

Sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles

Análisis de los modelos organizativos
y aspectos de homogeneización
de la vigilancia en salud pública
en el Sistema Nacional de Salud

Sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles

Análisis de los modelos organizativos
y aspectos de homogeneización
de la vigilancia en salud pública
en el Sistema Nacional de Salud



Financiado por la Unión Europea
NextGenerationEU



Plan de Recuperación,
Transformación
y Resiliencia



Edita:

© MINISTERIO DE SANIDAD. CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO en línea: 133-24-112-4

<https://cpage.mpr.gob.es>

Sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles

Análisis de los modelos organizativos
y aspectos de homogeneización
de la vigilancia en salud pública
en el Sistema Nacional de Salud



Coordinación Técnica

Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud-Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias: Silvia Rivera Ariza y Pilar Soler Crespo.

Participantes

Comunidades autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía

Andalucía: Nicola Lorusso, Isabel M.^a Vázquez Rincón, Isidoro Pérez Madroñal, Ulises Pablo Ameyugo Catalán, Soledad Márquez Calderón y Andrés Cabrera León.

Aragón: Juan Pablo Alonso, Antonio Español, Ángeles Roca, Nieves Martínez y Begoña Adiego.

Asturias (Principado de): Mario Juan Margolles Martins, Antón González Fernández, José Feliciano Tato Budiño, José Ramón Quirós García y Valentín Rodríguez.

Baleares (Islas): Amadeo Vázquez, Antonio Nicolau Riutort, Eusebi Castaño Riera, Carmen Sánchez-Contador Escudero, M^a Jesús Martín Sánchez, Celia Personat y Mercedes Alemany Alemany.

Canarias: Álvaro Luis Torres Lana, Araceli Alemán Herrera, Javier Darias y Dolores Rojas Martín.

Cantabria: Luis Javier Viloría Raymundo, Isabel María de la Fuente Jiménez y Carmen Amalia Gómez Chomón.

Castilla-La Mancha: Gonzalo Gutiérrez Ávila, Alfonso Abaigar Martínez y Javier Manzano.

Castilla y León: Carmen Pacheco Martínez, Rufino Álamo Sanz, Teresa Jiménez López.

Cataluña: Jacobo Mendioroz, Angelina González, Roberto Langarita Rivas, Anna Mompart Penina, Rafel Panadès y Saiko Allende Leal.

Comunitat Valenciana: Hermelinda Vanaclocha Luna, F. Javier Roig Sena, Francesc Botella, Valentín Esteban Buedo, Aurora López Maside y Raquel Mateu Rodrigo.

Extremadura: Juan Antonio Linares Dópidio.

Galicia: Alberto Malvar Pintos, María Tajés Alonso, Isabel González García y Manuel Álvarez Cortiñas.

Madrid (Comunidad de): Araceli Arce Arnáez, Felicitas Domínguez Berjón, Ana María Gandarillas Grande, Nuria Aragonés Sanz, María Fernanda González Gómez, Fernando Fuster Loran y Carmen Fernández Aguado.

Murcia (Región de): Alonso Sánchez-Migallón Naranjo, Dolores Chirlaque López, Bienvenida Carpe Carpe y Manuel José Méndez Romera.

Navarra (Comunidad Foral): Jesús Castilla Catalán y Guillermo Ezpeleta Lobato.

País Vasco: Pello Latasa Zamalloa, Fernando González Carril, Idoia Camarón y Aitor Gisasola.

La Rioja: Eva Martínez Ochoa, Enrique Ramalle Gómara, Purificación Martínez Alonso, Rosario Martínez de la Hidalga Gil y M^a Belén Berradre Sáenz.

Ceuta: Ana Isabel Rivas, Violeta Ramos y Rebeca Benarroch.

Melilla: Daniel Castrillejo Pérez.

Ministerio de Sanidad

Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud.

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias: Fernando Simón, María José Sierra Moros, Enrique Gutiérrez González, Silvia Rivera Ariza y Pilar Soler Crespo.

Apoyo a la realización de entrevistas y análisis: Crowe.

Índice

Acrónimos	9
Introducción	11
1. Definiciones	13
2. Objetivo	15
3. Metodología	17
4. Resultados	19
4.1. Sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles	19
4.2. Sistema de vigilancia de cáncer	20
4.3. Sistema de vigilancia de salud cardiovascular	28
4.4. Sistema de vigilancia de salud mental	35
5. Conclusiones	41
5.1. Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles	41
5.2. Sistema de vigilancia de cáncer	41
5.3. Sistema de vigilancia de salud cardiovascular	43
5.4. Sistema de vigilancia de salud mental	44
6. Recomendaciones	47
6.1. Sistema de vigilancia de cáncer	47
6.2. Sistema de vigilancia de salud cardiovascular	47
6.3. Sistema de vigilancia de salud mental	47
Anexo 1	48

Acrónimos

C. A.	Comunidad autónoma o Ciudad con Estatuto de autonomía
CC. AA.	Comunidades autónomas y Ciudades con Estatuto de autonomía
CCAES	Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias
CDC	Centros para el control y prevención de enfermedades
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
DGSP	Dirección General de Salud Pública
EEMM	Estados Miembro
HCD	Historia Clínica Digital
HCE	Historia Clínica Electrónica
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISCH	Instituto de Salud Carlos III
MS	Ministerio de Sanidad
PRTR	Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia
RD	Real Decreto
SES	Secretaría de Estado de Sanidad
SNS	Sistema Nacional de Salud
SP	Salud Pública
SSII	Sistemas de información
SV	Sistema/s de vigilancia
SVENT	Sistema de vigilancia de Enfermedades no Transmisibles
TSI	Tarjeta Sanitaria Individual
TIC	Tecnología de la Información y Comunicación
UE	Unión Europea
VSP	Vigilancia en Salud Pública

Introducción

La vigilancia en salud pública (VSP), tal y como se define en el artículo 12 de la [Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública](#)¹ es el conjunto de actividades destinadas a recoger, analizar, interpretar y difundir información relacionada con el estado de la salud de la población y los factores que la condicionan, con el objeto de fundamentar las actuaciones de salud pública. Además, la VSP es considerada una de las funciones esenciales de la Salud Pública (OPS, 2020²; CDC 2020³) y como se ha demostrado durante la pandemia de COVID-19, es el elemento clave para acceder a la información necesaria para la toma informada de decisiones ante situaciones de riesgo para la salud de la población.

Durante la pandemia de COVID-19, la importancia de la vigilancia de la salud pública se ha evidenciado de manera contundente. La crisis sanitaria ha revelado debilidades estructurales en los sistemas de salud y ha destacado la necesidad de mejorar la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia y específicamente de la VSP, llevando al límite la flexibilidad y adaptabilidad de las personas que trabajan en ella. Mejorar y fortalecer los sistemas de VSP, dotándolos de estructuras con personal capacitado en esta área, son aspectos clave para garantizar una respuesta efectiva ante situaciones de riesgo para la salud de las personas.

En este contexto de cambios, el fortalecimiento de la VSP es la medida más efectiva para mejorar la toma de decisiones basadas en el conocimiento de la situación, para la prevención y el control de las enfermedades. Para ello, el pasado junio se aprobó la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública con el objetivo de implementar una VSP integral y armonizada en todo el Sistema Nacional de Salud, creando el marco adecuado para desarrollar unos sistemas de vigilancia avanzados y homogéneos que midan la situación de salud y de sus determinantes y apoyen a la autoridad sanitaria y a los gestores con la mejor evidencia disponible para liderar y afrontar la respuesta a los problemas de salud de la población de forma oportuna y eficiente.

El Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR) aprobado por el Gobierno de España el 27 de abril de 2021, en su componente 18 e inversión 3 “Aumento de capacidades de respuesta ante crisis sanitarias” tiene como objetivo preparar al Sistema Nacional de Salud (SNS) para prevenir y afrontar posibles amenazas sanitarias globales como la derivada de la pandemia de COVID-19 e incrementar las capacidades de salud pública y los sistemas de vigilancia epidemiológica. Además, hace referencia a la necesidad de la creación de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública, incorporando fondos para su desarrollo. Esta Red incorporará, además de la vigilancia de las enfermedades transmisibles, otros sistemas y fuentes de información necesarios para extender la vigilancia a todas las enfermedades y problemas de salud y a sus determinantes.

El proyecto 2 de esta inversión del PRTR hace referencia a la creación del *Nuevo sistema de Información de la Red de Vigilancia en Salud Pública*, que ampliará, mejorará e integrará los sistemas de información existentes sobre enfermedades transmisibles y no transmisibles en España.

1 <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-15623-consolidado.pdf>

2 <https://iris.paho/>

3 <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/essentialhealthservices.html>

Este proyecto lleva asociado estudios técnicos de apoyo a la definición del sistema, que se realizarán con carácter previo, para implantar la nueva Estrategia de Vigilancia en Salud Pública (VSP) y la creación de la Red Estatal de VSP. En particular, un estudio de situación y recomendaciones para la integración de los diferentes sistemas de vigilancia existentes a nivel nacional y en las Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía (CC. AA.).

El estudio sobre el Análisis de los modelos organizativos y aspectos de homogeneización de la vigilancia en salud pública en el Sistema Nacional de Salud se enmarca dentro de estos estudios técnicos previos, constituyendo, además, el primer objetivo de la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública, que orienta su primera línea estratégica hacia el desarrollo homogéneo y de calidad de la VSP.

El estudio incluye a las CC. AA. tanto en su ámbito competencial como en su relación con el resto de integrantes de la Red de Vigilancia en Salud Pública. Por ello, el estudio se dirige tanto a CC. AA. como al Ministerio de Sanidad y al Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

El alcance de los ámbitos y sistemas de vigilancia objeto de estudio son las enfermedades transmisibles, las enfermedades no transmisibles, la salud ambiental, la salud laboral, la vigilancia de los determinantes de salud y la vigilancia de la mortalidad.

Este informe se centra en el modelo organizativo del Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.

1. Definiciones

A efectos de este informe se define:

- *Sistema de vigilancia*: mecanismo de recogida sistemática y mantenido en el tiempo del que es responsable un agente de VSP en la C. A. correspondiente o nivel central, que sirve para recabar información de patologías o eventos objeto de vigilancia y que se usa para la toma de decisiones en el ámbito de la salud pública.
- *Coordinación*: Conjunto de actividades desarrolladas por los agentes de VSP que implican relacionarse con otros agentes, que están vinculadas a objetivos y funciones propias de VSP, y que emanan de una obligación legal de algún tipo. La coordinación puede ser entre agentes de un mismo nivel (p.ej. autonómico) o entre agentes de distintos niveles (p.ej. autonómico y local).
- *Colaboraciones*: Conjunto de actividades desarrolladas por los agentes de VSP que implican relacionarse con otros agentes, que están vinculadas a objetivos y funciones propias de VSP, y que son asumidas de manera voluntaria por dichos agentes. La colaboración puede ser entre agentes de un mismo nivel (p.ej. autonómico) o entre agentes de distintos niveles (p.ej. autonómico y local). En el caso de que existan varias colaboraciones con una misma Administración (p.ej. Administración estatal), agregue una nueva fila en la tabla para cada una de ellas.
- *Procedimiento de comunicación de los resultados de vigilancia*: Se entiende que un procedimiento de comunicación ha de describir la totalidad de los siguientes aspectos: el tipo de información que se difunde, la estructura de dicha información, los agentes implicados en la difusión (incluido aquellos que actuarán de receptores en el proceso de difusión) y el medio a través del cual se difunde la información. Asimismo, ha de incluir tanto la comunicación entre los agentes del SV (difusión interna) como externa al propio SV (difusión externa).
- *Observatorio para la difusión de información*: Agente encargado de la difusión de la información de los resultados de vigilancia en salud pública, de forma abierta y transparente, así como agregando inteligencia en materia de vigilancia en salud pública mediante la aportación de análisis y conocimiento a través de estudios, informes, etc. Con carácter general cuenta al menos con una página web específica desde la que realizar la difusión de la información disponible y de los análisis realizados.
- *Protocolo de acceso a la información*: tiene por finalidad definir el procedimiento de acceso a información adicional a la que se encuentra disponible para el público general. Este protocolo incluirá:
 - Las normas específicas para el acceso a la información y la información que sería accesible, así como los fines para los que está permitido ese acceso (p. ej. Investigación).
 - El protocolo de valoración de la solicitud y respuesta indicando: 1) El modelo de solicitud (información requerida, finalidad, profesión del peticionario, etc.) y los canales para el envío y presentación de solicitudes; 2) Los criterios de atención a las solicitudes (tiempos de respuesta,...); los criterios para la valoración de solicitudes y el órgano o persona responsable para ello.

- Los formatos en los que se va a facilitar la información y el coste de la consulta, en su caso.
- *Atributos de calidad para la evaluación del sistema de vigilancia:* se consideran la sencillez, flexibilidad, aceptabilidad, sensibilidad, valor predictivo positivo, representatividad y oportunidad.

2. Objetivo

La Estrategia de Vigilancia en Salud Pública establece el marco de actuación de desarrollo de la VSP en el SNS siendo su misión construir una Red Estatal de VSP que coordine los sistemas necesarios para vigilar el estado de salud de la población. La Estrategia establece, para evaluar su implementación, la necesidad de conocer la situación de la VSP en el SNS.

El objetivo de este trabajo es caracterizar los modelos organizativos en VSP en los niveles estatal y autonómico para describir y mejorar la coordinación e interoperabilidad entre los niveles de actuación, y en particular el modelo organizativo de la vigilancia de enfermedades no transmisibles.

3. Metodología

El trabajo es un estudio descriptivo transversal realizado a través de una encuesta semiestructurada a nivel estatal y autonómico entre octubre y diciembre de 2022. La coordinación del trabajo corrió a cargo del CCAES del MS.

Se diseñaron cuestionarios específicos por cada sistema de vigilancia/ámbito de vigilancia, cuyos resultados se presentarán en informes independientes.

- Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles
- Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (SVENT)
- Sistema de Vigilancia de Salud Ambiental
- Sistema de Vigilancia de Salud Laboral
- Vigilancia de los determinantes de la salud
- Vigilancia de la mortalidad

Además, se analizó la situación de la VSP de manera global y no específicamente por sistemas.

Este informe presenta los resultados de la encuesta sobre el modelo organizativo del Sistema de Vigilancia de Enfermedades No transmisibles. El cuestionario recogió información sobre la vigilancia de enfermedades no transmisibles, de cáncer, de salud cardiovascular y de salud mental.

La fecha a la que se refiere la encuesta es sobre la situación a 31 de diciembre de 2022.

El cuestionario se envió por correo electrónico a las personas responsables de la vigilancia en salud pública (VSP) en las CC. AA. y en el Ministerio de Sanidad al CCAES. Todas las instituciones han respondido a esta encuesta.

Posteriormente se mantuvo una entrevista con cada organismo participante.

La información recogida en los cuestionarios, se almacenó y analizó en Excel.

Este estudio ha sido financiado con fondos PRTR –Financiado por la Unión Europea– NextGenerationEU, aprobado por el Gobierno de España el 27 de abril de 2021, dentro componente 18 e inversión 3 “Aumento de capacidades de respuesta ante crisis sanitarias” y en concreto, en el proyecto 2 que hace referencia a la creación del Nuevo sistema de Información de la Red de Vigilancia en Salud Pública.

4. Resultados

4.1. Sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles

A efectos de este estudio se consideró que las CC. AA. tenían un SVENT si disponían al menos de uno de los siguientes sistemas de vigilancia: cáncer, salud cardiovascular, salud mental, diabetes y enfermedades raras.

Dieciocho de las 19 CC. AA. (94,7%) y el nivel central disponen de un SVENT.

Los sistemas que integran el sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles a nivel autonómico se detallan en la tabla 1.

Tabla 1. Sistemas de vigilancia que forman parte de los sistemas de vigilancia de enfermedades no transmisibles en las Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía. (N=19). Año 2022.

Sistema de vigilancia	Comunidades autónomas Nº (%)
Enfermedades raras	18 (94,2)
Cáncer	13 (68,4)
Enfermedades renales	6 (31,6)
Diabetes	4 (21,1)
Salud cardiovascular	3 (15,8)
Anomalías congénitas	2 (10,5)
Salud mental	1 (5,3)
Enfermedades respiratorias	1 (5,3)
Enfermedades musculo-esqueléticas	1(5,3)
Enfermedades neurodegenerativas	1(5,3)

El detalle del tipo de sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles por C. A. se muestra en la **tabla A. 1 del anexo 1**.

A nivel nacional, el Ministerio de Sanidad es responsable de la coordinación del Registro Estatal de Enfermedades Raras.

Por otro lado, el Ministerio de Sanidad tiene procedimientos para el reconocimiento de registros, encuestas y sistemas de información del ámbito profesional y científico de interés para el Sistema Nacional de Salud (SNS), gestionados por Sociedades científicas u otras instituciones. En el ámbito del cáncer se han reconocido la base de datos conjunta de la Red Española de registros de Cáncer (REDECAN), el Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP), y en el ámbito de la salud cardiovascular el Registro español de parada cardíaca extrahospitalaria, Registro de recursos y calidad asistencial en las unidades clínicas de cardiología o el registro de análisis del retraso en el infarto agudo de miocardio.

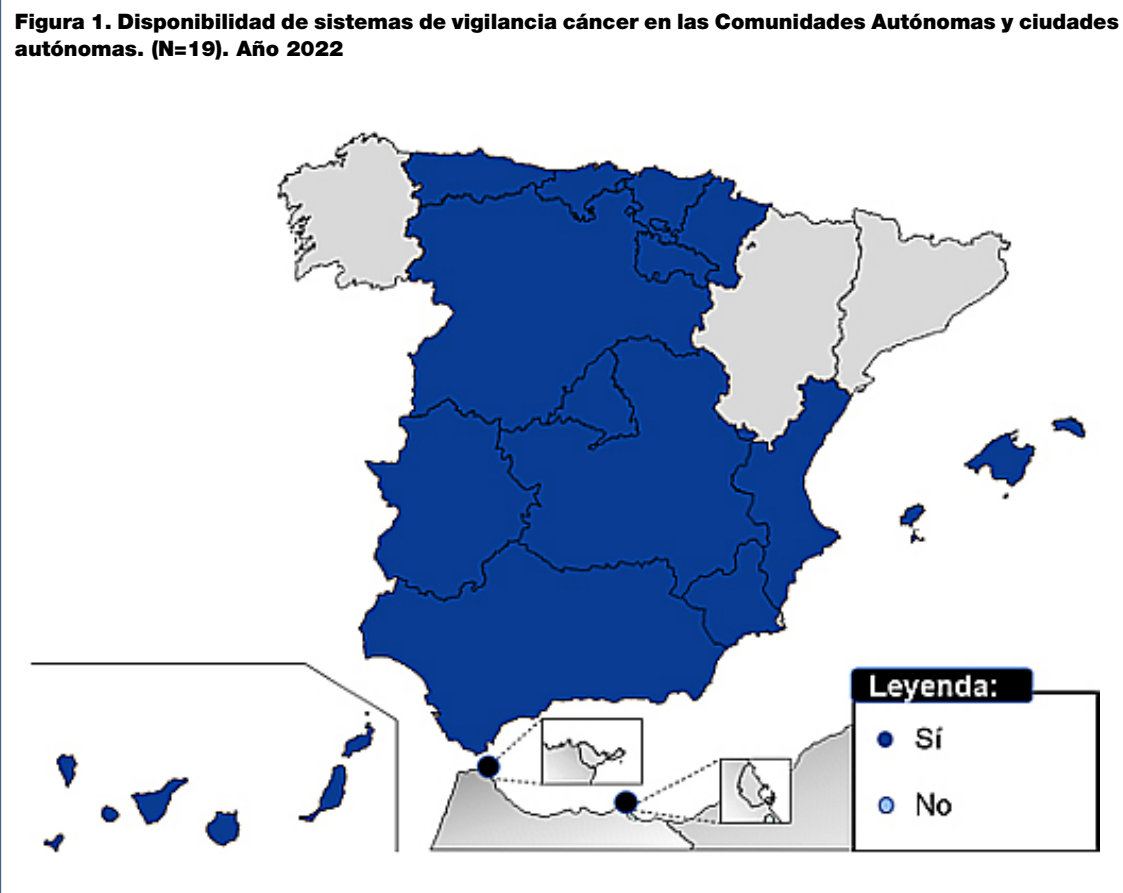
A nivel autonómico ninguna C. A. cuenta con una norma específica que defina la adscripción, estructura y gestión del SVENT. Sin embargo, 12 de las 18 CC. AA. con SVENT (66,7%) sí que tienen normativas que mencionan aspectos relacionados con la vigilancia de enfermedades no transmisibles en general, o con algún tipo de enfermedad en particular (enfermedades raras, cáncer) como se recoge en la tabla A. 2 del anexo 1.

A nivel central no se identifica una norma que defina en detalle un SVENT. Sin embargo, en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, el artículo 12 establece que la vigilancia en salud pública contemplará entre otros factores la vigilancia de las enfermedades no transmisibles. También existe una normativa específica para la vigilancia de enfermedades raras (Real Decreto 1091/2015, de 4 de diciembre, por el que se crea y regula el Registro Estatal de Enfermedades Raras).

4.2. Sistema de vigilancia de cáncer

4.2.1. Organización del sistema de vigilancia de cáncer

En 2022, 14 de las 19 CC. AA. (73,7%) cuentan con un sistema de vigilancia de cáncer (SVC) (figura 1).



A nivel central en 2022 no se dispone de un SVC.

De las 14 CC. AA. que disponen de un SVC, 13 (92,9%) tienen normativa que define diferentes aspectos del SVC (**tabla A. 3 del anexo 1**). Nueve de estas 13 CC. AA. han desarrollado normativa que define tanto la adscripción y/o estructura de la vigilancia de cáncer como aspectos relacionados con su gestión y funcionamiento, mientras que en los 4 restantes su normativa solo regula aspectos relacionados con la adscripción y/o estructura.

A nivel central se está trabajando en el Proyecto de Real Decreto por el que se Regula el Sistema de vigilancia de cáncer de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. En este proyecto normativo se definen tanto aspectos de la adscripción/estructura del SVC, como su gestión y funcionamiento.

A nivel autonómico, en 13 de las CC. AA. que disponen de un SVC, la vigilancia de cáncer está adscrita a las Unidades/subdirecciones de Vigilancia Epidemiológica/Epidemiología de las Direcciones Generales de Salud Pública y en una a un Instituto de Salud Pública.

Coordinación del sistema de vigilancia de cáncer

Seis (Andalucía, Asturias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Murcia, La Rioja) de las 14 CC. AA. que tienen SVC, disponen de órganos colegiados de coordinación en el ámbito del cáncer.

Entre las funciones de estos órganos colegiados destacan: acordar mecanismos de gestión para la recogida, gestión, accesibilidad y uso seguro de datos de cáncer (4 CC. AA.); acordar la información a difundir y el procedimiento de difusión (4 CC. AA.); proponer recomendaciones derivadas de los resultados de la vigilancia para el control de las causas de cáncer (3 CC. AA.); acordar protocolos de vigilancia de cáncer que garanticen que la información se obtenida de forma oportuna y de calidad (2 CC. AA.); acordar los mecanismos necesarios para llevar a cabo los intercambios de información necesarios en el ámbito nacional (2 CC. AA.); acordar la información necesaria para facilitar la evaluación del impacto en la salud de las políticas, normas, planes, programas que tengan impacto en cáncer (2 CC. AA.).

Ninguna de las 14 CC. AA. que cuentan con un SVC dispone de un plan de coordinación específico con el sistema asistencial de salud, aunque 12 de ellas indican mecanismos de coordinación con el sistema asistencial de salud (**tabla A. 4 del anexo 1**), entre los que destacan la coordinación de diferentes ámbitos de responsabilidad entre vigilancia y asistencia sanitaria (3 CC. AA.), coordinación ad hoc para el desarrollo de actuaciones concretas (6 CC. AA.), existencia de procedimientos de trabajo (4 CC. AA.), planes que integran vigilancia y el sistema asistencial de salud (5 CC. AA.), registros y otras bases de datos (6 CC. AA.) o sistemas de información compartidos (2. CC. AA.).

El 71,4% (10/14) de las CC. AA. (Andalucía, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Comunitat Valenciana, Madrid, Navarra, País Vasco y La Rioja) indican mecanismos de integración de agentes privados en el sistema, a través de la transmisión de información de los distintos agentes (hospitales, clínicas, laboratorios).

Colaboración del sistema de vigilancia de cáncer

Doce CC. AA. con SVC refieren llevar a cabo colaboraciones con instituciones y organismos públicos con relación a la vigilancia de cáncer. Diez de ellas colaboran con admi-

nistraciones autonómicas de otras CC. AA., siendo esta colaboración a través de la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), 6 CC. AA. colaboran con Universidades, 5 colaboran con otras administraciones autonómicas de la propia comunidad y 4 con administraciones estatales. Además, 6 CC. AA. colaboran con instituciones privadas, tales como asociaciones de pacientes (5 CC. AA.), sociedades científicas (3 CC. AA.), universidades (2 CC. AA.), laboratorios (2 CC. AA.) o consorcios y grupos de investigación para proyectos (1 C. A.).

Once CC. AA. con un SVC colaboran además con organismos internacionales relacionados con el cáncer, tales como la Organización mundial de la Salud (OMS), International Agency for Research on Cancer (IARC), International Association of Cancer Registries (IACR), European Network of Cancer Registries (ENCR), el estudio CONCORD de supervivencia de cáncer o el Group for Cancer Epidemiology and Registration in Latin Language Countries (GRELL) (tabla A. 5 del anexo 1).

Funciones del sistema de vigilancia de cáncer

Las CC. AA. (14) que tienen SVC incluyen entre sus funciones las recogidas en la 2.

Tabla 2. Funciones de los sistemas de vigilancia de cáncer en las Comunidades Autónomas (N=14). Año 2022.	
Funciones del sistema de vigilancia de cáncer	Nº Comunidades autónomas
Conocer la incidencia, prevalencia y supervivencia	14
Contribuir a la identificación de los grupos de población de mayor riesgo	13
Promover y facilitar la planificación de las necesidades de las autoridades públicas	14
Apoyar en la evaluación de los programas poblacionales de cribado de cáncer	14
Evaluar desde la perspectiva de la salud pública el impacto en el abordaje del cáncer de las políticas desarrolladas	13
Dar cumplimiento a los compromisos nacionales/internacionales de vigilancia de cáncer	13
Promover la difusión de la información epidemiológica	14
Fomentar la investigación epidemiológica y la formación.	13

Otras funciones referidas por algunas CC. AA. son responder a preguntas ciudadanas a través del Portal de Transparencia, demandas de información en relación con la salud de la población o realización de informes para la población general.

Además, 9 CC. AA. con SVC realizan funciones adicionales a la vigilancia de cáncer, como son funciones en materia de intervención (4 CC. AA.) o funciones de investigación (9 CC. AA.).

Manual de procedimientos del sistema de vigilancia de cáncer

Ninguna C. A. ha desarrollado un manual de procedimientos para el SVC, aunque el 11 (Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Comunitat Valenciana, Extremadura, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco y La Rioja) de las CC. AA. con SVC han definido protocolos normalizados de trabajo para determinados procesos de vigilancia. De la in-

formación disponible de 9 CC. AA. estos protocolos incluyen los elementos recogidos en la tabla 3.

Tabla 3. Elementos incluidos en los protocolos de los sistemas de vigilancia de cáncer en las Comunidades Autónomas que disponen los mismos (N=9). Año 2022.	
Elementos incluidos en los protocolos de vigilancia	Nº Comunidades Autónomas
Listado de tipos de tumores a vigilar	9
Elementos y estructura básica de los protocolos de los tumores objeto de vigilancia	8
Protocolos específicos de los tipos de tumores objeto de vigilancia	7
Variables comunes en la notificación	9
Fuentes de datos y circuitos de información	9
Periodicidad de la notificación	9
Descripción y periodicidad de los Informes del Sistema	7
Procedimiento de Evaluación del Sistema	8
Existencia de indicadores de calidad de los datos	9
Contenido y mecanismo de difusión de la información generada por el Sistema	7
Reglamento de funcionamiento del Comité Técnico del Sistema	2
Procedimiento de cesión y accesibilidad de la información del Sistema a terceros	4

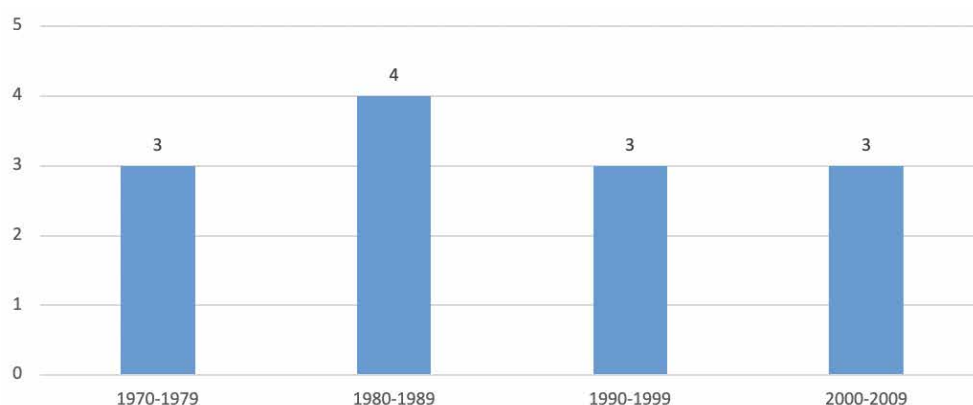
Estos protocolos se actualizan de forma continua en 3 CC. AA. (Canarias, Comunitat Valenciana, Extremadura), según necesidad en 3 CC. AA. (Cantabria, Madrid, La Rioja) o con el cambio de recomendaciones nacionales e internacionales en 2 CC. AA. (Asturias, Murcia).

4.2.2. Inicio e información recogida por el Sistema de Vigilancia de Enfermedades de Cáncer

Inicio

El año de inicio de los SVC en las CC. AA. es variable, variando desde el año 1973 hasta 2007 (**tabla A. 6 del anexo 1**). La distribución de la fecha de puesta en marcha de los SVC autonómicos por décadas se muestra en la figura 2.

Figura 2. Año de inicio de los sistemas de vigilancia de cáncer en las Comunidades Autónomas.



Tumores que se vigilan en el Sistema de vigilancia de cáncer

Todas las CC. AA. vigilan cáncer de mama, cáncer colorrectal, cáncer de cérvix uterino y cáncer de pulmón, y 13 de ellas (todas excepto Castilla-La Mancha) vigilan tumores infantiles. Además, 9 de estas 14 CC. AA. vigilan otros tumores malignos.

En 12 de estas CC. AA. (85,7%) la vigilancia cubre al 100% de la población y en otra C. A. (Illes Balears) al 60-79% de la población.

En relación al último año cerrado, este oscila entre el 2011 y 2020 (mediana 2017).

La información desagregada por CC. AA. se encuentra en la **tabla A. 7. del anexo 1.**

De las 5 CC. AA. que no incorporan todos los tumores a la vigilancia, tres de las CC. AA. (Andalucía, Castilla y León y Comunitat Valenciana) disponen de un procedimiento de priorización para los elementos que se vigilan. Entre los criterios de priorización que han definido estas CC. AA. se incluyen la carga de trabajo y los recursos disponibles, la existencia de programas de detección precoz, el impacto del cáncer en la C. A., su utilidad para la investigación y gestión de recursos sanitarios, así como las necesidades y los cambios de directrices de las organizaciones internacionales. En relación a la frecuencia con la que se realiza la priorización las CC. AA. lo hacen de forma periódica y ad hoc.

Fuentes de información del sistema de vigilancia de cáncer

Las fuentes de información utilizadas en los sistemas de vigilancia de cáncer se muestran en la tabla 4. Los datos desagregados por C. A. se muestran en la tabla A. 8.

Tabla 4. Fuentes de información de los sistemas de vigilancia de cáncer en las Comunidades autónomas (N=14). Año 2022.

Fuentes de información	Nº Comunidades autónomas
Registro de mortalidad	14
Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)	14

Fuente de información	Nº Comunidades autónomas
Informes de anatomía patológica	14
Historia clínica: atención primaria, atención hospitalaria	13
Registros hospitalarios de cáncer	8
Programas de cribado poblacional	8
Notificación del profesional sanitario	8
Otros (tarjeta sanitaria, biobancos...)	5
Informes de comités de tumores	4

Indicadores que se obtienen del sistema de vigilancia de cáncer

De las 11 CC. AA. que informan al respecto, los indicadores que se obtienen de sus sistemas de vigilancia de cáncer se muestran en la tabla 5.

Indicador	Nº Comunidades autónomas
Incidencia de cáncer	11
Tasa de mortalidad por cáncer	10
Mortalidad prematura por cáncer	8
Años potenciales de vida perdidos a la esperanza de vida en el momento de diagnóstico de cáncer	7
Años potenciales de vida perdidos a los 75 años por cáncer	5
Supervivencia poblacional observada a los 5 años del diagnóstico de cáncer	5
Supervivencia poblacional neta a los 5 años del diagnóstico de cáncer	5

La mayoría de CC. AA. con SVC (n=9) actualizan los indicadores de incidencia y mortalidad anualmente, mientras que en el caso de los indicadores de supervivencia las actualizaciones varían desde anualmente (n=2), cada 2-3 años (n=1) o cada 4-5 años en otras (n=2) (**tabla A. 9 del anexo 1**).

4.2.3. Elaboración de informes del Sistema de vigilancia de cáncer

Nueve de las 13 CC. AA. con SVC de las que disponemos información han realizado alguna publicación de los resultados del análisis del sistema entre 2018 y 2022, aunque solo 4 de estas han incluido en esos informes datos de vigilancia de años comprendidos entre 2017 y 2022. El periodo de desfase temporal entre que se producen los casos (año de incidencia)

y se publican los datos (año de publicación) generalmente oscila entre 2 y 5 años (**tabla A. 10 del anexo 1**).

4.2.4. Incorporación de la vigilancia de factores de riesgo al Sistema de vigilancia de cáncer y desagregación por ejes de desigualdad

Ninguna de las CC. AA. con SVC incorpora factores de riesgo al sistema de vigilancia.

Todas las CC. AA. con información al respecto (13/14) disponen de resultados desagregados por algunos ejes de desigualdad. Todas desagregan por edad, sexo y localización geográfica y 5 CC. AA. (Illes Balears, Castilla y León, Extremadura, Madrid y Murcia) desagregan por país de nacimiento. Ninguna desagrega por nivel de ingresos, nivel educativo, clase social ocupacional o discapacidad reconocida. Algunas CC. AA. utilizan otras variables de desagregación: índices de privación (Madrid, La Rioja), hábitat rural/urbano (Castilla y León).

4.2.5. Difusión de la información del Sistema de vigilancia de cáncer

Las CC. AA. con SVC llevan a cabo actuaciones de difusión de resultados, si bien solo el 14,3% (2/14) de las CC. AA. disponen de un procedimiento documentado para la difusión. Sin embargo, la mayoría (11 CC. AA.) sí que tienen protocolizados y/o sistematizados algunos aspectos relativos a la comunicación de los resultados, entre los que destacan: la información que se difunde (11 CC. AA.), la estructura de la información que se difunde (11 CC. AA.), los agentes a los que se difunde (9 CC. AA.) o los medios a través de los que se difunde (11 CC. AA) (**tabla A. 11 del anexo 1**).

Las CC. AA. con un SVC hacen la difusión de información a través de diferentes medios entre los que destacan la intranet (7 CC. AA.), espacio web (11 CC. AA.), listas de la distribución por correo electrónico (7 CC. AA.), la celebración de jornadas (6 CC. AA.), comunicados en prensa (8 CC. AA) o redes sociales (1 C. A.).

refieren que existe una obligatoriedad legal de difundir la información con relación al Sistema de vigilancia de cáncer recogida en la Ley de Transparencia de la propia C. A. o en la norma de creación del SVC.

Cuatro (Comunitat Valenciana, Madrid, Navarra) de las 14 CC. AA. con SVC cuentan con un observatorio en el que se difunde la información relativa al SVC, aunque en ningún caso es un observatorio específico de cáncer.

Once CC. AA. con SVC indican áreas de mejora relacionadas con la difusión de la información, entre las que destacan aumentar la frecuencia de publicación de informes, reducir el desfase temporal entre el año de publicación y la incidencia de los casos, mejorar el acceso a la información, así como la difusión a la población general, mediante la utilización de web y redes sociales.

4.2.6. Acceso a la información del Sistema de vigilancia de cáncer

Ocho CC. AA. (Asturias, Canarias, Comunitat Valenciana, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco y La Rioja) disponen de un protocolo de acceso a la información del sistema de vigilancia.

En 10 CC. AA. (Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunitat Valenciana, Extremadura, Murcia, País Vasco y La Rioja) mediante solicitud directa de información al servicio responsable del SVC, en 3 CC. AA. (Comunitat Valenciana, Extremadura, Murcia) la solicitud de información el acceso se puede hacer a través de una solicitud formal mediante registro (telemática o presencial), en 3 CC. AA. (Illes Balears, Extremadura, Murcia) mediante solicitud directa de información al Gabinete de Prensa y en 6 CC. AA. (Illes Balears Comunitat Valenciana, Extremadura, Madrid, Murcia, País Vasco) mediante solicitud directa de información a través del Portal de Transparencia.

4.2.7. Evaluación del Sistema de vigilancia de cáncer

Ninguna C. A. ha definido un modelo de evaluación del funcionamiento del SVC en su conjunto. Sin embargo, 11 CC. AA. hacen evaluaciones parciales de algún parámetro y realizan controles de calidad de los datos según procedimientos internos y/o estándares de la IARC/ENCR/REDECAN.

En las 12 CC. AA. con SVC que han aportado información, los aspectos que se evalúan son los recogidos en la 6.

Tabla 6. Aspectos evaluados en los sistemas de vigilancia de cáncer en las Comunidades autónomas. (N=12). Año 2022.

Aspectos que se evalúan	Nº Comunidades Autónomas
La importancia del evento sujeto a vigilancia, en este caso, el cáncer	7
La pertinencia de los objetivos y componentes de la vigilancia del cáncer	7
La utilidad y calidad de la información procesada	9
Comparabilidad	10
Validez	10
Exhaustividad	9
Oportunidad	9
El coste del sistema de vigilancia del cáncer	0

La periodicidad con la que las CC. AA. evalúan algún aspecto del SVC es anual en 9 CC. AA. (Andalucía, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Comunitat Valenciana, Extremadura, Madrid, País Vasco y La Rioja), continua en una CC. AA. (Murcia) y quinquenal en una C. A. (Canarias).

Ninguna C. A. recoge en un documento formal los resultados de la evaluación ni tienen establecido un plan de mejora tras los resultados de la evaluación.

Diez CC. AA. indican un órgano responsable de la evaluación, siendo en 4 CC. AA. un órgano interno, en 2 CC. AA. un órgano externo y en 4 CC. AA. tanto un órgano inter-

no como externo. Los órganos externos que realizan estas evaluaciones son, entre otros, la IARC, la ENCR y REDECAN.

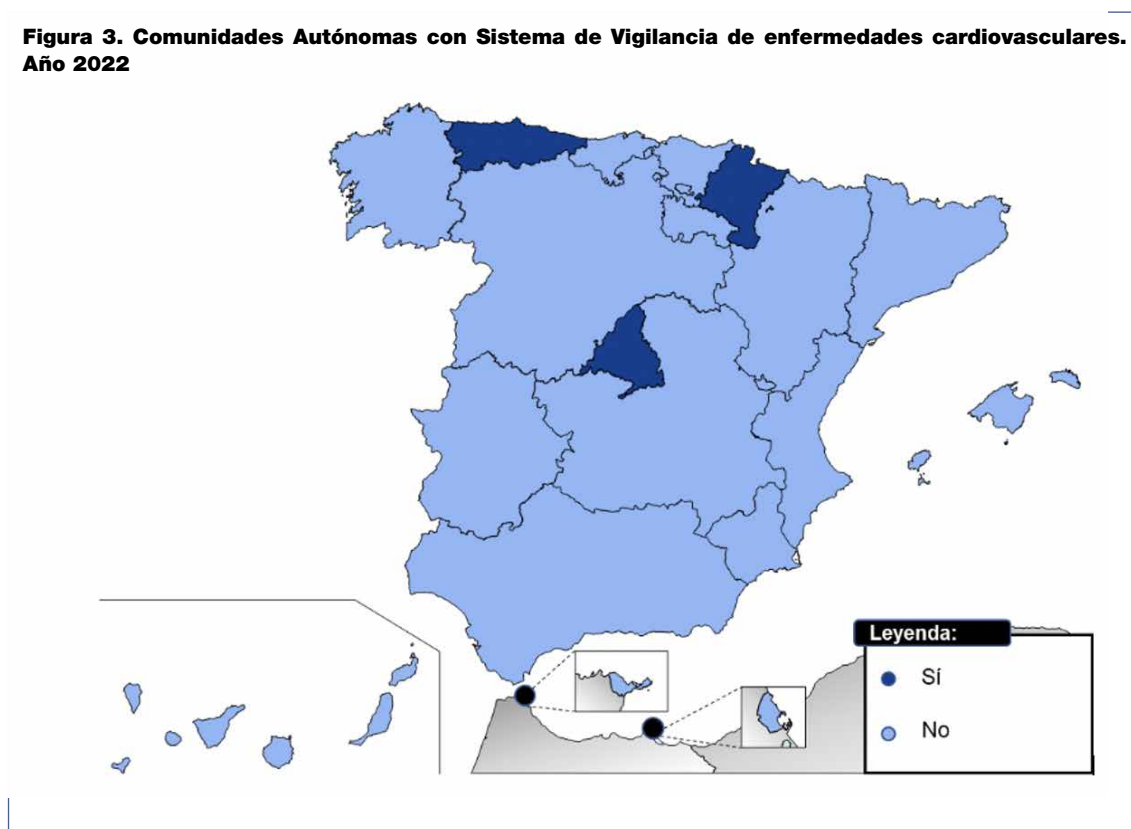
4.3. Sistema de vigilancia de salud cardiovascular

A efectos de este informe se define como sistema de vigilancia de salud cardiovascular aquel que incluye la vigilancia de, al menos, una de las siguientes enfermedades: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, valvulopatías, arritmias o ictus. En este sentido, se ha considerado que una comunidad o ciudad autónoma dispone de un sistema de vigilancia de salud cardiovascular si, como parte de su actividad, lleva a cabo la vigilancia de alguna de las citadas enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, valvulopatías, arritmias o ictus).

4.3.1. Organización del Sistema de vigilancia de salud cardiovascular

Tres CC. AA. tienen un SVSCV (figura 3).

Figura 3. Comunidades Autónomas con Sistema de Vigilancia de enfermedades cardiovasculares. Año 2022



A nivel central no se dispone de un SVSCV.

Ninguna C. A. ha desarrollado un marco normativo específico para el SVSCV. Las 3 CC. AA. que tienen un SVSCV sí que refieren que tiene normativa que define la adscripción de la vigilancia de la salud cardiovascular dentro de la vigilancia de las enfermedades no transmisibles (Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud en Asturias; Decreto

184/1996 de creación de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid y Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid y el Decreto Foral 63/2012, de 18 de julio, por el que se crea y se aprueban los Estatutos del Organismo Autónomo Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra).

No se dispone de un marco normativo que desarrolle un SVSCV a nivel central.

En 2 de las CC. AA. con un SVSCV, el órgano u órganos responsables del sistema están adscritos a la Dirección General de Salud Pública mientras que en otra C. A. está en un Instituto de Salud Pública. Concretamente en 2 CC. AA. se realiza desde observatorios de salud mientras que en otra lo hace una unidad de vigilancia específica de enfermedades no transmisibles.

Coordinación de los sistemas de vigilancia de salud cardiovascular

Una de las 3 CC. AA. (Madrid) con SVSCV coordina un órgano colegiado en el ámbito de salud cardiovascular (Red de médicos Centinela ELOÍN (Vigilancia de la obesidad infantil) y participa en el Grupo de Evaluación de la Estrategia de Atención a Pacientes Crónicos de la Comunidad de Madrid. Entre las funciones de estos órganos colegiados se incluyen acordar protocolos que garanticen que la información sea obtenida de forma oportuna y de calidad, acordar mecanismos de gestión para la recogida, gestión, accesibilidad y uso seguro de datos, proponer recomendaciones derivadas de los resultados de la vigilancia para el control de causas de enfermedad cardiovascular, acordar la información a difundir y el procedimiento de difusión, así como acordar la información necesaria para facilitar la evaluación del impacto en salud de las políticas, normas, planes, programas dirigidas a mejorar la salud cardiovascular.

Ninguna de las CC. AA. con SVSCV tiene un plan de coordinación específico con el ámbito asistencial, aunque dos de estas 3 CC. AA. (Asturias, Madrid) con SVSCV detallan mecanismos de coordinación con el sistema asistencial de salud, mediante contacto directo con asistencia sanitaria o a través de un convenio con el sistema asistencial para el procesamiento puntual de muestras biológicas para la vigilancia cardiovascular.

Dos de las 3 CC. AA. (Madrid, Navarra) con SVSCV tienen mecanismos de integración del sector privado en el modelo organizativo del SVSCV, tales como sistemas de información integrados (CMBD) a través del cual los centros hospitalarios privados y ambulatorios proporcionan información al sistema.

Colaboraciones del sistema de vigilancia de salud cardiovascular

Las 3 CC. AA. con SVSCV colaboran con instituciones y organismos públicos en el ámbito de la vigilancia de salud cardiovascular. Dos de ellas colaboran con universidades públicas y administraciones locales, otra colabora con administraciones de la propia C. A. y otra con administraciones estatales (Tabla A. 44). Una C. A. (Madrid) también lleva a cabo colaboraciones con el ámbito privado, concretamente con sociedades científicas. Por otro lado, una C. A. también colabora coordinando el ámbito cardiovascular de un estudio internacional en España Navarra, estudio EPIC).

Ninguna C. A. refiere dificultades en la colaboración o en la coordinación que llevan a cabo con otras instituciones o entidades.

A nivel central no se ha identificado un marco de colaboración estructurado con instituciones y organismos públicos, ni con entidades privadas en el ámbito de la vigilancia de salud cardiovascular.

Funciones del sistema de vigilancia de salud cardiovascular

Las funciones que desempeñan los SVSCV en el ámbito autonómico se muestran en la tabla 7.

Funciones	Nº Comunidades autónomas
Conocer la incidencia, prevalencia y supervivencia de las enfermedades objeto de vigilancia por el sistema por sexo, grupo de edad y área geográfica.	3
Contribuir a la identificación de los grupos de población de mayor riesgo de padecer las enfermedades cardiovasculares objeto de vigilancia y a la vigilancia de sus determinantes.	3
Promover y facilitar la planificación de las necesidades de las autoridades públicas, tanto sanitarias como no sanitarias, en el desarrollo de actividades de prevención y promoción de la salud y en la evaluación de los programas frente a enfermedades cardiovasculares objeto de vigilancia, sirviendo de apoyo a la toma de decisiones.	2
Evaluar desde la perspectiva de la salud pública el impacto en el abordaje de la salud cardiovascular de las políticas desarrolladas desde cualquier ámbito.	3
Promover la difusión de la información epidemiológica, relevante para la prevención de enfermedades cardiovasculares objeto de vigilancia entre los profesionales sanitarios y la población general.	3
Fomentar la investigación epidemiológica y la formación relacionada con la salud cardiovascular, especialmente de sus factores de riesgo.	3

Además de las funciones relacionadas con la vigilancia de salud cardiovascular, estas CC. AA. desarrollan otras funciones en materia de intervención (2 CC. AA.) e investigación (3 CC. AA.).

Manual de procedimiento de los sistemas de vigilancia de salud cardiovascular

Ninguna C. A. tiene un manual de procedimientos para el SVSCV, aunque una C. A. (Navarra) dispone de protocolos consensuados con los profesionales de cardiología.

4.3.2. Inicio e información recogida por el sistema de vigilancia de salud cardiovascular

Inicio

La fecha de inicio de la actividad de los SVSCV es variable (año 1992 en Madrid, 2000 en Navarra y 2011 en Asturias).

Eventos que se vigilan en el sistema de vigilancia de salud cardiovascular

Las enfermedades que se vigilan en los SVSCV se detallan en la tabla 8. Además 2 CC. AA. realizan vigilancia de obesidad/obesidad infantil (, y una C. A. realizan vigilancia de

diabetes, hipertensión arterial y síndrome metabólico. En estas 3 CC. AA. la vigilancia cubre al 100% de la población.

Tabla 8. Eventos que se vigilan en el Sistema de vigilancia de salud cardiovascular en las Comunidades Autónomas. (N=3). Año 2022.

Enfermedad cardiovascular	Nº Comunidades Autónomas
Cardiopatía isquémica	3
Insuficiencia cardiaca	1
Valvulopatías	1
Arritmias	1
Ictus	3
Otros	2

Priorización de los eventos que se vigilan en el sistema de vigilancia de salud cardiovascular

Ninguna de las CC. AA. con SVSCV tiene un procedimiento de priorización para los eventos que se vigilan en el sistema. Sin embargo, 2 CC. AA. (Madrid, Navarra) sí que han definido criterios de priorización, entre los que se incluyen la alta prevalencia, posibilidad de prevención, que existan intervenciones, aspectos incluidos en las estrategias de salud pública o que las enfermedades estén incluidas en el propio objetivo del registro.

Fuentes de información del sistema de vigilancia de salud cardiovascular

Las fuentes de información utilizadas por los SVSCV se detallan en la tabla 9.

Tabla 9. Fuentes de información utilizadas por el sistema de vigilancia de salud cardiovascular en las Comunidades Autónomas. (N=3). Año 2022.

Fuentes de información	Nº Comunidades autónomas
Historia clínica: atención primaria, atención hospitalaria	3
Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)	3
Encuestas de salud	3
Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE)	1
Estudios epidemiológicos ad hoc	2
Registros de base poblacional	0
Registros hospitalarios	1
Estadística de indicadores hospitalarios y de establecimientos sanitarios con régimen de internado	0
Registro de mortalidad	3

Indicadores de los sistemas de vigilancia de salud cardiovascular

Disponemos de información de los indicadores que se obtienen del sistema de vigilancia de salud cardiovascular en dos CC. AA. (Asturias, Madrid) con SVSCV producen indicadores a partir de los datos de la vigilancia. Los indicadores que recogen los SVSCV en el ámbito autonómico se muestran en la tabla 10.

Tabla 10: Indicadores de los sistemas de vigilancia de salud cardiovascular en las Comunidades autónomas. (N=2). Año 2022.

Indicador	Nº Comunidades autónomas
Mortalidad global por enfermedades cardiovasculares	2
Mortalidad global por enfermedades del sistema circulatorio	2
Mortalidad global por enfermedades del corazón	2
Mortalidad global por cardiopatía isquémica	2
Mortalidad por infarto agudo de miocardio	1
Mortalidad global por enfermedades cerebrovasculares	2
Mortalidad por ictus	1
Letalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio	1
Incidencia de infarto agudo de miocardio	1
Incidencia de ictus	1
Incidencia de fibrilación auricular	1
Prevalencia global de enfermedades cardiovasculares	2
Prevalencia global de cardiopatía isquémica	1
Prevalencia de ictus	2
Prevalencia de fibrilación auricular	1
Años de vida perdidos ajustados por discapacidad, atribuible a enfermedad cardiovascular	2
Mortalidad por diabetes	2
Prevalencia de diabetes	2
Prevalencia de hipertensión arterial tratada en adultos	2
Prevalencia de hipertensión arterial durante el embarazo	1
Porcentaje de personas con hipertensión que están a tratamiento	2
Prevalencia de hipercolesterolemia tratada en adultos	2
Porcentaje de personas con hipercolesterolemia que están a tratamiento	2
Prevalencia de hipercolesterolemia tratada en adultos	1
Dispensación de estatinas	2

4.3.3. Elaboración de informes los sistemas de vigilancia de salud cardiovascular

Las tres CC. AA. que tienen SVSCV han realizado publicaciones sobre los resultados de la vigilancia. Las últimas publicaciones en este ámbito referidas por las CC. AA. han sido realizadas entre los años 2017-2022, con un decalaje de un año entre el año de publicación y el periodo de análisis de los datos incluidos en el informe.

4.3.4. Incorporación de la vigilancia de los factores de riesgo a los sistemas de vigilancia de salud cardiovascular

Las tres CC. AA. que tienen SVSCV incluyen la vigilancia de factores de riesgo en el sistema de vigilancia.

Los factores de riesgo que recogen los SVSCV se muestran en la tabla 11.

Tabla 11. Factores de riesgo de salud cardiovascular recogidos en el sistema de vigilancia de salud cardiovascular en las Comunidades autónomas. (N=3). Año 2022.	
Factores de riesgo de salud cardiovascular	Nº Comunidades autónomas
Consumo de tabaco	3
Consumo de alcohol	2
Obesidad	3
Diabetes	3
Hipertensión	3
Hipercolesterolemia	3
Síndrome metabólico	3
Actividad física	3
Alimentación	2

Además, las 3 CC. AA. disponen de resultados desagregados por ejes de desigualdad en el sistema de vigilancia, como se detalla en la tabla 12. Los resultados por CC. AA. se recogen en la Tabla A. 61.

Tabla 12. Ejes de desigualdad por los que se desagregan los resultados en el sistema de vigilancia de salud cardiovascular en las Comunidades autónomas. (N=3). Año 2022	
Ejes de desigualdad	Nº Comunidades autónomas
Edad	3
Sexo	3
Nivel de ingresos	2
Nivel educativo	2

Tabla 12. Ejes de desigualdad por los que se desagregan los resultados en el sistema de vigilancia de salud cardiovascular en las Comunidades autónomas. (N=3). Año 2022. (cont.)

Clase social ocupacional	2
País de nacimiento	3
Localización geográfica	3
Discapacidad reconocida	1
Otros (índice de privación)	1

4.3.5. Difusión de la información de los sistemas de vigilancia de salud cardiovascular

Aunque las CC.AA. con SVSCV hacen difusión de los resultados de la vigilancia, solo una C. A. (Asturias) cuenta con un procedimiento para la difusión de los mismos. Las 3 CC. AA. tienen protocolizado los aspectos de la información que se difunde y la estructura de la misma, en dos CC.AA. (Asturias y Madrid) además está protocolizado los agentes a los que se difunde la información y los medios.

Todas las CC. AA. difunden la información a través de espacio web, celebración de jornadas y comunicados en prensa. Además, dos CC. AA. (Asturias, Madrid) utilizan las redes sociales y las listas de distribución por correo electrónico y una C. A. (Navarra) la intranet.

Dos CC.AA. (Madrid, Navarra) refieren que existe una obligatoriedad legal de difundir la información recogida en la Ley de Transparencia de la propia C. A.

Las 3 CC. AA. cuentan con un observatorio no específico de salud cardiovascular.

4.3.6. Acceso a la información de los sistemas de vigilancia de salud cardiovascular

Dos de las 3 CC. AA. (Madrid, Navarra) cuentan con un protocolo de acceso a la información del sistema de vigilancia. El mecanismo de solicitud y acceso a la información del SVSCV es el recogido en la Ley de Transparencia.

4.3.7. Evaluación de los sistemas de vigilancia de salud cardiovascular

Ninguna C. A. dispone de un procedimiento de evaluación del SVSCV aunque dos CC. AA. (Asturias y Madrid) sí evalúan algunos aspectos del SVSCV, como se detalla en la tabla 13.

Tabla 13: Aspectos que se evalúan en el Sistema de vigilancia de salud cardiovascular de las Comunidades autónomas. (N=2). Año 2022.

Aspectos que se evalúan	Nº Comunidades autónomas
La importancia del evento sujeto a vigilancia	2
La pertinencia de los objetivos y componentes de la vigilancia	2
La utilidad y calidad de la información procesada	1
Comparabilidad	1
Validez	1
Exhaustividad	1
Oportunidad	1
El coste del sistema de vigilancia	0

En relación a la periodicidad de la evaluación, una C. A. la realiza anualmente y otra lo hace *ad hoc*.

Las CC. AA. que llevan a cabo algún tipo de evaluación sobre el SVSCV no elaboran planes de mejora a raíz de la misma ni recogen en un documento formal los resultados de la evaluación.

4.4. Sistema de vigilancia de salud mental

4.4.1. Organización y funcionamiento del sistema de vigilancia de salud mental

Solo una C. A. (Madrid) tiene un sistema de vigilancia de salud mental (SVSM). Once CC. AA., aunque no tienen como tal un SVSM, han aportado información asociada a algunos aspectos vinculados a la vigilancia de salud mental y sobre los trabajos en desarrollo (**tabla A. 12 del anexo 1**).

A nivel central no se dispone de un SVSM.

A nivel central, el Ministerio de Sanidad ha impulsado la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026. En la estrategia se plantean diversos objetivos que apuntan a acciones que faciliten la creación de un SVSM.

En el ámbito autonómico ninguna C. A. ha desarrollado un marco normativo específico para el SVSM. La C. A. que tiene un SVSM tampoco cuenta con normativa específica que defina SVSM, pero sí que tiene a la salud mental como uno de los aspectos a considerar dentro de las funciones de la vigilancia.

Tampoco se dispone de un marco normativo que desarrolle un SVSM a nivel central.

En la C. A. que tiene un SVSM, la responsabilidad de la vigilancia de salud mental se divide entre la Unidad de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, la Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros y la Unidad Técnica de Vigilancia de las Adicciones, que dependen de la Dirección General de Salud Pública y la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones, que depende de la Dirección General Asistencial.

Coordinación de los sistemas de vigilancia de salud mental

La unidad responsable de la vigilancia en la Comunidad de Madrid participa con el rol de coordinador en un órgano colegiado relacionado con el ámbito de la salud mental (Plan de prevención del suicidio en la Comunidad de Madrid 2022-2026). Dicho órgano colegiado lleva a cabo diferentes funciones, entre las que destacan acordar el procedimiento normalizado de trabajo del sistema y los protocolos de vigilancia de salud mental que garanticen que la información sea obtenida de forma oportuna y de calidad, acordar los mecanismos para la recogida, gestión, accesibilidad y uso seguro de los datos de vigilancia en salud mental, acordar los mecanismos necesarios para llevar a cabo los intercambios de información necesarios en el ámbito nacional propios del sistema, proponer recomendaciones derivadas de los resultados de la vigilancia, acordar la información a difundir y el procedimiento de difusión de la misma así como acordar la información necesaria para facilitar la evaluación del impacto en salud de las políticas, normas, planes, programas con impacto en salud mental.

Otra C. A. (Galicia) aunque no tiene SVSM también coordina un órgano colegiado del ámbito de la salud mental (Comisión interdepartamental para la prevención de suicidio de Galicia).

En la C. A. que tiene un SVSM hay un plan de coordinación específico con el ámbito asistencial (Oficina Regional Coordinación Salud Mental y Adicciones, SERMAS).

Colaboraciones del sistema de vigilancia de salud mental

En la C. A. con SVSM no hay mecanismos de integración del sector privado en el modelo organizativo del SVSM. En otras dos CC. AA. (Asturias, Galicia) que no tienen SVSM sí que hay mecanismos de integración de agentes privados. En Asturias se cuenta con una plataforma online de registro de casos admitidos a tratamiento por consumo de sustancias y por conductas adictivas, en el que en la actualidad registran sus casos una decena de entidades terapéuticas.

En Galicia existe un sistema que recoge la información de los indicadores del plan nacional de drogas, recogiendo información de carácter asistencial de entidades del tercer sector de este ámbito (7 entidades privadas, 13 municipales, 2 sanitarias públicas). También ONG que desarrollan programas socio comunitarios de actuación en el ámbito del trastorno mental grave.

Funciones del sistema de vigilancia de salud mental

Las funciones del sistema de vigilancia de la C. A. que tiene SVSM son:

- Conocer la incidencia, prevalencia y supervivencia de los trastornos mentales objeto de vigilancia por sexo, grupo de edad y área geográfica.
- Contribuir a la identificación de los grupos de población de mayor riesgo de padecer los trastornos mentales objeto de vigilancia y a la vigilancia de sus determinantes.
- Promover y facilitar la planificación de las necesidades de las autoridades públicas, tanto sanitarias como no sanitarias, en el desarrollo de actividades de prevención y promoción de la salud mental y en la evaluación de los programas frente a los trastornos mentales objeto de vigilancia, sirviendo de apoyo a la toma de decisiones.
- Evaluar desde la perspectiva de la salud pública el impacto en el abordaje de los

- trastornos mentales objeto de vigilancia de las políticas desarrolladas desde cualquier ámbito.
- Dar cumplimiento a los compromisos nacionales/internacionales de vigilancia de la salud mental.
 - Promover la difusión de la información epidemiológica, relevante para la prevención de los trastornos mentales objeto de vigilancia entre los profesionales sanitarios y la población general.
 - Fomentar la investigación epidemiológica y la formación relacionada con la salud mental, especialmente de sus determinantes sociales y factores de riesgo.

Además, esta C. A. desempeña otras funciones en materia de investigación en salud mental.

Manual de procedimiento de los sistemas de vigilancia de salud mental

La C. A. con SVSM no tiene un manual de procedimientos ni protocolos normalizados de trabajo específicos para el SVSM.

4.4.2. Información recogida por los sistemas de vigilancia de salud mental

Inicio

La C. A. que cuenta con SVSM inició su actividad en 2018. Otras dos C. A. (Galicia, Murcia) que no cuentan con SVSM refieren haber iniciado actividades de vigilancia en salud mental en los años 2010 y 2018 respectivamente.

Eventos que se vigilan en el sistema de vigilancia de salud mental

Las enfermedades que se vigilan en la C. A. que tiene SVSM son depresión, trastorno bipolar y otros trastornos del estado de ánimo; trastornos de la alimentación; trastornos mentales y del comportamiento debidos a determinadas conductas adictivas (consumo de tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir, consumo de alcohol y drogas); demencia y salud mental en general (cuestionario GHQ) (Tabla A. 83).

Otras CC. AA. que no tienen SVSM vigilan algunas de estas enfermedades: conducta suicida (Cataluña, Galicia, Murcia); trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastorno de estrés postraumático y trastornos del comportamiento (Cataluña, Murcia); trastornos por adicciones (Galicia, Murcia); trastornos de la alimentación, trastornos de la personalidad y trastornos psicóticos (Cataluña).

La C. A. que tiene SVSM no cuenta con un procedimiento de priorización para los elementos que se vigilan en el sistema, aunque sí cuenta con criterios de priorización, entre los que se incluyen la alta prevalencia, relación con hábitos de salud o con otros problemas vigilados, posibilidad de prevención, sometidos a intervenciones o temas incluidos en estrategias de salud pública. Esta priorización se lleva a cabo mediante el análisis de la información recogida, la comparación con los elementos vigilados por otros registros, el análisis de la bibliografía científica y el análisis interno. La frecuencia de priorización es ad hoc.

Fuentes de información del sistema de vigilancia de salud mental

Las fuentes de información utilizadas por la C. A. que tiene SVSM son el conjunto mínimo básico de datos (CMBD), encuestas de salud, sistema de información de drogodependencias y registro de mortalidad.

Otras fuentes utilizadas por CC. AA. que no tienen SVSM son la historia clínica, base de datos de productos farmacéuticos, registros de base poblacional y/o registros hospitalarios, estudios epidemiológicos ad hoc y estadística de indicadores hospitalarios y de establecimientos sanitarios con régimen de internado.

Indicadores que se obtienen del sistema de vigilancia de salud mental

La C. A. que tienen SVSM, a partir de la información recogida por el sistema genera los siguientes indicadores: Incidencia de trastornos mentales, tasas de hospitalización, tasa de mortalidad, indicadores basados en la utilización de servicios hospitalarios, años de vida perdidos por muerte prematura (AVP); años de vida perdidos por discapacidad (AVD); años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), consumo de medicamentos antidepresivos, consumo de tranquilizantes, sedantes e hipnóticos, consumo problemático de alcohol, abuso de drogas ilegales y otros (violencia interpersonal y acoso). La frecuencia de actualización de los indicadores suele ser anual o bienal.

Otras C. A. sin SVSM también cuentan con algunos indicadores en materia de salud mental: incidencia de trastornos mentales, tasa de hospitalización, indicadores basados en la utilización de servicios hospitalarios, consumo de medicamentos antidepresivos (Cataluña, Galicia, Murcia); tasa de mortalidad, años de vida perdidos por muerte prematura (Cataluña, Galicia); consumo de tranquilizantes, sedantes e hipnóticos, consumo problemático de alcohol, abuso de drogas ilegales (Galicia, Murcia), años de vida perdidos por discapacidad (Cataluña). La frecuencia de actualización de la mayoría de los indicadores suele ser anual.

4.4.3. Elaboración de informes los sistemas de vigilancia de salud mental

La C. A que tiene SVSM ha realizado publicaciones sobre los resultados de la vigilancia. Las últimas publicaciones en este ámbito han sido realizadas entre los años 2020-2022, con datos de los años 2020-2021.

4.4.4. Incorporación de la vigilancia de los factores de riesgo al sistema de vigilancia de salud mental

La C. A. con SVSM incluye factores de riesgo en el sistema de vigilancia entre los que se encuentran determinantes sociales de la salud, hábitos y estilo de vida, consumo de sustancias, además de violencia interpersonal, acoso y control (en relaciones de pareja o fuera de estas).

Además, la C. A. con SVSM desagrega los resultados de la vigilancia por diferentes ejes de desigualdad entre los que se incluyen la edad, sexo, nivel de ingresos, nivel educativo, clase social/ocupacional, país de nacimiento, localización geográfica e índice de pri-

vación (no incluye la discapacidad reconocida). Otras 2 CC. AA. (Cataluña, Galicia) sin SVSM también desagregan sus resultados por varios de estos ejes: sexo país de nacimiento, localización geográfica. Cataluña desagrega además por edad y discapacidad reconocida.

4.4.5. Difusión de la información de los sistemas de vigilancia de salud mental

La C. A. con SVSM no cuenta con un procedimiento para la difusión de resultados del sistema, aunque sí que tiene protocolizados algunos aspectos relativo a la comunicación tales como la información que se difunde, la estructura de la información, así como los agentes a los que se difunde y los medios utilizados.

La C. A. con SVSM hace la difusión de información a través espacio web y listas de distribución por correo electrónico no empleando la intranet, redes sociales, comunicados de prensa, ni jornadas. Además, 3 CC. AA. sin SVSM también utilizan diferentes medios para hacer difusión de la información, tales como espacios web (Cataluña, Galicia, Murcia), comunicados de prensa (2 CC. AA.), celebración de jornadas (Cataluña, Galicia), listas de distribución por correo electrónico (Galicia, Murcia).

Ninguna C. A. tiene obligatoriedad legal de difundir la información con relación al SVSM.

La C. A. con SVSM no cuenta con un observatorio específico de salud mental, aunque sí hay un observatorio de resultados del servicio asistencial de salud.

La C. A. identifica como áreas de mejora en la difusión la identificación de los interlocutores interesados y potenciar las estructuras de comunicación existentes. Otras dos CC. AA. sin SVSM también identifican como áreas de mejora sistematizar la información y asignar responsabilidades en la vigilancia, y difundir los principales resultados a la sociedad a través de medios de comunicación.

4.4.6. Acceso a la información del sistema de vigilancia de salud mental

La C. A. con SVSM cuenta con un protocolo de acceso a la información del sistema de vigilancia. El mecanismo de solicitud y acceso a la información del SVSM es el recogido en la Ley de Transparencia y Participación de la C. A.

4.4.7. Evaluación del sistema de vigilancia de salud mental

La C. A. con SVSM no ha definido un modelo de evaluación del funcionamiento SVSM, aunque aplica la evaluación específicamente a cada subsistema de vigilancia.

Los aspectos que evalúa la C. A. con SVSM son la importancia del evento sujeto a vigilancia; la pertinencia de los objetivos y componentes de la vigilancia; la utilidad y calidad de la información procesada (comparabilidad, validez, exhaustividad, oportunidad). Estos aspectos también son evaluados por otras dos CC. AA. sin SVSM (Cataluña, Murcia).

En relación a la periodicidad de la evaluación, la C. A. con SVSM refiere que algunos subsistemas se evalúan anualmente mientras que otros se hacen de forma continua.

La C. A. con SVSM no elabora un plan de mejora a raíz de la evaluación ni se recoge en un documento formal los resultados de la evaluación, aunque refiere incorporar cambios anualmente. Otra C. A. (Cataluña) sin SVSM sí refiere tener un plan de mejora y documentar dichos resultados en un informe.

5. Conclusiones

5.1. Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles

- Dieciocho de las 19 CC. AA. y el nivel central disponen de un SVENT (se considera que se dispone de un SVENT si se dispone al menos de uno de los siguientes sistemas de vigilancia: cáncer, salud cardiovascular, salud mental, diabetes y enfermedades raras).
- El sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles más habitual en las CC. AA. es el de enfermedades raras (18 CC. AA.), seguido del de cáncer (14 CC. AA.). Sólo 3 CC. AA. disponen de un sistema de vigilancia de salud cardiovascular y una C. A. de salud mental.

5.2. Sistema de vigilancia de cáncer

- Catorce de las 19 CC. AA. tienen un SVC. No existe un SVC a nivel central.
- No todas las CC. AA. tienen un marco normativo que define la adscripción y/o estructura del sistema de vigilancia de cáncer, así como aspectos relacionados con su gestión y funcionamiento.
- Seis CC. AA. disponen de órganos colegiados de coordinación en el ámbito del cáncer.
- Ninguna C. A. dispone de un plan de coordinación específico con el sistema asistencial de salud, aunque indican mecanismos de coordinación como la coordinación ad hoc para el desarrollo de actuaciones concretas, existencia de procedimientos de trabajo, planes que integran vigilancia y el sistema asistencial de salud, registros y otras bases de datos o sistemas de información compartidos.
- La mayoría de la CC. AA. colaboran con otras CC. AA., a través de la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), con universidades, con otras administraciones autonómicas de la propia comunidad y con administraciones estatales. Además, 6 CC. AA. colaboran con instituciones privadas, como asociaciones de pacientes, sociedades científicas, universidades, laboratorios o consorcios y grupos de investigación para proyectos. La mayoría colaboran además con organismos internacionales como la Organización mundial de la Salud, International Agency for Research on Cancer, International Association of Cancer Registries, European Network of Cancer Registries, el estudio CONCORD de supervivencia de cáncer o el Group for Cancer Epidemiology and Registration in Latin Language Countries.
- Ningún SVC en las CC. AA. dispone de un manual de procedimientos, aunque la mayoría disponen de protocolos de trabajo que suelen incluir el listado de tipos de tumores a vigilar, variables comunes en la notificación, fuentes de datos y circuitos de información, periodicidad de la notificación, existencia de indicadores de calidad y procedimiento de evaluación del sistema. Con menos frecuencia se incluye en estos protocolos aspectos sobre la difusión de la in-

formación generada, el funcionamiento del órgano colegiado que coordina el sistema y el procedimiento de cesión y accesibilidad de la información del sistema a terceros.

- La fecha de inicio de la actividad de los SVC de las CC. AA. es variable, desde 1973 hasta 2007. En relación al último año cerrado, este oscila entre el 2011 y 2020 (mediana 2017).
- Todas las CC. AA. vigilan cáncer de mama, cáncer colorrectal, cáncer de cérvix uterino y cáncer de pulmón, y 13 de ellas vigilan tumores infantiles. Además, 9 de estas 14 CC. AA. vigilan otros tumores malignos.
- Las fuentes de información utilizadas en todos los SVC son los informes de anatomía patológica, el conjunto mínimo básico de datos y el registro de mortalidad. También se utilizan con frecuencia la historia clínica, los registros hospitalarios de tumores y los programas poblacionales de cribado.
- Todas las CC. AA. que informan al respecto utilizan en sus sistemas como indicadores la incidencia de cáncer y con frecuencia la tasa de mortalidad por cáncer, la mortalidad prematura por cáncer, los años potenciales de vida perdidos a la esperanza de vida en el momento de diagnóstico de cáncer. Con menos frecuencia se utilizan los años potenciales de vida perdidos a los 75 años por cáncer, la supervivencia poblacional observada a los 5 años del diagnóstico de cáncer y la supervivencia poblacional neta a los 5 años del diagnóstico de cáncer.
- Nueve CC. AA. han realizado alguna publicación de los resultados del análisis del sistema entre 2018 y 2022. El periodo de desfase temporal entre que se producen los casos (año de incidencia) y se publican los datos (año de publicación) generalmente oscila entre 2 y 5 años.
- Ninguna C. A. incorpora la vigilancia de factores de riesgo al sistema de vigilancia. Todas disponen de resultados desagregados por ejes de desigualdad. Todas desagregan por edad, sexo y localización geográfica. Ninguna desagrega por nivel de ingresos, nivel educativo, clase social ocupacional o discapacidad reconocida.
- Solo dos CC. AA. disponen de un procedimiento para la difusión. Sin embargo, la mayoría tienen protocolizados algunos aspectos relativos a la comunicación de los resultados, entre los que destacan: la información que se difunde, la estructura de la información que se difunde, los agentes a los que se difunde (o los medios a través de los que se difunde).
- En relación a los medios a través de los que se difunde la información destaca la baja utilización de las redes sociales.
- Cuatro CC. AA. cuentan con un observatorio en el que se difunde la información relativa al SVC, aunque en ningún caso es un observatorio específico de cáncer.
- Ocho CC. AA. disponen de un protocolo de acceso a la información del sistema de vigilancia.
- Ninguna C. A. ha definido un modelo de evaluación del funcionamiento del SVC. La mayoría evalúan algunos aspectos del sistema como la calidad de los datos según procedimientos internos y/o estándares de la IARC/ENCR/REDECAN. Ninguna C. A. recoge en un documento formal los resultados de la evaluación ni tienen establecido un plan de mejora tras los resultados de la evaluación.

5.3. Sistema de vigilancia de salud cardiovascular

- Solo 3 CC. AA. tienen un SVSCV. No existe un SVSCV a nivel central.
- Ninguna C. A. tienen un marco normativo para el SVSCV, aunque sí refieren normativa que define la adscripción de la vigilancia de la salud cardiovascular dentro de la vigilancia de las enfermedades no transmisibles.
- En todas las CC. AA. el SVSCV está adscrito a la Dirección General de Salud Pública o a un Instituto de Salud Pública.
- Solo una de las 3 CC. AA. coordina un órgano colegiado en el ámbito de la vigilancia de la salud cardiovascular.
- Ninguna C. A. tiene un plan de coordinación específico con el sistema asistencial de salud, aunque 2 de ellas sí cuentan con mecanismos de coordinación.
- Además de las funciones propias de la vigilancia las CC. AA. desarrollan funciones en materia de intervención e investigación.
- Ninguna C. A. tiene un manual de procedimientos para el SVSCV.
- La fecha de inicio de la actividad de los SVSCV es muy variable, desde 1992 hasta 2011.
- Las 3 CC. AA. vigilan cardiopatía isquémica e ictus y una C. A. vigila adicionalmente valvulopatías y arritmias.
- Ninguna de las 3 CC. AA. con SVSCV disponen de un procedimiento de priorización para los elementos que se vigilan, aunque 2 CC. AA. sí que han definido criterios de priorización, entre los que se incluyen la alta prevalencia, posibilidad de prevención, que existan intervenciones, aspectos incluidos en las estrategias de salud pública o que las enfermedades estén incluidas en el propio objetivo del registro.
- Las fuentes de información del sistema más utilizadas son el conjunto mínimo básico de datos, el registro de mortalidad, la historia clínica y las encuestas de salud.
- Dos de las 3 CC. AA. con SVSCV generan indicadores como resultado de la vigilancia, siendo la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, y la prevalencia e incidencia de enfermedades cardiovasculares los más habituales.
- Todas las CC. AA. con un SVSCV realizan publicaciones con los resultados de la vigilancia, habiendo sido realizadas las últimas publicaciones entre los años 2017-2022.
- Todas las CC. AA. incorporan factores de riesgo al sistema de vigilancia, siendo los más frecuentes el consumo de tabaco, la obesidad, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, síndrome metabólico y actividad física. Todas las CC. AA. disponen de resultados desagregados por ejes de desigualdad en el sistema de vigilancia, especialmente por edad, sexo, localización geográfica y país de nacimiento.
- Todas las CC. AA. tienen protocolizados y/o sistematizados aspectos relativos a la comunicación y difusión de los resultados.
- Las CC. AA. con un SVSCV hacen la difusión de información a través de diferentes medios y cuentan con un observatorio no específico de salud cardiovascular.
- Dos de las CC. AA. disponen de un protocolo de acceso a la información del sistema de vigilancia.
- Ninguna C. A. ha definido un modelo de evaluación del funcionamiento del SVSCV. Las CC. AA. que llevan a cabo algún tipo de evaluación sobre el SVSCV no recogen en un documento formal los resultados de la evaluación ni tienen establecido un plan de mejora a partir de los resultados de la misma.

5.4. Sistema de vigilancia de salud mental

- Solo 1 de las 19 C. A. tienen un SVSM que inició su actividad en 2018. No existe un SVSM a nivel central.
- Las características del SVSM de la única C. A. que lo tiene son las siguientes:
 - No dispone de un marco normativo que defina la adscripción y/o estructura del sistema, ni aspectos relacionados con su gestión y funcionamiento.
 - Depende orgánicamente de la Unidad de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, la Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros y la Unidad Técnica de Vigilancia de las Adicciones, que dependen de la Dirección General de Salud Pública y la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones, que depende de la Dirección General Asistencial. Dispone de un plan de coordinación específico con el ámbito asistencial.
 - Vigila los siguientes eventos: depresión, trastorno bipolar y otros trastornos del estado de ánimo; trastornos de la alimentación; trastornos mentales y del comportamiento debidos a determinadas conductas adictivas; demencia y salud mental en general.
 - No dispone de manual de procedimientos ni de un procedimiento de priorización para los eventos a vigilar.
 - Las fuentes de información utilizadas son el conjunto mínimo básico de datos, encuestas de salud, sistema de información de drogodependencias y registro de mortalidad.
 - Genera los siguientes indicadores: Incidencia de trastornos mentales, tasas de hospitalización, tasa de mortalidad, indicadores basados en la utilización de servicios hospitalarios, años de vida perdidos por muerte prematura; años de vida perdidos por discapacidad; años de vida ajustados por discapacidad, consumo de medicamentos antidepresivos, consumo de tranquilizantes, sedantes e hipnóticos, consumo problemático de alcohol, abuso de drogas ilegales y otros.
 - Incluye factores de riesgo en el sistema de vigilancia como los determinantes sociales de la salud, hábitos y estilo de vida, consumo de sustancias, además de violencia interpersonal, acoso y control. Además, desagrega los resultados de la vigilancia por ejes de desigualdad entre los que se incluyen la edad, sexo, nivel de ingresos, nivel educativo, clase social/ocupacional, país de nacimiento, localización geográfica e índice de privación.
 - Las últimas publicaciones se realizaron entre los años 2020-2022, con datos de los años 2020-2021.
 - No cuenta con un observatorio específico de salud mental, aunque sí hay un observatorio de resultados del servicio asistencial de salud.
 - Dispone de un protocolo de acceso a la información del sistema de vigilancia, recogido en la Ley de Transparencia y Participación.
 - No ha definido un modelo de evaluación del funcionamiento del sistema, ni elabora un plan de mejora a raíz de la evaluación ni recoge en un documento los resultados de la misma.
- De las 18 CC. AA. sin SVSM, 13 contemplan iniciativas relacionadas con la vigilancia de salud mental. En la mayoría la vigilancia de la salud mental está asociada a la de adicciones y en la mayoría se comenzará con la vigilancia del suicidio. Estas

CC. AA. vigilan: conducta suicida, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastorno de estrés postraumático y trastornos del comportamiento, trastornos por adicciones, trastornos de la alimentación, trastornos de la personalidad y trastornos psicóticos.

6. Recomendaciones

6.1. Sistema de vigilancia de cáncer

1. Impulsar la creación de SVC en aquellas CC. AA. que actualmente no disponen de ellos, así como a nivel central.
2. Desarrollar el marco normativo que regule tanto la adscripción y/o estructura de la vigilancia de cáncer como aspectos relacionados con su gestión y funcionamiento.
3. Promover el desarrollo de órganos colegiados de coordinación del SVC en el nivel autonómico y en el central.
4. Fomentar el desarrollo de planes de coordinación del SVC con el ámbito asistencial, así como reforzar los mecanismos de coordinación existentes.
5. Desarrollar manuales de procedimientos para sistematizar la vigilancia.
6. Fomentar la generación del indicador de supervivencia en los SVC.
7. Impulsar la vigilancia de factores de riesgo en los SVC, y promover la desagregación de los resultados de la vigilancia por los principales ejes de desigualdad.
8. En relación a la difusión de los resultados de la vigilancia es necesario desarrollar procedimientos, aumentar la frecuencia de publicación de informes, reducir el desfase temporal entre el año de publicación y la incidencia de los casos, mejorar el acceso a la información, así como la difusión a la población general, mediante la utilización de web y redes sociales.
9. Desarrollar protocolos normalizados de acceso a la información de los SVC, detallando las condiciones y mecanismos de solicitud y acceso a los datos.
10. Promover la evaluación periódica de los SVC, mediante la definición de modelos de evaluación y desarrollar acciones de mejora como resultado de las evaluaciones.

6.2. Sistema de vigilancia de salud cardiovascular

1. Impulsar la creación de SVSCV en aquellas CC. AA. que actualmente no disponen de ellos, así como a nivel central.
2. Desarrollar el marco normativo que regule tanto la adscripción y/o estructura de la vigilancia de la salud cardiovascular como aspectos relacionados con su gestión y funcionamiento.
3. Promover la coordinación de SVSCV a través de órganos colegiados.
4. Fomentar el desarrollo de planes de coordinación formales entre los SVSCV y el ámbito asistencial.
5. Impulsar el desarrollo de manuales de procedimientos para sistematizar la vigilancia, en aquellos SVSCV que aún no lo tengan definido.
6. Promover la evaluación periódica de los SVSCV, mediante la definición de modelos de evaluación desarrollando acciones de mejora como resultado de las evaluaciones.

6.3. Sistema de vigilancia de salud mental

1. Impulsar la creación de SVSM en el nivel autonómico y en el central.

Anexo 1

Tabla. A. 1. Sistemas que integran el sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles en las Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía. Año 2022

Comunidad autónoma	Cáncer	Salud cardiovascular	Salud mental	Diabetes	Enf. raras	Enf. renales	Enf. respiratorias	En. musculo esqueléticas	Enf. neurodegenerativas	Enf. congénitas
Andalucía	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No
Aragón	No	No	No	Sí	Sí	No	No	No	No	No
Asturias, Principado de	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No
Balears, Illes	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No
Canarias	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No
Cantabria	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No
Castilla y León	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No
Castilla-La Mancha	No	No	No	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No
Cataluña	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No
Comunitat Valenciana	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí
Extremadura	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No	No	No	No
Galicia	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No
Madrid, Comunidad de	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No
Murcia, Región de	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No	No	No	No
Navarra, Comunidad Foral de	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No	No	No	No

Comunidad autónoma	Cáncer	Salud cardiovascular	Salud mental	Diabetes	Enf. raras	Enf. renales	Enf. respiratorias	En. musculo esqueléticas	Enf. neurodegenerativas	Enf. congénitas
País Vasco	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No	No	Sí
Rioja, La	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No	No	No	No
Ceuta	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Melilla	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No

Tabla A. 2. Existencia de normativa que defina el sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles en las Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía. Año 2022.

Comunidad autónoma	Existencia normativa específica que defina la adscripción, estructura y gestión del Sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles	Existencia de normativa que mencione la vigilancia de enfermedades no transmisibles	Detalle de la norma
Andalucía	No	Sí	Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía
Aragón	No	Sí	Decreto 122/2020, de 9 de diciembre, del Gobierno de Aragón por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de Salud
Asturias, Principado de	No	Sí	Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud
Baleares, Illes	No	Sí	Ley de 16/2010, de 28 de diciembre, de salud pública de las Illes Balears
Canarias	No	No	
Cantabria	No	Sí	Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria
Castilla y León	No	No	
Castilla-La Mancha	No	No	
Cataluña	No	Sí	Llei 18/2009, del 22 d'octubre, de salut pública
Comunitat Valenciana	No	Sí	Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana

Comunidad autónoma	Existencia normativa específica que defina la adscripción, estructura y gestión del Sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles	Existencia de normativa que mencione la vigilancia de enfermedades no transmisibles	Detalle de la norma
Extremadura	No	Sí	Ley 7/2011, de 23 de marzo, de salud pública de Extremadura
Galicia	No	No	
Madrid, Comunidad de	No	Sí	Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid
Murcia, Región de	No	No	
Navarra, Comunidad Foral de	No	Sí	Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud; Decreto Foral 63/2012, de 18 de julio, por el que se crea y se aprueban los Estatutos del Organismo Autónomo Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra
País Vasco	No	Sí	Decreto 312/1996, de 24 de diciembre, por el que se crea el sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma del País Vasco
Rioja, La	No	Sí	Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud
Ceuta	No	No	
Melilla	No	No	

Tabla A. 3. Existencia de normativa que defina la adscripción, estructura o gestión del sistema de vigilancia de cáncer en las Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía. Año 2022.

Comunidad autónoma	Existencia normativa	Detalle de la norma
Andalucía	Sí	Decreto 586/2019, 29 de octubre, por el que se regula el Registro de Cáncer de Andalucía
Aragón	Sí	Orden de 3 de septiembre de 2001, del Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, por la que se crea el Registro de Cáncer de Aragón
Asturias, Principado de	Sí	Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud

Comunidad autónoma	Existencia normativa	Detalle de la norma
Balears, Illes	No	
Canarias	Sí	DECRETO 316/1993, de 23 de diciembre, por el que se crea el Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad Autónoma de Canarias
Cantabria	Sí	Orden SAN/36/2019, de 20 de mayo, por la que se crea y regula el Comité General de Tumores y se estructura la Red Oncológica en el ámbito del Servicio Cántabro de Salud
Castilla y León	Sí	ORDEN SAN/205/2005, de 8 de febrero, por la que se crea el Registro Poblacional de Cáncer de Castilla y León. ORDEN SAN/1089/2010, de 21 de julio, por la que se crea el Registro Poblacional de Tumores Infantiles de Castilla y León
Castilla-La Mancha	Sí	Orden de 22/11/2002, Consejería de Sanidad, del registro de cáncer de Castilla-La Mancha
Cataluña	No	
Comunitat Valenciana	Sí	ORDEN de 15 de diciembre de 2005, de la Conselleria de Sanidad, por la que se crea el Sistema de Información sobre Cáncer de la Comunidad Valenciana
Extremadura	Sí	ORDEN de 28 de diciembre de 2001, por la que se crea el Sistema de Información de base poblacional sobre cáncer de la Comunidad Autónoma de Extremadura
Galicia	No	
Madrid, Comunidad de	Sí	Decreto 184/1996 de creación de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid
Murcia, Región de	Sí	Decreto 99/89, de 22 de diciembre, de la Consejería de Sanidad, de creación del Registro de Cáncer de la Región de Murcia
Navarra, Comunidad Foral de	Sí	Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud Decreto Foral 63/2012, de 18 de julio, por el que se crea y se aprueban los Estatutos del Organismo Autónomo Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra
País Vasco	Sí	Decreto 66/2011, de 29 de marzo, del Sistema de Información sobre Cáncer de la Comunidad Autónoma del País Vasco Decreto 312/1996, de 24 de diciembre, por el que se crea el sistema de Vigilancia Epidemiológica en el País Vasco
Rioja, La	Sí	Decreto 44/1993, de 5 de agosto, por el que se crea el Registro de Cáncer de La Rioja
Ceuta	No	
Melilla	No	

Tabla A. 4. Coordinación del sistema de vigilancia de cáncer con el sistema asistencial de salud en las Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía. Año 2022.

Comunidad autónoma	Plan de coordinación específico	Coordinación de diferentes ámbitos de responsabilidad entre vigilancia y asistencia sanitaria	Coordinación ad hoc para el desarrollo de actuaciones concretas	Existencia de procedimientos de trabajo	Planes que integran vigilancia y el sistema asistencial de salud	Registros (poblacional del cáncer, tumores) y otras bases de datos (CMBD, Anatomía Patológica,...)	Sistemas de información compartidos
Andalucía	No	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Aragón	No aplica						
Asturias, Principado de	No	No	No	No	No	Sí	No
Balears, Illes	No	No	Sí	No	No	No	No
Canarias	No	No	No	No	No	Sí	No
Cantabria	No	No	Sí	No	No	No	No
Castilla y León	No	No	Sí	Sí	No	Sí	No
Castilla-La Mancha	No	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Cataluña	No aplica	No	No	No	Sí	No	No
Comunitat Valenciana	No	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Extremadura	No	Sí	No	No	No	No	No
Galicia	No aplica						
Madrid, Comunidad de	No	No	No	Sí	No	No	No
Murcia, Región de	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Navarra, Comunidad Foral de	No	No	Sí	No	Sí	No	No
País Vasco	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No
Rioja, La	No	No	Sí	No	No	No	No
Ceuta	No aplica						
Melilla	No aplica						

Tabla A. 5. Colaboración internacional del sistema de vigilancia de cáncer en las Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía. Año 2022.

Comunidad autónoma	IACR	ENCR	CONCORD	IARC-OMS
Andalucía	No	No	No	No
Aragón				
Asturias, Principado de	Sí	Sí	Sí	Sí
Balears, Illes	Sí	Sí	Sí	No
Canarias	Sí	Sí	Sí	No
Cantabria	No	No	No	No
Castilla y León	Sí	Sí	No	Sí
Castilla-La Mancha	Sí	No	No	No
Cataluña				
Comunitat Valenciana	Sí	Sí	Sí	Sí
Extremadura	No	No	No	No
Galicia				
Madrid, Comunidad de	No	Sí	No	No
Murcia, Región de	Sí	Sí	Sí	Sí
Navarra, Comunidad Foral de	Sí	Sí	Sí	No
País Vasco	Sí	Sí	Sí	Sí
Rioja, La	Sí	Sí	No	Sí
Ceuta				
Melilla				

IACR: International Association of Cancer Registries; ENCR: European Network of Cancer Registries; IARC-OMS: International Agency for Research on Cancer-Organización Mundial de la Salud; CONCORD: Global Surveillance of Cancer Survival.

Tabla A. 6. Año de puesta en marcha del sistema de vigilancia de cáncer en las Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía. Año 2022.

Comunidad autónoma	Año	Detalle
Andalucía	2007	
Aragón		1960 (registro actualmente no en funcionamiento)
Asturias, Principado de	1978	El Registro de Tumores del Principado de Asturias comenzó en 1978 pero empezó a reportar casos en 1982.
Baleares, Illes	1988	1988, pero está integrado en la estructura de la Consejería de Salud desde 2008
Canarias	1993	
Cantabria	1997	
Castilla y León	2003	En 2003 de manera informal pero el registro se inició en 2005. Para tumores infantiles se creó en 2010
Castilla-La Mancha	1993; 2002	1993 (parcialmente); 2002 (plenamente en toda la región)
Cataluña		Depende del registro (Lleida 2012, Gerona 2001, Tarragona 2019)
Comunitat Valenciana	1983	RTiA1983; RTC2004, SIO2005
Extremadura	2001	
Galicia		El REGAT empezó entre el 2003 y 2005, años en los que se definió el funcional de la aplicación, aunque no fue hasta el 2012 que la aplicación estuvo desarrollada. Finalmente, en el año 2013/2014 se hizo la evaluación del piloto. En 2015 y 2016 empezó a coger datos. Se puede considerar que empezó a funcionar en el 2014
Madrid, Comunidad de	1975	
Murcia, Región de	1981	
Navarra, Comunidad Foral de	1973	
País Vasco	1986	
Rioja, La	1993	
Ceuta		
Melilla		

Tabla A. 7. Tumores que se vigilan en el sistema de vigilancia de cáncer, porcentaje de población cubierta y último año cerrado en las Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía. Año 2022.

Comunidad autónoma	Mama	Colorrectal	Cérvix	Pulmón	Tumores infantiles	Otros	% población cubierta	Último año cerrado
Andalucía	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	100%	
Aragón								
Asturias, Principado de	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Todos excepto cáncer de piel no melanoma, tumores benignos sistema nervioso central, tumores inciertos vejiga		
Balears, Illes	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Todos excepto cáncer de piel no melanoma	60-79%	2014
Canarias	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Todos excepto cáncer de piel no melanoma, tumores sistema nervioso central, vejiga, borderline ovario e <i>in situ</i>	100%	2016
Cantabria	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Todos excepto cáncer de piel no melanoma	100%	2016
Castilla y León	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	100%	2017
Castilla-La Mancha	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	100%	2011
Cataluña								
Comunitat Valenciana	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	100%	2019
Extremadura	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Todos los malignos invasivos o in situ, también metástasis	100%	2018
Galicia								
Madrid, Comunidad de	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Todos los malignos, tumores sistema nervioso central	100%	2020
Murcia, Región de	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Todos los tumores	100%	2018
Navarra, Comunidad Foral de	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	100%	2015

Comunidad autónoma	Mama	Colorrectal	Cérvix	Pulmón	Tumores infantiles	Otros	% población cubierta	Último año cerrado
País Vasco	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	100%	2017
Rioja, La	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Todos los tumores	100%	2017
Ceuta								
Melilla								

Tabla A.8. Fuentes de información del sistema de vigilancia de cáncer en las Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía. Año 2022.

Comunidad autónoma	Registro hospital	Historia clínica	Conjunto Mínimo Básico de Datos	Anatomía patológica	Comité tumores	Programas cribado	Registro mortalidad	Notificación	Otros
Andalucía	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No
Aragón									
Asturias, Principado de	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No
Balears, Illes	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No
Canarias	No	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí (Tarjeta sanitaria)
Cantabria	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No
Castilla y León	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No
Cataluña									
Comunitat Valenciana	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí (Biobancos)
Extremadura	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No

Comunidad autónoma	Registro hospital	Historia clínica	Conjunto Mínimo Básico de Datos	Anatomía patológica	Comité tumores	Programas cribado	Registro mortalidad	Notificación	Otros
Galicia									
Madrid, Comunidad de	No	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No
Murcia, Región de	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí (Reintegro gastos SNS)
Navarra, Comunidad Foral de	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
País Vasco	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí (Tarjeta sanitaria)
Rioja, La	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No
Ceuta									
Melilla									

Tabla A. 9 Periodicidad de actualización de indicadores incluidos en el sistema de vigilancia de cáncer en las Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía. Año 2022.

Comunidad autónoma	Incidencia	Tasa mortalidad	Mortalidad prematura	Años Potenciales de Vida Perdidos 75 años	Años Potenciales de Vida Perdidos esperanza de vida	Supervivencia observada 5 años	Supervivencia neta 5 años	% verificación microscópica	% diagnóstico certificado defunción
Andalucía									
Aragón									
Asturias, Principado de	Anual	Anual	Anual	Anual	Anual	Anual	Anual	Anual	Anual
Balears, Illes	Puntual	Puntual	Puntual						

Tabla A. 10. Publicación de informes con los resultados de la vigilancia de cáncer en las Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía. Año 2022.

Comunidad autónoma	Año último informe publicado	Periodo de los datos incluidos en el informe
Andalucía	2020	2007-2015
Aragón		
Asturias, Principado de	2023	2011-2015
Balears, Illes	2015	Hasta 2012
Canarias	2018	1993-2013
Cantabria	2016	2015
Castilla y León	2017	2010-2013
Castilla-La Mancha		
Cataluña		
Comunitat Valenciana	2019	2017
Extremadura	2019	2018
Galicia		
Madrid, Comunidad de	2021	2015-2017
Murcia, Región de	2022	2016-2018
Navarra, Comunidad Foral de	2017	2017
País Vasco	2022	2001-2020
Rioja, La	2018	2012-2013
Ceuta		
Melilla		

Tabla A. 11. Existencia de procedimiento de difusión de los resultados y aspectos protocolizados de difusión en el sistema de vigilancia de cáncer en las Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía. Año 2022.

Comunidad autónoma	Procedimiento de comunicación	Información que se difunde	Estructura de la información	Agentes a los que se difunde	Medios a los que se difunde
Andalucía	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Aragón					
Asturias, Principado de	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Balears, Illes	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Canarias	No	Sí	Sí	No	Sí
Cantabria	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Castilla y León	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	No				
Cataluña					
Comunitat Valenciana	No	Sí	Sí	No	Sí
Extremadura	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Galicia					
Madrid, Comunidad de	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Murcia, Región de	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Navarra, Comunidad Foral de	No	No	No	No	No
País Vasco	No	No	No	No	No
Rioja, La	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Ceuta					
Melilla					

Tabla A. 12. Disponibilidad de sistema de vigilancia de salud mental, iniciativas de mejora y trabajos de desarrollo en las Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía. Año 2022.

Comunidad autónoma	Existencia sistema de vigilancia de salud mental	Iniciativas de mejora y trabajos de desarrollo
Andalucía	No	
Aragón	No	
Asturias, Principado de	No	<p>El Plan de Salud Mental en el que se ha estado trabajando los dos últimos años contempla la creación de un sistema de indicadores relacionados con la Salud Mental (está en proceso de aprobación). Existen algunos indicadores tanto de registro asistencial como de prevalencia o de base muestral, pero no un sistema como tal.</p> <p>También se cuenta con la recogida de información a través de la encuesta de salud y la encuesta de salud infantil.</p> <p>Las fuentes de información con las que se cuenta están más vinculadas al tema de las adicciones.</p> <p>Se tiene acceso a información hospitalaria, a información de asistencia en salud mental, pero no se cuenta con una sistemática de recogida de información. Dentro del Plan de Salud Mental se contempla de forma prioritaria esta sistemática de recogida, con una periodicidad (anual, bienal, etc.) y con un ciclo de acción que combine ambas fuentes de información (sanitaria y encuestas), lo que daría cuerpo a un sistema de vigilancia específico.</p> <p>Elaboración de un sistema de indicadores epidemiológicos de incidencia, prevalencia de patologías de salud mental combinado con sistemas de screening poblacional.</p> <p>Elaboración de un sistema de indicadores asistenciales de Salud Mental. Creación de un órgano colegiado enfocado en la vigilancia y prevención del suicidio.</p>
Balears, Illes	No	Se está trabajando en el Plan Estratégico de Bienestar Emocional y Salud Mental 2023-2029 (el anterior ya no está vigente). El Plan incluirá indicadores y dará una visión de desigualdad entre hombres y mujeres, de exclusión social, y paciente migrado.
Canarias	No	Lo que se obtiene de Salud Mental es a través de la encuesta de salud el cual es el único dato del que se dispone en el plan de salud.
Cantabria	No	
Castilla y León	No	Existe un servicio encargado de la Salud Mental, pero desde Salud Pública no se integran los datos de Salud Mental.
Castilla-La Mancha	No	Existe un grupo de Salud Mental y el Servicio de Epidemiología realiza un informe sobre suicidio por provincias. Se dispone de un proyecto para establecer un Sistema de Vigilancia de suicidio, y para establecer alertas para prevenir suicidios, pero esto no depende de Salud Pública. Los informes anuales por suicidios se facilitan al grupo de Salud Mental desde el Servicio de Epidemiología.

Comunidad autónoma	Existencia sistema de vigilancia de salud mental	Iniciativas de mejora y trabajos de desarrollo
Cataluña	No	Desde el Plan Director de Salud Mental y Adicciones y de manera coordinada con otros organismos sí que se realizan actividades de vigilancia.
Comunitat Valenciana	No	
Extremadura	No	Esta materia se lleva desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Se han desarrollado contactos iniciales para un posible sistema de vigilancia en relación sobre todo con la problemática el suicidio.
Galicia	No	Dentro del plan autonómico de Salud Mental (Plan de Salud Mental Post COVID) para el periodo 2020-2024, uno de los objetivos es desarrollar mejoras en el sistema de información de Salud Mental. Se está realizando un trabajo interno sobre cómo sería ese sistema mediante la adecuación de los sistemas existentes (CMBD y otros), y en definir una figura de observatorio de Salud Mental.
Madrid, Comunidad de	Sí	La Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (Servicio Madrileño de Salud, Dirección General de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento) realiza funciones de vigilancia de la Salud Mental, si bien se recogen indicadores poblacionales en el Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles (Vigilancia en Salud Pública competencia de la Dirección General de Salud Pública).
Murcia, Región de	No	En la región de Murcia, como vía de investigación, se realizó una encuesta transversal en el 2011 para medir la situación de la Salud Mental de la Región de Murcia. Se ha planteado a gerencia de Salud Mental trabajar de forma coordinada con VSP realizando una segunda evaluación de la Salud Mental de la población a través de una encuesta transversal. Se han realizado diversos estudios para la construcción, en un futuro, del SV de Salud Mental. La Región de Murcia está incluida en la World Mental Health (WMH) Survey Initiative. Se han publicado datos sobre la prevalencia regional de trastornos mentales en la población general y sobre el impacto de los terremotos de Lorca en revistas internacionales. Se ha aprobado el desarrollo del proyecto MYRTEA-EPI, que incluye el seguimiento de los participantes entrevistados en el anterior proyecto y un nuevo estudio transversal en la población general para medir el impacto en la Salud Mental de la pandemia por COVID-19 en Murcia. Estos proyectos constituyen las bases para el futuro sistema de vigilancia de Salud Mental en la Región de Murcia.
Navarra, Comunidad Foral de	No	El observatorio de salud comunitaria trabaja los indicadores que aparecen en las encuestas de salud que ocasionalmente incluyen preguntas de Salud Mental. Desde la parte asistencial se vigilan algunos aspectos como el número de hospitalizaciones, o de casos. La información generada desde el ámbito asistencial se usa para la toma de decisiones en Salud Pública.

Comunidad autónoma	Existencia sistema de vigilancia de salud mental	Iniciativas de mejora y trabajos de desarrollo
País Vasco	No	<p>Se quiere implementar un programa de vigilancia de suicidio, articulado en el Plan de Prevención de Suicidio de Euskadi. En líneas generales disponemos de información sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salud mental, morbilidad auto referida e ideas de suicidio en población general, así como de ciertos determinantes de la SM, a través de la ESCAV y otras encuestas poblacionales. - Patología mental atendida en el sistema sanitario, incluyendo la conducta suicida y prescripción de psicofármacos, a través de CMBD y otros registros sanitarios. - Suicidio, a través del Registro de Mortalidad. - Además, se dispone del Sistema de información sobre Adicciones.
Rioja, La	No	
Ceuta	No	Se están realizando trabajos para el desarrollo del SV de Salud Mental a través de una propuesta realizada para desarrollar un web service entre los equipos de Atención Primaria y Atención Hospitalaria y a través de códigos CIE empezar a trabajar.
Melilla	No	Se están realizando trabajos para el desarrollo del SV de Salud Mental a través de una propuesta realizada para desarrollar un web service entre los equipos de Atención Primaria y Atención Hospitalaria y a través de códigos CIE empezar a trabajar.

Este estudio, financiado por la Unión Europea – NextGenerationEU, se enmarca en el objetivo 1 de la línea estratégica 1 de la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública sobre la actualización del análisis de la situación basal de la vigilancia en salud pública en el Sistema Nacional de Salud. El objetivo del mismo es caracterizar los modelos organizativos en vigilancia en salud pública en el Sistema Nacional de Salud para describir y mejorar la coordinación e interoperabilidad entre los niveles de actuación, y en particular el modelo organizativo de la vigilancia de las enfermedades no transmisibles, para identificar las áreas de mejora y tomar decisiones informadas sobre las posibles reformas necesarias.

Este estudio proporcionará una valiosa referencia para el diseño e implementación de estrategias y políticas que promuevan una vigilancia en salud pública eficiente y de calidad en el Sistema Nacional de Salud.

