons el model que es pot obtenir a través d'Internet a l'apartat de recerca del web de l'AATRM (www.aatrm.net).
 - c) Autorització del responsable legal del centre, o dels centres en el cas de projectes coordinats, a què pertanyen els investigadors responsables de la sol·licitud, segons el model inclòs a la sol·licitud que es pot obtenir a través d'Internet al web de l'AATRM.
 - d) Declaració de compromís de bona pràctica científica signada per l'investigador principal segons el model inclòs a la sol·licitud que es pot obtenir a través d'Internet al web de l'AATRM.
 - e) Vistiplau de la comissió de recerca del centre i vistiplau del comitè ètic o d'experimentació animal, si escau, apartat ja inclòs en el model de sol·licitud que es pot obtenir a través d'Internet al web de l'AATRM.

- f) Currículum de l'investigador principal i experiència de l'equip de recerca segons el model que es pot obtenir a través d'Internet al web de l'AATRM.
- g) Justificació, si escau, de conformitat amb el que estableix la legislació vigent, que l'entitat sol·licitant (en cas que ho sigui una persona jurídica a la qual li sigui d'aplicació) compleix la quota de reserva per a la integració social de persones minusvàlides.

4. Esmenes i millora de les sol·licituds

Si en examinar la sol·licitud, en qualsevol fase del procés de resolució, aquesta no reuneix els requisits establerts en la convocatòria o es considera convenient la seva modificació o millora, es requerirà la persona interessada perquè, en un termini improrrogable de 10 dies, esmeni el defecte, aporti els documents preceptius o modifiqui i millori els termes de la sol·licitud. Si no ho fes així, es considerarà que ha desistit de la sol·licitud, la qual s'arxivarà sense més tràmit.

Criteris per a la concessió de les subvencions

- 1 Els ajuts per a cada projecte de recerca s'atorgaran d'acord amb la seva adequació a les orientacions i objectius explicats a l'apartat de recerca del web de l'AATRM (www.aatrm.net) i a la valoració global que es faci del projecte i del seu pressupost.
- 2 La valoració dels projectes sol·licitants la durà a terme una Comissió de Selecció designada a aquests efectes per l'AATRM, amb la composició que s'especifica al punt 5.3 d'aquestes bases. L'esmentat procés de valoració es durà a terme mitjançant un sistema d'avaluació d'experts (*peer-review*), d'acord amb uns criteris i uns terminis preestablerts. En una primera fase, els projectes seran avaluats de forma anonimitzada i es tindrà en compte el vistiplau de la comissió de recerca i del comitè ètic, el compromís de bona pràctica científica, a més del coneixement del tema, l'adequació i especificitat d'hipòtesis i objectius, l'adequació i especificitat de la metodologia, la rellevància científica i sociosanitària, la factibilitat i capacitat investigadora en els darrers 5 anys del grup investigador, la factibilitat del pla de treball i el cronograma, la disponibilitat dels recursos dels centres i la justificació del pressupost. En una segona fase, es considerarà la capacitat de l'equip investigador i la seva solvència. Així mateix, es valorarà en cada projecte, atenent les seves característiques i complexitat, el pressupost sol·licitat i els diferents ítems inclosos en aquest.
- 3 La Comissió de Selecció, que estarà constituïda pel Comitè Científic, a la vista de les sol·licituds i la seva avaluació, proposarà l'atorgament de l'ajut.

Concessió de les subvencions

- 1 El Consell d'Administració, vista la proposta de la Comissió de Selecció, resoldrà l'atorgament, amb la indicació de la quantia o la denegació de l'ajut sol·licitat. El corresponent acord del Consell d'Administració s'haurà de notificar per escrit a cadascun dels interessats.
- 2 Si en el termini de sis mesos comptadors des de la presentació de les sol·licituds no s'ha dictat un acord exprés atorgant les subvencions i notificant-les, s'entendran desestimades les sol·licituds corresponents, de conformitat amb el que estableix l'article 3 de la Llei 23/2002, de 18 de novembre, d'adequació de procediments administratius en relació amb el règim de silenci administratiu i el termini de resolució i notificació, i de primera modificació dels articles 81, 82 i 83 de la Llei 13/1989, d'organització, procediment i règim jurídic de l'Administració de la Generalitat de Catalunya.
- 3 De conformitat amb el que estableix l'article 35 del text refós de la Llei de finances públiques de Catalunya, aprovat pel Decret legislatiu 3/2002, de 24 de desembre, serà nul de ple dret qualsevol acte administratiu que comporti superar el crèdit esmentat reservat per a aquesta convocatòria.
- 4 L'acord de concessió no exhaureix la via administrativa, contra aquest acord es pot interposar recurs d'alçada davant el director del Servei Català de la Salut, de conformitat amb el que preveuen l'article 114 de la Llei 30/1992, de règim jurídic de les administracions públiques i del procediment administratiu comú, modificada per la Llei 4/1999, i l'article 43 del text refós de la Llei 4/1985, de 29 de març, de l'Estatut de l'Empresa Pública Catalana, aprovat pel Decret legislatiu 2/2002, de 24 de desembre.
- 5 Es donarà publicitat a les subvencions atorgades mitjançant publicació en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, a l'Informatiu i al web de l'AATRM (www.aatrm.net), i la resolució d'atorgament d'ajuts es comunicarà per escrit a tots els investigadors principals.

- 6 Les subvencions que es concedeixin no generen cap dret a l'assignació d'altres subvencions en anys posteriors.
- 7 L'òrgan concedent es reserva la potestat de modificar el contingut de l'acord de concessió, en especial en el cas d'alteració de les condicions existents en el moment de concessió o de l'ob-

tenció concurrent d'altres ajuts, sense perjudici que, en el supòsit que la suma dels ajuts superi el cost de l'activitat a desenvolupar pel beneficiari, operi automàticament la reducció de la subvenció o, si escau, la revocació total o parcial d'acord amb la normativa aplicable.

Acceptació de l'ajut

- 1 L'acceptació de l'ajut es formalitzarà posteriorment mitjançant la signatura d'un document entre el beneficiari de la subvenció i l'AATRM, on s'establiran les directrius concretes per al desenvolupament del projecte de recerca, els terminis de realització del projecte i el compromís del beneficiari de complir les condicions generals establertes en les bases de la convocatòria i les directrius que estableixi l'AATRM al document.
- 2 En el cas que l'adjudicatari sigui una persona jurídica, s'haurà d'adjuntar al document fotocòpia autenticada dels estatuts de l'entitat amb la constància de la seva inscripció al registre corresponent, així com les finalitats de l'entitat i documentació que acrediti la representativitat actual de les persones signants.
- 3 La no-signatura de l'esmentat document d'acceptació comportarà la renúncia a l'ajut. En aquest cas, si s'haguessin presentat altres sol·licituds per al mateix tema, l'AATRM podrà atorgar l'ajut al sol·licitant que reuneixi els requisits exigits.
- 4 Amb caràcter previ a assolir la condició de bene-

ficiari, l'adjudicatari haurà d'acreditar, mitjançant les corresponents certificacions, que està al corrent del compliment de les obligacions tributàries d'àmbit estatal i davant la Seguretat Social, de conformitat amb el que disposen els articles 13 i 14 de la Llei 38/2003, de 17 de novembre, general de subvencions. Sense perjudici de l'anterior, l'interessat podrà optar per autoritzar l'òrgan gestor d'aquest procediment, mitjançant el seu consentiment exprés a l'efecte, perquè obtingui el certificat tributari corresponent per via telemàtica a través del Departament d'Economia i Finances de la Generalitat de Catalunya. En el supòsit que la referida acreditació no s'ajusti als termes previstos, l'adjudicatari no estarà en condicions d'acceptar la subvenció i signar el corresponent document amb l'AATRM, resultant automàticament aplicable el que disposa el punt 7.3.

- 5 De conformitat amb la Llei 1/1998, de 7 de gener, de política lingüística, i de les disposicions que la desenvolupen serà recomanable l'ús del català en la documentació aportada.

Responsabilitat

L'acceptació de l'ajut no implica cap mena de vinculació contractual entre la persona seleccionada i l'AATRM. L'AATRM no assumeix cap responsabilitat per l'actuació dels beneficiaris dels ajuts ni pels danys i perjudicis que els puguin sobrevenir amb motiu de la realització de l'activitat objecte de l'ajut, ni tampoc pels que puguin ocasionar a tercers.

Inspecció i control de l'Administració

1. Els beneficiaris han de facilitar la informació que els pugui requerir l'AATRM en relació amb l'objecte de la subvenció.
2. L'AATRM avaluarà els resultats dels treballs realitzats i la Direcció certificarà a través d'un document estàndard que els projectes d'investigació han estat realitzats de conformitat amb el pla especificat en el document d'acceptació per tal que l'ajut es pugui fer efectiu.
3. Els beneficiaris, de conformitat amb el que estableix l'article 95c del text refós de la Llei de finan-

ces públiques de Catalunya, aprovat pel Decret legislatiu 3/2002, de 24 de desembre, s'hauran de sotmetre a les actuacions de comprovació de l'AATRM, a les de control de l'activitat econòmica financera que corresponguin a la Intervenció General de la Generalitat, la Sindicatura de Comptes, o altres òrgans competents, i a les derivades del que disposa l'article 97 del text refós de la Llei de finances públiques de Catalunya, aprovat pel Decret legislatiu 3/2002, de 24 de desembre.

Resultats dels treballs

Els investigadors, en qualsevol comunicació oral o escrita dels resultats dels seus treballs, hauran d'esmentar que han estat finançats per l'AATRM.

L'AATRM gaudirà dels drets d'explotació dels resultats dels projectes de recerca. Aquests drets, d'acord amb la normativa sobre propietat intel·lectual, es

concretaran als documents que l'AATRM signi amb els beneficiaris.

Els resultats dels treballs s'han de lliurar en els terminis i formats que s'indiquin al document a què fa referència la base 7.

Justificació de la despesa, pagament i terminis de presentació dels resultats del projecte

- 1 Els imports de les subvencions seran lliurats per l'AATRM als beneficiaris un cop s'hagi presentat la documentació que acrediti que s'han portat a terme els projectes subvencionats i s'hagin presentat els justificants de les despeses efectuades i s'hagi comprovat la seva correcció.
- 2 A aquests efectes, el termini màxim per a la presentació dels justificants respectius davant l'AATRM s'establirà al document d'acceptació de l'ajut, sense perjudici que per acord del seu Consell d'Administració es puguin modificar els terminis o altres condicions, amb ple respecte al que disposa la normativa aplicable.
- 3 No obstant això, es podran atorgar bestretes del 80% de l'import de la manera següent: el 20% quan s'adjudiqui el projecte i el 60% en pagaments periòdics durant el període de desenvolupament del projecte. La resolució en què s'atorguin aquestes bestretes inclourà la forma i quantia de les garanties que, si escau, hagi d'aportar el beneficiari.
- 4 Només s'acceptaran com a documents justificatius de les despeses, els originals de les factures i rebuts conforme s'hagi fet efectiu el pagament, amb els requisits legals que estableix la normativa vigent, i concretament hauran d'especificar el que s'estableix en el Reial decret 1496/2003, de 28 de novembre, pel qual es regulen les obligacions de facturació i es modifica el Reglament de l'impost del valor afegit (RCL 1992\2834 i RCL 1993\404), així com també el que estableix el Reial decret 87/2005, de 31 de gener, pel qual es modifica el Reglament de l'impost sobre el valor afegit, havent de ser lliurats a nom del beneficiari de la subvenció, i que siguin acreditatius de les despeses realitzades sense perjudici del retorn posterior dels originals que s'aportin juntament amb les còpies, si així se sol·licita. Caldrà adjuntar a les esmentades factures una relació ordenada d'aquestes.
- 5 Els resultats dels treballs s'hauran de lliurar en els terminis indicats en el document d'acceptació de l'ajut, podent sol·licitar per escrit, fins a un màxim d'un any, dues pròrrogues d'un període de sis mesos cadascuna, degudament justificades i que s'hauran de remetre per la seva autorització al president del Comitè Científic de l'AATRM. Al sis mesos de la data límit de lliurament de la memòria final, si no s'ha fet explícit per escrit cap autorització de pròrroga, es donarà per tancat el projecte sense possibilitat de sol·licitar cap ajornament, ni possibilitat de fer efectives les quantitats que poden quedar pendents.

Incompliment: revocació i infraccions administratives

Si els adjudicataris no compleixen les condicions de l'atorgament per causes que els siguin directament imputables, l'ajut es reduirà en proporció a l'incompliment esmentat, sense perjudici que es pugui disposar la revocació total, en el cas de no poder assolir els objectius i, en tot cas, amb la notificació i l'audiència prèvies de l'adjudicatari, el qual podrà justificar les causes de l'incompliment.

L'incompliment de les condicions que figuren en el present anunci comportarà la revocació de l'ajut, l'obligació de retornar les quantitats percebudes,

amb l'abonament de l'interès de demora aplicable a les quantitats degudes a les finances de la Generalitat, fixat en la disposició addicional segona de la Llei 20/2005, de 29 de desembre, de pressupostos de la Generalitat de Catalunya per al 2006, des de la data de pagament, sense perjudici de la responsabilitat en què s'hagi pogut incórrer i el règim d'infraccions i sancions establert a la secció cinquena del capítol IX del text refós de la Llei de finances públiques de Catalunya, aprovat pel Decret legislatiu 3/2002, de 24 de desembre.

Obligacions tributàries amb la Generalitat de Catalunya

D'acord amb el que disposa l'apartat 3 de l'article 98 del text refós de la Llei de finances públiques de Catalunya, aprovat pel Decret legislatiu 3/2002, de 24 de desembre, és un requisit necessari per percebre subvencions amb càrrec als pressupostos de la Generalitat, el compliment pels beneficiaris de les seves obligacions tributàries davant la Generalitat. D'acord amb això i sense perjudici del que disposa l'article 7.4 d'aquestes bases reguladores, l'AATRM comprovarà, amb caràcter previ al pagament de les subvencions, aquest compliment i, en cas contrari, iniciarà el procediment de compensació dels crèdits a percebre pel beneficiari fins a satisfer els deutes pendents, tant si són de naturalesa tributària com si no ho són.

Incidències i règim jurídic

- 1 Aquestes bases s'estableixen amb subjecció al que disposa el capítol IX del text refós de la Llei de finances públiques de Catalunya, aprovat pel Decret legislatiu 3/2002, de 24 de desembre, pel qual es regula el règim jurídic de les subvencions i les transferències de la Generalitat de Catalunya, així com aquella normativa que la modifiqui o complementi, i la Llei 38/2003, de 17 de novembre, general de subvencions, que en qualsevol cas sigui d'aplicació.
- 2 No obstant l'anterior, la Direcció de l'AATRM resoldrà tots els dubtes i les incidències que puguin sorgir en el transcurs d'aquesta convocatòria i tot allò que, fent-hi referència, no prevegin aquestes bases.

www.aatrm.net

informatiu AATRM

és una publicació periòdica que es distribueix gratuïtament. Té com a finalitats difondre les activitats d'avaluació, recerca i docents de l'Agència i contribuir a la disseminació de resultats en avaluació de tecnologies mèdiques. Cap fragment d'aquesta edició no pot ser reproduït, emmagatzemat o transmès de cap forma ni per cap procediment, sense el permís previ del titular del *copyright*.

Les persones interessades a rebre-la poden adreçar-se a:

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques
Esteve Terradas, 30
Recinte Parc Sanitari Pere Virgili
Edifici Mestral, 1a planta
08023 Barcelona
Tel: 93 259 42 00 . Fax: 93 259 42 01
e-mail: direccio@aatrm.catsalut.net
<http://www.aatrm.net>

COMITÈ EDITORIAL

JMV Pons
A. Parada
I. Parada (coordinació)
E. Rius Umpiérrez

CORRECCIÓ

R. Farré Bregolat

DISSENY

J. López Corduente

CONSELL D'ADMINISTRACIÓ

President: J. Rodés Teixidor
Vicepresident: M. Balcells Díaz
Vocals: M. Argente Giralt, M. Aymerich Martínez, JM Borràs Andrés, J. Camí Morell, A. Granados Navarrete, J. López de Vega, J. de Nadal Caparà, JJ Navas Palacios
Secretària: A. Garcés Daniel

COMITÈ CIENTÍFIC

President: JM Antó Boqué
Secretari: JMV Pons Rafols
Vocals: J. Bosch Genover, J. Calaf Alsina, M. Casas Galofré, S. Erill Sáez, J. Gené Badia, JR Germà Lluch, X. Gómez-Batiste Alentorn, F. Gudiol Munté, A. Laupacis, G. López Casasnovas, JJ Navas Palacios, Á. Olazábal Zudaire, G. Permanyer Miralda, R. Rodríguez Roisin, A. Sitges Serra, R. Suñol Sala, E. Tolosa Sarró, J. Vallejo Ruiloba, M. Vilardell Tarrés

Les dades personals de què disposem per a la tramitació de l'Informatiu AATRM formen part d'un fitxer automatitzat de l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques denominat *Activitat*.

De conformitat amb la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal (Butlletí Oficial de l'Estat número 298, de 14.12.1999) i per tal de facilitar l'actualització de les dades personals contingudes al fitxer, i el dret d'accés, rectificació i cancel·lació, posem a la vostra disposició el sistema de consulta i modificació de dades personals.

© Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques
ISSN 1697-0578
Dipòsit legal: B-24262-93



Generalitat de Catalunya
Departament
de Salut



Agència d'Avaluació
de Tecnologia i Recerca Mèdiques