

# Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2006



# Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2006

## Coordinador de la edición

Hubert Hanrath. Projectes editorials i comunicació

Diseño gráfico: estudi jordi sàrries comunicació gràfica

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Secretaría General Técnica

Centro de Publicaciones

Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO papel: 351-08-068-7

NIPO CD: 351-08-065-0

NIPO en línea: 351-08-066-6

Depósito Legal: BI-1.099-08

Diseño original: [www.elvivero.es](http://www.elvivero.es)

Imprime: GRAFO, S.A.

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad y Consumo. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducirlo total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

# Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2006



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y CONSUMO

Plan de Calidad  
para el Sistema Nacional  
de Salud



*Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*

*CAPITULO VI. De la calidad*

*SECCIÓN 2.a. El Observatorio del Sistema Nacional de Salud*

*Artículo 63. Observatorio del Sistema Nacional de Salud*

*Se creará el Observatorio del Sistema Nacional de Salud, órgano dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, que proporcionará un análisis permanente del Sistema Nacional de Salud en su conjunto, mediante estudios comparados de los servicios de salud de las comunidades autónomas en el ámbito de la organización, provisión de los servicios, gestión sanitaria y resultados [...].*

*[...] El Observatorio elaborará anualmente un informe sobre el estado del Sistema Nacional de Salud, que se presentará por el Ministerio de Sanidad y Consumo al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.*

# Equipo editorial

Coordinación: Observatorio del Sistema Nacional de Salud

CONCHA COLOMER REVUELTA

ROSA MARÍA LÓPEZ RODRÍGUEZ

ASUNCIÓN RUIZ DE LA SIERRA

ESTHER CASTELLANOS TORRES

## Colaboración

YOLANDA ÁLVAREZ CASTAÑO. Organización de Empresas. Universidad de Oviedo

MANUEL GARCÍA GOÑI. Economía Aplicada. Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad Complutense, Madrid

JUAN OLIVA MORENO. Análisis Económico y Finanzas. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de Toledo. Universidad de Castilla-La Mancha

ORIOI RAMIS JUAN. Investigación y Acción en Salud. Salud Pública y Servicios de Salud, Barcelona.

JUAN VENTURA VICTORIA. Dirección Estratégica de las Organizaciones. Organización de Empresas. Universidad de Oviedo.

JOSÉ VIDA FERNÁNDEZ. Área de Derecho Administrativo. Universidad Carlos III de Madrid.

MERCEDES ALFARO LATORRE. Instituto de Información Sanitaria. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.

ENRIQUE TEROL GARCÍA. Oficina de Planificación y Calidad. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.

## Colaboradores

CARME BORRELL I THIÓ. Análisis de las Desigualdades. Servicios Sanitarios y Equidad. Agència de Salut Pública de Barcelona.

LAURA CABIEDES MIRAGAYA. Economía de la Salud. Universidad de Oviedo.

ANA DELGADO SÁNCHEZ. Investigación de los Servicios de Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública.

ILDEFONSO HERNÁNDEZ AGUADO. Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández, Alicante.

LUIS ANDRÉS LÓPEZ FERNÁNDEZ. Investigación de los Servicios de Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública.

COVADONGA MONTE VÁZQUEZ. Técnica en Salud Pública y Participación, Sevilla.

MANUEL OÑORBE DE TORRE. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

MARÍA TERESA PAGÉS JIMÉNEZ. Dirección General de Farmacia. Ministerio de Sanidad y Consumo.

PEDRO PARRA HIDALGO. Gestión de Calidad Asistencial. Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).

FERNANDO RODRÍGUEZ ARTALEJO. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid.

MIGUEL JAVIER RODRÍGUEZ GÓMEZ. Subdirección General de Ordenación Profesional. Dirección General de Recursos Humanos. Ministerio de Sanidad y Consumo.

JAVIER SÁNCHEZ CARO. Derechos y Salud. Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria, Madrid.

MARÍA DOLORES VAQUERO GARCÍA. Dirección General de Farmacia. Ministerio de Sanidad y Consumo.

## Agradecimiento por su revisión

ALBERTO INFANTE CAMPOS. Director General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.



# Índice

- 11** Presentación
- 13** Características socioeconómicas y demográficas de la población
- 19** Seguimiento del estado de salud de la población
- 25** Desarrollo normativo e institucional
- 37** Planificación y Programas Sanitarios
- 41** Equidad
- 45** Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos
- 65** Farmacia
- 77** Investigación
- 79** Sistemas de información sanitaria
- 83** Calidad
- 89** Participación
- 95** Descripción de experiencias innovadoras
  - Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CC.AA.)\*
    - Andalucía
    - Aragón
    - Asturias
    - Baleares
    - Canarias
    - Cantabria
    - Castilla y León
    - Castilla-La Mancha

\* El contenido completo de los capítulos correspondientes a los Servicios de Salud de cada Comunidad Autónoma se encuentra recogido en el CD que acompaña esta publicación.

Cataluña

Comunidad Valenciana

Extremadura

Galicia

Madrid

Murcia

Navarra

País Vasco

La Rioja

Ingesa (Ceuta y Melilla)

# Presentación

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece que el Sistema Nacional de Salud (SNS) es el conjunto de servicios de salud de la Administración del Estado y de las comunidades autónomas e integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

La Ley General de Sanidad establece la equidad como principio general del Sistema Nacional de Salud, entendida ésta como la garantía de que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva y con una concepción integral de la salud, por lo que deben incorporarse las acciones de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades de la misma forma que las asistenciales, las curativas, las rehabilitadoras o las de cuidados paliativos. Esta atención sanitaria tiene que ser desarrollada en un marco territorial cohesionado que garantice la igualdad en el ejercicio de los derechos de la ciudadanía a la atención y protección de su salud, mediante una gestión eficiente de los recursos públicos.

Para ayudar en la tarea de que el Sistema Nacional de Salud responda a este tipo de desafíos y con base en el mandato de la segunda Conferencia de Presidentes, el Ministerio de Sanidad y Consumo articuló el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, presentado en marzo de 2006.

Con él se pretende desarrollar estrategias que permitan garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a toda la ciudadanía, con independencia de su lugar de residencia. Estas estrategias deben ser complementarias de aquellas que se desarrollan desde los servicios de salud de las comunidades autónomas en el ejercicio de sus competencias.

El Plan de Calidad se agrupa en 6 grandes áreas de actuación, 12 estrategias, 41 objetivos y casi 200 medidas, entre las cuales destacan las relativas a incrementar la seguridad de los pacientes, intensificar la evaluación de las tecnologías sanitarias, generalizar la implantación de las nuevas tecnologías en beneficio de profesionales y pacientes o adecuar las políticas de recursos humanos a las necesidades del sistema. También se incide en la lucha contra las desigualdades en el ámbito de la salud o en el fortalecimiento de los servicios de sanidad exterior y de los sistemas de vigilancia epidemiológica. Asimismo, se incluyen medidas de prevención en temas como la obesidad infantil o el consumo de alcohol entre los menores, la convocatoria de premios a la calidad y el desarrollo de actuaciones para incrementar el conocimiento y mejorar la atención a las y los pacientes que padecen enfermedades raras y también diversas enfermedades prevalentes, como el cáncer, la cardiopatía isquémica o la diabetes, entre otras.

En concreto, la estrategia 3 del Plan de Calidad tiene como objetivo impulsar políticas de salud basadas en las mejores prácticas, mediante la des-

cripción, sistematización, análisis y comparación de políticas, programas y servicios. De la misma manera, desea poner el conocimiento sobre evolución, problemas y logros del SNS y de los servicios que lo configuran a disposición de las personas usuarias, profesionales y tomadores(as) de decisiones.

El Observatorio del Sistema Nacional de Salud se constituye en herramienta de este análisis y anualmente presenta al Consejo Interterritorial del SNS un análisis permanente del sistema sanitario público en su conjunto a partir de los datos e indicadores proporcionados por el sistema de información del SNS y aquellos datos que los servicios de salud de las comunidades autónomas proporcionan acerca del ámbito de la organización, provisión de los servicios, gestión sanitaria y resultados en su territorio.

Siguiendo con la estructura planteada en la edición del informe del año anterior, el Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2006 presenta su estructura organizada en una primera parte, con un capítulo de carácter general, y una segunda parte constituida por cada uno de los capítulos de las comunidades autónomas.

El siguiente índice temático corresponde tanto al capítulo general de desarrollo y análisis de todo el SNS, como a cada capítulo que las comunidades autónomas han escrito, profundizando en la realidad de su propio servicio de salud:

- Características socioeconómicas y demográficas de la población.
- Seguimiento del estado de salud de la población.
- Desarrollo normativo e institucional.
- Planificación y programas sanitarios.
- Equidad.
- Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos.
- Farmacia.
- Investigación.
- Sistemas de información sanitaria.
- Calidad.
- Participación.
- Descripción de experiencias innovadoras.

La respuesta siempre positiva de los consejeros y consejeras de Sanidad autonómicos a esta iniciativa y la excelente disposición de sus equipos a colaborar en la realización del informe contribuyen cada año a mejorar y aportar mayor transparencia al SNS, facilitando una perspectiva global e integradora de las actuaciones que el sistema público de salud está realizando.

Esperamos que este informe se constituya en herramienta eficaz para el aprendizaje mutuo y que contribuya a mejorar el conocimiento del SNS y facilite el avance y desarrollo de nuestro sistema sanitario.

# Características socioeconómicas y demográficas de la población<sup>1</sup>

En este apartado se describen las principales características demográficas y los aspectos socioeconómicos de la población española. Para ello se han utilizado las fuentes del INE (Instituto Nacional de Estadística) y otros documentos que se han considerado de interés para enriquecer la información que en éste se aporta.

España se caracteriza, demográficamente hablando, por un *crecimiento de la población residente* del 12%, registrado entre 1998 y 2006. Este crecimiento es un poco mayor en la población masculina (13,4%) que en la femenina (11%). El incremento de la población masculina se debe a los aportes realizados por la inmigración.

En este sentido, la población extranjera residente legalmente en España en el año 2005 ascendía a 3.730.610 personas. Sin embargo, de acuerdo con los últimos datos del padrón municipal de habitantes, en enero de 2007 las personas con nacionalidad extranjera ascendían a 4,48 millones (cerca del 10% de la población total). Asimismo, tal y como se aprecia en la figura 1, las comunidades autónomas con porcentajes más elevados de personas extranjeras residentes son Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana y Madrid.

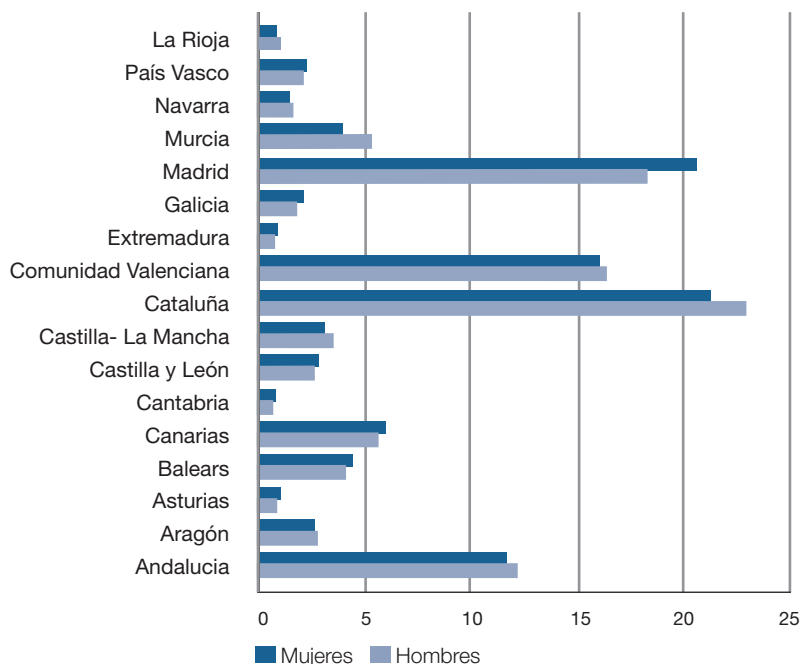
Con todo ello, la población española a 1 de enero de 2006 era de 44.708.964 habitantes. De ellos, el 51% eran mujeres (22.608.498). La esperanza de vida al nacer es de 80,23 años: para las mujeres es de 83,48 años y para los hombres, de 76,96 años.

Es importante destacar el proceso de envejecimiento de la población. Es bien sabido que España se encuentra entre los primeros países del mundo en lo que a esperanza de vida se refiere. Según el Informe de Desarrollo Humano 2006 de la ONU, España ocupaba en el año 2004 el decimoquinto lugar para los hombres y el cuarto para las mujeres tras Japón, Hong Kong y Suiza. Asimismo, cabe destacar, en función de los datos obtenidos de los censos de población de 1991 y 2001, que la población que vive sola de más de 85 años ha aumentado más del 50%; en el caso de los hombres, ha pasado del 12,74 al 19,83%, mientras que en el caso de las mujeres ha pasado del 21,02 al 35,52%.

Además, la *inmigración* ha sido el principal motivo de incremento de la población protegida por el Sistema Nacional de Salud en los últimos años (que ha experimentado el 10% de crecimiento total en el período 1999-2005).

1 Información disponible en diferentes notas de prensa del Instituto Nacional de Estadística en [www.ine.es/prensa/prensa.htm](http://www.ine.es/prensa/prensa.htm)

**Figura 1: Distribución de la población extranjera según sexo por Comunidades Autónomas, 2006**



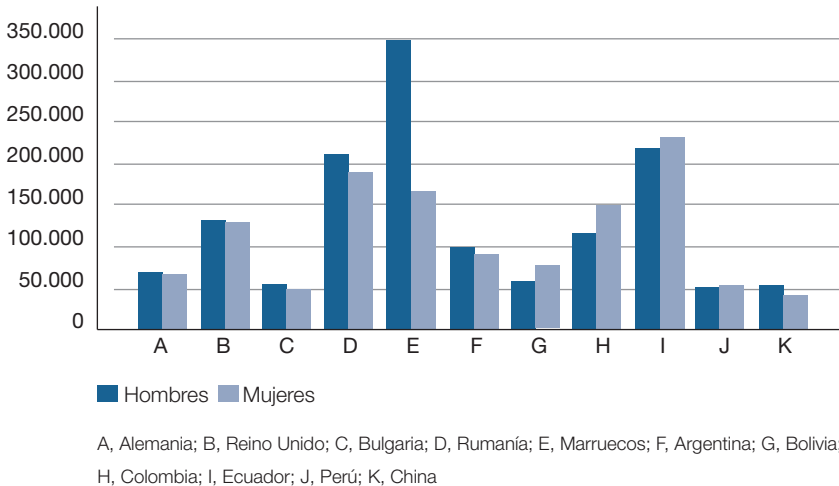
Elaborada a partir de la explotación estadística del padrón municipal de habitantes del Instituto Nacional de Estadística, 2006.

Esta incorporación se ha producido en un marco que garantiza el reconocimiento universal del derecho a la protección de la salud de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable.

Los principales grupos de población inmigrada están equilibrados en función del sexo aunque, en general, hay un ligero predominio masculino. Tal y como se observa en la figura 2, por ejemplo, destaca especialmente el caso marroquí, pues el número de hombres duplica al de mujeres de esta nacionalidad. En cambio, en Ecuador, Colombia, Bolivia y Perú, la proporción de mujeres es superior, lo cual al parecer indica que la inmigración procedente de los países del grupo andino, al contrario de lo que ocurre con la inmigración africana, está ligeramente sesgada hacia las mujeres.

En este sentido, una característica de los fenómenos migratorios actuales es el hecho de que habitualmente las iniciadoras del proceso migratorio familiar son mujeres; esto es, ellas han sido las pioneras en su hogar. Esta característica, incluso, puede apreciarse en los grupos con predominio masculino.

**Figura 2: Grupos principales entre la población extranjera, por país de nacimiento y sexo, 2006**



Elaborada a partir de la explotación estadística del padrón municipal de habitantes del Instituto Nacional de Estadística, 2006.

El *índice de fecundidad* se situó en el año 2006 en 1,37 frente al 1,35 registrado en 2005. De esta forma, la fecundidad prosigue su crecimiento y alcanza su valor más elevado desde 1991. Durante el año 2006 hubo 481.102 nacimientos, la tasa bruta de natalidad (que refleja el número de nacimientos por cada 1.000 habitantes) se incrementó hasta el 10,92%. El incremento de nacimientos se debió a la contribución de las madres extranjeras. Los nacimientos de madre extranjera fueron el 16,46% del total en el año 2006 frente al 15,07% del año 2005 y el 13,78% del año 2004.

La posición de España respecto a otros países de la Unión Europea (UE-15) en cuanto al valor del índice de fecundidad ha evolucionado desde el segundo lugar en 1976 (por detrás de Irlanda) hasta el último lugar en 2001. En el año 2005, España recuperó posiciones y se situó en el undécimo lugar de los países de la eurozona, superando a Alemania, Grecia, Italia y Eslovenia.

Las comunidades autónomas que registraron mayor crecimiento vegetativo positivo (diferencia entre el número de nacimientos y el de defunciones) en términos absolutos durante el año 2006 fueron Andalucía (con 32.936 habitantes más), Madrid (con 31.290) y Cataluña (con 23.630). En cambio, Galicia, Castilla y León, Asturias y Aragón registraron los crecimientos vegetativos negativos más notorios.

**Tabla I: Tecnologías de la información y la comunicación en los hogares españoles (%) durante el segundo semestre de 2006**

Personas que han utilizado alguna vez internet	Viviendas con algún tipo de ordenador	Viviendas que disponen de acceso a internet
53,8	58,4	41,1

Elaborada a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística.

Uno de los aspectos de la calidad de vida de la población española es el *acceso y uso a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC)*. En España existen 6,5 millones de viviendas familiares que tienen acceso a internet. En la tabla I se presentan los datos del segundo semestre del año 2006 según la Encuesta de Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación en los hogares españoles.

Cabe destacar que la población de 10 a 14 años, que tiene una estrecha vinculación con las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, registra un incremento progresivo en los últimos años. Además, en el caso de las niñas, éstas acceden a edad más temprana a las tecnologías de la información y la comunicación que los niños. Según va aumentando la edad, estas diferencias tienden a reducirse e, incluso, se invierten.

**Tabla II: Nivel educativo de la población española, 2006**

Tabla II: Nivel educativo de la población española, 2006		
Ambos sexos Datos absolutos (en miles)	TOTAL	37.236
	Analfabetos/as	833
	Educación Primaria	11.327
	Educación Secundaria, primera etapa	9.259
	Educación Secundaria, segunda etapa	7.442
	Formación e inserción laboral con título de educación secundaria (segunda etapa)	32
	Educación superior, excepto doctorado	8.174
	Doctorado	169
Mujeres (%)	TOTAL	50,97
	Analfabetas	68,44
	Educación Primaria	54,72
	Educación Secundaria, primera etapa	46,59
	Educación Secundaria, segunda etapa	50,04
	Formación e inserción laboral con título de educación secundaria (segunda etapa)	44,55
	Educación superior, excepto doctorado	50,22
	Doctorado	32,86

Del Instituto de la Mujer. Disponible en [www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/educación/nivel\\_estudios.htm](http://www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/educación/nivel_estudios.htm).



Además, entre las características socioeconómicas, es importante tener en cuenta el nivel educativo de la población (tabla II). España, al igual que el resto de países europeos, ha experimentado un incremento del nivel educativo de la población en los últimos años. Sin embargo, ese incremento no ha sido suficiente para igualar nuestras cifras con las de la media europea.

Según datos recabados en el año 2003, el nivel educativo de la población inmigrante residente entonces en España era más elevado que el de la población autóctona<sup>2</sup>. Esto se debe al hecho de que los flujos migratorios son selectivos y la mayor parte de las personas emigrantes eran jóvenes con estudios. De este modo, la proporción de personas inmigrantes que han finalizado los estudios secundarios y universitarios es muy elevada, con valores próximos al 50% en el caso de los estudios secundarios y superiores al 20%, en el de los universitarios.

El profesorado de los centros de enseñanza no universitaria es principalmente femenino con una proporción superior al 70%. Durante la última década se advierte un significativo incremento de la presencia de mujeres en la educación superior. En todas las ramas de la enseñanza superior ha aumentado la participación de las mujeres, excepto en las técnicas, en que no ha llegado a alcanzar el 30%.

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta es la evolución del empleo generado en el mercado de trabajo. En este sentido y según los datos de la EPA<sup>3</sup> del cuarto trimestre de 2006, el número total de personas activas es de 21.812.400, situándose la tasa de actividad en el 58,58%. Si se desagrega la tasa en función del sexo, se aprecian diferencias significativas entre la tasa de actividad femenina, que se sitúa en el 48,56%, y la masculina, que es del 69%. En general, el ritmo de crecimiento interanual de la ocupación es del 3,56%. El incremento de la ocupación ocurre en los grupos de edad de 30 años o más, especialmente entre la población de 30-34 años. Existen ligeras diferencias entre los valores de los hombres respecto a los de las mujeres (17 puntos porcentuales). Además, la tasa de paro femenina en 2006 (11,4%) es superior a la masculina (6,1%), en general, y también para todos los grupos de edad.

Por lo que respecta a las personas asalariadas, en el año 2006 había un total de 16.208.100, el 66% de las cuales tenía una relación laboral indefinida,

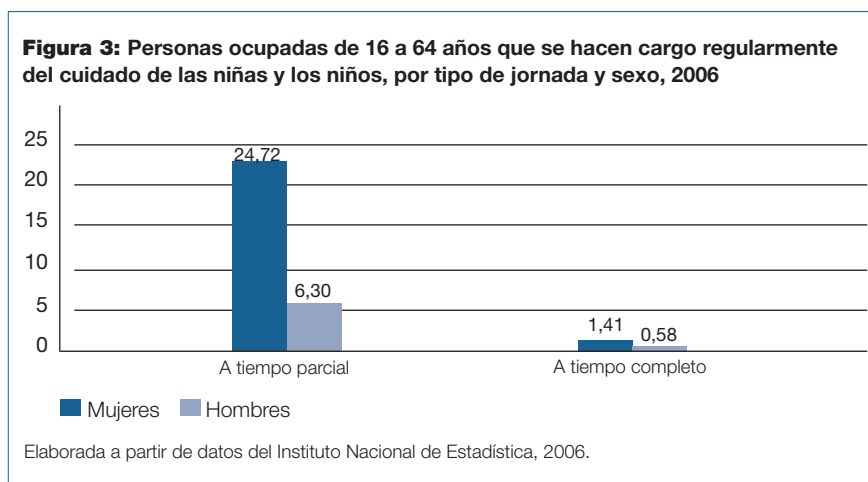
2 *Informe mujeres y hombres en España 2006*, INE. Véase gráfico 2-2 (Distribución porcentual de la población inmigrante de 16 años y más por estudios terminados y sexo, 2003). Disponible en [www.ine.es/prodyser/pubweb/myh/myh\\_edu.pdf](http://www.ine.es/prodyser/pubweb/myh/myh_edu.pdf)

3 La Encuesta de Población Activa (EPA) es una investigación por muestreo, continua y dirigida a las viviendas familiares, que se realiza desde 1964. En esta encuesta se seleccionan 3.588 secciones censales entre las más de 30.000 en que está dividida España. En cada una de ellas se entrevista a un promedio de 18 hogares, excepto en las provincias de Barcelona, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza en que el número de entrevistas es de 22. Así, el tamaño muestral es de 65.000 viviendas aproximadamente, lo que implica obtener información de unas 180.000 personas.

mientras que el 34% era temporal. Los datos en función del sexo representan ligeras diferencias entre hombres y mujeres, el 68 y el 63,3%, respectivamente, para los contratos indefinidos, y en el caso de los contratos temporales es del 32 y el 36,7%, respectivamente.

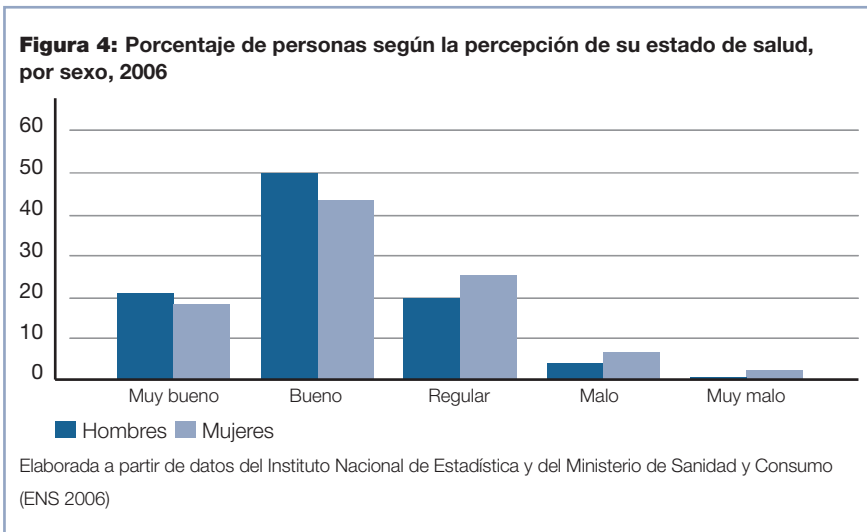
Sin embargo, otro dato apreciable no sólo es la temporalidad, sino la parcialidad en el empleo. Por ello, en los últimos años se ha producido la feminización del empleo a tiempo parcial en el mercado laboral. Así pues, las mujeres que tienen este tipo de jornada han pasado de ser el 16,8% en el año 2001 a representar el 23,2% en el año 2006, frente al 4,3% de los hombres.

Finalmente, respecto a la carga del trabajo doméstico y el cuidado de las personas dependientes, las mujeres continúan haciéndose cargo regularmente del cuidado de los hijos y las hijas, y del hogar (fig. 3). A pesar del incremento de la participación masculina en las tareas domésticas, ésta ha pasado del 9,35% en 1998 al 16,31% en 2004 entre los hombres que están ocupados y realizan tareas del hogar.



# Seguimiento del estado de salud de la población

En general, la mayoría de hombres y mujeres declara que gozan de un buen estado de salud (68,8%), según los datos preliminares de la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2006). Los hombres presentan un estado de salud subjetivo mejor que el de las mujeres (74,09 y 63,62%, respectivamente). Los primeros creen que tienen mejor salud y en las categorías de regular, malo y muy malo el porcentaje de mujeres es mayor (fig. 4). Aparte de ello, si se tiene en cuenta la variable edad, puede indicarse que la percepción de un buen estado de salud es menor en las personas mayores; únicamente el 36,8% de las personas mayores de 64 años valora su estado de salud como positivo.



Además, mujeres y hombres acuden con frecuencias distintas y por motivos diferentes a las consultas médicas y a los servicios de urgencias. También son hospitalizados y se les prescriben medicamentos de forma diferente. Asimismo, el porcentaje de mujeres que manifiesta tener un alto grado de impedimento por alguna enfermedad es superior al de hombres (el 32,6% frente al 26,8%)<sup>4</sup>. Asimismo, el porcentaje de hombres con dificultad para realizar las actividades de la vida diaria es mayor en edades jóvenes (hasta 44 años) que el de mujeres. Sin embargo, a edades avanzadas la situación es la contraria.

En este sentido, el 22,3% de la población afirma que tiene dificultades para realizar las actividades de la vida diaria debido a un problema de salud (el 18,6% de los hombres y el 25,9% de las mujeres). Estas dificultades son más frecuentes en la población de mayor edad. Así, el 42,7% de las personas de 65 años o más (el 33,9% de los hombres y el 48,9% de las mujeres) presenta alguna limitación para las actividades de la vida diaria (tabla III).

**Tabla III: Limitación por las actividades de la vida diaria en los últimos 6 meses. Distribución porcentual según sexo y grupo de edad, 2006**

		Limitado(a)	Limitado(a)	No limitado(a)
		gravemente	pero no gravemente	
<b>Hombres</b>	TOTAL	3,89	14,74	81,37
	De 0 a 15 años	0,70	7,93*	91,36
	De 16 a 24 años	0,73	8,32*	90,95
	De 25 a 44 años	3,22	13,00	83,78
	De 45 a 64 años	5,16	19,12	75,72
	De 65 y más años	9,50	24,46	66,05
<b>Mujeres</b>	TOTAL	4,63	21,27	74,09
	De 0 a 15 años	0,63	7,90*	91,47
	De 16 a 24 años	0,44	12,36*	87,2
	De 25 a 44 años	2,83	17,61	79,56
	De 45 a 64 años	5,09	26,17	68,74
	De 65 y más años	12,44	36,47	51,08

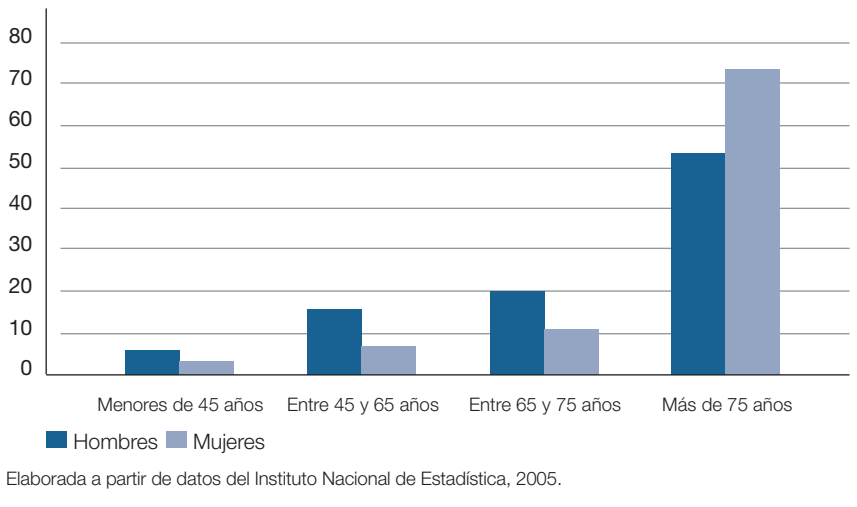
Elaborada a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística y del Ministerio de Sanidad y Consumo. Se trata de un avance de junio de 2006 a enero de 2007. Son tablas estadísticas con datos provisionales a nivel nacional. Los datos referentes al cruce de la categoría "Limitado(a) gravemente" con el grupo de edad "de 16 a 24 años" han de ser tomados con precaución, ya que pueden estar afectados por errores de muestreo. Los datos referentes al cruce de la categoría "Limitado(a) gravemente" con el grupo de edad "de 0 a 15 años" en mujeres han de ser tomados con precaución, ya que pueden estar afectados por errores de muestreo.

La esperanza de vida al nacer, tal y como se indica en el anterior apartado, en el año 2006 es mayor en las mujeres que en los hombres. Las distribuciones porcentuales de las defunciones de hombres y mujeres por grupos de edad corroboran esta diferencia (fig. 5<sup>5</sup>). De hecho, la esperanza de vida de las mujeres en España está entre las más altas del mundo, tal y como se ha comentado anteriormente.

4 Datos de la Encuesta de Condiciones de Vida 2005, del Instituto Nacional de Estadística.

5 Los resultados de 2006 son provisionales y se han tomado del movimiento natural de la población de 2005.

**Figura 5: Porcentaje de defunciones, por edad y sexo, 2005**



Asimismo, la población adulta<sup>6</sup> afirma haber sido diagnosticada de artrosis, artritis o reumatismo (21,4%), de hipertensión arterial (20,7%), de hipercolesterolemia (16,1%), de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales (14,7%) y de alergia crónica (12,4%). Estas enfermedades son más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Véase la tabla IV.

En cuanto a la población infantil<sup>7</sup>, el 11,9% ha sido diagnosticada de alergia crónica y el 7,0%, de asma. Ambos problemas son más frecuentes en los niños que en las niñas.

En cuanto a las causas de mortalidad, las más importantes son las enfermedades del sistema cardiocirculatorio, seguidas de los tumores y ambas, en conjunto, son la causa del 58,6% de las defunciones ocurridas en el año 2005<sup>8</sup>. Por tanto, las enfermedades que más muertes producen en hombres y mujeres son las cardiovasculares y el cáncer. Ambos grupos presentan características diferentes en unos y otras. Ello se debe, en parte, a las diferencias biológicas, pero la investigación sobre el tema es todavía insuficiente para analizarlas adecuadamente desde el enfoque de género, quizá con la excepción de la cardiopatía isquémica.

6 De 16 años y más (ENS 2006).

7 Menores de 16 años (ENS 2006).

8 Los últimos datos publicados en el Instituto Nacional de Estadística son de este año.

**Tabla IV: Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución diagnosticados por el médico o la médica en personas adultas. Distribución porcentual según sexo en la población de 16 años o más, 2006**

	Hombres	Mujeres
Alergia crónica	11,06	13,62
Artrosis, artritis o reumatismo	13,87	28,55
Asma	5,09	6,09
Bronquitis crónica	5,25	4,83
Cataratas	5,31	9,04
Colesterol elevado	15,79	16,46
Depresión/ansiedad u otros trastornos mentales	8,69	20,49
Diabetes	6,13	5,97
Embolia	0,80	1,10
Infarto de miocardio	3,20	1,62
Osteoporosis	1,38	9,00
Otras enfermedades del corazón	4,91	6,24
Tensión elevada	18,20	23,15
Tumores malignos	1,92	2,79

Del Ministerio de Sanidad y Consumo-Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España. Se trata de un avance de resultados de junio de 2006 a enero de 2007. Son tablas estadísticas con datos provisionales a nivel nacional.

Dos causas de muerte especialmente relevantes son los suicidios y los accidentes de tráfico. El número de víctimas mortales en accidentes de tráfico está descendiendo paulatinamente, no así el de suicidios, que crece lentamente (se ha duplicado en los últimos 25 años), aunque se ha mantenido bastante estable en los últimos 9 años (en torno a los 3.300 suicidios al año). El análisis de estos fenómenos, que son causas externas de la mortalidad de hombres y mujeres, proporciona una coincidencia digna de atención: tanto en accidentes como en suicidios los porcentajes son superiores en el caso de los hombres. Por ejemplo, según el último dato existente, del año 2004, las diferencias eran las siguientes: 3,95 y 12,65%, en el caso de suicidio de mujeres y hombres, respectivamente, y 5,30 y 18,33%, respectivamente, en el caso de accidentes de tráfico.

En cuanto a los casos de Sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), cabe señalar que de los datos de 2006 referidos al Sida, según el Registro Nacional de Casos de Sida, del Centro Nacional de Epidemiología, se extrae que el 79,5% del total acumulado de personas enfermas de Sida en nuestro país son hombres mientras que las mujeres representan el 20,5% restante. Sin embargo, es importante señalar que la tasa de crecimiento es mayor entre las mujeres.

Respecto a la obesidad, es más frecuente en las mujeres que en los hombres a partir de los 50 años. También es más frecuente en las mujeres de los grupos sociales más desfavorecidos. En cambio, el peso corporal insuficiente es más habitual en las mujeres de las clases más altas y en los hombres de clases más bajas.

Por su parte, la violencia tiene un claro patrón de género y repercute en la salud de las mujeres. Tanto por su magnitud como por su impacto sobre la salud mental y física de las afectadas y de sus hijas e hijos, la violencia de género se considera un tema prioritario de salud pública.

Desde la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial se ha trabajado durante el año 2006 en la elaboración de un protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, así como en la investigación y desarrollo de un conjunto de indicadores sanitarios de atención a la violencia de género.

Respecto a los *hábitos de vida* que están relacionados con la salud, el 30% de la población adulta se declara fumadora (el 32,2% de los hombres y el 22,1% de las mujeres), el 70,6% afirma haber consumido bebidas alcohólicas<sup>9</sup> (el 82,3% de los hombres y el 59,3% de las mujeres). El 59,6% de la población adulta realiza ejercicio físico en su tiempo libre (el 63,1% de los hombres y el 56,3% de las mujeres).

Se estima que más de 55.000 españoles fallecen cada año como consecuencia del tabaco y la edad de inicio en este hábito está en torno a los 13 años, una de las más bajas de la Unión Europea. Se espera que la entrada en vigor de la Ley de Prevención del Tabaquismo en enero de 2006 contribuya a reducir los daños provocados por el tabaco en la población española, prevenir el inicio de este hábito entre quienes no fuman, especialmente entre la población más joven, y ayudar a quienes lo hacen para que puedan abandonarlo.

El Observatorio para la Prevención del Tabaquismo, que se creó en julio de 2006, se constituye como órgano de referencia científico-técnica a nivel nacional en la lucha contra la dependencia del tabaco, mediante el cual se canalizarán las iniciativas, actuaciones e investigaciones que se desarrollen a nivel preventivo y asistencial para reducir la prevalencia del tabaquismo en nuestro país.

Finalmente, por lo que respecta a las drogas, cabe señalar que el Ministerio de Sanidad y Consumo ha aprobado un plan de acción 2005-2008 para movilizar los recursos y aplicar iniciativas con el propósito de desarrollar y revitalizar la estrategia nacional antidroga. En este sentido, es interesante señalar algunos datos sobre la población juvenil según la Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (Estu-

9 En los 12 meses anteriores a la realización de la encuesta (ENS 2006).

des) 2006-2007. Se indica que, al igual que en años anteriores, en 2006 las drogas más consumidas por los y las estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años han sido el alcohol, el tabaco y el *Cannabis*.

En 2006, las sustancias que comenzaban a consumir más tempranamente eran el tabaco, las sustancias volátiles (en este caso, una minoría) y el alcohol, cuya media de edad de inicio se situó entre los 13 y los 14 años. Les siguen los tranquilizantes y el *Cannabis* (14,2 y 14,6 años, respectivamente). Por su parte, la cocaína, el éxtasis, los alucinógenos y las anfetaminas son las sustancias que comienzan a consumirse a una edad más tardía (15,4, 15,5 y 15,6 años, respectivamente). La extensión del consumo de drogas en los estudiantes de 14 a 18 años varía mucho según el sexo. Los chicos consumen mucho más todas las drogas ilegales que las chicas mientras que con el tabaco y los tranquilizantes sucede lo contrario.

En el caso de las bebidas alcohólicas, la proporción de consumidores es parecida. Sin embargo, la intensidad del consumo de tabaco y alcohol entre los consumidores es más elevada en los hombres que en las mujeres.



# Desarrollo normativo e institucional

**Derechos y garantías de la ciudadanía.** Los derechos de la ciudadanía en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS) y sus respectivas garantías que fueron reconocidos por la Ley 16/2003, de 18 de mayo, de Cohesión y Calidad en el Sistema Nacional de Salud se han continuado desarrollando y articulando en cada una de las comunidades autónomas (CCAA; tabla V).

No obstante, conviene recordar que la autonomía del paciente constituye el núcleo fundamental de los modernos derechos de los y las pacientes o personas usuarias, lo que ha significado un cambio fundamental en la relación clínica tanto desde el punto de vista bioético como desde el punto de vista judicial.

En lo referente a los fundamentos y al marco teórico, debe distinguirse entre el derecho a la intimidad, tal y como resulta del artículo 18, puntos 1 y 4, de la Constitución, y la creación por el Tribunal Constitucional del nuevo derecho fundamental de protección de los datos personales<sup>10</sup>. Se trata de un nuevo derecho con todas sus consecuencias.

No obstante, conviene aclarar que, a efectos prácticos de sistemática de análisis descriptivo, en la primera parte de este capítulo se aborda el desarrollo normativo referido a los derechos de las ciudadanas y los ciudadanos, distinguiendo, por una parte, los que resultan de la Ley de Cohesión y Calidad y, por la otra, los que surgen de la Ley de Autonomía del Paciente. No obstante, debe quedar claro que en ambos casos, se está refiriendo a derechos individuales de las ciudadanas y los ciudadanos con independencia de cuáles sean las garantías establecidas para su realización ya que no siempre necesitan una actuación prestadora de la Administración pública y, en definitiva, están bajo la garantía plena del Poder Judicial.

En el ámbito de los derechos de los ciudadanos y las ciudadanas, resulta oportuno hacer una referencia al respeto a su derecho a la intimidad por lo que respecta al tratamiento de sus datos personales por los sistemas autonómicos de salud. Así, puede apreciarse una constante, numerosa y generalizada intervención autonómica en la adecuación de su actividad a lo dispuesto en la normativa sobre protección de datos<sup>11</sup>.

10 Sentencia 292/2000, de 30 de noviembre, del Tribunal Constitucional.

11 En Andalucía, la Orden de 21 de diciembre de 2005, por la que se crean, modifican y suprimen ficheros automatizados de carácter personal gestionados por la Consejería; Orden de 11 de julio de 2006, por la que se crean ficheros automatizados de datos de carácter personal relacionados con el Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía; Orden de 31 de julio de 2006, por la que se crean y suprimen ficheros automatizados de carácter personal de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

Asimismo, el desarrollo llevado a cabo por las CCAA no se limita, en lo referente a la Ley de Autonomía del Paciente, a los aspectos relativos a las instrucciones previas o voluntades anticipadas, sino que hace referencia a un espectro mucho más amplio.

Durante 2006, los derechos individuales de las ciudadanas y ciudadanos se han regulado a nivel autonómico en diversos aspectos relativos a las instrucciones previas o voluntades anticipadas, dentro de lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Así, se ha continuado con la aprobación de normas generales reguladoras de las voluntades anticipadas, como es el caso de Baleares<sup>12</sup>, y se ha desarrollado el funcionamiento de los registros en Canarias<sup>13</sup>, Madrid<sup>14</sup>, Castilla-La Mancha<sup>15</sup> y La Rioja<sup>16</sup>, en aquellas otras ya aprobadas que quedaban por desarrollar.

Con relación al derecho a la libre elección de médico reconocido con carácter general para todo el SNS en el artículo 5.1 d) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, aquellos servicios autonómicos que aún no lo habían dispuesto han desarrollado en 2006 dicho contenido, como es el caso específico de la Comunidad Valenciana<sup>17</sup> y de Extremadura<sup>18</sup>.

En Cantabria, la Orden SAN/25/2006, de 5 de octubre, por la que se crean los ficheros informatizados de datos de carácter personal gestionados por la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. En Castilla-La Mancha, las Órdenes de 30 de diciembre de 2005; de 3, 6, 7, 8, 9 y 10 de marzo de 2006; de 2, 27 y 29 de noviembre de 2006, por las que se crean ficheros de datos con distintas finalidades en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Asimismo, la Circular 2/2006, sobre procedimiento de cesión de uso de información, servicios y aplicaciones prácticas de las TIC en el ámbito del Sescam (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha).

En Cataluña, la Orden SLT/519/2006, de 3 de noviembre, por la que se regulan los ficheros que contienen datos de carácter personal en el ámbito del Departamento de Salud.

En La Rioja, la Orden de 9/2006, de 19 de septiembre, por la que se determinan los ficheros con datos de carácter personal del Servicio Riojano de Salud.

12 Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas.

13 Decreto 13/2006, de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntad en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente registro.

14 Decreto 101/2006, de 16 de noviembre, por el que se regula el Registro Madrileño de Instrucciones Previas en el Ámbito Sanitario y la Orden 2.191/2006, de 18 de diciembre, que lo desarrolla.

15 Decreto 15/2006, de 21 de febrero, del registro de voluntades anticipadas de Castilla-La Mancha.

16 Decreto 30/2006, de 19 de mayo, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de La Rioja. También, la Orden 8/2006, de 26 de julio, sobre forma de otorgar documento de instrucciones previas ante personal de la Administración.

17 Decreto 37/2006, de 24 de marzo, por el que se regula la libre elección de facultativo y centro, en el ámbito de la Sanidad Pública de la Comunidad Valenciana.

18 Decreto 15/2006, de 24 de enero, por el que se regula la libre elección de médico, servicio y centro en Atención Primaria de Salud del sistema sanitario público de Extremadura.

**TABLA V. Normas legales fundamentales en materia de derechos y garantías de los ciudadanos y las ciudadanas, por comunidad autónoma y fecha, 2006**

Comunidad Autónoma	Fecha	Denominación
Andalucía	21/12/2005	Orden de 21 de diciembre de 2005, por la que se crean, modifican y suprimen ficheros automatizados de carácter personal gestionados por la Consejería
	16/03/2006	Orden de 16 de marzo de 2006, por la que se regulan y suprimen los ficheros automatizados que contienen datos de carácter personal gestionados por las Delegaciones Provinciales de la Consejería
	11/07/2006	Orden de 11 de julio de 2006, por la que se crean ficheros automatizados de datos de carácter personal relacionados con el Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Transplantes de Andalucía
	31/07/2006	Orden de 31 de julio de 2006, por la que se crean y suprimen ficheros automatizados de carácter personal de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.
	13/11/2006	Orden de 13 de noviembre de 2006, por la que se aprueba el Pliego tipo de Cláusulas Administrativas Particulares para el concierto de consultas y gabinetes podológicos, por procedimiento abierto y mediante concurso, de los servicios de asistencia podológica a las personas con diabetes y situación de pie diabético o con riesgo de presentarlo
	29/11/2006	Orden de 29 de noviembre de 2006, por la que se regula la asistencia dental a personas con discapacidad severa en el Sistema Sanitario Público de Andalucía
	11/12/2006	Resolución de 11 de diciembre de 2006, de la Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, por la que se aprueba la Carta de Servicios del Servicio Andaluz de Salud
	20/12/2006	Orden de 20 de diciembre de 2006, por la que se establece para el año 2007 la población con derecho a la prestación asistencial dental que regula el Decreto 281/2001, de 26 de diciembre
Asturias	27/09/2006	Resolución de 27 de septiembre de 2006, por la que se determinan las ayudas por gastos de manutención, hospedaje y desplazamiento en transporte no sanitario a pacientes del Servicio de Salud del Principado de Asturias que reciben asistencia en centros asistenciales ubicados fuera de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias
Balears	03/03/2006	Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas
	22/09/2006	Decreto 83/2005, de 22 de septiembre, de garantías de los términos máximos de respuesta a la atención sanitaria especializada programada y no urgente en el Servicio de Salud de las Islas Baleares
Canarias	08/02/2006	Decreto 13/2005, de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntad en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente registro
	01/08/2006	Decreto 116/2006, de 1 de agosto, por el que se regula el sistema de organización, gestión e información de las listas de espera en el ámbito sanitario
	26/12/2006	Orden de 26 de diciembre de 2006, por la que se modifica el Anexo I de la Orden de 15 de mayo de 2003, que establece los plazos máximos de respuesta a determinados procedimientos quirúrgicos a cargo del Servicio Canario de la Salud
Cantabria	15/06/2006	Ley 7/2007, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria
	05/10/2006	Orden SAN/2006, de 5 de octubre, por la que se crean los ficheros informatizados de datos de carácter personal gestionados por la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

<b>Comunidad Autónoma</b>	<b>Fecha</b>	<b>Denominación</b>
<b>Castilla-La Mancha</b>	30/12/2006 y otros	Órdenes de 30 de diciembre de 2005; de 3, 6, 7, 8, 9 y 10 de marzo de 2006; de 2, 27 y 29 de noviembre de 2006, por la que se crean ficheros de datos con distintas finalidades en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
	31/01/2006	Decreto 10/06, de 31 de enero, de tiempos máximos de respuesta y prestaciones garantizadas en la atención sanitaria especializada de Castilla-La Mancha
	21/02/2006	Decreto 15/06, de 21 de febrero, del registro de voluntades anticipadas en Castilla-La Mancha
	02/02/2006	Circular 2/2006, de 2 de febrero, sobre procedimiento de cesión de uso de información, servicios y aplicaciones prácticas de las TIC en el ámbito del Sescam
<b>Cataluña</b>	03/11/2006	Orden SLT/5 19/2006, de 3 de noviembre, por la que se regulan los ficheros que contienen datos de carácter personal en el ámbito del Departamento de Salud
<b>Comunidad Valenciana</b>	09/02/2006	Orden de 9 de marzo, por la que se implanta la hoja de notificación para la atención sociosanitaria infantil y la protección de menores en el ámbito de la Comunidad Valenciana
	24/03/2006	Decreto 37/2006, de 24 de marzo, por el que se regula la libre elección de facultativo y centro, en el ámbito de la Sanidad Pública de la Comunidad Valenciana
	29/06/2006	Orden de 29 de junio de 2006, por la que se establece la financiación de determinados medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil a lesionados medulares
<b>Extremadura</b>	24/01/2006	Decreto 15/2006, de 24 de enero, por el que se regula la libre elección de médico, servicio y centro en Atención Primaria de Salud del Sistema Sanitario-Público de Extremadura
	21/03/2006	Decreto 55/2006, de 21 de marzo, por el que se regula la concesión de subvenciones destinadas a la financiación de determinados productos y tratamientos ortoprotésicos para las personas mayores y se establece su convocatoria
	04/04/2006	Decreto 68/2006, de 4 de abril, por el que se regula el derecho a la obtención gratuita de productos farmacéuticos de uso pediátrico para las familias numerosas, personas discapacitadas extremeñas y enfermos pediátricos crónicos
<b>Galicia</b>	31/08/2006	Orden de 31 de agosto de 2006, por la que se regulan las subvenciones para la realización de programas destinados a prestar atención a los enfermos con trastornos mentales persistentes en los dispositivos de apoyo comunitario dependientes de las asociaciones de familiares de enfermos psíquicos y otras entidades sin ánimo de lucro
<b>Murcia</b>	09/01/2006	Orden de 9 de enero de 2006, por la que se regula el procedimiento para el reintegro por el Servicio Murciano de Salud de los gastos sanitarios en situaciones de riesgo vital
	03/02/2006	Orden de 3 de febrero de 2006, por la que se regula el procedimiento para las prestaciones ortoprotésicas
	31/03/2006	Decreto 25/2006, de 31 de marzo, por el que se desarrolla la normativa básica estatal en materia de información sobre listas de espera y se establecen las medidas necesarias para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del Sistema Sanitario Público de la Región de Murcia
	05/09/2006	Orden de 5 de septiembre de 2006, por la que se modifica la Orden de 21 de febrero de 2006, que determina las ayudas compensatorias a pacientes del Servicio Murciano de Salud por desplazamiento y estancia derivada de la asistencia sanitaria

Comunidad Autónoma	Fecha	Denominación
<b>País Vasco</b>	21/03/2006	Decreto 65/2006, de 21 de marzo, por el que se establecen los plazos máximos de acceso a procedimientos quirúrgicos programados y no urgentes a cargo del Sistema Sanitario de Euskadi.
<b>La Rioja</b>	19/05/2006	Decreto 30/2006, de 19 de mayo, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de La Rioja
	26/07/2006	Orden 8/2006, de 26 de julio, sobre forma de otorgar documento de instrucciones previas ante personal de la Administración
	19/09/2006	Orden de 9/2006, de 19 de septiembre, por la que se determinan los ficheros con datos de carácter personal del Servicio Riojano de Salud
Sescam, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; TIC, tecnologías de la información y la comunicación.		

A lo largo de 2006, aquellas CCAA que no lo habían hecho en años anteriores (p. ej., Andalucía) han estado definiendo los plazos máximos de espera en su cartera de servicios dentro del mencionado marco. En otras CCAA, como Baleares<sup>19</sup>, Canarias<sup>20</sup>, Cantabria<sup>21</sup>, Castilla-La Mancha<sup>22</sup>, Murcia<sup>23</sup> y País Vasco<sup>24</sup>, ya se ha desarrollado el reconocimiento de los plazos máximos y se han dispuesto los instrumentos de gestión e información necesarios (esencialmente, las listas de espera) para ofrecer la atención requerida dentro del plazo máximo establecido.

19 Decreto 83/2006, de 22 de septiembre, de garantías de los términos máximos de respuesta a la atención sanitaria especializada programada y no urgente en el Servicio de Salud de las Islas Baleares.

20 Decreto 116/2006, de 1 de agosto, por el que se regula el sistema de organización, gestión e información de las listas de espera en el ámbito sanitario; también la Orden de 26 de diciembre de 2006, por la que se modifica el Anexo I de la Orden de 15 de mayo de 2003, que establece los plazos máximos de respuesta a determinados procedimientos quirúrgicos a cargo del Servicio Canario de la Salud.

21 Ley 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria.

22 Decreto 10/2006, de 31 de enero, de tiempos máximos de respuesta y prestaciones garantizadas en la atención sanitaria especializada de Castilla-La Mancha.

23 Decreto 25/2006, por el que se desarrolla la normativa básica estatal en materia de información sobre listas de espera y se establecen las medidas necesarias para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público de la Región de Murcia.

24 Decreto 65/2006, de 21 de marzo, por el que se establecen los plazos máximos de acceso a procedimientos quirúrgicos programados y no urgentes a cargo del sistema sanitario del País Vasco.

**Organización sanitaria.** Por lo que respecta a los órganos de gobierno, la ausencia de elecciones autonómicas en 2006 ha implicado la continuidad de las estructuras existentes de las consejerías competentes en materia de salud. No obstante, se produjo un cambio de estructura en Galicia<sup>25</sup> como consecuencia de los resultados de las elecciones de 2005. Asimismo, en Cantabria<sup>26</sup> y en la Comunidad Valenciana<sup>27</sup> se han llevado a cabo sendas reestructuraciones de los órganos dependientes de las consejerías competentes en materia de salud, como reajuste tardío del traspaso de funciones y servicios en materia de asistencia sanitaria que exige la potenciación de las políticas de coordinación y planificación en materia sanitaria.

En cuanto a la organización de los servicios de salud autonómicos, únicamente se han producido modificaciones puntuales toda vez que ya se ha cerrado definitivamente la fase creadora de éstos (tabla VI). Se han aprobado los estatutos del Servicio de Salud de las Islas Baleares<sup>28</sup> y se han modificado los estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea como consecuencia de la adaptación a la nueva normativa sobre Administración Pública en Navarra<sup>29</sup>. También se han producido reajustes en la organización territorial de las estructuras de los sistemas sanitarios autonómicos, mediante la modificación general o puntual de los respectivos mapas sanitarios (Aragón<sup>30</sup>, Asturias<sup>31</sup> y Castilla-La Mancha<sup>32</sup>), con medidas específicas sobre la atención

25 Decreto 45/2006, de 23 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad; Decreto 46/2006, de 23 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Gallego de Salud.

26 Decreto 103/2006, de 13 de octubre, por el que se modifica la estructura básica de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

27 Decreto 1/2006, de 13 de enero, por el que se modifica el Decreto 26/2005, de 4 de febrero, por el que se aprobó el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad. Asimismo, se aprobó el Decreto 56/2006, de 21 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Conselleria de Sanidad.

28 Decreto 39/2006, de 21 de abril, por el cual se aprueban los Estatutos del ente público Servicio de Salud de las Islas Baleares.

29 Decreto foral 45/2006, de 3 de julio, por el que se aprueban los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

30 Decreto 84/2006, de 4 de abril, por el que se modifica el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón.

31 Decreto 80/2006, de 29 de junio, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de Asturias y se dictan normas para su puesta en práctica.

32 Orden de 8 de mayo de 2006, de modificación del mapa sanitario de Castilla-La Mancha en las zonas básicas de salud del Área de Salud de Puertollano; Orden de 9 de octubre de 2006, de modificación del mapa sanitario de Castilla-La Mancha en las zonas básicas de salud del Área de Salud de Guadalajara.

primaria y especializada (Aragón<sup>33</sup>), la salud mental (Extremadura<sup>34</sup>) y, asimismo, mediante el desarrollo de la estructura orgánica, territorial y funcional de determinados hospitales y centros de especialidades (Castilla-La Mancha<sup>35</sup>). Andalucía<sup>36</sup> continúa con la apertura de centros hospitalarios de alta resolución.

Entre las novedades, puede identificarse el desarrollo de una «segunda descentralización», ahora en el ámbito de la Administración local. Así se manifiesta en Cataluña, donde se han desarrollado los gobiernos territoriales de salud<sup>37</sup> para asegurar la colaboración entre la Administración de la Generalitat de Cataluña y las Administraciones locales en el ámbito de la salud, con la finalidad de alcanzar mayor grado de integración de las competencias de ambas Administraciones territoriales y con ello, la mejora de la atención prestada a la ciudadanía y a la comunidad.

Respecto a la organización, cabe señalar que el ejercicio intensivo de las competencias en materia de salud por parte de todas las CCAA ha generado una proliferación de órganos y organismos ejecutivos de carácter especializado que son la manifestación de las principales líneas de actuación de cada una de ellas en materia sanitaria. Así ha ocurrido con el desarrollo del Real Decreto 1.088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión. En el año 2006 se han unido a los ya existentes los de Asturias<sup>38</sup> y Cataluña<sup>39</sup> o La Rioja<sup>40</sup>.

33 Orden de 24 de febrero de 2006, por la que se regula la asistencia pediátrica en Atención Primaria en el Sistema de Salud de Aragón; Orden de 5 de octubre de 2006, por la que se regula el Convenio de colaboración para la constitución del Consorcio de Salud.

34 Decreto 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

35 Orden de 27 de junio de 2006, de estructura orgánica, territorial y funcional de los hospitales y centros de especialidades en Albacete, Almansa y Villarrobledo.

36 Orden de 31 de marzo de 2006, de apertura de centros hospitalarios de alta resolución en el marco de una política de acercamiento a las necesidades ciudadanas y mejora de la accesibilidad.

37 Decreto 38/2006, de 14 de marzo, por el que se regula la creación de gobiernos territoriales de salud.

38 Decreto 4/2006, de 12 de enero, por el que se establece el Sistema de Hemovigilancia del Principado de Asturias.

39 Decreto 298/2006, de 18 de julio, por el que se regula la Red de Hemoterapia y se crea el sistema de Hemovigilancia en Cataluña.

40 Decreto 13/2006, de 3 de febrero, por el que se regula la hemodonación y hemoterapia en la Comunidad Autónoma de La Rioja.

**TABLA VI. Normas legales fundamentales en materia de organización sanitaria, por comunidad autónoma y fecha, 2006**

Comunidad Autónoma	Fecha	Denominación
Andalucía	23/02/2006	Orden de 23 de febrero de 2006, por la que se aprueba el Plan Anual de Inspección de Servicios Sanitarios
	31/03/2006	Orden de 31 de marzo de 2006, por la que se establecen los Centros Hospitalarios de Alta Resolución de Guadix, Alcaudete, Puente Genil, Utrera y Sierra Norte de Sevilla y se adscribe la gestión de los mismos
	19/06/2006	Ley 3/2006, de 19 de junio, de creación de la Empresa Pública Sanitaria Bajo Guadalquivir
	04/07/2006	Decreto 132/2006, de 4 de julio, por el que se establecen las condiciones y requisitos de instalación y funcionamiento de las ortopedias
	25/07/2006	Resolución de 25 de julio de 2006, de la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento, por la que se definen los mapas de competencias de médico/a, farmacéutico/a, dentista, psicólogo/a, químico/a, biólogo/a, bioquímico/a, físico/a, enfermera/o y fisioterapeuta del Sistema Sanitario Público de Andalucía para determinados puestos de trabajo
	31/10/2006	Decreto 190/2006, de 31 de octubre, por el que se constituye la Empresa Pública Sanitaria Bajo Guadalquivir, se aprueban sus Estatutos y se modifican los de otras empresas públicas sanitarias
	14/11/2006	Acuerdo de 14 de noviembre de 2006, del Consejo de Gobierno, por el que se autoriza a la Consejería a suscribir un convenio con el Ayuntamiento de Écija (Sevilla) para la integración del Hospital San Sebastián
	11/12/2006	Orden de 11 de diciembre de 2006, por la que se atribuye la gestión de distintos centros sanitarios a la Empresa Pública Sanitaria Bajo Guadalquivir
Aragón	24/02/2006	Orden de 24 de febrero de 2006, por la que se regula la asistencia pediátrica en Atención Primaria en el Sistema de Salud de Aragón
	04/04/2006	Decreto 84/2006, de 4 de abril, por el que se modifica el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón
	05/10/2006	Orden de 5 de octubre de 2006, por la que se regula el Convenio de colaboración para la constitución del Consorcio de Salud
Asturias	12/01/2006	Decreto 4/2006, de 12 de enero, por el que se establece el Sistema de Hemovigilancia del Principado de Asturias
	29/06/2006	Decreto 80/2006, de 29 de junio, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de Asturias y se dictan normas para su puesta en práctica
Baleares	21/04/2006	Decreto 39/2006, de 21 de abril, por el cual se aprueban los Estatutos del ente público Servicio de Salud de las Islas Baleares
Cantabria	13/10/2006	Decreto 103/2006, de 13 de octubre, por el que se modifica la estructura básica de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
Castilla-La Mancha	08/05/2006	Orden de 8 de mayo de 2006, de modificación del mapa sanitario de Castilla-La Mancha en las zonas básicas de salud del Área de Salud de Puertollano
	27/06/2006	Orden de 27 de junio de 2006, de estructura orgánica, territorial y funcional de los hospitales y centros de especialidades en Albacete, Almansa y Villarrobledo
	09/10/2006	Orden de 9 de octubre de 2006, de modificación del mapa sanitario de Castilla-La Mancha en las zonas básicas de salud del Área de Salud de Guadalajara
Cataluña	14/03/2006	Decreto 38/2006, de 14 de marzo, por el que se regula la creación de gobiernos territoriales de salud
	18/07/2006	Decreto 298/2006, de 18 de julio, por el que se regula la Red de Hemoterapia y se crea el sistema de Hemovigilancia en Cataluña



Comunidad Autónoma	Fecha	Denominación
Comunidad Valenciana	13/01/2006	Decreto 1/2006, de 13 de enero, por el que se modifica el Decreto 26/2005, de 4 de febrero, por el que se aprobó el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad
	21/04/2006	Decreto 56/2006, de 21 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Conselleria de Sanidad
Extremadura	16/05/2006	Decreto 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura
Galicia	23/02/2006	Decreto 45/2006, de 23 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Conselleria de Sanidad
	23/02/2006	Decreto 46/2006, de 23 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Gallego de Salud
Navarra	03/07/2006	Decreto foral 45/2006, de 3 de julio, por el que se aprueban los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
La Rioja	03/07/2006	Decreto 13/2006, de 3 de febrero, por el que se regula la hemodonación y hemoterapia en la Comunidad Autónoma de La Rioja

**Prevención, control y seguimiento de enfermedades.** Las CCAA han coincidido en la creación de órganos y organismos dirigidos a problemas de salud concretos, como es el caso de la prevención, el control y el seguimiento de la evolución epidemiológica del virus de la gripe (Asturias<sup>41</sup>, Canarias<sup>42</sup>, Cantabria<sup>43</sup> y Navarra<sup>44</sup>), encargados de coordinar a nivel autonómico las distintas medidas para minimizar el impacto de una pandemia gripal (tabla VII).

Asimismo, ha habido coincidencia entre las CCAA en el ámbito de la salud mental, en el cual se ha creado una organización específica en materia de salud mental (Aragón<sup>45</sup> y Baleares<sup>46</sup>), así como también en relación con la drogodependencia (Asturias<sup>47</sup> y Madrid<sup>48</sup>).

41 Decreto 19/2006, de 22 de febrero, por el que se crea el Comité para la prevención, el control y el seguimiento de la evolución epidemiológica del virus de la gripe en el Principado de Asturias.

42 Decreto 72/2006, de 31 de mayo, por el que se regula la estructura organizativa para la preparación y respuesta frente a una posible pandemia de gripe en Canarias.

43 Decreto 22/2006, de 23 de febrero, por el que se crea y regula la Comisión Regional para la prevención, el control y el seguimiento de la evolución epidemiológica del virus de la gripe en Cantabria.

44 Orden Foral 6/2006, de 20 de enero, por la que se crea el Comité Operativo del plan foral de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe.

45 Orden de 4 de julio de 2006, por la que se regula provisionalmente la figura del Coordinador de Salud Mental en el ámbito del Sector Sanitario.

46 Orden de 23 de enero de 2006, por la cual se modifica la Orden de 7 de mayo de 2004, por la cual se regula la Comisión Institucional de Salud Mental y el Comité Técnico Asesor de Salud Mental de las Islas Baleares.

47 Decreto 79/2006, de 29 de junio, por el que se crea el Consejo Asesor en materia de Drogodependencia.

48 Decreto 25/2006, de 2 de marzo, por el que se aprueba el reglamento de organización y funcionamiento del Observatorio Regional sobre Drogodependencia y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad de Madrid.

**TABLA VII. Normas legales fundamentales en materia de prevención, control y seguimiento de enfermedades, por comunidad autónoma y fecha, 2006**

Comunidad Autónoma	Fecha	Denominación
Andalucía	22/02/2006	Orden de 22 de febrero de 2006, por la que se incluye la vacunación frente a la varicela en el calendario de vacunaciones de Andalucía
	05/04/2006	Orden de 5 de abril de 2006, por la que se prohíbe el baño por motivos sanitarios en diversas zonas de baño de carácter continental de Andalucía
	15/05/2006	Resolución de 15 de mayo de 2006, de la Dirección General de Salud Pública y Participación, por la que se convocan subvenciones para la financiación de programas de prevención de brucelosis humana a Entidades Locales para el ejercicio económico 2006
	01/09/2006	Orden de 1 de septiembre de 2006, por la que se modifican las dosis de vacuna conjugada frente al Meningococo C y la vacunación frente a la Hepatitis B en el calendario de vacunaciones de Andalucía
	25/07/2006	Orden 150/2006, de 25 de julio, por el que se desarrolla la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco en materia de señalización y zonas habilitadas para fumar
Aragón	04/07/2006	Orden de 4 de julio, por el que se regula provisionalmente la figura del Coordinador de Salud Mental en el ámbito del Sector Sanitario
Asturias	2/02/2006	Decreto 19/2006, de 22 de febrero, por el que se crea el Comité para la prevención, el control y el seguimiento de la evolución epidemiológica del virus de la gripe en el Principado de Asturias
	29/06/2006	Decreto 79/2006, de 29 de junio, por el que se crea el Consejo Asesor en materia de Drogodependencia
Baleares	23/01/2006	Orden de 23 de enero de 2006, por la cual se modifica la Orden de 7 de mayo de 2004, por la cual se regula la Comisión Institucional de Salud Mental y el Comité Técnico Asesor de Salud Mental de las Islas Baleares
Canarias	31/05/2006	Decreto 72/2006, de 31 de mayo, por el que se regula la estructura organizativa para la preparación y respuesta frente a una posible pandemia de gripe en Canarias
Cantabria	15/12/2005	Acuerdo de 15 de diciembre de 2005, sobre la Unidad de Deshabituación Tabáquica (Udesta) en el ámbito del Servicio Cántabro de Salud
	23/02/2006	Decreto 22/2006, de 23 de febrero, por el que se crea y regula la Comisión Regional para la prevención, el control y el seguimiento de la evolución epidemiológica del virus de la gripe en Cantabria
Castilla y León	05/10/2006	Decreto 69/2006, de 5 de octubre, por el que se regula la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León
	13/10/2006	Orden SAN/1.593/2006, de 13 de octubre, por la que se regula la organización y funcionamiento de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León
	27/12/2006	Orden SAN/2.128/2006, de 27 de diciembre, por la que se regula el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria de Castilla y León
Castilla-La Mancha	17/07/2006	Decreto 95/2006, de 17 de julio, de los Comités de Ética Asistencial en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
	03/04/2006	Circular 6/2006, de 3 de abril, sobre constitución y funcionamiento de los Comités de Ética Asistencial

Comunidad Autónoma	Fecha	Denominación
Cataluña	09/05/2006	Decreto 128/2006, de 9 de mayo, por el que se aprueba el Estatuto de la Agencia de Protección de la Salud
	24/10/2006	Decreto 406/2006, de 24 de octubre, por el que se regulan los requisitos y el procedimiento de acreditación de los comités de ética de investigación clínica
Comunidad Valenciana	15/12/2006	Orden de 15 de diciembre de 2005, por la que se crea el Sistema de Información sobre Cáncer de la Comunidad Valenciana
Extremadura	13/02/2006	Orden de 13 de febrero de 2006, por la que se crea y regula la Comisión de Uso Compasivo de Medicamentos en el ámbito de la Comunidad Autónoma
Madrid	02/03/2006	Decreto 25/2006, de 2 de marzo, por el que se aprueba el reglamento de organización y funcionamiento del Observatorio Regional sobre Drogodependencia y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad de Madrid
	11/05/2006	Orden 1010/2006, de 11 de mayo, por la que se modifica la Orden 1.940/2005, de 23 de diciembre, por la que se crean y regulan la Comisión Regional de Cuidados Paliativos y la Comisión Científico-Técnica de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid
	22/12/2006	Ley 4/2006, de 22 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas
Navarra	20/01/2006	Orden Foral 6/2006, de 20 de enero, por la que se crea el Comité operativo del plan foral de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe

Por lo demás, en diversas CCAA se han creado órganos y organismos dirigidos a otros ámbitos materiales concretos: la Agencia de Protección de la Salud, que fue creada por la Ley 7/2003, de Protección de la Salud en Cataluña<sup>49</sup>; la Unidad de Deshabituación Tabáquica de Cantabria<sup>50</sup>; el Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid<sup>51</sup>; la Comisión Regional de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid<sup>52</sup>, los Comités de Ética Asistencial y de Investigación en Castilla-La Mancha y Cataluña<sup>53</sup>, así como la Comisión de Uso Compasivo de Medicamentos en Extremadura<sup>54</sup>.

49 Decreto 128/2006, de 9 de mayo, por el que se aprueba el Estatuto de la Agencia de Protección de la Salud.

50 Acuerdo de 15 de diciembre de 2005, sobre la Unidad de Deshabituación Tabáquica (Udesta) en el ámbito del Servicio Cántabro de Salud.

51 Ley 4/2006, de 22 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas de la Comunidad de Madrid.

52 Orden 1.010/2006, de 11 de mayo, por la que se modifica la Orden 1.940/2005, de 23 de diciembre, por la que se crean y regulan la Comisión Regional de Cuidados Paliativos y la Comisión Científico-Técnica de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid.

53 Decreto 95/2006, de 17 de julio, de los Comités de Ética Asistencial en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; Circular 6/2006, sobre constitución y funcionamiento de los Comités de Ética Asistencial, y Decreto 406/2006, de 24 de octubre, por el que se regulan los requisitos y el procedimiento de acreditación de los comités de ética de investigación clínica.

54 Orden de 13 de febrero de 2006, por la que se crea y regula la Comisión de Uso Compasivo de Medicamentos en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

También en las CCAA se han creado redes y sistemas que son soluciones organizativas basadas fundamentalmente en la coordinación, como la Red de Vigilancia Epidemiológica para detectar la aparición, frecuencia y distribución, y variaciones de problemas de salud y sus factores determinantes<sup>55</sup>, dentro de la cual se crea el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria<sup>56</sup> y la Red Centinela Sanitaria<sup>57</sup>, así como el Sistema de Información sobre Cáncer de la Comunidad Valenciana<sup>58</sup>.

En Andalucía, se planifica la asistencia podológica a personas con diabetes mediante concierto (Orden de 13 noviembre 2006) y la asistencia dental a personas con discapacidad severa (Orden de 29 noviembre 2006).

55 Decreto 69/2006, de 5 de octubre, por el que se regula la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León.

56 Orden SAN/2.128/2006, de 27 de diciembre, por la que se regula el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria de Castilla y León.

57 Orden SAN/1.593/2006, de 13 de octubre, por la que se regula la organización y funcionamiento de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León.

58 Orden de 15 de diciembre de 2005, por la que se crea el Sistema de Información sobre Cáncer de la Comunidad Valenciana.

# Planificación y programas sanitarios

Durante el año 2006, las CCAA han desarrollado su actividad en materia sanitaria, estableciendo sus respectivas prioridades con sus propios planes y programas sin perjuicio de su adhesión a los estatales y siempre dentro del marco de la normativa dictada con carácter básico (tabla VIII).

Además de los planes y programas autonómicos ya existentes, cuya ejecución mediante normas y disposiciones específicas ha continuado durante 2006, este año se han aprobado otros nuevos que, por lo general, son de carácter sectorial y están dirigidos a problemas de salud específicos o aspectos concretos de sus respectivos sistemas sanitarios. También se han aprobado de forma puntual planes de carácter general-transversal en materia de salud, como es el caso de la Comunidad Valenciana<sup>59</sup>.

Entre las CCAA que más han recurrido a estos instrumentos de planificación en su acción sanitaria destaca Cataluña (con 6 planes específicos), seguida de Andalucía (con 4) y Madrid (con 3).

Uno de los principales ámbitos sobre el cual las CCAA han enfocado su actividad planificadora ha sido el del cáncer, en materia de control y tratamiento (Cataluña<sup>60</sup> y Madrid<sup>61</sup>); también ha habido otros tipos más específicos (cáncer de mama en Canarias<sup>62</sup>).

Otro problema de salud que ha sido objeto de planificación ha sido la gripe, con la aprobación de instrumentos específicos, como es el caso de Castilla y León<sup>63</sup>, si bien la mayoría de las CCAA han afrontado este problema de salud mediante la creación de órganos para su prevención, control y seguimiento.

Otros planes autonómicos frente a diversos problemas de salud específicos son el del Sida en Baleares<sup>64</sup>, el de la enfermedad de Alzheimer y la

59 Decreto 154/2006, de 13 de octubre, por el que se aprueba el II Plan de Salud de la Comunidad Valenciana.

60 Decreto 27/2006, de 28 de febrero, por el que se crea el Plan Director de Oncología y su Consejo Asesor.

61 Orden 577/2006, de 14 de marzo, por la que se establecen las directrices para la elaboración del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid y se crean el Comité Director y la Comisión Asesora.

62 Orden de 26 de julio de 2006, por la que se regula el Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama.

63 Acuerdo 21/2006, de 2 de marzo, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el Plan Regional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe.

64 Decreto 69/2006, de 21 de julio, por el cual se aprueba la Estrategia del Sida en las Islas Baleares.

**TABLA VIII. Planificación y programas sanitarios, por comunidad autónoma y fecha, 2006**

Comunidad Autónoma	Fecha	Denominación
Andalucía	03/04/2006	Orden de 3 de abril de 2006, por la que se convoca el III Certamen de Programas sobre Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada
	28/04/2006	Resolución de 28 de abril de 2006, por la que se convocan subvenciones para la financiación de programas de atención temprana a menores con trastornos en el desarrollo o con riesgos de padecerlos, en el ejercicio económico de 2006
	09/05/2006	Orden de 9 de mayo de 2006, por la que se delegan competencias para la suscripción de Convenios de Colaboración entre la Consejería de Salud y las Corporaciones Locales para el desarrollo del Programa de Atención Temprana
	22/05/2006	Resolución de 22 de mayo de 2006, por la que se convocan subvenciones para la financiación de programas en aplicación de medidas del Plan Andaluz de Alzheimer previstas en el Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, para el ejercicio económico 2006
	20/07/2006	Orden de 20 de julio de 2006, por la que se delegan competencias para la suscripción de un Acuerdo de colaboración entre la Consejería y organizaciones sindicales y entidades no gubernamentales de ámbito provincial en materia de atención sanitaria a inmigrantes
	14/09/2006	Orden de 14 de septiembre de 2006, por la que se delegan competencias para la suscripción de un convenio entre la Consejería y el Colegio de médicos de la provincia de Cádiz para el desarrollo del programa de atención integral al médico enfermo
	14/11/2006	Orden de 14 de noviembre de 2006, por la que se aprueba el Programa Andaluz de Terapia Celular y Medicina Regenerativa y se nombra a don Bernat Soria Escombs como Director del mismo
	13/11/2006	Orden de 13 de noviembre de 2006, por la que se aprueba el Pliego tipo de Cláusulas Administrativas Particulares para el concierto con consultas y gabinetes podológicos, por procedimiento abierto y mediante concurso, de los servicios de asistencia podológica a las personas con diabetes y situación de pie diabético o con riesgo de presentarlo
Baleares	21/07/2006	Decreto 69/2006, de 21 de julio, por el cual se aprueba la Estrategia del Sida en las Islas Baleares
Canarias	26/07/2006	Orden de 26 de julio de 2006, por la que se regula el Programa de Diagnóstico Precoz del cáncer de mama
Castilla y León	02/03/2006	Acuerdo 21/2006, de 2 de marzo, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el Plan Regional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe
Cataluña	28/02/2006	Decreto 27/2006, de 28 de febrero, por el que se crea el Plan director de oncología y su Consejo Asesor
	28/02/2006	Decreto 28/2006, de 28 de febrero, por el que se crea el Plan director de enfermedades del aparato circulatorio y su Consejo Asesor
	28/02/2006	Decreto 29/2006, de 28 de febrero, por el que se crea el Plan director de investigación en ciencias de la salud y su Consejo Asesor
	28/02/2006	Decreto 30/2006, de 28 de febrero, por el que se crea el Plan director de salud mental y adicciones y su Consejo Asesor
	14/03/2006	Decreto 39/2006, de 14 de marzo, por el que se crea el Plan director sociosanitario y su Consejo Asesor
	14/03/2006	Decreto 40/2006, de 14 de marzo, por el que se crea el Plan director de inmigración y cooperación en el ámbito de la salud y su Consejo Asesor

Comunidad Autónoma	Fecha	Denominación
Comunidad Valenciana	13/10/2006	Decreto 154/2006, de 13 de octubre, por el que se aprueba el II Plan de Salud de la Comunidad Valenciana
Extremadura	23/03/2006	Orden de 23 de marzo de 2006, por la que se establecen las directrices para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan Integral de Salud Laboral de la Comunidad Autónoma de Extremadura
	23/03/2006	Orden de 23 de marzo de 2006, por la que se establecen las directrices para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan Integral de Educación para la Salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura
Madrid	14/03/2006	Orden 577/2006, de 14 de marzo, por la que se establecen las directrices para la elaboración del Plan Integral del Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid y se crea el Comité Director y la Comisión Asesora
	24/03/2006	Orden 683/2006, de 24 de marzo, por la que se modifica la Orden 212/2004, de 4 de marzo, por la que se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de planes de prevención y atención frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias y crea la Comisión Central de Seguimiento
	21/07/2006	Orden 1.436/2006, de 21 de julio, por la que se aprueba el Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo, en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de la Comunidad de Madrid

atención temprana a menores con trastornos en el desarrollo en Andalucía<sup>65</sup> y las enfermedades del sistema circulatorio y la salud mental en Cataluña<sup>66</sup>.

La planificación también se ha aplicado a ámbitos como la salud mental y el ámbito sociosanitario en Cataluña<sup>67</sup> y la salud laboral y la educación para la salud en Extremadura<sup>68</sup>.

65 Resolución de 22 de mayo de 2006, por la que se convocan subvenciones para la financiación de programas en aplicación de medidas del Plan Andaluz de Alzheimer previstas en el Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, para el ejercicio económico 2006; Acuerdo de financiación de programas en aplicación de medidas del Plan Andaluz de Alzheimer previstas en el Decreto 137/2002, de 20 de abril, de apoyo a las familias andaluzas; Resolución de 28 de abril de 2006, por la que se convocan subvenciones para la financiación de programas de atención temprana a menores con trastornos en el desarrollo o con riesgos de padecerlos, en el ejercicio económico de 2006.

66 Decreto 28/2006, de 28 de febrero, por el que se crea el Plan director de enfermedades del aparato circulatorio y su Consejo Asesor.

67 Decreto 30/2006, de 28 de febrero, por el que se crea el Plan director de salud mental y adicciones y su Consejo Asesor; Decreto 39/2006, de 14 de marzo, por el que se crea el Plan director sociosanitario y su Consejo Asesor.

68 Orden de 23 de marzo de 2006, por la que se establecen las directrices para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan Integral de Salud Laboral de la Comunidad Autónoma de Extremadura; Orden de 23 de marzo de 2006, por la que se establecen las directrices para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan Integral de Educación para la Salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

En el ámbito de la organización y la gestión se han aprobado planes relativos a la prevención y atención de situaciones conflictivas con los ciudadanos (Madrid<sup>69</sup>), el tratamiento del profesional sanitario enfermo (Andalucía<sup>70</sup> y Madrid<sup>71</sup>), así como la inmigración y la cooperación (Andalucía<sup>72</sup> y Cataluña<sup>73</sup>).

Por último, la planificación autonómica también se ha centrado en el desarrollo de la investigación, tanto con carácter general (Cataluña<sup>74</sup>) como en campos específicos, como la terapia celular y la medicina regenerativa (Andalucía<sup>75</sup>).

69 Orden 683/2006, de 24 de marzo, por la que se modifica la Orden 212/2004, de 4 de marzo, por la que se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de planes de prevención y atención frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias y crea la Comisión Central de Seguimiento.

70 Orden de 14 de septiembre de 2006, por la que se delegan competencias para la suscripción de un convenio entre la Consejería y el Colegio de Médicos de la provincia de Cádiz para el desarrollo del programa de atención integral al médico enfermo.

71 Orden 1.436/2006, de 21 de julio, por la que se aprueba el Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo, en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

72 Orden de 20 de julio de 2006, por la que se delegan competencias para la suscripción de un Acuerdo de colaboración entre la Consejería y organizaciones sindicales y entidades no gubernamentales de ámbito provincial en materia de atención sanitaria a inmigrantes.

73 Decreto 40/2006, de 14 de marzo, por el que se crea el Plan director de inmigración y cooperación en el ámbito de la salud y su Consejo Asesor.<sup>74</sup> Decreto 29/2006, de 28 de febrero, por el que se crea el Plan director de investigación en ciencias de la salud y su Consejo Asesor.

74 Decreto 29/2006, de 28 de febrero, por el que se crea el Plan Director de Investigación de Ciencias de la Salud y su Consejo Asesor.

75 Orden de 14 de noviembre de 2006, por la que se aprueba el Programa Andaluz de Terapia Celular y Medicina Regenerativa.



# Equidad

La equidad es uno de los valores del Sistema Nacional de Salud. Aspira a atender a la salud de las personas en términos de igualdad, tanto de trato como de resultados. Sin embargo, para que se produzcan resultados semejantes en términos de salud, es necesario tener en cuenta, en los procesos del SNS, que las personas son diferentes, viven en distintos lugares y sus experiencias sociales y en salud son heterogéneas. Por tanto, en relación con la equidad, los objetivos serían conseguir que todos los servicios lleguen a todas las personas por igual, pero también que tengan en cuenta las distintas necesidades y, por tanto, que sean diferentes para llegar mejor a todas.

Cuando en el año 2006 se presentó el *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*, el fomento de la equidad se incluyó como una de las seis áreas de actuación. La equidad en salud es un objetivo prioritario del SNS, tal y como establece la Ley General de Sanidad desde 1986. En España existe suficiente evidencia sobre la relación entre desigualdades sociales y resultados en salud, pero hay escasa información sobre cómo hay que abordarla desde los sistemas de salud.

En los esfuerzos de las Administraciones sanitarias autonómicas por la equidad territorial, se observan actuaciones diversas. Muchas de ellas están completando el desarrollo de servicios en zonas más rurales de sus territorios para asegurar que sus habitantes tienen las mismas oportunidades que los que viven en las ciudades, tanto para ser diagnosticados y tratados adecuadamente, si lo necesitan, como para acceder a las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades.

Se aprecia esto en comunidades autónomas en que la densidad de población es muy variable, donde las ciudades condensan a la mayoría de la población, mientras que las zonas rurales son pequeñas y dispersas (tal y como ocurre en Aragón, Castilla y León y Extremadura). Las respuestas en relación con la equidad territorial han sido la creación de una red de centros de alta resolución o el establecimiento de recursos específicos rurales en planes como el de salud mental y la atención a enfermos crónicos dependientes (Aragón); las unidades de área de atención primaria en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, y el incremento de zonas de salud y, por tanto, de centros de salud, y de puntos de actuación continuada (PAC), en Extremadura.

La equidad territorial también puede contemplarse por barrios, tal y como ocurre en Andalucía con las acciones coordinadas en zonas de transformación social (accion.com), en Cataluña (actuaciones globales para la salud en los entornos urbanos frágiles) o la evaluación del impacto en la salud del proyecto de reforma integral del barrio Uretamendi- Betolaza-Circunvalación (Bilbao).

Las actuaciones en colaboración con otras Administraciones, como los Ayuntamientos, o las mejoras en las comunicaciones, también tienen impacto sobre la mejora de la equidad de los servicios de salud y mejoran la accesibilidad, tal y como refieren algunas comunidades autónomas.

También, las herramientas de la telemedicina se van instaurando progresivamente para facilitar el acceso de determinadas especialidades y evitar desplazamientos, tal y como constata Extremadura.

Respecto a la *equidad de género*, la mayoría de las comunidades autónomas refieren la existencia de un Plan de Igualdad entre hombres y mujeres elaborado por los organismos de igualdad, en el cual se recogen aspectos de salud y de los servicios sanitarios.

También en todas ellas se están desarrollando los aspectos sanitarios de la Ley 1/2004 para la atención a la violencia de género. En general se están realizando esfuerzos para la formación del personal sanitario para que sean capaces de diagnosticar y atender adecuadamente los casos.

En algunas comunidades autónomas se han realizado actuaciones específicas para fomentar la inclusión del enfoque de género en las políticas de salud. Por ejemplo, Andalucía incluyó en el año 2003 la valoración de impacto y apoya su aplicación a todos los planes, procesos y programas mediante el desarrollo de encuentros y cursos a distintos niveles.

En el País Vasco y en Navarra se ha desarrollado la vertiente de investigación y análisis, pues funcionan líneas de estudios en desigualdades que incluyen sociales y de género y de variabilidad por sexo.

Algunas iniciativas de muchas de las comunidades autónomas se refieren a programas dirigidos a las mujeres, bien generales, como en Galicia, que han elaborado y están implantando el Plan de Atención Sanitaria Integral a la Salud de la Mujer, bien de problemas de salud concretos, como el cáncer de mama. Otras refieren la mejora de la información sobre salud de las mujeres, como la elaboración de una guía educativa sobre promoción de la salud en la madurez, como en Navarra. En Galicia han incorporado la anticoncepción de emergencia gratuita para todas las mujeres.

Respecto a la *equidad en la atención a las personas de diferentes etnias*, las iniciativas que se comentan por parte de las comunidades autónomas son diferentes ya que las realidades de las poblaciones que residen en ellas lo son tanto por el número como por la cultura y el país de origen.

En algunas comunidades autónomas existen planes generales de integración de la población inmigrante, en los cuales se incluyen aspectos de salud y de su atención, en el marco del abordaje intersectorial. Un ejemplo de este planteamiento sería la interrelación del II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía (2006-2009) con los objetivos del III Plan Andaluz de Salud para desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales. Una herramienta para este trabajo es el *Manual de atención sanitaria a inmigrantes*.

A nivel estatal existe el Plan Nacional de Integración y Ciudadanía (2007-2010) con los objetivos de salud. El derecho a la atención a la salud de las *personas inmigrantes* está reconocido por ley en las mismas condiciones que para los españoles y las españolas (entre otras, por las Leyes de Extranjería y de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud). Se garantiza el acceso a la atención sanitaria a todas las personas inmigrantes en situación administrativa regular, que pueden obtener la tarjeta sanitaria al igual que los autóctonos; y, también a los menores de edad, a las mujeres embarazadas o a las personas en situación de urgencia vital.

Además, algunas comunidades autónomas incluyen objetivos específicos en sus planes de salud o desarrollan programas sanitarios dirigidos a las personas inmigrantes. La mayoría de las actuaciones realizadas se refieren al hecho de facilitar la comunicación (mediación, interpretación y traducción en las consultas y en urgencias), mejorar la información (folletos, guías y otras herramientas en diferentes idiomas y sobre distintos aspectos del sistema de salud o de las conductas de salud) o atender a grupos con necesidades especiales (embarazadas e infancia). También existen actividades de sensibilización y formación del personal sanitario.

En Castilla y León, el plan integral incluye la formación del personal sanitario y la adaptación de la documentación clínica, con un glosario de términos médicos y la historia clínica en cinco idiomas. En Galicia se establecen convenios con organizaciones de inmigrantes para actuaciones con menores que viajan por vacaciones a esta comunidad autónoma. En La Rioja se ha traducido una exploración consensuada de pediatría a cuatro idiomas.

Varias comunidades autónomas tienen programas para atención a minorías étnicas y algunas específicamente a población gitana. Es el caso del País Vasco y Navarra (de promoción de salud). En el País Vasco, además, se ha agilizado la obtención de la TSI (tarjeta sanitaria individual) por parte de la población extranjera.

En Ceuta y Melilla existen los CETI (centros de estancia temporal para inmigrantes) para la atención a las personas inmigrantes. Además, en los hospitales existe traducción y se han adaptado los menús de comidas a las características culturales diferentes en la alimentación.

En algunas comunidades autónomas refieren programas específicos para personas desfavorecidas socialmente, como las mujeres y hombres que ejercen la prostitución u otros grupos vulnerables (Andalucía, Cataluña, Ingesa y Madrid).

La atención a personas con discapacidades o con enfermedades crónicas también es objeto de acciones específicas, mediante convenios o subvenciones con las asociaciones de personas afectadas (Aragón, Extremadura, La Rioja e Ingesa), programas preventivos (cribado de hipoacusia en Castilla y León), acciones transversales (Cataluña), planes o estatutos generales o es-

pecíficos (Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid y Murcia), acceso gratuito a productos farmacéuticos (Extremadura), intérpretes de lengua de signos (Comunidad Valenciana) o eliminación de barreras físicas en hospitales (Navarra).

Algunas comunidades autónomas muestran una sensibilidad especial hacia la equidad en la infancia y adolescencia, desarrollando acciones y programas específicos (Baleares, Madrid y País Vasco).

# Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos<sup>76</sup>

La adecuada planificación de los recursos humanos del SNS es un elemento fundamental para garantizar una asistencia sanitaria de calidad. Tal y como se señala en el informe sobre oferta y necesidad de especialistas en España (2006-2030), "...la estructura demográfica de la población general, la estructura demográfica médica, los recursos destinados al sector, las características epidemiológicas de la población, etc. son diferentes inputs cuyo ajuste a la realidad determinará en gran medida el éxito de la planificación" (Beatriz González y Patricia Barber, 2006)<sup>77</sup>.

Conviene precisar la naturaleza jurídica del personal sanitario que pertenece al régimen estatutario. Según nuestra Constitución, sólo se puede distinguir entre personas sometidas al régimen funcionarial y aquéllas sometidas al régimen laboral. El personal estatutario pertenece claramente al ámbito funcionarial aunque tenga características especiales<sup>78</sup>.

Además, el régimen estatutario, a pesar de que es mayoritario entre quienes trabajan para el sector público en España, no es el único existente. En alguna comunidad autónoma (Cataluña), los trabajadores en régimen estatutario son superados en número por trabajadores acogidos a otros regímenes jurídicos.

**Disponibilidad global y especialización.** La Ley 44/2003, de 22 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) regula como profesiones sanitarias aquellas para las cuales la formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención para la salud y que están organizadas en colegios profe-

76 Este texto se ha elaborado sobre la base de las respuestas disponibles que corresponden a todas las CCAA (incluyendo Ingresa) aunque en la información aportada por Cantabria no se incorporaban algunas de las tablas. Ello puede subsanarse fácilmente, añadiendo los datos en las tablas correspondientes una vez que se dispongan de ellos.

77 Acceso a documento completo en: [www.msc.es/novedades/docs/necesidadesEspeciales06\\_30.pdf](http://www.msc.es/novedades/docs/necesidadesEspeciales06_30.pdf)

78 La Ley 55/2003, que regula el Estatuto Marco de dicho personal, en su Artículo 1 señala: "Esta Ley tiene por objeto establecer las bases reguladoras de la *relación funcionarial especial* del personal estatutario de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, a través del estatuto marco de dicho personal".

sionales<sup>79</sup>. Obviamente, los sistemas de salud necesitan, para su correcto funcionamiento, muchas otras habilidades y roles que no quedan englobados en esta definición. La tabla IX indica el volumen global de profesionales sanitarios<sup>80</sup> que trabajan en los sistemas de salud de las CCAA. El caso de Cataluña<sup>81</sup>, basado en su modo de medir el volumen de recursos humanos, no es comparable al del resto de comunidades autónomas<sup>82</sup>.

En general, se observan variaciones en la disponibilidad de profesionales según el número de habitantes, que es mucho mayor en las profesiones médicas, con diferencias que triplicarían las tasas entre las zonas más dotadas y las menos dotadas. En enfermería, las diferencias entre unas y otras también existen, pero nunca llegan al doble. Aparte de los sesgos de medida que puedan existir, ello no debería llevar a conclusiones precipitadas sin analizar antes la diversidad de situaciones de los servicios de salud, la rapidez y peculiaridades de los cambios demográficos en cada territorio y sus distintos perfiles epidemiológicos. Estas tareas, que deberían realizarse para comprender mejor los problemas de la distribución actual de los recursos humanos, quedan fuera del objetivo de este documento.

Aparte de ello, las figuras 6-9 muestran la estructura de edad de la profesión médica y de enfermería, lo que sugiere un envejecimiento progresivo de la profesión médica, en que las categorías de edad más avanzada van incrementando sus efectivos y las de menos van reduciendo su capacidad rela-

79 Estas profesiones se estructuran en tres grupos: licenciados de medicina, farmacia, ortopedia, veterinaria y especialistas en ciencias de la salud (químicos, físicos, psicólogos, etc.); diplomados de enfermería, química, biología, bioquímica, fisioterapia, terapia ocupacional, podología, óptica y optometría, logopedia, nutrición humana y dietética, y títulos diplomados en ciencias de la salud, y otros, como protésicos e higienistas dentales.

80 Por razones de espacio, de disponibilidad y de coherencia de los datos, el informe se limita a las profesiones médicas y las de enfermería. Hay muchos otros profesionales sanitarios cuyo papel es clave en el sistema y debe rían ser analizados en posteriores trabajos. Algunos de ellos trabajan fundamentalmente en el sector privado (p. ej., farmacéuticos[as]) aunque gestionan una parte muy importante del presupuesto público.

81 En Cataluña existe una separación más estricta entre las funciones de financiación y compra, por un lado, a cargo del CatSalut (Servicio Catalán de la Salud) y, por el otro, de provisión y gestión de los servicios, a cargo de proveedores privados o públicos. Ello implica una gran diversidad de empresas gestoras de servicios y, por tanto, de registros de datos de recursos humanos. Por ello, la cuantificación del número de personas que trabaja para el sector público en la comunidad autónoma se lleva a cabo a partir de fuentes y bases de datos construidas con criterios diferentes de la contabilidad de efectivos realizada en otras comunidades autónomas, lo que dificulta la comparabilidad de datos en las tablas.

82 En la casilla de Cantabria figura 0 porque no se han facilitado los datos por parte de la comunidad autónoma.

tiva. Esta cuestión es clave en el debate actual sobre la jubilación forzosa o no en el sector público.

**Feminización.** Las figuras 10-14 confirman la ya conocida y progresiva feminización de la profesión médica y el mantenimiento de la existente en la de enfermería. Existen opiniones respecto al impacto que esto tendrá en la transformación de los roles profesionales<sup>83</sup>. Algunas hipótesis sobre cómo este cambio sociológico-laboral afectará el sector sanitario y las condiciones de trabajo en este sector se inclinan por la necesidad de adecuarse a mayores exigencias con la conciliación de la vida laboral y familiar mientras otras visiones insisten en un cambio mucho más profundo del carácter y la organización de la tarea y los equipos sanitarios.

**Función pública y recursos humanos en el sector sanitario.** Todos los países de la Unión Europea disponen de un estado del bienestar que ofrece una cobertura amplia de la asistencia de salud con fondos públicos aunque no todos consideran a quienes trabajan para ella de la misma manera. Para algunos, se trata de funcionarios(as) públicos(as), para otros, de trabajadores(as) al servicio de alguna entidad de carácter público que no tienen carácter de funcionario(a); finalmente, otros consideran a los y las profesionales sanitarios(as) de medicina y enfermería como trabajadores(as) independientes individuales o como asalariados(as) de empresas privadas que contratan con la Administración Pública o con los organismos parapúblicos de su régimen de seguridad social<sup>84</sup>.

La manera en que la organización de los roles sanitarios ha cristalizado en cada Estado y en cada territorio debido a la interacción entre las políticas sociales y el ordenamiento jurídico vigente está moldeada por las distintas evoluciones históricas en cada país y aun, dentro de ellos, con diferencias internas considerables.

Distintas recomendaciones llevaban años insistiendo en la necesidad de crear registros de personal, al menos en lo que se refiere al personal médico y al de enfermería, para solucionar los problemas de comparabilidad entre CCAA.

83 Véase, por ejemplo, Centre d'Estudis Demogràfics. *Demografia de les professions sanitàries a Catalunya* (Demografía de las profesiones sanitarias en Cataluña) accedido en agosto 2007 en: [www.gencat.net/salut/ies/Du11/html/ca/dir1604/dn1604/estudi\\_demografic.pdf](http://www.gencat.net/salut/ies/Du11/html/ca/dir1604/dn1604/estudi_demografic.pdf) o Comissió d'Ordenació de la Profesió Mèdica. *La necessitat de metges en el sistema sanitari català: causes i solucions* (La necesidad de médicos en el sistema sanitario catalán: causas y soluciones) en: [www.metgesdecatalunya.net/informecpmcnecessitatmetges.pdf](http://www.metgesdecatalunya.net/informecpmcnecessitatmetges.pdf) (Barcelona, 2007).

84 En España, existen profesionales sanitarios privados: por ejemplo, los farmacéuticos de oficina, que cumplen un papel clave en la asistencia pública y que disponen de acuerdos, mediante los colegios de farmacéuticos, para dispensar productos y medicamentos prescritos y financiados, en su mayor parte, por el sector público.

**Tabla IX: Número total de profesionales de medicina (en atención primaria y atención especializada), de pediatría (de atención primaria) y de enfermería (en atención primaria y atención especializada), y tasa por 1.000 habitantes, 2006**

Comunidad Autónoma	Población*	Medicina		Pediatría		Enfermería	
		Total	Tasa	Total	Tasa	Total	Tasa
Andalucía	7.975.672	16.793	2,1	1.072	0,1	27.873	3,5
Aragón	1.277.471	2.905	2,3	141	0,1	4.358	3,4
Asturias	1.076.896	2.870	2,7	128	0,1	4.303	4,0
Baleares	1.001.062	1.871	1,9	127	0,1	3.030	3,0
Canarias	1.995.883	1.041	0,5	95	0,0	3.794	1,9
Cantabria	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Castilla y León	2.523.020	7.604	2,8	70	0,1	9.852	3,9
Castilla-La Mancha	1.932.261	4.635	2,4	212	0,1	6.290	3,3
Cataluña**	7.134.697	32.745	4,6	664	0,1	39.736	5,6
Comunidad Valenciana	4.806.908	9.122	1,9	737	0,2	14.337	3,0
Extremadura	1.086.373	2.940	2,7	131	0,1	4.022	3,7
Galicia	2.767.524	7.351	2,7	339	0,1	10.284	3,7
Madrid	6.008.183	11.762	2,0	817	0,1	17.614	2,9
Murcia	1.370.306	3.050	2,2	187	0,1	4.327	3,2
Navarra	601.874	1.179	2,0	87	0,1	1.957	3,3
País Vasco	2.133.684	4.204	2,0	253	0,1	6.485	3,0
La Rioja	306.377	345	1,1	29	0,1	951	3,1
Ingesa (Ceuta y Melilla)	142.732	246	1,7	23	0,2	474	3,3
<b>Total***</b>	<b>44.140.873</b>	<b>110.663</b>	<b>2,5</b>	<b>5.112</b>	<b>0,1</b>	<b>159.565</b>	<b>3,6</b>

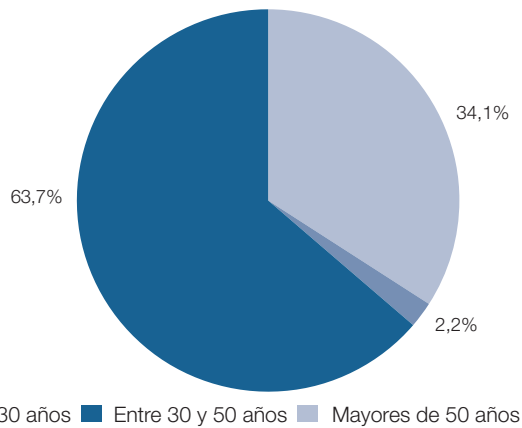
\* Del Instituto Nacional de Estadística, 2006.

\*\* Los efectivos en Cataluña se basan en una metodología distinta, fundamentada en un estudio demográfico.

\*\*\* Total de las CCAA, excepto Cantabria (población: 568.091).

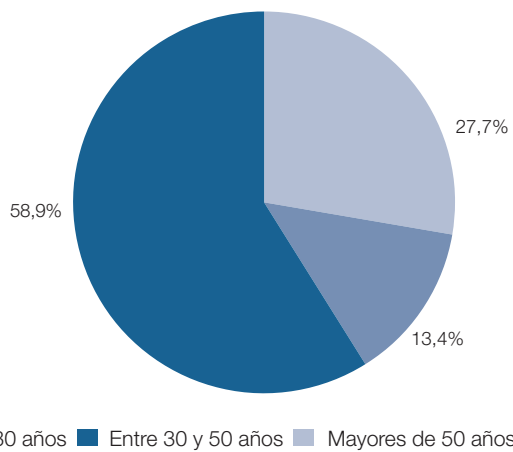


**Figura 6: Profesionales de medicina y pediatría en atención primaria, por edad, 2006**



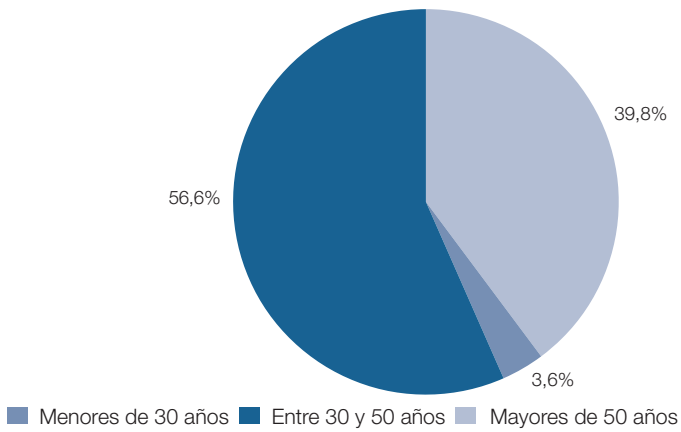
Elaborada a partir de datos aportados por las CCAA, 2006

**Figura 7: Profesionales de enfermería en atención primaria, por edad, 2006**



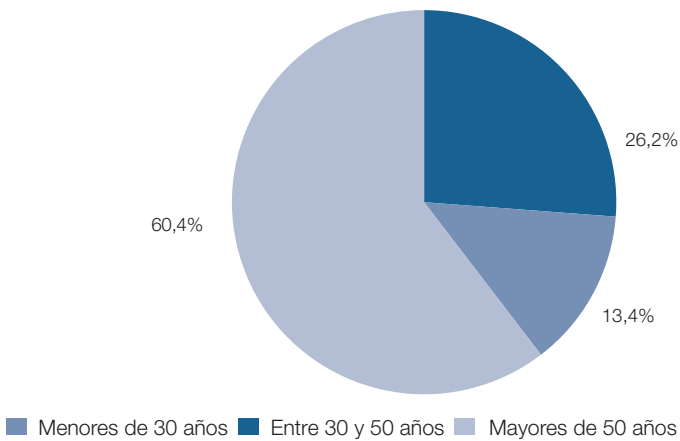
Elaborada a partir de datos aportados por las CCAA, 2006

**Figura 8: Profesionales de medicina en atención especializada, por edad, 2006**



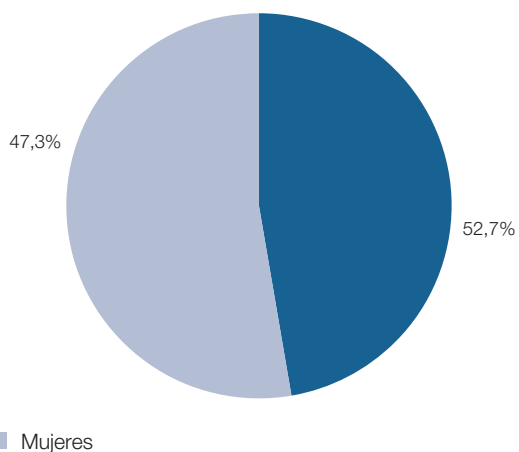
Elaborada a partir de datos aportados por las CCAA, 2006

**Figura 9: Profesionales de enfermería en atención especializada, por edad, 2006**



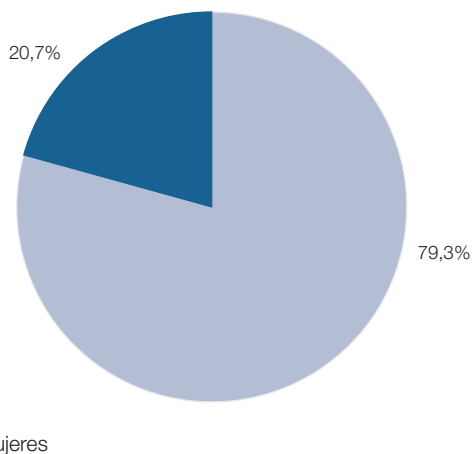
Elaborada a partir de los datos aportados por las CCAA, 2006

**Figura 10: Profesionales de medicina en atención primaria, 2006**



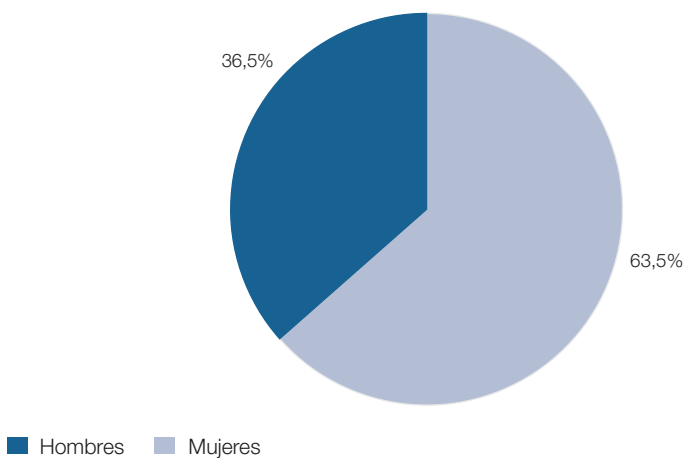
Elaborada a partir de los datos aportados por las CCAA, 2006

**Figura 11: Profesionales de enfermería en atención primaria, 2006**



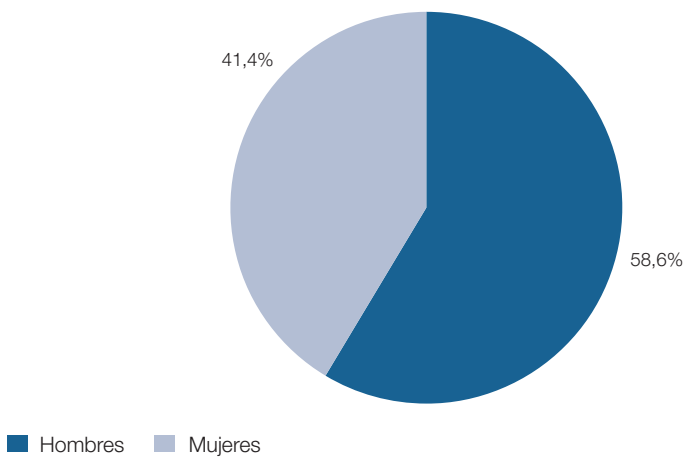
Elaborada a partir de los datos aportados por las CCAA, 2006

**Figura 12: Profesionales de pediatría en atención primaria, 2006**



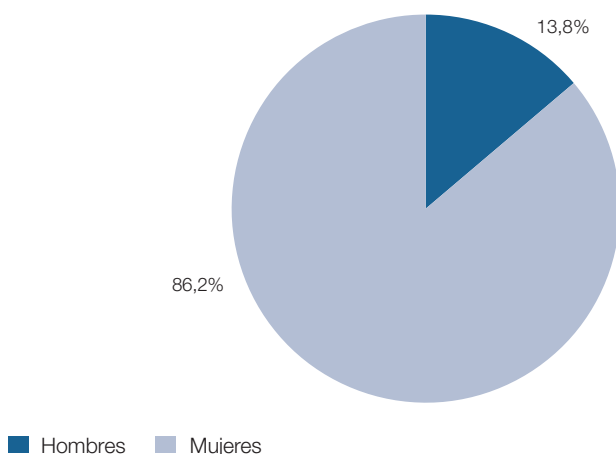
Elaborada a partir de los datos aportados por las CCAA, 2006

**Figura 13: Profesionales de medicina en atención especializada, 2006**



Elaborada a partir de los datos aportados por las CCAA, 2006

**Figura 14: Profesionales de enfermería en atención especializada, 2006**



Elaborada a partir de los datos aportados por las CCAA, 2006

**Adecuación a directivas europeas (48 horas).** La Directiva europea 93/104, de 23 de noviembre de 1993, sobre ordenación del tiempo de trabajo, cuya implantación es progresiva, representó y continúa representando un cambio importante en la organización del trabajo del personal médico ya que limita el tiempo de trabajo semanal (48 horas) y, por tanto, el número de guardias que deben realizarse y el tiempo de descanso entre jornadas (con un mínimo de 12 horas). La mayoría de analistas coincide en señalar que su aplicación se correlaciona directamente con la percepción de carencias en recursos humanos médicos, en los últimos años, en muchos de los países de su ámbito de aplicación. No obstante, no puede deducirse de forma lineal el volumen de recursos humanos necesarios para cubrir esta adecuación ya que las diferencias de aplicación real dentro de cada institución son muchas y en la práctica puede provocar una transformación no sólo cuantitativa, sino también cualitativa de la distribución de roles médicos. Una de las etapas en curso es la adaptación de la directiva a los MIR (médicos internos residentes).

**Peligrosidad.** Los análisis de la peligrosidad y la prevención de los riesgos laborales progresan en la mayoría de las CCAA. Un aspecto importante es el hecho de que el aumento de agresiones a trabajadores sanitarios llevó a muchas CCAA a desarrollar protocolos específicos o registros de agresiones. Específicamente se menciona en Aragón la creación de las unidades básicas

de prevención de riesgos laborales; en Castilla y León, el Plan Integral de Seguridad del Personal de Instituciones de la Gerencia Regional de Salud; en Galicia, el Plan para la Prevención de la Violencia Laboral en el Servicio Gallego de Salud, o en Canarias, el Plan de Prevención de las Agresiones a los Trabajadores del Servicio Canario de Salud<sup>85</sup>.

**Satisfacción.** A pesar de que todavía pocas CCAA han estudiado los niveles de satisfacción del personal sanitario con su trabajo, se dispone de evidencias parciales que, al parecer, indican el crecimiento del llamado “síndrome del *burn-out*” entre los trabajadores(as) sanitarios(as). El origen de esta situación parecería multifactorial. Entre otras causas se citan el deterioro de la posición social de los trabajadores, las discrepancias entre las metas, siempre ambiciosas, de la tarea principal de las instituciones y los profesionales y la realidad de la limitación de recursos, los cambios en las expectativas de la ciudadanía, las propias características de las tareas profesionales, la retribución, el poco reconocimiento social e institucional, etc.

En Cantabria, en octubre de 2006, se desarrolló la segunda encuesta de evaluación del clima laboral en todas las gerencias del Servicio Cántabro de Salud. La satisfacción general resultó mayor en atención primaria que en atención especializada, pero en ambos la percepción de falta de reconocimiento profesional y de comunicación, la retribución y la formación son los factores negativos más ampliamente citados. El grupo que muestra más insatisfacción es el de celadores. En Galicia, también se realizó una encuesta para evaluar los factores de riesgo psicosocial y su repercusión sobre la salud, el estrés y la satisfacción. En el País Vasco se ha realizado un segundo ciclo de medición que permitirá comparar la evolución con el período 2001-2003. Los colegios de médicos de Cataluña realizaron una encuesta de salud, pero limitada al personal facultativo.

**Percepción actual y evidencia disponible para la planificación de recursos humanos.** Todas las CCAA manifiestan preocupación por un posible déficit de profesionales de la medicina cuyo primer síntoma serían las dificultades crecientes para cubrir puestos de trabajo, como mínimo, en determinadas especialidades médicas (anestesia, pediatría y otras<sup>86</sup>), en enfermería, en puestos de aislamiento geográfico, por horario laboral o por otras razones y para cubrir períodos vacacionales. Las opiniones recogidas en diferentes encuestas lo atribuyen a los siguientes factores:

85 Posiblemente, otras CCAA tienen programas similares que no han sido mencionados explícitamente en su respuesta a este apartado.

86 Otras especialidades citadas en distintos informes son: en medicina (cirugía pediátrica, endocrinología, ginecología y obstetricia, medicina preventiva, odontología, oftalmología, radiodiagnóstico, reumatología, traumatología y urología) y en enfermería (comadronas).

- En los profesionales médicos, la aplicación de la Directiva europea 93/104 y la consecuente reducción de tiempo efectivo de trabajo.
- También entre los profesionales médicos, la feminización de la profesión.
- Las debilidades de las políticas de recursos humanos en años recientes (precariedad y eventualidad).
- La atracción y el crecimiento de la demanda en el sector privado.
- La atracción y el crecimiento de la demanda en el mercado laboral europeo (especialmente, en aquellos países con niveles retributivos y/o condiciones de ejercicio más favorables).
- La propia demografía profesional con un aumento importante de jubilaciones en algunas profesiones de difícil reclutamiento, especialmente de especialistas médicos.

**Planificación.** Algunas CCAA<sup>87</sup> mencionan haber encargado estudios de disponibilidad global de personal facultativo de medicina. En los estudios disponibles es importante mencionar que se ha pasado de las valoraciones de excedencia, propias de las publicaciones del último cuarto del pasado siglo, a una visión carencial que insiste en la falta de profesionales. Posiblemente, aquellos estudios más antiguos insistían en comparar las relativas altas tasas de graduados españoles en comparación con otros países europeos mientras que los trabajos contemporáneos ya están influidos por las dificultades de reclutamiento presentes en todas las CCAA y en otros países de nuestro entorno europeo.

De estos trabajos de planificación se deducen posibles soluciones, no exentas de polémica<sup>88</sup>, actuando ya sea sobre: a) *el sistema sanitario*: reformas en atención primaria, reordenación de las funciones de los profesionales sanitarios, reforma en los sistemas de urgencias, concentración de la atención especializada, aumento de la autonomía profesional, implantación de telemedicina y avances en el uso de la historia clínica unificada; b) *los profesionales*: mayor flexibilidad en las jubilaciones y mayores incentivos; c) *la formación de profesionales*: aumentar el acceso a las facultades e impulsar la aplicación de la troncalidad descrita en la Ley de Ordenación de las Profe-

87 Posiblemente haya estudios parecidos en otras CCAA que no son mencionados en las respuestas recibidas. Cabe citar el estudio *Demografia de les professions sanitàries a Catalunya: anàlisi dels estocs actuals de professions sanitàries*. Barcelona: Centre d'Estudis Demogràfics, 2006 o el *Estudio de disponibilidad de facultativos en la próxima década* de Galicia y el de Amaya C y García MA, *Demografía médica en España: mirando al futuro*. Madrid: Fundación CESM (Confederación Estatal de Sindicatos Médicos), 2005.

88 Véase, por ejemplo, Comissió d'ordenació de la professió mèdica. *La necessitat de metges en el sistema sanitari català: causes i solucions* (2007) accedido en: [www.gencat.net/salut/dep-san/units/sanitat/pdf/casfinal2007.pdf](http://www.gencat.net/salut/dep-san/units/sanitat/pdf/casfinal2007.pdf)

siones Sanitarias, y d) *las ciudadanas y los ciudadanos*: promoviendo un uso más adecuado del sistema sanitario. En general, la planificación de recursos humanos sanitarios está dificultada porque el impacto de la actividad reguladora se caracteriza porque sus efectos sólo son visibles a largo plazo mientras que la velocidad de cambios en el sector es mayor por las transformaciones tecnológicas, políticas y sociales<sup>89</sup>.

**Actuaciones en curso.** Entre las actuaciones en curso se declaran distintas iniciativas de análisis de necesidades futuras de recursos humanos. Además de los ejemplos mencionados en el apartado anterior, Andalucía, Aragón y Baleares<sup>90</sup> han previsto la preparación de sendos planes de ordenación de recursos humanos.

Desde un punto de vista más genérico, todas las Administraciones intentan aumentar la estabilidad en el empleo público, desde mejoras en los concursos públicos<sup>91</sup>, su calidad y sus sistemas de incentivos. Aparte de ello, dos CCAA<sup>92</sup> (Galicia y País Vasco) manifiestan explícitamente disponer de medidas para la conciliación de la vida doméstico-familiar y la vida laboral.

**Formación continuada.** La tabla X resume la modalidad de gestión de la formación continuada (FC) en las distintas Administraciones autonómicas del SNS. La mayoría de las Administraciones intentan reservarse un papel clave en su gestión y acreditación mediante instituciones públicas vinculadas con los gobiernos de cada CCAA.

Todas las descripciones insisten en que los sistemas de salud de las CCAA intentan establecer una primera fase de determinación de necesidades formativas, tanto las relativas a los profesionales como las explicitadas por los responsables de las distintas instituciones. Esta determinación lleva a la elaboración de un plan anual de formación continuada con participación de otras organizaciones sociales o sindicales. En algunas CCAA, la implementación del plan cuenta con organismos específicos.

89 González López-Valcárcel B. Formación y empleo de profesionales sanitarios en España: un análisis de desequilibrio. *Gac Sanit* 2000; 14 (3): 237-246.

90 Ello no significa que otras CCAA no hayan establecido planes, pero no lo mencionan en sus respuestas.

91 Nuevas ofertas públicas de empleo (OPE), tanto en las CCAA afectadas por la OPE de 2001 del antiguo Insalud (Ley 16/2001) como en aquellas CCAA de proceso transferencial más antiguo.

92 De nuevo, ello no significa que otras CCAA no lo hayan intentado aunque sus respuestas no lo mencionen.



**Tabla X: Institución u organismo específico de formación continuada, por comunidad autónoma, 2006**

Comunidad Autónoma	Sí	No	No contesta	Nombre
Andalucía	x			Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Órgano Acreditador
Aragón	x			Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud
Asturias	x			Consejería de Salud y S.S.
Baleares		x		
Canarias			x	
Cantabria			x	
Castilla y León	x			Escuela de Administración Pública de la Comunidad de Castilla y León
Castilla-La Mancha	x			Instituto de Ciencias de la Salud/Escuela de Administración Regional
Cataluña	x			Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries
Comunidad Valenciana	x			EVES-Escuela Valenciana de Estudios para la Salud
Extremadura	x			Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud
Galicia	x			FEGAS (Fundación Escola Galega de Administración Sanitaria)
Madrid	x			Agencia Laín Entralgo
Murcia	x			Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria, en coordinación con la Dirección General de Recursos Humanos
Navarra			x	
País Vasco		x		
La Rioja	x			Fundación Rioja Salud. Unidad de Formación
INGESA (Ceuta y Melilla)			x	
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	

Elaborado a partir de la información aportada por las CCAA, 2006.

**Política retributiva y de incentivos.** Todas las CCAA declaran tener establecidos incentivos económicos para primar la calidad, el rendimiento, la formación o plan de desarrollo individual y/o el cumplimiento de objetivos pactados mediante acuerdos con los distintos actores sindicales, institucio-

nales y/o sociales activos en cada comunidad autónoma. La tabla XI resume los acuerdos citados en las respuestas<sup>93</sup>, <sup>94</sup>.

La diferente nomenclatura también responde a diferencias en el tipo, cantidad o política de aplicación de los incentivos en cada CCAA. Por tanto, la comparación directa de los niveles y políticas retributivas entre ellas es compleja. Diferentes analistas en distintos territorios han sugerido metodologías diferentes que llevan a conclusiones divergentes. La revisión de estas aproximaciones merecería un análisis más detallado que queda fuera del ámbito de este informe.

No obstante, se observan opiniones que abogan por mayor igualdad interterritorial y otras que justifican que cada CCAA adopte medidas retributivas acorde con su propia realidad y necesidades.

La mayor parte de respuestas se refieren principalmente a los complementos aplicados en la profesión médica. Otros roles y profesiones dentro del sistema de salud han percibido este desarrollo como discriminatorio e insisten en la implantación de métodos parecidos y adaptados a sus tareas que no ha sido generalizada todavía.

El desarrollo de las políticas de incentivos ha mostrado algunos de sus problemas, ya conocidos desde hace años, en gestión de recursos humanos. Por ejemplo, los incentivos no suelen tener efecto si la cantidad global ofrecida no justifica el esfuerzo que debe realizarse o no es comparable con ganancias alternativas, por ejemplo, en el sector privado en el caso de algunas especialidades médicas en algunos territorios; el incentivo quizá no funcione si se vincula con resultados no controlables por el trabajador, por ejemplo, cuando responde a objetivos de grupo o unidad, y la falta de un sistema de información percibido como honesto y neutral impide la medición de los resultados que el incentivo decide premiar. Para tratar estos problemas, han surgido distintas iniciativas; por ejemplo, en Andalucía los trabajadores tienen acceso personalmente a sus resultados en internet.

Las llamadas “carreras profesionales” son consideradas por algunos informantes como una política de incentivos. Actualmente, todas las CCAA

93 *Acuerdo de la Mesa Sectorial: Complemento de rendimiento profesional.* El año del último acuerdo vigente sobre incentivos es 2006, mediante Acuerdo de 16 de mayo de 2006, entre el Servicio Andaluz de Salud y los sindicatos integrantes de la mesa sectorial de sanidad en materia de política de personal para el período 2006-2008, y aprobado mediante Acuerdo de 18 de julio de 2006, del Consejo de Gobierno (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía núm. 146, 31/07/2006).

94 *Acuerdo Profesional Sanitario: Complementos específicos, productividad variable y atención continuada.*

95 Ingesa (Ceuta y Melilla) todavía no han establecido su modelo de carrera profesional.

**Tabla XI: Acuerdos vigentes sobre incentivos en recursos humanos, 2006**

Comunidad Autónoma	Nombre citado por cada CC.AA.	Año del último acuerdo
Andalucía	Acuerdo Mesa Sectorial	2006
Aragón	Acuerdo Profesional Sanitario	2006
Asturias	No se cita	
Baleares	No se cita	
Canarias	No se cita	
Cantabria	Acuerdo sindical	2004
Castilla-León	Decreto 12/ 2004	2004
Castilla-La Mancha	Mesa Sectorial de las Instituciones Sanitarias	2006
Cataluña	No se cita	
Comunidad Valenciana	Acuerdo de productividad	2005
Extremadura	Acuerdo sobre carrera y desarrollo profesional	2005
Galicia	No se cita	
Madrid	No se cita	
Murcia	No se cita	
Navarra	Acuerdo sobre condiciones de empleo	2006
País Vasco	Acuerdo de Regulación de Condiciones de Trabajo	2005
La Rioja	Acuerdo para el Personal del Servicio Riojano de Salud	2006
INGESA (Ceuta/Melilla)	Acuerdo	1992

Elaborado a partir de la información aportada por las CCAA, 2006.

han establecido (o ya están en una fase muy adelantada de preparación<sup>95</sup>) su modelo autonómico con las retribuciones, períodos de carencia, progresión, características de reversibilidad y métodos de evaluación mediante el texto legal correspondiente. Ello continúa motivando discusiones entre quienes creen que cada CCAA dispone de la autoridad para diseñar un modelo que se ajuste a sus necesidades y quienes defienden mayor homogeneidad en todo el territorio nacional. Las “carreras”, diseñadas en su inicio para diferenciar el progreso profesional de la asignación de responsabilidades de gestión, que era el único desarrollo incentivado en el pasado, corren el riesgo, según algunos, de degradarse hacia el tradicional reconocimiento de la antigüedad en el puesto. El debate reciente sobre la reversibilidad y la evaluación de la carrera, que son distintos en cada CCAA, está en el núcleo de esta discusión.

Algunas CCAA también mencionan políticas de incentivos no directamente retributivas. Se sabe que medidas similares existen en todos los territorios, pero un análisis pormenorizado necesitaría un estudio específico (p.

**Tabla XII: Número de profesionales por especialidades médicas, 2006**

	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Castilla y León	Castilla-La Mancha	Cataluña	Comunidad Valenciana	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	La Rioja	Ingesa (Ceuta y Melilla)	Total
Alergología	10	4	0	32	30	24	79	45	18	25	74	74	8	17	5	0	391
Análisis clínicos	48	40	39	51	131	89	112	152	53	172	242	242	18	72	13	7	1.288
Anatomía patológica	42	37	26	34	78	50	171	99	29	92	148	148	20	45	8	4	919
Anestesiología y reanimación	141	135	70	112	279	189	888	426	152	336	685	685	74	229	27	9	3.682
Angiología y cirugía vascular	17	21	4	14	31	19	116	23	11	53	58	58	3	26	5	1	405
Aparato digestivo	43	39	30	34	103	80	300	161	38	98	231	231	25	82	12	3	1.328
Bioquímica clínica	44	36	1	9	9	14	53	10	3	0	77	9	4	26	0	0	295
Cardiología	55	47	39	50	115	91	321	178	56	149	289	289	28	96	13	4	1.594
Cirugía cardiovascular	7	0	6	4	14	5	47	22	8	21	61	61	8	17	0	0	230
Cirugía general y del aparato digestivo	113	105	86	72	231	151	634	344	101	225	429	429	47	177	27	10	2.872
Cirugía maxilofacial	7	8	6	9	13	15	63	25	7	20	68	68	7	12	0	0	271
Cirugía pediátrica	13	8	8	14	10	7	63	27	11	37	69	69	5	3	0	0	288
Cirugía torácica	6	0	2	9	11	3	146	16	4	17	32	32	0	8	2	0	260
Cirugía plástica y reparadora	9	10	4	10	29	8	28	25	6	37	68	68	4	21	1	0	269
Dermatología médico-quirúrgica y venereología	30	23	20	23	67	45	253	98	20	71	135	135	13	40	8	2	873
Endocrinología y nutrición	23	25	15	28	55	39	188	74	22	59	140	140	13	41	6	2	756

ej., en Aragón se citan las medidas de acción social y el soporte a la formación; en Castilla y León, el reglamento de acción social).

Las tablas XII y XIII muestran la distribución por especialidades en los distintos sistemas de salud de cada CCAA, donde pueden objetivarse los déficit relativos que se han mencionado a lo largo de este capítulo<sup>96, 97</sup>.

96 “Otras especialidades”, en la tabla 12, puede incluir (según la CCAA): admisión y documentación clínica, archivos, cirugía experimental, electrorradiología, directivos facultativos, embriología, farmacia hospitalaria, investigación, medicina familiar y comunitaria, odontoestomatología, pediatría, psicología clínica, química, radiofarmacia, radiofísica, radioprotección, radioterapia y urgencias.

97 “Otras especialidades”, en la tabla 13, puede incluir (según la CCAA): admisión y documentación clínica, archivos, cirugía experimental, electrorradiología, directivos facultativos, embriología, farmacia hospitalaria, investigación, medicina familiar y comunitaria, odontoestomatología, pediatría, psicología clínica, química, radiofarmacia, radiofísica, radioprotección, radioterapia y urgencias. Obviamente, hay diferencias en la clasificación de estos especialistas, lo cual explica la gran dispersión de sus tasas. Respecto a los datos de Cataluña, véanse las notas anteriores.

	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Castilla y León	Castilla-La Mancha	Cataluña	Comunidad Valenciana	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	La Rioja	Ingesa (Ceuta y Melilla)	Total
Estomatología	0	0	1	5	0	0	575	7	0	0	11	11	0	44	0	0	645
Farmacología clínica	8	26	21	0	1	4	48	7	28	3	97	97	13	14	0	0	270
Geriatría	16	10	2	1	13	30	70	5	5	20	30	30	3	0	2	0	209
Hematología y hemoterapia	43	31	29	44	109	63	214	132	39	103	66	66	23	72	10	5	1.027
Hidrología	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	172	172	0	0	0	0	175
Inmunología	1	5	4	2	3	3	23	2	6	10	0	0	0	4	0	0	70
Medicina del trabajo	7	5	2	1	12	15	549	0	9	0	42	42	4	25	2	2	681
Medicina de la educación física y el deporte	0	0	0	0	0	0	139	0	0	0	27	27	0	0	0	0	166
Medicina intensiva	62	67	39	53	103	86	176	180	43	124	140	58	22	44	6	11	1.214
Medicina interna	85	90	66	61	263	143	799	227	98	302	401	94	46	99	21	10	2.805
Medicina legal y forense	0	0	0	0	1	0	26	0	0	10	0	0	0	0	0	0	37
Medicina nuclear	7	11	3	5	17	8	53	22	7	0	60	6	4	10	2	0	215
Medicina preventiva y salud pública	16	8	5	10	25	12	87	37	7	50	48	6	17	16	4	0	348
Microbiología parasitología	36	32	18	18	51	30	74	86	19	61	134	20	8	43	3	3	636
Nefrología	27	26	15	27	64	39	149	102	22	69	101	28	7	33	7	2	718
Neumología	40	67	30	32	76	57	209	127	24	83	169	28	14	76	11	4	1.047
Neurocirugía	14	13	6	15	28	15	56	37	10	39	75	9	6	25	0	1	349
Neurofisiología clínica	21	11	2	6	29	17	43	47	10	39	56	13	9	16	3	0	313
Neurología	31	36	31	32	65	50	233	111	27	80	153	42	18	59	9	4	981
Obstetricia y ginecología	121	121	90	109	237	165	896	344	99	245	506	114	62	186	33	13	3.343
Oftalmología	84	67	48	45	170	114	501	236	77	170	328	75	34	113	20	6	2.088
Oncología médica	13	15	19	14	38	34	115	60	22	54	91	19	6	23	8	0	531
Oncología radioterápica	15	30	5	26	22	8	47	21	7	0	65	8	6	21	2	0	283
Otorrinolaringología	57	39	38	47	132	30	294	184	59	117	217	62	24	91	14	5	1.460
Psiquiatría	87	61	68	63	149	105	700	173	44	195	461	88	35	210	15	4	2.458
Radiodiagnóstico	128	97	59	73	203	140	334	268	97	246	460	74	53	151	32	5	2.420
Rehabilitación	31	38	40	34	58	70	0	113	22	62	138	28	20	57	10	1	722
Reumatología	19	11	6	17	29	27	177	53	13	36	106	23	5	21	6	3	552
Traumatología y cirugía ortopédica	95	111	86	81	232	148	771	537	99	236	449	98	63	197	20	9	3.052
Urología	63	50	36	34	110	79	227	172	52	90	193	45	25	78	13	2	1.269
Otras especialidades	152	0	0	118	584	0	0	0	222	830	758	441	0	0	0	0	3.105
<b>TOTAL</b>	<b>1.878</b>	<b>1.616</b>	<b>1.125</b>	<b>1.478</b>	<b>4.082</b>	<b>2.571</b>	<b>10.882</b>	<b>4.835</b>	<b>1.706</b>	<b>4.686</b>	<b>8.360</b>	<b>2.017</b>	<b>884</b>	<b>2.640</b>	<b>380</b>	<b>132</b>	<b>46.972</b>

**Tabla XIII: Tasa de profesionales (por 100.000 habitantes) en atención especializada, por especialidad, 2006**

	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Castilla y León	Castilla-La Mancha	Cataluña	Comunidad Valenciana	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	La Rioja	Ingesa (Ceuta y Melilla)	Total
Alergología	0,8	0,4	0,0	1,6	1,2	1,2	1,1	0,9	1,7	0,9	1,2	1,5	1,3	0,8	1,6	0,0	1,1
Análisis clínicos	3,8	3,7	3,9	2,6	5,2	4,6	1,6	3,2	4,9	6,2	4,0	3,6	3,0	3,4	4,2	4,9	3,6
Anatomía patológica	3,3	3,4	2,6	1,7	3,1	2,6	2,4	2,1	2,7	3,3	2,5	2,6	3,3	2,1	2,6	2,8	2,5
Anestesiología y reanimación	11,0	12,5	7,0	5,6	11,1	9,8	9,6	8,9	14,0	12,1	11,4	9,5	12,3	10,7	8,8	6,3	10,2
Angiología y cirugía vascular	1,3	2,0	0,4	0,7	1,2	1,0	1,6	0,5	1,0	1,9	1,0	0,2	0,5	1,2	1,6	0,7	1,1
Aparato digestivo	3,4	3,6	3,0	1,7	4,1	4,1	4,2	3,3	3,5	3,5	3,8	3,6	4,2	3,8	3,9	2,1	3,7
Bioquímica clínica	3,4	3,3	0,1	0,5	0,2	0,7	0,7	0,2	0,3	0,0	1,3	0,7	0,7	1,2	0,0	0,0	0,8
Cardiología	4,3	4,4	3,9	2,5	4,6	4,7	4,5	3,7	5,2	5,4	4,8	4,6	4,7	4,5	4,2	2,8	4,4
Cirugía cardiovascular	0,5	0,0	0,6	0,2	0,6	0,3	0,7	0,5	0,7	0,8	1,0	0,7	1,3	0,8	0,0	0,0	0,6
Cirugía general y del aparato digestivo	8,8	9,8	8,6	3,6	9,2	7,8	8,9	7,2	9,3	8,1	7,1	8,8	7,8	8,3	8,8	7,0	7,9
Cirugía maxilofacial	0,5	0,7	0,6	0,5	0,5	0,8	0,9	0,5	0,6	0,7	1,1	0,8	1,2	0,6	0,0	0,0	0,7
Cirugía pediátrica	1,0	0,7	0,8	0,7	0,4	0,4	0,9	0,6	1,0	1,3	1,1	0,9	0,8	0,1	0,0	0,0	0,8
Cirugía torácica	0,5	0,0	0,2	0,5	0,4	0,2	2,0	0,3	0,4	0,6	0,5	0,3	0,0	0,4	0,7	0,0	0,7
Cirugía plástica y reparadora	0,7	0,9	0,4	0,5	1,1	0,4	0,4	0,5	0,6	1,3	2,1	0,7	0,7	1,0	0,3	0,0	0,7
Dermatología médico-quirúrgica y venereología	2,3	2,1	2,0	1,2	2,7	2,3	3,5	2,0	1,8	2,6	2,2	1,8	2,2	1,9	2,6	1,4	2,4
Endocrinología y nutrición	1,8	2,3	1,5	1,4	2,2	2,0	2,6	1,5	2,0	2,1	2,3	1,9	2,2	1,9	2,0	1,4	2,1
Estomatología	0,0	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	8,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	2,1	0,0	0,0	1,8
Farmacología clínica	0,6	2,4	2,1	0,0	0,0	0,2	0,7	0,1	2,6	0,1	1,6	0,0	2,2	0,7	0,0	0,0	0,7
Geriatría	1,3	0,9	0,2	0,1	0,5	1,6	1,0	0,1	0,5	0,7	0,5	0,1	0,5	0,0	0,7	0,0	0,6
Hematología y hemoterapia	3,4	2,9	2,9	2,2	4,3	3,3	3,0	2,7	3,6	3,7	1,1	3,2	3,8	3,4	3,3	3,5	2,8
Hidrología	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Inmunología	0,1	0,5	0,4	0,1	0,1	0,2	0,3	0,0	0,6	0,4	0,0	0,5	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2
Medicina del trabajo	0,5	0,5	0,2	0,1	0,5	2,8	7,7	0,0	0,8	0,0	0,7	0,4	0,7	1,2	0,7	1,4	1,9
Medicina de la educación física y el deporte	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Medicina intensiva	4,9	6,2	3,9	2,7	4,1	4,5	2,5	3,7	4,0	4,5	2,3	4,2	3,7	2,1	2,0	7,7	3,4
Medicina interna	6,7	8,4	6,6	3,1	10,4	7,4	11,2	4,7	9,0	10,9	6,7	6,9	7,6	4,6	6,9	7,0	7,8

	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Castilla y León	Castilla-La Mancha	Cataluña	Comunidad Valenciana	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	La Rioja	Ingesa (Ceuta y Melilla)	Total
Medicina legal y forense	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Medicina nuclear	0,5	1,0	0,3	0,3	0,7	0,4	0,7	0,5	0,6	0,0	1,0	0,4	0,7	0,5	0,7	0,0	0,6
Medicina preventiva y salud pública	1,3	0,7	0,5	0,5	1,0	0,6	1,2	0,8	0,6	1,8	0,8	0,4	2,8	0,7	1,3	0,0	1,0
Microbiología parasitología	2,8	3,0	1,8	0,9	2,0	1,6	1,0	1,8	1,7	2,2	2,2	1,5	1,3	2,0	1,0	2,1	1,8
Nefrología	2,1	2,4	1,5	1,4	2,5	2,0	2,1	2,1	2,0	2,5	1,7	2,0	1,2	1,5	2,3	1,4	2,0
Neumología	3,1	6,2	3,0	1,6	3,0	2,9	2,9	2,6	2,2	3,0	2,8	2,0	2,3	3,6	3,6	2,8	2,9
Neurocirugía	1,1	1,2	0,6	0,8	1,1	0,8	0,8	0,8	0,9	1,4	1,2	0,7	1,0	1,2	0,0	0,7	1,0
Neurofisiología clínica	0,9	1,0	0,2	0,3	1,1	0,9	0,6	1,0	0,9	1,4	0,9	0,9	1,5	0,7	1,0	0,0	0,9
Neurología	2,4	3,3	3,1	1,6	2,6	2,6	3,3	2,3	2,5	2,9	2,5	3,1	3,0	2,8	2,9	2,8	2,7
Obstetricia y ginecología	9,5	11,2	9,0	5,5	9,4	8,5	12,6	7,2	9,1	8,9	8,4	8,3	10,3	8,7	10,8	9,1	9,2
Oftalmología	6,6	6,2	4,8	2,3	6,7	5,9	7,0	4,9	7,1	6,1	5,5	5,5	5,6	5,3	6,5	4,2	5,8
Oncología médica	1,0	1,4	1,9	0,7	1,5	1,8	1,6	1,2	2,0	2,0	1,5	1,4	1,0	1,1	2,6	0,0	1,5
Oncología radioterápica	1,2	2,8	0,5	1,3	0,9	0,4	0,7	0,4	0,6	0,0	1,1	0,6	1,0	1,0	0,7	0,0	0,8
Otorrinolaringología	4,5	3,6	3,8	2,4	5,2	4,1	4,1	3,8	5,4	4,2	3,6	4,5	4,0	4,3	4,6	3,5	4,0
Psiquiatría	6,8	5,7	6,8	3,2	5,9	5,4	9,8	3,6	4,1	7,0	7,7	6,4	5,8	9,8	4,9	2,8	6,8
Radiodiagnóstico	10,0	9,0	5,9	3,7	8,9	7,2	4,7	5,6	8,9	8,9	7,7	5,4	8,8	7,1	10,4	3,5	6,7
Rehabilitación	2,4	3,5	4,0	1,7	2,3	3,6	0,0	2,4	2,0	2,2	2,3	2,0	3,3	2,7	3,3	0,7	2,0
Reumatología	1,5	1,0	0,6	0,9	1,1	1,4	2,5	1,1	1,2	1,3	1,8	1,7	0,8	1,0	2,0	2,1	1,5
Traumatología y cirugía ortopédica	7,4	10,3	8,6	4,1	9,2	7,7	10,8	7,4	9,1	8,5	7,5	7,2	10,5	9,2	6,5	6,3	8,4
Urología	4,9	4,6	3,6	1,7	4,4	4,1	3,2	3,6	4,8	3,3	3,2	3,3	4,2	3,7	4,2	1,4	3,5
Otras especialidades	11,9	0,0	0,0	5,9	25,8	0,0	0,0	0,0	20,4	30,0	12,6	32,2	0,0	0,0	0,0	0,0	8,8
<b>TOTAL</b>	<b>147,0</b>	<b>150,1</b>	<b>112,4</b>	<b>74,1</b>	<b>162,2</b>	<b>122,7</b>	<b>131</b>	<b>100,6</b>	<b>157,0</b>	<b>169,3</b>	<b>139,1</b>	<b>147,2</b>	<b>133,6</b>	<b>123,7</b>	<b>124,0</b>	<b>92,5</b>	<b>135,4</b>





# Farmacia

La prestación farmacéutica es una prestación básica de la atención sanitaria tanto por su significado en la salud de las ciudadanas y los ciudadanos, como por la importancia que su factura implica en el gasto sanitario. De esta manera, la regulación en el sector trata de maximizar los efectos positivos, conteniendo el gasto farmacéutico al mismo tiempo.

Dado su carácter dinámico, con fuertes inversiones de las empresas del sector para obtener innovaciones que mejoren la salud de la población y sus cuentas de beneficios, el financiador público debe ser especialmente cuidadoso en alcanzar un equilibrio entre la sostenibilidad financiera del sistema sanitario y el acceso de los ciudadanos a una prestación farmacéutica de calidad.

Además, la prestación farmacéutica (sin incluir el gasto hospitalario) ha mostrado en la última década un incremento de su importancia relativa respecto al total del gasto sanitario en la mayoría de los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico).

En la tabla XIV puede observarse dicha evolución. España en 1995 pertenecía al grupo de países (Portugal, España e Italia), en los cuales el gasto farmacéutico representaba una proporción elevada del gasto sanitario; España presentaba un porcentaje del 19,2. En los 10 años siguientes, además, en España se ha incrementado el peso relativo del gasto en prescripción farmacéutica respecto al gasto sanitario mientras que en Portugal e Italia este peso relativo se ha reducido de manera que desde 2003 España se convierte en el país de los analizados con mayor importancia relativa del gasto farmacéutico, el cual presentaba un nivel en 2005 del 22,9%. Mientras, otro grupo de países, entre los cuales están Canadá, Finlandia, Francia y Alemania, presenta una proporción de gasto farmacéutico intermedia, entre el 15 y el 17%, con un crecimiento moderado en la última década, y países como Dinamarca, Irlanda, Noruega, Islandia, Suecia, Suiza y Estados Unidos presentan una importancia relativa del gasto farmacéutico significativamente más baja, con niveles entre el 8 y el 13%. La prestación farmacéutica se convierte, por tanto, no sólo en una prestación básica de la atención sanitaria de los distintos países, sino también, por su peso relativo, en una de las partidas más del gasto sanitario, que justifican los intentos reguladores de incrementar los efectos beneficiosos de los medicamentos, pero a la vez de controlar su factura.

En el año 2006 se ha aprobado una nueva norma general de ordenación del medicamento: la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. Se trata de una ley general que desarrolla la competencia exclusiva del Estado no sólo en materia de legislación sobre productos farmacéuticos, sino también sobre bases y coordinación general sanitaria. Aunque desarrolla esencialmente la legis-

**Tabla XIV: Evolución del gastos farmacéutico como porcentaje del gasto sanitario total, entre 1995 y 2005**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Alemania	12,9	13,0	13,1	13,6	13,5	13,6	14,2	14,4	14,5	14,0	15,2
Canadá	13,8	14,0	14,7	15,1	15,5	15,9	16,2	16,7	17,0	17,3	17,7
Dinamarca	9,1	8,9	9,0	9,0	8,7	8,8	9,2	9,8	9,3	9,0	8,9
España	19,2	19,8	20,8	21,0	21,5	21,3	21,1	21,8	22,9	22,8	22,9
Estados Unidos	8,9	9,3	9,8	10,3	11,2	11,7	12,0	12,4	12,5	12,5	12,4
Finlandia	14,1	14,4	14,8	14,6	15,0	15,5	15,8	16,0	16,0	16,3	16,3
Francia	16,0	16,0	16,4	16,9	17,7	18,2	18,8	18,7	16,5	16,6	16,4
Irlanda	10,5	10,4	10,0	10,2	10,4	10,6	10,6	11,1	11,6	11,8	10,9
Islandia	13,4	14,0	15,1	14,3	13,7	14,6	14,1	14,1	14,6	14,4	13,3
Italia	20,7	21,1	21,2	21,5	22,1	22,0	22,5	22,5	21,8	21,2	20,1
Noruega	9,0	9,1	9,1	8,9	8,9	9,5	9,3	9,4	9,2	9,4	9,1
Portugal	23,6	23,8	23,8	23,4	--	22,4	23,0	23,3	21,4	22,3	21,9
Suecia	12,3	13,6	12,4	13,6	13,9	13,8	13,2	13,0	12,6	12,5	12,0
Suiza	10,0	10,0	10,3	10,2	10,5	10,7	10,6	10,3	10,5	10,4	10,4

De OECD Health Data, 2007.

lación sobre productos farmacéuticos, regula también, aunque con carácter básico, otros aspectos relacionados con la ordenación farmacéutica (p. ej., la distribución de medicamentos, receta médica, farmacia hospitalaria, oficinas de farmacia, gestión de la información agregada de las recetas, etc.).

En cuanto al ámbito específico de la ordenación farmacéutica, se han realizado ajustes en las respectivas normas autonómicas. Canarias<sup>98</sup> y la Comunidad Valenciana<sup>99</sup> han modificado sus respectivas leyes de ordenación farmacéutica mientras que en Extremadura se ha aprobado una nueva Ley de Farmacia<sup>100</sup>. Asimismo, en Navarra se llevan a cabo modificaciones en la ordenación de la atención farmacéutica<sup>101</sup>.

98 Ley 3/2006, de 20 de marzo, de modificación del artículo 33 de la Ley 4/2005, de 13 de julio, de Ordenación Farmacéutica de Canarias; Orden de 15 de mayo de 2006, por la que se aprueba la delimitación de las zonas farmacéuticas de Canarias.

99 Ley 7/2006, de 9 de junio, de modificación de la Ley 6/1998, de 22 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Valenciana.

100 Ley 6/2006, de 9 de noviembre, de Farmacia de Extremadura.

101 Decreto Foral 72/2006, de 16 de octubre, por el que se modifica el Decreto Foral 197/2001, por el que se dictan normas de desarrollo de la Ley 12/2000, de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica en Materia de Oficinas de Farmacia.

El gasto farmacéutico en España asociado con la facturación de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud durante el año 2006 ha sido de algo más de 10.799 millones de euros contabilizados en 793.015.672 recetas. Ello implica un incremento en número total de recetas del SNS del 4,09% de 2005 a 2006 y un incremento del gasto total del 5,82% entre 2005 y 2006. Así, el gasto medio por receta en el Sistema Nacional de Salud ha pasado de 13,15€ en el año 2005 a 13,36€ en el año 2006, lo que representa un incremento anual del 1,65%<sup>102</sup>.

El análisis sobre el gasto farmacéutico en España asociado con la facturación de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud durante el año 2006 se ha basado en cinco indicadores y se ha desglosado por comunidades autónomas (tabla XV). Los dos primeros son indicadores absolutos (número total de recetas y gasto farmacéutico total) y muestran cuáles son las CCAA con mayor peso específico en el mercado y gasto farmacéutico (Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana y Madrid), pero no el efecto de las políticas de uso racional del medicamento.

El tercer indicador, el gasto medio por receta, implica una primera aproximación de indicador de uso racional. Andalucía y Cataluña son las CCAA que han mostrado menor gasto medio por receta en 2006. No obstante, este indicador presenta limitaciones, como las diferencias en los protocolos de prescripción que pueden existir en distintas CCAA (p. ej., mediante distinta promoción de genéricos).

Asimismo, 2006 ha sido un período de consolidación de estrategias ya iniciadas en períodos anteriores en la mayor parte de CCAA, junto con avances o innovaciones de mención en varias de ellas. El marco general de uso racional del medicamento es imperante en cada una de las regiones analizadas. Su interpretación puede adoptar diferentes variantes, pero la base son dos rasgos primordiales: en primer lugar, la defensa de uso racional en aras de la mejora en la calidad de la prescripción y del servicio provisto a la persona usuaria/ paciente/ciudadano(a) y, en segundo lugar, la complementariedad de la idea de calidad en la atención prestada con el apoyo financiero del sistema sanitario. En todas las regiones se manifiesta un esfuerzo por perseguir la utilización racional y eficiente de los recursos si bien hay variantes en las herramientas empleadas. Ello es lógico, toda vez que los conceptos clave que aplica cada CCAA varían en función de la estrategia a medio y largo plazo que se plantee la autoridad sanitaria correspondiente.

102 Las cifras nacionales de 2005 han sido obtenidas con el uso de los datos provisionales accesibles en la página *web* del Ministerio de Sanidad y Consumo ([www.msc.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2006.htm](http://www.msc.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2006.htm)) mientras que los datos de 2006 han sido obtenidos mediante la suma de los datos recientemente proporcionados por todas las CCAA correspondientes al MSC.

Del mismo modo, hay una idea que persiste en todos y cada uno de los informes referentes a farmacia suministrados por las diferentes CCAA<sup>103</sup>. La mejora de los sistemas de información es una pieza clave que debe contribuir a una mejor gestión de los recursos disponibles. Esta es una idea que se subraya en cada informe, considerándose una prioridad por parte de cada una de las autoridades sanitarias regionales consultadas.

**Tabla XV: Indicadores homogéneos de la prestación farmacéutica en las CCAA, 2006**

Comunidad Autónoma	Número total de recetas	Gastos farmacéutico total (euros)	Gastos medio por receta	Porcentaje de recetas de genéricos/total de recetas	Porcentaje del gasto en genéricos/gastos farmacéutico total
Andalucía	144.212.070	1.739.302.732,00	12,06	22,16	12,23
Aragón	24.400.843	355.473.672,59	14,57	14,62	6,15
Asturias	21.550.618	318.101.562,18	14,76	13,65	6,54
Baleares	13.698.142	194.157.739,83	14,17	21,36	10,12
Canarias	33.535.348	462.526.886,83	14,51	9,50	11,00
Cantabria	10.001.198	134.459.207,12	13,79	8,82	4
Castilla y León	44.609.095	643.611.085,53	14,43	18,99	8,28
Castilla La Mancha	37.211.628	505.745.285,00	13,59	17,10	7,91
Cataluña	129.274.450	1.674.288.889,00	12,95	20,28	10,57
Comunidad Valenciana	95.285.147	1.414.262.724,00	14,84	11,08	4,73
Extremadura	21.536.048	295.249.107,00	13,71	14,68	7,56
Galicia	54.569.481	781.128.656,16	14,31	7,67	3,63
Madrid	87.740.960	1.148.110.366,96	13,09	22,88	10,57
Murcia	24.857.968	374.083.737,60	15,04	10,38	4,77
Navarra	10.231.203	144.219.881,00	14,10	14,67	7,02
País Vasco	33.217.638	493.181.728,47	14,85	9,71	4,24
La Rioja	5.219.282	73.030.452,09	13,99	14,35	5,83
Ingesa (Ceuta y Melilla)	1.864.553	24.172.210,89	12,96	15,34	6,80

Elaborado a partir de la información por las CCAA para el Informe Anual del SNS, 2006.

103 Cuando se dispone de dicha información; por ejemplo, en el año 2006, algunas CCAA, como Murcia y Asturias, no presentaron información referente a actuaciones de relevancia durante dicho año en materia de análisis de la prescripción farmacéutica y políticas de uso racional de medicamentos, lo cual no significa que no lo hagan, sino simplemente que no lo hayan considerado novedoso para este año puesto que ya lo pudieran estar haciendo.

A lo largo del año 2006, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha destinado 105 millones de euros para el impulso de un conjunto de medidas dirigidas a favorecer un uso más racional de los medicamentos con la finalidad de desarrollar programas de formación continuada para médicos del SNS, un programa de educación sanitaria de la población y políticas de cohesión sanitaria en esta materia.

Con relación al Plan Estratégico de Política Farmacéutica, en 2006 se ha establecido el programa de formación continuada para médicos del Sistema Nacional de Salud, dotado con 70 millones de euros, que da cumplimiento al compromiso adquirido por el Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de formación, y de esta manera posibilita implementar y/o potenciar las iniciativas desarrolladas hasta ahora por las comunidades autónomas.

A continuación se señalan las principales iniciativas llevadas a cabo en las distintas CCAA. Son las siguientes, clasificadas en grandes bloques de medidas implementadas:

- Políticas de prescripción por principio activo y promoción de medicamentos genéricos.
- Mejoras en los sistemas de información:
  - Prescripción electrónica asistida.
  - Receta electrónica.
  - Creación o difusión de guías terapéuticas y farmacológicas.
  - Programas de formación e información dirigidos a las personas prescriptoras.
  - Programas de información dirigidas a personas usuarias/ciudadanos(as).
- Mejoras en coordinación asistencial:
  - Programas de coordinación entre atención especializada y atención primaria, en general.
  - Programas de atención a enfermos crónicos y a pacientes con multimorbilidad/ polimedcados.
  - Programas de atención farmacéutica a centros sociosanitarios.
- Programas de incentivos individuales a las personas prescriptoras.
- Mejoras en la gestión de compras.
- Otros.

Se ha propuesto esta clasificación por motivos funcionales y se es consciente de que ésta y cualquier otra no se encontrarán exentas de problemas dada la complementariedad inherente a las distintas actuaciones que se detallan. Por ejemplo, sin un buen sistema de información no es posible implementar un correcto programa de incentivos a personas prescriptoras. De igual modo, uno de los indicadores de calidad para recibir dicho incentivo puede

ser cumplir con los criterios de una guía farmacológica o cumplir con determinada cuota de medicamentos genéricos (EFG)<sup>104</sup> prescritas. Así pues, las estrategias de uso racional del medicamento combinan las herramientas citadas en la anterior clasificación con el fin de alcanzar una prestación de calidad a un coste asumible por el sistema.

Durante 2006 se publica el Real Decreto 1.338/2006, de 21 de noviembre, por el que se desarrollan determinados aspectos del artículo 93 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios en el marco del sistema de precios de referencia. Asimismo, mediante Orden SCO/3997/2006, de 28 de diciembre, se determinan los conjuntos de medicamentos y sus precios de referencia y se regulan determinados aspectos para la aplicación de lo dispuesto por la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.

En el año 2006, el consumo medio de genéricos en el Sistema Nacional de Salud, alcanzó el 16,83% en números de envases dispensados, con una variación desde el 16,08% en enero de ese año hasta el 18,17% en diciembre del mismo año, es decir, un incremento de más de dos puntos.

Por lo que respecta al porcentaje de recetas de genéricos frente al total de recetas, la variabilidad entre CCAA es destacable. Madrid es la CCAA con mayor peso relativo, con el 22,9%, seguida por Andalucía (22,2%), Baleares (21,4%) y Cataluña (20,3%). En el extremo opuesto, Galicia es la que tiene menor peso relativo de recetas de genéricos sobre el total de recetas con el 7,7%, seguido de la Comunidad Valenciana con el 11,1% y de Asturias con el 13,7%.

La mayoría de CCAA destaca en el año 2006 la promoción de la prescripción por principio activo o la prescripción de medicamentos genéricos. Así, por ejemplo, en Andalucía el 70% de las recetas dispensadas lo son por principio activo.

La vía de promoción es diversa. Por ejemplo, algunas CCAA han optado por incluir como criterios de calidad en sus contratos programa indicadores relacionados con la prescripción por principio activo o alcanzar cierta cuota de envases de EFG prescritas. Otras, bien de manera alternativa o, incluso, complementaria, incluyen dichos indicadores en los programas de incentivos individuales a prescriptores. Asimismo, la realización o adopción de guías farmacoterapéuticas y su difusión entre los prescriptores, los progra-

104 La denominación “especialidad farmacéutica genérica” se definía en el artículo 8 apartado 6bis de la anterior Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. En la actualidad, el artículo 8 de la Ley 29/2006 establece la definición de “medicamento genérico”. Más adelante, en el artículo 14 (garantías de identificación) regula los aspectos relativos a la denominación de los medicamentos, determinando en el punto 2 que los medicamentos genéricos se identificarán, además, con las siglas EFG.

mas de formación e información sobre medicamentos genéricos o prescripción por principio activo y la labor de farmacéuticos de atención primaria y hospitalarios influyen sobre la aceptación de los prescriptores que deben cumplirse con los mencionados objetivos.

Otra medida de interés que se señala es la firma de convenios por parte de las autoridades sanitarias de varias regiones y los colegios oficiales de farmacéuticos sobre el precio máximo de financiación (PMF) de las prescripciones por principio activo en receta médica, lo cual promueve la prescripción por principio activo y la prescripción de medicamentos genéricos.

También se ha señalado el grupo de medidas de *búsqueda de mejoras en los sistemas de información*. La mejora en los sistemas de información no es un fin en sí mismo, pero los distintos agentes sanitarios coinciden en señalar su carácter esencial como base para optimizar la gestión de los recursos.

Por tanto, la gestión de una mejor y más completa información se configura como un factor clave en las políticas de uso racional del medicamento con la intención de proveer a la ciudadanía de una prestación asistencial de alta calidad. Así, este elemento está presente en mayor o menor medida en la práctica totalidad de las actuaciones presentadas por las CCAA.

La búsqueda de mejoras en los sistemas de información puede traducirse en varias dimensiones. Así, el beneficio último de dichas mejoras deben ser los ciudadanos y las ciudadanas. No obstante, conviene tener en cuenta que la existencia de asimetría de la información en los mercados sanitarios genera una relación de agencia donde el principal (paciente) cede su poder de decisión a un agente (profesional) con mayores conocimientos técnicos sobre el asunto que debe tratarse (su salud). Asimismo, entre las y los profesionales y el servicio regional de salud se establece una segunda relación dado que éste último contrata a los y las primeros(as) y puede condicionar dicho contrato o una parte del pago al cumplimiento de unos objetivos. Finalmente, entre la ciudadanía y la figura financiadora o gestora de la atención sanitaria (gobierno regional y servicio de salud) existe otra relación donde la primera elige a los y las representantes que dirigirán dichas organizaciones y donde se espera, en cuanto a contribuyentes, que se distribuyan eficientemente los recursos y, en cuanto a personas usuarias, que la atención recibida sea de elevada calidad mientras que la figura gestora sanitaria deberá tratar de conciliar estos dos propósitos.

Por tanto, aunque las personas destinatarias finales de una mejora en la atención sanitaria sean las personas usuarias, éstas no siempre serán las destinatarias finales de una mejora en la información.

Durante 2006, en la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, se trabaja en la mejora del sistema de información de la prestación farmacéutica con una nueva aplicación informática para la gestión de nomenclátor de productos farmacéuticos, datos de facturación y consumo far-

macéutico mediante receta oficial. Esta mejora de la aplicación tiene como objetivo posibilitar la interoperabilidad entre determinados sistemas de información gestionados por las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo, traduciéndose en su utilización más eficiente.

El desarrollo e implantación de un sistema de información sobre el medicamento en el contexto de la prescripción ha sido mencionado como un punto relevante por varias CCAA. Dicho sistema puede ayudar a cumplir con los objetivos de otras medidas, como la promoción de la prescripción por principio activo o la promoción de prescripción de medicamentos genéricos, o puede alertar al prescriptor de posibles interacciones entre fármacos prescritos. Sin duda, la combinación de los sistemas de prescripción electrónica asistida con la historia clínica digital (HCD) presenta indudables sinergias al mejorar la información a la prescripción sobre los antecedentes de las y los pacientes y sobre las posibilidades farmacéuticas que tienen a su alcance.

Asimismo, son de destacar los avances realizados por varias CCAA en una próxima implantación del sistema de receta electrónica. La receta médica electrónica “es un procedimiento tecnológico que permite desarrollar las funciones profesionales sobre las que se produce la prescripción de medicamentos de manera automatizada, de manera que las órdenes de tratamiento se almacenan en un repositorio de datos al cual se accede desde el punto de dispensación para su entrega al paciente”<sup>105</sup>.

Tras la generalización de la TSI y junto con la informatización de los registros clínicos de los pacientes (historia clínica digital), la implantación de la receta electrónica es una de las áreas de actuación clave del Plan de Calidad para el SNS en materia de utilización de tecnologías de la información.

En 2006 se inician actuaciones en la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios sobre el proyecto de Real Decreto de receta médica y orden hospitalaria de dispensación. Con relación a la receta electrónica, se establece que, entre otros, se regularán los aspectos referentes a los criterios para facilitar la prestación farmacéutica del SNS, la garantía de su aplicación entre las diferentes comunidades autónomas y el establecimiento de criterios básicos sobre el diseño y utilización de la receta electrónica.

Entre los objetivos que se persiguen con la implantación de la receta electrónica se encuentran “garantizar a las ciudadanas y los ciudadanos la posibilidad de retirar los medicamentos que tienen prescritos desde cualquier farmacia del país sin necesidad de presentar una receta en papel; desligar a las y los profesionales médicas(os) de la función económico-administrativa de

105 Del Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el SNS. Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos. Estrategia 11. Sanidad en línea. Octubre de 2006.



la receta médica; favorecer el desarrollo de los programas de uso racional del medicamento, y avanzar en la implantación de sistemas de información, que permitan a las CCAA conocer las transacciones que se realizan entre ellas”

Algunas CCAA ya habían comenzado en el año 2006 la implantación de un sistema de receta electrónica o se señalaba la proximidad de esta medida (Andalucía, Baleares, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, País Vasco y La Rioja), lo cual era un objetivo señalado explícitamente en otras CCAA.

En consonancia con el desarrollo futuro de la receta médica, varias CCAA ya han implementado el visado informático. En estos casos, se ha procedido a firmar acuerdos con los colegios oficiales de farmacéuticos de las respectivas CCAA con el fin de que la aplicación del visado se gestione rápidamente en las oficinas de farmacia.

La incorporación de *guías terapéuticas y farmacológicas* como apoyo a la prescripción es otro elemento destacado por varias CCAA. Podemos distinguir variantes: algunas CCAA han adoptado la guía terapéutica en atención primaria editada por la SemFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria), otras CCAA han optado por elaborar sus propias guías, en las cuales se involucra a expertos, así como a prescriptores de los propios servicios de salud. La información que contienen las guías se complementan con las publicaciones periódicas de boletines farmacoterapéuticos y publicaciones de evaluaciones de nuevos principios activos comercializados.

Otras dos actividades complementarias a las anteriores son el refuerzo del papel de las comisiones de farmacia y terapéutica de los hospitales en el uso racional de medicamento y la incorporación de farmacólogos de área como apoyo a las gerencias de atención primaria. El papel que desempeñan los farmacólogos de área puede ser tanto de apoyo como de tipo formativo. Un gran número de CCAA destacan las actuaciones de formación a sus prescriptores.

El programa de formación continuada para médicos del SNS responde a la necesidad de articular una estrategia formativa de carácter integral por parte del Sistema Nacional de Salud, que permita asegurar el desarrollo de acciones formativas sobre medicamentos para los médicos del SNS. Esta estrategia formativa ha de ser estable y permanente en el tiempo con la finalidad de asegurar la necesaria continuidad de la actualización de conocimientos que, en el ámbito de la farmacoterapia, se producen continuamente.

El programa de formación es gestionado por las comunidades autónomas. El reparto de fondos acordado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se realiza con un fijo de 100.000 euros por comunidad autónoma y el resto se reparte de acuerdo con criterios de población. El reparto de estos fondos sería el siguiente: Andalucía (12.219.000

euros), Aragón (2.070.000), Asturias (1.793.000), Baleares (1.606.000), Canarias (3.120.000), Cantabria (975.000), Castilla y León (4.032.000), Castilla-La Mancha (3.015.000), Cataluña (10.841.000), Comunidad Valenciana (7.262.000), Extremadura (1.795.000), Galicia (4.437.000), Madrid (9.251.000), Murcia (2.141.000), Navarra (1.022.000), País Vasco (3.435.000), La Rioja (563.000), Ceuta (218.000) y Melilla (207.000).

Los destinatarios de las acciones formativas son los médicos del Sistema Nacional de Salud. Se tiene especial consideración con el colectivo de los MIR ya que se encuentran en el momento en que se produce el aprendizaje de lo que serán sus pautas de prescripción. La selección de las acciones formativas corresponde a las comunidades autónomas. Los programas están orientados hacia cuatro áreas de formación preferentes: actualización clínica y terapéutica de las patologías más prevalentes en España, nuevos principios activos incorporados a la prestación farmacéutica del SNS, fomento de los medicamentos genéricos y acciones relacionadas con las enfermedades producidas por el consumo de drogas.

Junto con el apoyo y la formación suministrada a las prescriptoras y los prescriptores, también resultan de utilidad las actuaciones informativas dirigidas a la ciudadanía usuaria (p. ej., mediante campañas de uso racional de antibióticos e información sobre medicamentos genéricos promovidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo y mediante campañas propias). El médico o la médica de atención primaria y las oficinas de farmacia han sido los medios elegidos para hacerlas llegar a la ciudadanía.

El programa de información a profesionales y población general, dotado con 15 millones de euros, se ha destinado a poner en marcha acciones de información para favorecer el uso racional y responsable de medicamentos.

El Sistema Nacional de Salud de esta forma se propone garantizar a los profesionales sanitarios el acceso a una información independiente sobre medicamentos con carácter permanente. Esta información actualizada y de calidad científica estará accesible gratuitamente para la totalidad de médicos y farmacéuticos de España a través de internet y será difundida a los profesionales mediante clave individualizada.

El sistema de información sobre medicamentos facilitará periódicamente aquellos informes que se consideren de interés clínico relevante para los profesionales. También incluirá las guías terapéuticas para atención primaria y atención especializada, que se pondrán a disposición de los profesionales de forma gratuita.

Mediante campañas de publicidad dirigidas a la población general, podrá disponerse por parte de la ciudadanía de una mejor información sobre los medicamentos y las consecuencias negativas que, en ocasiones, pueden ocasionar en su salud (efectos adversos).

En alguna CCAA ya se informa del perfil farmacoterapéutico no sólo a las facultativas y los facultativos médicos(os), sino también a sus pacientes. Finalmente, una CCAA (Baleares) señala el fomento del uso eficiente del medicamento mediante la utilización de las nuevas tecnologías (SMS recordatorios de toma de medicación). Varias CCAA desarrollan actuaciones concretas orientadas a mejorar la calidad de la asistencia farmacéutica a tipos de pacientes concretos.

Varias CCAA (Baleares, Cantabria, Cataluña, Extremadura, Comunidad Valenciana y La Rioja) han promovido actuaciones, vinculando los *medicamentos de los centro socioasistenciales* públicos con los servicios de farmacia de atención primaria o los servicios de farmacia hospitalaria (Castilla y León). En Extremadura, en noviembre de 2006 se aprobó una guía farmacoterapéutica de mayores, elaborada en colaboración con los médicos de la Consejería de Bienestar Social y con los médicos de las residencias privadas más representativas.

Un apartado de especial relevancia se refiere a la implantación de sistemas de incentivos individuales que vincule a los profesionales sanitarios con el uso eficiente del medicamento. En este sentido, cada vez más CCAA incorporan este aspecto en las condiciones laborales de sus profesionales sanitarios.

En algunas CCAA, los indicadores están marcados por sus servicios centrales tras consultas a expertos. En otras, son indicadores consensuados con los propios prescriptores (o representantes de éstos) y los propios facultativos desempeñan un papel importante en la elaboración de guías farmacoterapéuticas, a las cuales ha de adherirse su patrón de prescripción para cumplir con los indicadores de calidad propuestos.

Otro tipo de medida referido de forma habitual por los responsables sanitarios de las CCAA es el avance realizado en materia de *gestión racional de compras*.

Como elemento importante en las políticas de uso racional del medicamento, algunas CCAA prestan especial importancia a la mejora de los sistemas de farmacovigilancia

En el medio español, es destacable la adopción de la *Guía Terapéutica en Atención Primaria* editada por la SemFYC por parte de varias autoridades autonómicas, así como la opción alternativa llevada a cabo por otras CCAA de elaborar sus propias guías, involucrando a expertos y prescriptores de los propios servicios de salud.

Un tercer gran bloque de medidas hace referencia a *coordinación asistencial*. Una mejora en los sistemas de información puede permitir una mejor coordinación entre atención primaria y atención especializada aunque las CCAA señalan que también es importante promover actuaciones específicas en este sentido: historia de salud digital única y compartida entre atención

primaria y atención especializada, e incorporar en ésta un módulo de prescripción con recomendaciones de una guía terapéutica común; el desarrollo conjunto de protocolos de actuación comunes; el planteamiento de una gerencia única; el establecimiento de indicadores y estándares de calidad corporativos, comunes a atención primaria y atención especializada, y la formación de comisiones de uso racional del medicamento y de farmacia, donde colaboren expertos y profesionales de ambos niveles asistenciales, serían otras actuaciones promovidas en esta línea.

El área de farmacia hospitalaria es de especial interés no sólo por las cifras crecientes de gasto, sino también por el proceso ya comentado de coordinación entre niveles asistenciales y por la reconfiguración experimentada por la farmacia hospitalaria en los últimos años, cobrando mayor protagonismo en el uso seguro, efectivo y eficiente de los medicamentos hospitalarios, asesorando a los profesionales que cubren las consultas ambulatorias externas y contribuyendo a la reducción de los errores médicos debidos a medicación inadecuada.

A modo de conclusión, con la vista puesta en el futuro, la evolución de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud español en los primeros años del siglo xxi por lo menos estará marcada por tres elementos fundamentales: la conclusión del proceso del traspaso de competencias en materia sanitaria a las CCAA que aún no las habían asumido, con el acompañamiento de un nuevo sistema de financiación, que entra en vigor el 1 de enero del año 2002; el Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud español elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y publicado en noviembre del año 2004, y, finalmente, la aprobación en las Cortes de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios en julio de 2006.

Por último, cabe señalar que, desde la Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad y Consumo, en el programa para el desarrollo de la política de cohesión sanitaria, dotado con 20 millones de euros, se propone el impulso y la realización de ensayos clínicos independientes, la colaboración en la formación de miembros de los comités éticos de ensayos clínicos y actuaciones para mejorar la calidad de la prestación farmacéutica.

# Investigación

En enero de 2006, el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, suscribió un convenio de colaboración con catorce comunidades autónomas para la estabilización de los contratos de los investigadores y la intensificación de la actividad investigadora en el Sistema Nacional de Salud.

El convenio ha sido firmado, a través de sus respectivas fundaciones de innovación e investigación sanitaria, por Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, País Vasco, Asturias y Murcia aunque se puedan adherir otras autonomías en un futuro.

Enmarcado en el Programa Nacional de Potenciación de los Recursos Humanos en I + D + I del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2004-2007, el acuerdo persigue como objetivos principales fomentar en las comunidades autónomas la contratación estable de personal investigador e intensificar la implicación del personal asistencial en las tareas investigadoras.

En conjunto, el programa de estabilización y la línea de intensificación de la actividad investigadora podrían acoger este año a casi un centenar de científicos(as) con una financiación del ISCIII a las CCAA de unos dos millones de euros.

En el ámbito de la investigación, la acción de las CCAA se desarrolla mediante el establecimiento de las normas generales para su desarrollo o bien mediante la financiación y el sostenimiento público de esta actividad.

La ordenación de la actividad investigadora ha encontrado una nueva regulación en Andalucía, donde se ha propuesto un nuevo modelo de contrato económico para la realización de ensayos clínicos con medicamentos en el sistema público de Andalucía<sup>106</sup>.

En cuanto a la financiación pública de la investigación, las CCAA han impulsado sus respectivos sistemas de investigación tras la aprobación de normas o subvenciones para programas de investigación y de formación investigadora y a la I + D en Sanidad con tres bloques de programas: ayudas a proyectos de investigación, ayudas individuales y ayudas a entidades (Andalucía<sup>107</sup> y País Vasco).

106 Resolución de 23 de mayo de 2006, por la que se aprueba el nuevo modelo de contrato económico para la realización de ensayos clínicos con medicamentos en el Sistema Sanitario de Andalucía.

107 Resolución de 3 de mayo de 2006, por la que se convocan subvenciones para la financiación de proyectos de investigación y planes de formación investigadora en Ciencias de la Salud, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el ejercicio económico de 2006.

Al margen de las convocatorias genéricas relativas a la investigación en el ámbito de salud, también se han financiado proyectos específicos para el desarrollo de la investigación aplicada a determinados problemas de salud, como es el caso del Sida (Galicia<sup>108</sup>).

En el marco del Plan de Calidad, se está potenciando la investigación en desigualdades en salud; se ha continuado con la financiación de la línea de investigación sobre salud y género en la convocatoria de proyectos de investigación, y se ha iniciado una línea de investigación en equidad en la convocatoria de evaluación de tecnologías sanitarias y servicios de salud.

Se ha realizado un análisis mediante talleres con profesionales sanitarios de 10 CCAA para conocer las necesidades que existen y así mejorar las solicitudes y tasas de aceptación de proyectos en las convocatorias, así como para mejorar la producción científica y la difusión de los resultados de estas líneas de investigación. La información obtenida guiará actuaciones de los próximos años.

Para reforzar la investigación sobre equidad, también se ha iniciado, siguiendo las directrices de la Unión Europea, un estudio para conocer la participación de los hombres y las mujeres dentro de la investigación del Sistema Nacional de Salud. Los resultados han mostrado que existen diferentes patrones para hombres y mujeres en cuanto al tipo de proyectos solicitados y en cuanto al tipo de proyectos concedidos.

108 Orden de 9 de mayo de 2006, por la que se aprueban las bases y convocatoria, en régimen de concurrencia competitiva, de subvenciones a proyectos de investigación-acción que tengan relación con el esfuerzo global anti-VIH/Sida.

# Sistemas de información sanitaria

**Sistemas de información estadísticos.** El desarrollo de sistemas de información adecuados sirve de soporte a buena parte de las iniciativas puestas en marcha por las comunidades autónomas.

Los avances producidos pueden encuadrarse desde una doble perspectiva: las necesidades específicas de cada servicio de salud y las exigencias derivadas del sistema de información del SNS (SI-SNS). En este punto hay que recordar que el Consejo Interterritorial del SNS aprobó en junio de 2005, a propuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo, la estrategia y las actuaciones necesarias para el desarrollo del SI-SNS.

La estrategia aprobada se basa en el aprovechamiento, mejora y ampliación de la información estatal ya disponible, consistente en un extenso repertorio de estadísticas sanitarias estatales que proporcionan abundantes datos relativos al nivel de salud, recursos sanitarios, actividad, gasto y algunos resultados. Entre ellas, 15 operaciones estadísticas del MSC están incorporadas en el Plan Estadístico Nacional. A pesar de ello, se consideraba necesario evolucionar estas estadísticas hacia sistemas de información integrables. La actualización y normalización de algunos de sus contenidos y la cobertura de áreas insuficientemente trabajadas (atención primaria, atención especializada ambulatoria y salud mental, entre otras) son las actuaciones prioritarias.

De este modo, con la participación de las comunidades autónomas y en el marco metodológico de la Unión Europea, se han abierto líneas para la normalización de datos y para la ampliación de contenidos, así como para el diseño y la selección de indicadores y estándares. De manera específica, el acuerdo del CISNS (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud) contempla el desarrollo de un conjunto de indicadores clave del SNS capaz de proporcionar, de manera integrada y sistemática, información fundamental para el sistema sanitario.

El proyecto, en su conjunto, está liderado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Agencia de Calidad/Instituto de Información Sanitaria) y su desarrollo se realiza conjuntamente con las CCAA a través de la *Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del SNS (SCSI)*.

Las acciones más relevantes llevadas a cabo en 2006, con la implicación de todas las CCAA y el Ministerio de Sanidad, se resumen a continuación:

- Puesta en marcha y difusión del *sistema de información de atención primaria* (fase I, recursos y oferta asistencial) que puede consultarse en la página electrónica del MSC<sup>109</sup>.
- *Ampliación de contenidos del CMBD (conjunto mínimo básico de datos)* al campo de la cirugía ambulatoria y hospital de día.
- *Revisión de la ESCRI (Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado)* para su adecuación a la organización asistencial y requerimientos de información actuales.
- *Puesta en marcha de la nueva Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)* que incorpora<sup>110</sup>:
  - a) *Nuevas dimensiones* relacionadas con la salud de las personas, no contempladas en ninguna de las ediciones anteriores y sobre las cuales en la actualidad se carece de información, como es el caso de la *salud mental*.
  - b) *Determinantes de salud no contemplados en las ediciones anteriores* de la encuesta, básicamente los relacionados con el *medio ambiente físico y social* de las personas.
  - c) Modificaciones para potenciar la encuesta como instrumento para la detección y medición de *desigualdades de salud*, especialmente en relación con el *género* y la *clase social*.
  - d) La reformulación de diversas preguntas para iniciar la adaptación del formato de la encuesta a los requerimientos del proyecto europeo de encuesta de salud (Eurohis).

En junio de 2006 se inició el trabajo de campo de la ENSE 2006 y sus resultados estarán disponibles a finales de 2007.

Selección de los *indicadores clave*, que recoge una amplia serie de indicadores de extenso uso tanto en nuestro sistema como en los de nuestro entorno (Eurostat [Oficina Estadística de la Comunidad Europea], DG Sanco [Dirección General de Sanidad y Protección del Consumidor], OMS [Organización Mundial de la Salud] y OCDE [Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico]), así como los derivados de las Estrategias de Salud del SNS aprobadas por el CISNS.

Esta primera selección de indicadores es el fruto del trabajo realizado durante 2006 por la Subcomisión sobre una propuesta del Instituto de Información Sanitaria. Fue aprobada por consenso en reunión plenaria en noviembre de 2006. Como criterio general, los datos deben estar *disponibles para el conjunto del SNS y desagregados para cada comunidad autónoma*.

109 Disponible en: [www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm)

110 Accesible en: [www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm)



Del mismo modo, y como norma, se incluye la *perspectiva de género* en la construcción de los indicadores.

Los indicadores clave del SNS pueden consultarse en la página electrónica del MSC<sup>111</sup>.

Es preciso señalar que una parte de las actuaciones reseñadas se corresponden, como no puede ser de otra manera, con las recomendaciones del primer informe del grupo de trabajo de gasto sanitario<sup>112</sup> y puede afirmarse que, desde su publicación en el año 2006, se han producido importantes avances en los sistemas de información que afectan al conjunto del SNS.

**Sanidad en línea.** Asimismo, todas las CCAA (más el Ingesa) se han adherido al proyecto Sanidad en Línea, iniciativa contemplada dentro del Plan Avanza y desarrollada mediante un convenio marco entre los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Industria, Turismo y Comercio.

El proyecto pretende dar apoyo a diferentes iniciativas, desarrolladas desde y para el Sistema Nacional de Salud, de cara a lograr una total interoperabilidad de la tarjeta sanitaria, la receta electrónica y la historia clínica electrónica en el conjunto del SNS y extender los sistemas de cita por internet y telemedicina.

Todo ello contribuirá a mejorar la calidad de la atención sanitaria que reciben los pacientes, modernizar el SNS y facilitar la movilidad geográfica de los ciudadanos por todo el territorio nacional. Su repercusión en la mejora de los sistemas de información sanitaria es un valor añadido a los objetivos mencionados.

El volumen total de inversiones en tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en el Sistema Nacional de Salud asciende a 252.133.705 euros, cantidad distribuida de forma directamente proporcional a las poblaciones de los distintos territorios para su ejecución entre 2006 y 2007. Del volumen total, la aportación de la Administración General del Estado asciende a 141.000.000 euros y la que corresponde realizar al conjunto de las Administraciones sanitarias, a 111.133.705 euros.

El convenio marco se materializa mediante convenios específicos entre cada comunidad autónoma y la entidad pública Red.es, en coordinación con el Ministerio de Sanidad y Consumo. De este modo, todas las CCAA han asumido el compromiso de acortar los plazos de incorporación a la base de datos común de población protegida del SNS (TSI) o de su mantenimiento y mejora en el caso de encontrarse ya incorporadas.

111 Disponible en: [www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm)

112 Informe del grupo de trabajo sobre gasto sanitario. Disponible en: [www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sis-InfSanSNS/finGastoSanit.htm](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sis-InfSanSNS/finGastoSanit.htm)

Del mismo modo, se ha puesto en marcha el proyecto de interoperabilidad de la historia clínica digital (HCD)<sup>113</sup> y se están elaborando los primeros prototipos de receta electrónica.

Para la puesta en marcha de las actuaciones previstas en los convenios, Red.es colabora con las comunidades autónomas en la dotación de todas las infraestructuras y medios técnicos necesarios (redes de comunicación, equipos informáticos, programas, etc.) para permitir el uso de las nuevas aplicaciones y herramientas de gestión que se implanten.

Por su parte, el Ministerio de Sanidad y Consumo conduce el proyecto de interoperabilidad, trabajando estrechamente con las comunidades autónomas, consultando a las partes implicadas (ciudadanía y profesionales) y estableciendo el modelo que debe seguirse mediante consenso. El proyecto Sanidad en Línea ha servido igualmente para reforzar la intranet del SNS y el nodo central que, con sede en el Ministerio de Sanidad y Consumo, constituye el núcleo esencial del sistema de información del SNS.

En enero de 2006 se firmaron los tres primeros convenios bilaterales (Castilla-La Mancha, Extremadura y Murcia) en desarrollo del convenio marco. A finales de 2006, todos los convenios bilaterales estaban suscritos, excepto el correspondiente al País Vasco, que quedará preparado para principios de 2007.

113 Disponible en: [www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic00.htm](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic00.htm)

# Calidad

**Planes de Calidad.** En el Informe sobre el SNS 2005 se ponía de manifiesto el hecho de que la mayoría de las CCAA hacía tiempo había situado la calidad de la atención sanitaria como uno de sus objetivos estratégicos. Del análisis de la información aportada entonces se deduce la gran similitud en los enfoques de los Planes de Calidad de las diferentes CCAA y cómo las prioridades en este tema suelen coincidir con las que hoy se definen en los países de la Unión Europea. Varían, sin embargo, los grados de desarrollo de algunas iniciativas que pueden ser el germen de nuevas líneas estratégicas (planes de atención integrada, proyectos basados en la medicina basada en la evidencia, etc.).

Las áreas con más información son las de atención centrada en el paciente y la seguridad. Destaca el hecho de que 10 CCAA disponen de encuestas institucionales con amplia cobertura. En el caso de la seguridad, se tiene la certeza de que la Estrategia en Seguridad del Paciente del Ministerio de Sanidad y Consumo ha influido decisivamente.

No obstante, cabe preguntarse por qué algunas dimensiones muy valoradas por los profesionales (p. ej., la efectividad clínica) no son abordadas con más frecuencia. También debería ser motivo de reflexión que la continuidad asistencial sea contemplada en los planes de sólo 4 CCAA. También se apuntan ideas y proyectos nuevos que habrá que evaluar en un futuro próximo.

La mayor parte de las CCAA están desarrollando un *Plan de Calidad Plurianual* como parte de las líneas estratégicas de la política sanitaria de las CCAA. A las 12 CCAA que en 2005 comunicaban la existencia de un Plan de Calidad Plurianual, se ha sumado el Plan de Calidad de la Consejería de Salud de *La Rioja*, elaborado por su Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria, con una aproximación basada también en el marco del modelo EFQM (*European Foundation for Quality Management*).

En el año 2006 se ha puesto en marcha el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS), que apoya y da cobertura a las iniciativas existentes hasta ese momento y a aquellas que se desarrollarán posteriormente.

**Acreditación.** La mayoría de las CCAA que informan sobre iniciativas de acreditación han desarrollado sistemas propios. Se detecta un importante dinamismo en la generación de iniciativas de acreditación en las CCAA y sólo se destacan algunas de estas iniciativas, como muestra de la diversidad de estrategias y alcances de la acreditación.

Andalucía ha desarrollado una amplia labor en este terreno. La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, creada en 2002, como entidad certificadora del sistema sanitario público de Andalucía, es la encargada de la im-

plantación de los distintos programas de acreditación (profesionales, centros y unidades sanitarias, así como la formación o las páginas *web* con contenidos sanitarios). En 2006 se han iniciado los programas de acreditación de competencias profesionales, oficinas de farmacia y unidades de hemodiálisis.

Entendiendo la “homologación” como un instrumento de acreditación, Canarias ha aprobado el Decreto 105/2006, por el que se regula la homologación de centros, servicios y establecimientos sanitarios y se desarrolla el régimen jurídico del concierto sanitario, habiendo establecido requisitos para cirugía con internamiento y para centros de media estancia. En este mismo marco de la habilitación de servicios se enmarcan las Órdenes de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha sobre centros y servicios de la red de hemodonación, hemoterapia y hemovigilancia; de atención a la salud mental, y de podología.

Cantabria ha completado en 2006 la validación de sellos de bronce, reconocimiento de excelencia, en todos los centros sanitarios del Servicio Cántabro de Salud. Aragón está poniendo en marcha sistemas de acreditación basados en normas ISO (Organización Internacional para la Estandarización) en tres ámbitos: laboratorios clínicos, centrales de esterilización y equipos de atención primaria.

Castilla y León ha desarrollado actividades encaminadas a la próxima creación de la Agencia para la Calidad y la Acreditación.

Cataluña ha publicado en 2006 el Decreto que regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda de Cataluña, así como Extremadura, que ha aprobado la Orden, por la que se establecen los estándares del modelo de calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

**Guías de práctica clínica.** Existe un creciente esfuerzo en el desarrollo de guías de práctica clínica y han sido introducidas como objetivos de los “contratos” con los centros sanitarios por parte de algunas comunidades autónomas. El sistema sanitario público de Andalucía lleva realizando desde hace años un notable esfuerzo en gestión de procesos asistenciales, pues ha elaborado 61 procesos asistenciales y planes de cuidados estandarizados y 5 procesos de soporte, de cuya implantación se estima que el 15 % de la población andaluza se beneficia de un abordaje estructurado y en continuidad de su problema de salud.

**Encuesta de satisfacción a personas usuarias.** Prácticamente todas las comunidades autónomas han desarrollado iniciativas en relación con este instrumento de medición de la calidad, tal y como se ha constatado en ejercicios anteriores. Existe una tendencia generalizada a disponer de mayor rigor metodológico y aumentar la gama de servicios analizados, así como a realizar encuestas de satisfacción del “cliente interno” (p. ej., el clima laboral).

**Incorporación de objetivos a contratos.** De la lectura de los informes se desprende que todas las CCAA los tienen incorporados de forma sistemática si bien no existe información suficiente que permita analizar la vinculación entre el cumplimiento de objetivos y la aplicación de sistemas de incentivos profesionales o institucionales, como el desarrollado por la Consejería de Salud de La Rioja en el contrato con la Fundación Hospital de Calahorra, en que se analizan apartados de calidad, se ponderan y se realiza una asignación presupuestaria.

**Seguridad de pacientes.** La seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas sanitarios. La publicación en 1999 del informe *To err is human: building a safer health system* del Institute of Medicine proporcionó datos epidemiológicos pero, sobre todo, posicionó el tema en la agenda política y el debate público mundial.

La OMS, en octubre de 2004, lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Otras instituciones internacionales, como el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, y otras agencias y organismos internacionales han desarrollado estrategias, acciones y medidas legislativas para controlar los efectos adversos evitables en la práctica clínica.

El enfoque actual hace especial hincapié en el hecho de que los efectos adversos de las intervenciones sanitarias están más relacionados con los sistemas organizativos que con las conductas individuales.

Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños hay que añadir su elevado impacto económico y social.

Las razones por las cuales la asistencia sanitaria entraña riesgos al parecer se deben a su creciente complejidad. En la asistencia sanitaria moderna, cada vez interactúan más factores organizativos, personales y clínicos.

Desarrollar una cultura de la seguridad en una organización requiere un firme liderazgo, una planificación adecuada y un seguimiento cuidadoso. El conocimiento de la percepción de los profesionales es el paso previo a la instauración de acciones que permitan modificar sus prácticas. La investigación, la información y la formación desempeñan un papel prioritario en el establecimiento de una cultura en seguridad de los pacientes.

Desde 2005, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha situado la seguridad de los pacientes como prioridad en sus actuaciones.

En este sentido, la realización por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo en 2005 del primer Estudio Nacional de Efectos Adversos (Eneas) ha sido un paso importante. Este estudio, el quinto en cuanto a importancia en el mundo y el tercero de su género que se realiza en Europa, muestra que la ocurrencia de efectos adversos en los hospitales del Sistema Nacional de

Salud (el 9,3 %, de los cuales casi el 43 % sería evitable) se sitúa en cifras similares a las de los países que los han realizado (Francia, Reino Unido, Canadá y Australia). También indica dónde se encuentran las mayores oportunidades de mejora: efectos adversos por medicamentos, infecciones hospitalarias y efectos relacionados con la anestesia y la cirugía.

En consecuencia, el Plan de Calidad para el SNS que el Ministerio de Sanidad y Consumo presentó en marzo de 2006 ha incluido la seguridad de los pacientes como una de sus doce estrategias prioritarias. Entre otras iniciativas, la ministra firmó la adhesión del Ministerio de Sanidad y Consumo al reto “Atención limpia es atención segura” de la OMS, se han desarrollado numerosas actividades de formación dirigidas a profesionales y gestores, y se ha impulsado la firma de una declaración de compromiso en pro de la seguridad de los pacientes por más de 140 sociedades profesionales.

La estrategia de seguridad de pacientes de la Agencia de Calidad integrada dentro del Plan de Calidad está dirigida hacia 5 puntos fundamentales:

1. La seguridad como estrategia de mejora continúa debe impregnar toda la cultura de las organizaciones sanitarias.
2. Promover la inclusión de la seguridad del paciente como una prioridad para los servicios de salud y los diferentes proveedores sanitarios mediante la implantación de prácticas seguras.
3. Potenciar el conocimiento y el análisis de efectos adversos mediante su estudio sistemático y poner en marcha sistemas de registro e información y medidas de prevención.
4. Reforzar la competencia profesional y la difusión del conocimiento en seguridad.
5. Promover la investigación.

Para alcanzar este objetivo, se están desarrollando las siguientes actividades, que responden a los objetivos específicos de la estrategia: mejorar el conocimiento y la cultura de seguridad de los pacientes entre profesionales y pacientes del SNS, implantar prácticas clínicas seguras en el SNS, diseñar un sistema de información y notificación de efectos adversos para el aprendizaje y promover la implicación de pacientes y consumidores en la estrategia de seguridad de los pacientes.

**Estrategias.** La experiencia internacional más reciente sugiere que una buena vía para afrontar actuaciones conjuntas puede ser la elaboración de estrategias sobre las enfermedades más relevantes con el objetivo de lograr un enfoque homogéneo en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

Estas estrategias deben establecer estándares y proponer modelos de actuación basados en las buenas prácticas disponibles en los ámbitos de la promoción, la prevención, el tratamiento clínico, la rehabilitación y la rein-

serción social, los sistemas de información y la investigación. Deben ser elaboradas con amplia participación de las sociedades científicas y otros agentes sociales, además de ser revisadas periódicamente.

Las estrategias aprobadas durante el año 2006 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes y salud mental) reúnen todas estas características.

Estas estrategias se basan en tres pilares: estándares de servicios claros, prestación adecuada y monitorización de resultados. Sus principios rectores son la solidaridad, la equidad y la participación para lograr la reducción de las desigualdades, la promoción de la calidad en la atención y la información.





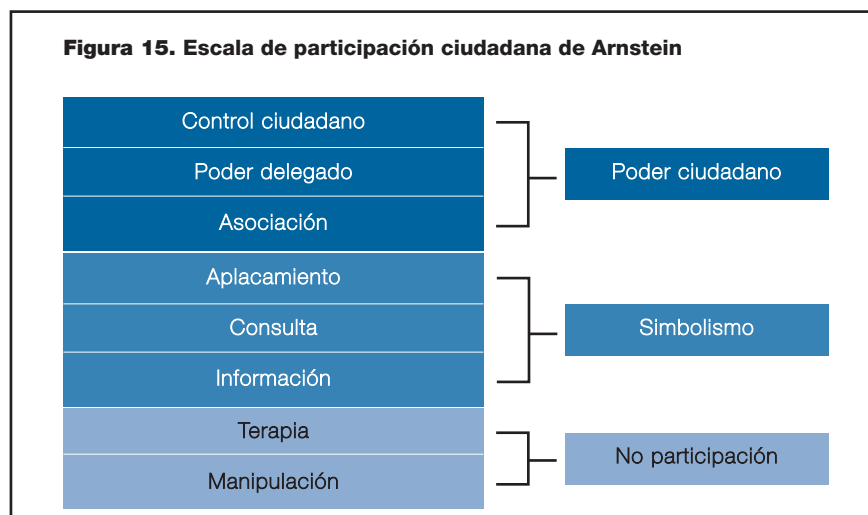
# Participación

La participación ciudadana a menudo tiene su motivación profunda en la voluntad legítima de promover y defender los derechos y la autonomía individual de ciudadanos(as) sanos(as) y enfermos(as) aunque son dos conceptos diferentes. La Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica establece algunos de estos derechos.

La cuestión de la participación lleva siempre añadida la de la autoridad y la legitimidad. Por ello, la exigencia de la mayor transparencia posible por parte tanto de las Administraciones como de las asociaciones y grupos, en la declaración de intereses, en el tratamiento de los conflictos de intereses y en la legitimidad de sus mecanismos de resolución parece un requisito indispensable.

Respecto a la participación y la información remitida por las CCAA para este informe, el análisis abordará los siguientes apartados: avances en el *Desarrollo de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, la existencia, o no, de una figura o institución de defensa de los derechos de los pacientes, reconocimiento de derechos (libre elección, segunda opinión, información, etc.), asociaciones de pacientes y subvenciones para pasar posteriormente al estudio de los consejos de salud y comisiones de participación ciudadana.

Para el análisis comparativo, se utiliza el modelo de la escala de participación ciudadana de Arnstein (fig. 15).



**Table XVI: Participation. Number of Autonomous Communities with legislation covering each subject, 2006**

	Yes	No	In process	No answer	Total
Free choice of doctor	12	2	1	1	16
Second opinion	11	2	2	1	16
Access to clinical history	12	1	1	2	16
Informed consent	14	1	1		16
Prior instructions/last wishes	13		2	1	16
Guide or service menu	13			3	16
Information on the National Health System	9			7	16
Guarantees for disabled patients with special needs for receiving information	6	1		9	16

Created by the Observatory of the National Health System.

Created on the data from the 16 Autonomous Communities that responded.

En este apartado, cada CCAA ha especificado si se ha adoptado la legislación que regula los siguientes asuntos (tabla XVI): libre elección de médico, acceso a segunda opinión, acceso a la historia clínica, consentimiento informado, existencia de procedimiento para establecer instrucciones previas/últimas voluntades, guía o carta de servicios, información en el Sistema Nacional de Salud y garantías para los pacientes con necesidades especiales de información asociadas con la discapacidad.

Si se analiza la existencia o no de una figura o institución de defensa de los derechos de los pacientes, 12 CCAA indican que hay una instancia o una figura institucionalizada. En común con la sección anterior, los resultados en esta materia son, por tanto, satisfactorios aunque cabe un margen para mejorar.

La existencia de una figura de defensa de los derechos representa, además, un paso más allá en lo que concierne a los escalones más altos de la participación ciudadana en el sentido de que autoriza la voz de la ciudadanía a entrar legalmente en escena, reclamando sus derechos como paciente/cliente del sistema de salud. Esta legitimación puede considerarse un paso importante en cuanto a la capacidad de negociación del paciente y por ende puede concluirse que es un avance que realmente aporta un grado de poder ciudadano de los más altos.

Las otras cuestiones se refieren más al reconocimiento de derechos (libre elección, segunda opinión, información, etc.). Si se aplica la analogía con la escala de Arnstein anteriormente descrita, esta gama de asuntos puede asociarse con niveles de participación simbólica en los escalones de

*información, consulta y aplacamiento* ya que no afecta la participación en la creación de políticas, sino el hecho de garantizar la aplicación de las existentes.

Las asociaciones de pacientes son una de las modalidades más utilizadas para aumentar la participación ciudadana. En la tabla XVII se resumen los resultados al analizar las subvenciones otorgadas en cada CCAA a estas organizaciones.

**Tabla XVII: Participación. CCAA y subvenciones a asociaciones de pacientes, 2006**

Comunidad autónoma	Sí	No	No contesta	Número de asociaciones	Cantidad total (€)
Andalucía	x			157	522.172,34
Aragón	x			46	504.895,00
Asturias	x			60	70.000,00
Baleares	x			6	50.000,00
Canarias			x		
Cantabria			x		
Castilla y León		x			
Castilla-La Mancha	x			141	1.591.700,00
Cataluña	x			167	4.122.432,68
Comunidad Valenciana	x			138	870.307,79
Extremadura			x		
Galicia*	x			95	10.372.462,00
Madrid			x		
Murcia	x			19	129.526,91
Navarra			x		
País Vasco	x			78	587.000,00
La Rioja	x			12	710.659,21
Ingesa (Ceuta y Melilla)		x			
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>919</b>	<b>19.531.155,93</b>

Elaborada por el Observatorio del Sistema Nacional de Salud a partir de los datos facilitados por las CCAA.  
 \* Galicia es la única CCAA que ha remitido desglosados los datos en relación con la distribución de recursos entre los diferentes tipos de asociaciones subvencionadas.

No obstante, las subvenciones no necesariamente corresponden a actividades que aumenten las posibilidades de las asociaciones de pacientes de “participar” en el proceso de planificación o de toma de decisiones de los servicios sanitarios que les afectan. En la mayoría de los casos, son extensiones de los servicios sanitarios para el tratamiento de enfermedades o programas para

combatir posibles riesgos vinculados con la salud pública y ocupan, por tanto, los escalones de *información y terapia* de la escala de Arnstein. Cuanto más se dirige la subvención a actividades que fomenten las posibilidades de que una asociación concreta pueda tener más peso en la creación de políticas y planificación de servicios que les afecten, la inclusión y asistencia de sus delegados a consejos de salud relevantes y otras actividades parecidas, mayor será su impacto en la promoción de la participación. Dicho de otra manera, en este caso se dirigen a aumentar las capacidades de *asociación, poder delegado y control ciudadano* de las asociaciones, que corresponden a los tres últimos escalones de la escala de Arnstein.

Entre las CCAA que describen los avances que están llevando a cabo en materia de participación se observa una gama interesante de mecanismos y instrumentos que cubren un amplio abanico desde sistemas de reclamaciones y sugerencias a partir de las nuevas tecnologías hasta la participación en los consejos de salud e, incluso, en comisiones de participación ciudadana.

El consejo de salud es el mecanismo de participación institucional más utilizado. Su uso está generalizado en gran parte de las CCAA y parece que está en operación, además, a niveles de área y de zona<sup>114</sup>.

Las CCAA están en distintas fases en la constitución de sus respectivos consejos de salud. En algunos casos, sólo se menciona el consejo a nivel autonómico mientras en otros ya se han establecido hasta 105 consejos de salud de zona.

Cuando se exponen las actividades de los consejos de salud, muchas CCAA repiten descripciones como: “la presentación del informe..., la explicación y discusión de las líneas generales del presupuesto..., se presentaron y debatieron temas de interés en la política sanitaria..., le corresponde el asesoramiento a la Consejería de Sanidad en la formulación de la política sanitaria..., órgano de carácter consultivo..., etc.” Estas descripciones indican claramente los tipos de actividad y los fijan, tal y como plantea la legislación vigente, en los escalones de *consulta y aplacamiento* de la escala de Arnstein.

Además de los consejos de salud autonómicos, en algunas CCAA también existen consejos más especializados que son consultados con referencia a temas más concretos y dispares: inmunizaciones, enfermedades cardiovasculares, tabaquismo, atención a la salud mental, demencias y enfermedad de Alzheimer, sistema sanitario público, diabetes y defensores de las personas usuarias, etc.

En adición a los consejos de salud, hay instrumentos y mecanismos desarrollados por varias CCAA que son singulares y vale la pena tratar. En Castilla-La Mancha se han implementado varias medidas para que “los

114 Obsérvese que no todas las CCAA mantienen la misma nomenclatura en ámbitos sub-autonómicos.

ciudadanos adquieran mayor acceso a la información y participen de manera más activa en la toma de decisiones”. Estas medidas incluyen estudios cualitativos con agentes clave de salud, un documento de trabajo que analiza la estructura y funciones de los órganos de participación ciudadana; debate y reflexión sobre la propuesta de ampliación de los órganos de participación en diferentes foros, y la elaboración de un borrador de Decreto de ampliación de los órganos de participación en una de sus áreas de salud. Se especifica que todas estas actividades tienen “el objetivo de superar el tradicional modelo de asesoramiento y consulta y hacer posible mayor grado de participación en las decisiones sobre gestión sanitaria”.

Otras iniciativas que también llaman la atención a este respecto incluyen las comisiones de participación ciudadana y los esfuerzos de formación que se están llevando a cabo en Galicia, en cuyo texto se afirma que “para que la participación sea más efectiva, se requiere un doble aprendizaje: la Administración tiene que ceder poder y los ciudadanos tienen que aceptar responsabilidad”. La introducción en La Rioja de la figura del coordinador de participación ciudadana y atención a la persona usuaria tiene objetivos afines y busca fomentar la participación ciudadana en ellos.



# Descripción de experiencias innovadoras

En España, la existencia de 17 comunidades autónomas con plena autonomía para la gestión de sus servicios sanitarios plantea un escenario idóneo para el aprendizaje basado en la comparación de aquellas iniciativas (innovaciones) con potencial para ser evaluadas y adaptadas a otras comunidades autónomas.

Sin embargo, en las organizaciones, en general, cualquier proceso de aprendizaje no resulta sencillo y puede presentar dificultades por diferentes motivos: en ocasiones, las relaciones de causalidad entre resultados e iniciativas no están perfectamente validadas, lo cual crea cierta ambigüedad causal; en otros casos, compartir conocimientos puede implicar un esfuerzo adicional que, a veces, no está reconocido; en algunos otros, el receptor puede estar menos motivado (síndrome NIA [no inventado aquí]) y ello conduce a no aceptar cualquier innovación procedente de otros ámbitos o estamentos organizativos, lo que en muchos casos genera “inventar la rueda” o duplicar esfuerzos.

Por tanto, se requiere disponer de capacidad de absorción para incorporar y/o asimilar nuevos conocimientos, es decir, tiene que alcanzarse determinado nivel de madurez para incorporar ciertas innovaciones.

En relación con las innovaciones en el complejo ámbito de los servicios sanitarios, la propuesta planteada a las CCAA ha sido clasificarlas en cinco grupos: programas de promoción y prevención de la salud; gestión de los servicios sanitarios; equidad de género en la atención a la salud; atención a la salud de las personas inmigrantes, y apoyo a la investigación.

Desde un punto de vista de clasificación teórica, cabe señalar que el concepto de experiencias innovadoras se interpreta en términos relativos puesto que un programa para la prevención de la obesidad en la escuela (es la primera vez que se pone en marcha en dicho servicio de salud) es entendido como tal experiencia innovadora aunque quizá no sea considerado innovador en sentido estricto ya que otras CCAA u otros países de nuestro entorno ya lo habían incorporado con anterioridad en su sistema.

En otros muchos casos, la innovación es de carácter incremental, pues se ha mejorado, adaptado o modificado alguna variable, pero no en términos sustantivos o radicales.

Otra cuestión relevante es que una experiencia innovadora puede ser considerada específicamente como tal en la propia CCAA que la ha des-

arrollado y, sin embargo, resultar menos valiosa fuera de ella porque el conocimiento necesario está insertado en *comunidades de práctica* que dificultan su adopción (conocimiento tácito sustentado en la práctica).

En otros casos, la experiencia innovadora puede adoptarse por parte de otras CCAA sin grandes modificaciones, lo que sin duda favorece su difusión. En estos casos, el conocimiento en que se basa la innovación es de carácter explícito o articulado (separable en gran medida de la persona o grupo que lo ha desarrollado).

En 2006 se han presentado 61 experiencias innovadoras y dos CCAA no han respondido a este apartado (tabla XVIII). Del total de experiencias, 23 se enmarcan en actuaciones de prevención y promoción de la salud, lo que representa el 37,7%. El otro gran apartado, la gestión sanitaria, incluye 27 experiencias (43,5% del total). Tan sólo se informa de dos experiencias en el apartado de equidad de género en la atención a la salud (3,3%). La atención a la salud de las personas inmigrantes y el apoyo a la innovación cuentan con cinco experiencias innovadoras cada uno de ellos.

<b>Tabla XVIII: Experiencias innovadoras, por comunidad autónoma, 2006</b>	
<b>Comunidad Autónoma</b>	<b>Experiencias innovadoras</b>
<b>Andalucía</b>	Prevención del tabaquismo Sistema de citación centralizado de Diraya Biblioteca virtual del sistema sanitario público de Andalucía
<b>Aragón</b>	Sistema de atención de alertas en salud pública Seminario Salud y Medio Ambiente Programa Cine y Salud Programa Focuss
<b>Baleares</b>	Servicio de receta electrónica Sistema de gestión de la calidad según la norma ISO 9001:2000
<b>Canarias</b>	Programa de Formación Posgraduado en Centros Sanitarios Aulas de Salud Gestión centralizada de listas de espera Atención a la salud de las personas inmigrantes Proyecto PRETEA
<b>Castilla y León</b>	Organización de los servicios de referencia de atención especializada Transporte a la demanda Programa de cribado de trastornos del espectro autista Proyecto de prevención del dolor lumbar Valoración integral de la dependencia a personas que están incluidas en el servicio de cartera de atención domiciliaria a enfermos inmovilizados
<b>Castilla-La Mancha</b>	Gerencia Única de Área de Puertollano Aplicación informática Turriano para la gestión en atención primaria Registro de Voluntades Anticipadas



<b>Comunidad Autónoma</b>	<b>Experiencias innovadoras</b>
<b>Cataluña</b>	Programas de promoción y prevención de la salud: Salud y Escuela Gobierno de los servicios públicos de salud en Cataluña: gobiernos territoriales de salud Programa de abordaje de la violencia hacia las mujeres Plan Director de Inmigración Programa Hivacat
<b>Comunidad Valenciana</b>	Empresas generadoras de salud Prevención de lesiones por accidente de tráfico Prevención de trastornos de la conducta alimentaria Mejora de la atención sociosanitaria ante el maltrato y la desprotección infantil Programa de salud de la mujer mayor de 40 años
<b>Extremadura</b>	Promoción de estilos de vida saludables para la prevención de diabetes mellitus y de sus complicaciones Investigación cualitativa en relación con las estrategias desarrolladas y las nuevas expectativas sobre la traumatización y su mejora continua Estudio Delphi sobre la humanización de la atención sanitaria en el sistema sanitario público de Extremadura Diseño y elaboración de un estudio entre los profesionales del sistema sanitario público de Extremadura sobre el conocimiento del Plan de Salud de Extremadura 2005-2006 Programa "El ejercicio te cuida"
<b>Galicia</b>	Oficina de Apoyo a la Investigación de la Consejería de Sanidad Resonancia magnética móvil Proyectos Valora-Salud Estudio del perfil clínico y social de las personas centenarias en el área de Lugo
<b>Madrid</b>	Programa de promoción de la salud con colectivos en situación de especial vulnerabilidad Programa de atención al Mayor Polimedicado para la Mejora en la Utilización de los Medicamentos Atención sanitaria integral a los trabajadores masculinos del sexo Guía para la atención integral al inmigrante en el área 2 Jornadas Ficbac
<b>Murcia</b>	Proyecto Piloto de Prevención del Cáncer de Colon y Recto Plan de Educación para la Salud en la Escuela
<b>Navarra</b>	Proyecto MAPPA Programa de atención a las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución
<b>País Vasco</b>	Análisis de información gráfica en listas de espera y Osaldiniker Implantación de un sistema de gestión de calidad en la gestión del proceso de transfusión de hemoderivados
<b>La Rioja</b>	Proyecto Drojnet Contrato de suministro del equipamiento del Hospital San Pedro de Logroño Plan de Prevención de la Visión de la Fundación Hospital de Calahorra Proyecto Selene, historia clínica electrónica Proyecto Plataforma Regional de Compras
<b>Ingesa (Ceuta y Melilla)</b>	Programa PERSEO Boletín trimestral de monitorización del contrato de gestión El pictograma como medio comunicativo ante la diversidad en el lenguaje Premios de calidad 2006 del Hospital Cruz Roja de Ceuta

Además de la tipología señalada como base para la clasificación de la información demandada a las CCAA, cabe efectuar otras múltiples clasificaciones dada la complejidad inherente a la organización y gestión de un sistema sanitario (tabla XIX).

Con tal fin se ha considerado, en primer lugar, una subdivisión del epígrafe Promoción y prevención de la salud, en los siguientes: Promoción y prevención de la salud entre estudiantes de primaria y secundaria (11), Promoción y prevención de la salud dirigidas a mayores de 60 años (2) y Promoción y prevención de la salud entre otros colectivos (10).

**Tabla XIX: Experiencias innovadoras en las CC.AA: Promoción y prevención de la salud, 2006**

	Acuerdos de cooperación con otras entidades	Uso de TIC	Contribuye a la gestión del conocimiento	Screening	Otros	Total	Porcentaje
Promoción y prevención de la salud	16	1		4	2	23	37,7
Promoción y prevención de la salud entre estudiantes de educación primaria y secundaria	9	1		1		11	18
Promoción y prevención de la salud dirigidas a mayores de 60 años	2				1	3	5
Promoción y prevención de la salud entre otros colectivos	5			3	1	9	14,7
Gestión de servicios sanitarios	2	5	6		12	25	41
Equidad de género (atención a la salud)	2			1		3	5
Atención a la salud de las personas inmigrantes	2	1			2	5	8,15
Apoyo a la investigación	1		2		2	5	8,15
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>61</b>	<b>100</b>
<b>Porcentaje</b>	<b>37,7</b>	<b>11,5</b>	<b>13,1</b>	<b>8,2</b>	<b>29,5</b>	<b>100</b>	

TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación.

Un análisis descriptivo de las experiencias reseñadas revela los siguientes aspectos:

- Importancia de los programas de prevención y promoción de la salud; son 23 de 61 (37,7%) y destacan los programas que tienen como objetivo la población escolar (11) frente a sólo 3 dirigidos a la población mayor de 60.
- Como rasgo que permite una tipología más esclarecedora de dichos programas puede remarcarse la importancia de los acuerdos de colaboración entre los ámbitos de sanidad y otras instituciones en 16 de los 61 (26%). De ellos, la colaboración ha sido con: educación (9), programas de *screening* (4) y con farmacia, servicios sociosanitarios y otros (3).
- Importancia cuantitativa de las actuaciones encuadradas en el apartado de la gestión sanitaria, 25 sobre un total de 61, lo que representa el 41%. La gestión sanitaria recoge una amplia variedad de iniciativas dada la amplitud y complejidad que el término encierra. Utilizando los mismos criterios cabe destacar lo siguiente:
  - Cinco iniciativas se caracterizan por el uso de las TIC, en apartados como historias electrónicas, recetas electrónicas y sistemas de citación, entre otras.
  - Dentro de la gestión de servicios sanitarios, seis experiencias contribuyen a la gestión del conocimiento (se refuerza el capital humano con programas de formación, se mejora el capital estructural con certificaciones y normalización de procesos asistenciales o se busca la mejora de la coordinación para establecer nuevos procedimientos).
  - Se comunican dos experiencias que se han realizado mediante acuerdos de colaboración.
  - Finalmente, se ha incluido un apartado de “otras experiencias”, entre las cuales cabe destacar dos iniciativas que mejoran la accesibilidad.
  - Las restantes tienen un carácter escasamente innovador, como ciertas actuaciones de carácter administrativo, concesión de premios o realización de jornadas o estudios de carácter informativo.
- Destaca la escasez de iniciativas reseñadas en el apartado de equidad de género, con tan sólo tres iniciativas (una en colaboración con el Instituto Catalán de la Mujer, otra referida a la atención sanitaria de mujeres inmigrantes y prostitutas, y un programa de promoción de la salud para mujeres mayores de 40 años).
- Las comunidades autónomas con mayor número de personas inmigrantes han presentado programas en este apartado. Cataluña ha

contado con un plan director, Madrid con dos iniciativas, y también cuentan con ellos Canarias y Ceuta y Melilla.

- El apartado de apoyo a la investigación recoge cinco iniciativas muy diversas, entre las cuales destaca la biblioteca virtual en Andalucía. Las otras iniciativas se encuadran en acuerdos de colaboración entre grupos investigadores, medidas burocráticas, como el apoyo administrativo para solicitar proyectos, o la realización de jornadas que favorezcan la colaboración entre grupos.

También se han considerado otras categorías explicativas, como son: que la experiencia innovadora se realice en colaboración con otras entidades; que la experiencia utilice de forma significativa las TIC; que la experiencia contribuya a la gestión del conocimiento (se refuerza el capital humano con programas de formación, se normalizan procesos mediante certificaciones y/o diseño de procesos, se mejora la coordinación entre colectivos con capacidad de crear valor y se facilita el acceso a conocimientos codificados, entre otros); que la experiencia sea un programa de *screening*, y otros, entre los cuales se incluyen actuaciones para mejorar la gestión administrativa, concesión de premios, realización de jornadas, estudios informativos y medidas para mejorar la accesibilidad.

Con estos dos criterios se ha realizado una segunda tabla de doble entrada que permite una clasificación más completa de las experiencias innovadoras presentadas (tabla XX). De ella cabe destacar la importancia de las actuaciones de promoción y prevención de la salud dirigidas a la población escolar (estudiantes de educación primaria y secundaria) que se realizan mediante acuerdos de colaboración entre los servicios sanitarios y educativos (15% del total).

Del análisis realizado, también puede concluirse que el grado de innovación aportado debe considerarse en términos relativos respecto a la propia CCAA sin que la experiencia tenga por qué implicar un cambio sustantivo o radical en el tipo de conocimientos o competencias necesarios para su puesta en marcha a nivel nacional o internacional.

A su vez, se observa que el tipo de experiencias reseñadas es muy asimétrico, desde programas de interés para promover la salud en la población escolar hasta otras de menor impacto, como los estudios preliminares, premios o jornadas, que deberían haber sido consignados en otros capítulos del informe, pues no se trata de experiencias innovadoras propiamente dichas desde una perspectiva de aprendizaje mutuo y gestión de conocimiento.

**Tabla XX: Experiencias innovadoras en las CC.AA: Otras categorías de clasificación, 2006**

	<b>Acuerdos cooperación con otras entidades</b>	<b>Uso de TIC</b>	<b>Contribuye a la gestión del conocimiento</b>	<b>Screening</b>	<b>Otros</b>
<b>Promoción y prevención de la salud entre estudiantes de educación primaria y secundaria</b>	A no fumar me apunto Cine y Salud PRETEA Programa Salud y Escuela Proyectos Valora-Salud Prevención de lesiones por accidentes de tráfico Plan de Educación para la Salud en la Escuela Prevención de trastornos de la conducta alimentaria PERSEO	Dronjet		Programa de cribado de trastornos del espectro autista	
<b>Promoción y prevención de la salud dirigidas a mayores de 60 años</b>	El Ejercicio te Cuida Atención al mayor polimedicado				Estudio del perfil clínico y social de las personas centenarias en el área de Lugo
<b>Promoción y prevención de la salud dirigidas a otros colectivos</b>	Fomento de la salud ambiental Empresas generadoras de salud Prevención del maltrato infantil Atención sanitaria a trabajadores masculinos del sexo Previsión de la Visión de la Fundación Hospital de Calahorra			Proyecto de prevención del dolor lumbar Prevención de la diabetes mellitus y de sus complicaciones Prevención del cáncer de colon y recto	Aulas de salud

	<b>Acuerdos cooperación con otras entidades</b>	<b>Uso de TIC</b>	<b>Contribuye a la gestión del conocimiento</b>	<b>Screening</b>	<b>Otros</b>
<b>Gestión de servicios sanitarios</b>	Valoración integral de dependencia Gobiernos territoriales de salud	Diraya Receta electrónica Gestión centralizada de listas espera Turriano Selene	Focuss Certificación ISO 9001:2000 Funcis Gerencia Única de Área de Puertollano MAPPA Gestión del proceso de transfusión de hemoderivados		Sistema de atención de alertas en salud pública Organización de los sistemas de referencia en atención especializada Contrato de suministro de equipamiento hospitalario Plataforma regional de compras Boletín trimestral de contrato de gestión Registro de voluntades anticipadas Conocimiento del Plan de Salud Investigación cualitativa sobre humanización Estudio Delphi Información gráfica de listas de espera Transporte a la demanda (accesibilidad) Resonancia magnética móvil (accesibilidad)
<b>Equidad de género (atención a la salud)</b>	Programa de abordaje de violencia de género Atención a las mujeres inmigrantes prostitutas			Salud para la mujer mayor de 40 años	
<b>Atención a la salud de las personas inmigrantes</b>	Promoción de la salud para un colectivo vulnerable Plan Director de Inmigración	Atención integral a la población inmigrante del área 2			Atención a la salud de las personas inmigrantes Pictograma
<b>Apoyo a la investigación</b>	Programa Hivacat		Biblioteca virtual Ficbat		Oficina de apoyo a la investigación Premios calidad 2006 del Hospital Cruz Roja de Ceuta

TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación.



El Informe del Observatorio del SNS que se presenta es el correspondiente al ejercicio 2006. Pretende ofrecer, como en ediciones anteriores, un resumen de la situación y estado del Sistema Nacional de Salud y su evolución anual. El fin es poner a disposición del sector salud y de la sociedad en general datos globales y conocimiento de experiencias e intervenciones sanitarias concretas en España. La visión de conjunto de todo ello contribuye a la transparencia y a un conocimiento más próximo de la actividad del Sistema Nacional de Salud en el período analizado.

