

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

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.

©2009 Ministerio de Sanidad y Política Social

NIPO papel: XXX-XX-XXX-X

NIPO CD: XXX-XX-XXX-X

NIPO en línea: XXX-XX-XXX-X

Coordinador de la edición: Hubert Hanrath. Projectes editorials i comunicació

Diseño gráfico: estudi jordi sàries comunicació gràfica

Diseño original: www.elvivero.es

www.060.es

Equipo editorial

Coordinación

Javier Carnicero Giménez de Azcárate

Director del Observatorio del Sistema Nacional de Salud, OSNS

Concha Colomer Revuelta

Subdirectora General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Directora del Observatorio de Salud de la Mujer, OSM

Rosa María López Rodríguez

Coordinadora de programas. OSNS y OSM

Personal de apoyo

Noelia Álvarez Díaz (Documentalista técnica. OSM)

Ruth Martínez Otero (Documentalista técnica. OSM)

Colaboración

Mercedes Alfaro Latorre

Subdirectora General del Instituto de Información Sanitaria. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social

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

Pedro Parra Hidalgo

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

Oriol Ramis Juan

Investigación y Acción en Salud. Salud Pública y Servicios de Salud, Barcelona

Berta Rivera Castiñeira

Escuela Gallega de Administración Sanitaria

Rosa Urbanos Garrido

Profesora Titular. Economía Aplicada. Universidad Complutense, Madrid

Juan Ventura Victoria

Dirección Estratégica de las Organizaciones. Organización de Empresas. Universidad de Oviedo

José Vida Fernández

Área de Derecho Administrativo. Universidad Carlos III, Madrid

Comité institucional

José María Abad Díez
Aragón

M.^a Jesús Abarca López
Castilla-La Mancha

Eusebio Castaño Riera
Balears

Adolfo Cestafe Martínez
La Rioja

María Luisa Cuadrado Domínguez
Castilla y León

David Elvira Martínez
Cataluña

Gregorio Gómez Soriano
Comunidad Valenciana

Casimiro Jiménez Guillén
Murcia

María José Lasanta Sáez
Navarra

Sonsoles Mories Álvarez
Madrid (Comunidad de)

María Jesús Múgica Anduaga
País Vasco

José Joaquín O'Shanahan Juan
Canarias

Manuel Ortega Mendi
Cantabria

Pilar Paneque Sosa
Andalucía

Juan Ignacio Rodríguez-Arias Palomo
Asturias

Esperanza Sánchez-Biezma del Pozuelo
Ingresa

Raquel Vázquez Mourelle
Galicia

Tomás Zarallo Barbosa
Extremadura

Índice

Presentación	7
Introducción	8
Análisis descriptivo	
Características socioeconómicas y demográficas de la población	10
Seguimiento del estado de salud de la población	28
Desarrollo normativo e institucional	51
Planificación y programas sanitarios	82
Equidad	101
Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos	109
Farmacia	132
Investigación	153
Sistemas de información sanitaria	167
Calidad	180
Participación	199
Descripción de experiencias innovadoras	209

Capítulos de las comunidades autónomas

Andalucía	Comunidad Valenciana
Aragón	Extremadura
Asturias	Galicia
Baleares	Madrid
Canarias	Murcia
Cantabria	Navarra
Castilla y León	País Vasco
Castilla-La Mancha	La Rioja
Cataluña	Ingesa (Ceuta y Melilla)

Presentación

El objeto de este Informe anual del Sistema Nacional de Salud (SNS) es contribuir 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 para la mejora de los niveles de salud de la población a la cual atiende como sujeto de derecho de esta atención.

En esta edición se cumplen los primeros 5 años de edición del Informe anual del SNS, que desde su segunda edición, en 2004, ha promovido e integrado en su elaboración una metodología participativa junto con los servicios de salud de las comunidades autónomas.

El Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007 intenta mostrar las tendencias de evolución de las características principales del SNS en el período 2004-2007 y es el primero que se edita desde la aprobación del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, comprometido por el presidente del Gobierno, José Luis Rodríguez Zapatero, en su discurso de investidura.

En el año 2007 se celebró la primera edición de los Premios de Calidad del SNS vinculados con dicho plan y a cuya convocatoria se presentaron más de 150 proyectos de todo el territorio del Estado.

Esperamos que este informe se constituya en herramienta eficaz para el aprendizaje mutuo, basado en la buena práctica, y que contribuya a mejorar el conocimiento y la promoción de la innovación en el SNS, facilitando el avance y desarrollo sostenido de nuestro sistema sanitario.

Introducción

La Ley 14/1986, de 25 de abril, 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 que tiene encomendada el Sistema Nacional de Salud de responder 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.

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 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 descripción, 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 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 informa-

ción 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 2007 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 índice temático es similar tanto en el capítulo general de desarrollo y análisis de todo el SNS, como en cada capítulo que las comunidades autónomas han redactado, profundizando en la realidad de su propio servicio de salud. Aborda las siguientes cuestiones:

- 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.

Agradecemos, una vez más, la respuesta siempre positiva de las consejeras y consejeros autonómicos de Sanidad a esta iniciativa y la excelente disposición de sus equipos a colaborar en la realización de este informe.

Características socioeconómicas y demográficas de la población

La población residente en España a 1 de enero de 2007 ascendía a 45,2 millones de habitantes, según la última revisión del padrón municipal de habitantes.

En España, la *densidad media de población* es 86,6 habitantes (hab.) por km² aunque existen grandes diferencias territoriales. La mayor densidad de población se encuentra en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (5.177 hab./km² y 3.933 hab./km², respectivamente), seguidas de la Comunidad de Madrid (758 hab./km²). En el otro extremo se encuentran Extremadura y Castilla y León (26 hab./km²) y Aragón (27 hab./km²).

Son dos los factores demográficos que influyen en el crecimiento de la población total y en su estructura por sexo y edad: por un lado, la *tasa de crecimiento vegetativo* de la población de hombres y mujeres, que mide la diferencia entre nacimientos y defunciones por 1.000 habitantes, y, por el otro, el *flujo inmigratorio*, de considerable magnitud en los últimos años.

En el período 2000-2007, la población total ha crecido el 11,6 % y el crecimiento que ha experimentado la población masculina, el 12,7 %, es superior al crecimiento que ha experimentado la población femenina, que ha sido el 10,5 %. En el año 2007, la participación de los hombres en la población total es del 49,4 % y la de las mujeres, del 50,6 %. Entre las personas extranjeras, el 53 % son hombres y el 47 % son mujeres (tabla 1).

TABLA 1. Población extranjera y nacional por sexo, 2007

	Población extranjera		Población total	
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
Total	4.519.554	100,00	45.200.737	100,00
Hombres	2.395.685	53,00	22.339.962	49,42
Mujeres	2.123.869	47,00	22.860.775	50,58

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2007.

La tasa bruta de nupcialidad (número de matrimonios entre personas de distinto sexo por cada 1.000 habitantes) se situó en 4,47 frente a 4,62, regis-

trada en 2006 (tabla 2). Las mayores tasas de nupcialidad se dan en la ciudad autónoma de Melilla (7,35) y en Cantabria (5,50) mientras que las tasas de mortalidad más elevadas se presentan en el Principado de Asturias (11,89) y en Galicia (11,05).

TABLA 2. Evolución de las principales tasas, 1976-2007

Años	Tasa de nupcialidad	Tasa de natalidad	Tasa de mortalidad	Indicador coyuntural de fecundidad
1976	7,23	18,76	8,28	2,80
1981	5,35	14,12	7,77	2,04
1986	5,40	11,39	8,06	1,56
1990	5,68	10,33	8,57	1,36
1995	5,10	9,23	8,79	1,17
1996	4,92	9,19	8,90	1,16
1997	4,96	9,32	8,83	1,18
1998	5,21	9,19	9,08	1,16
1999	5,21	9,52	9,29	1,19
2000	5,38	9,88	8,95	1,23
2001	5,11	9,98	8,84	1,24
2002	5,12	10,14	8,92	1,26
2003	5,05	10,52	9,16	1,31
2004	5,06	10,65	8,71	1,33
2005	4,80	10,75	8,93	1,35
2006	4,62	10,96	8,43	1,38
2007*	4,47	10,95	8,57	1,39

*Datos provisionales.
Tasa de nupcialidad: referidas a matrimonios entre personas de distinto sexo.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

El número de matrimonios entre personas del mismo sexo fue de 3.250, el 1,6 % del total. En 2.180 matrimonios, ambos cónyuges eran hombres y en 1.070, mujeres.

La fecundidad de España prosigue su recuperación y alcanza su valor más elevado desde el año 1990.

El indicador coyuntural de fecundidad (ICF), que mide el número medio de hijos por mujer en edad fértil, se situó en 1,39 en el año 2007 frente a 1,38, registrado en 2006.

Los países de la Unión Europea con un indicador coyuntural de fecundidad más elevado son Francia, Irlanda y Suecia, según los datos de Eurostat correspondientes al año 2006, último año del cual esta institución tiene publicado dicho indicador.

Durante el año 2007 hubo 491.183 nacimientos, 8.226 más que los registrados en el año anterior. La tasa bruta de natalidad se situó en 10,95. La media de edad de maternidad en 2007 se sitúa en 30,9 años (tabla 3).

TABLA 3. Evolución de la media de edad de maternidad. Total nacional y comunidades autónomas, 2000-2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*
Total nacional	30,72	30,75	30,79	30,84	30,86	30,90	30,89	30,9
Andalucía	30,14	30,20	30,28	30,38	30,35	30,41	30,44	-
Aragón	31,47	31,43	31,44	31,36	31,57	31,48	31,38	-
Asturias (Principado de)	30,74	30,83	30,94	31,01	31,29	31,38	31,46	-
Baleares (Islas)	30,26	30,13	30,25	30,29	30,34	30,34	30,38	-
Canarias	29,50	29,51	29,54	29,81	29,93	30,04	30,04	-
Cantabria	31,09	31,16	31,26	31,37	31,45	31,61	31,28	-
Castilla y León	31,35	31,51	31,61	31,59	31,60	31,73	31,65	-
Castilla-La Mancha	30,59	30,58	30,67	30,72	30,70	30,69	30,71	-
Cataluña	30,94	30,93	30,87	30,90	30,84	30,92	30,86	-
Comunidad Valenciana	30,65	30,68	30,72	30,68	30,74	30,72	30,77	-
Extremadura	30,19	30,28	30,55	30,76	30,83	30,92	30,98	-
Galicia	30,50	30,64	30,84	30,94	31,16	31,26	31,43	-
Madrid (Comunidad de)	31,49	31,45	31,34	31,35	31,39	31,43	31,36	-
Murcia (Región de)	30,12	30,03	30,09	30,00	30,13	30,13	30,21	-
Navarra (Comunidad Foral de)	31,70	31,79	31,81	31,65	31,69	31,75	31,46	-
País Vasco	32,14	32,31	32,28	32,40	32,39	32,42	32,33	-
Rioja (La)	31,26	31,22	31,14	31,17	31,26	30,98	31,05	-
Ceuta	29,25	29,51	29,48	29,75	29,66	29,68	29,34	-
Melilla	29,49	29,42	29,82	29,84	29,38	29,54	29,63	-

*Datos provisionales. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud, diciembre de 2007.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

La media de edad de maternidad se sitúa en 30,9 años. Los nacimientos de madres extranjeras aumentaron. En el año 2007 fueron el 18,9% del total de nacimientos.

Los nacimientos de madres extranjeras aumentaron el 16,4 % y alcanzaron los 92.992 (tabla 4). Esta cifra representó el 18,9 % del total de nacimientos en el año 2007. Las que más hijos tuvieron fueron las mujeres con nacionalidad marroquí.

TABLA 4. Nacimientos de madre extranjera por comunidad autónoma de inscripción, 2007

	Total de nacimientos	Porcentaje de nacimientos de madre extranjera respecto al total de nacimientos	Total de nacimientos de madre extranjera	Porcentaje respecto al total de nacimientos de madre extranjera
Total nacional	491.183	18,93	92.992	100,00
Andalucía	96.400	11,24	10.838	11,65
Aragón	12.922	21,82	2.819	3,03
Asturias (Principado de)	7.865	8,11	638	0,69
Baleares (Islas)	11.750	28,16	3.309	3,56
Canarias	19.676	16,75	3.296	3,54
Cantabria	5.288	11,35	600	0,65
Castilla y León	20.076	13,14	2.637	2,84
Castilla-La Mancha	19.991	18,96	3.791	4,08
Cataluña	83.935	25,69	21.563	23,19
Comunidad Valenciana	54.552	21,68	11.825	12,72
Extremadura	10.187	7,68	782	0,84
Galicia	21.845	6,76	1.476	1,59
Madrid (Comunidad de)	74.512	25,52	19.017	20,45
Murcia (Región de)	18.620	24,7	4.599	4,95
Navarra (Comunidad Foral de)	6.657	19,29	1.284	1,38
País Vasco	20.828	11,31	2.355	2,53
Rioja (La)	3.270	28,81	942	1,01
Ceuta	1.476	38,35	566	0,61
Melilla	1.333	49,14	655	0,7

Unidades: nacimientos.

Datos provisionales. Movimiento natural de la población. Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Las tasas de natalidad más elevadas (tabla 5) se registran en las ciudades autónomas de Ceuta (20,56) y Melilla (19,49) y en la Región de Murcia (13,37).

TABLA 5. Tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida al nacimiento y tasas brutas de nupcialidad, natalidad y mortalidad, 2004-2007

	Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos. Total nacional (defunciones de menores de 1 año)			Esperanza de vida al nacimiento (años)			Tasa bruta de nupcialidad por 1.000 habitantes	Tasa bruta de natalidad por 1.000 habitantes	Tasa bruta de mortalidad por sexo y por cada 1.000 habitantes		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Total	Total	Hombres	Mujeres
2004	3,99	4,40	3,55	79,95	76,68	83,21	5,06	10,65	871,20	928,77	815,54
2005	3,78	4,23	3,31	80,23	76,96	83,48	4,80	10,75	892,56	944,28	842,39
2006	3,53	3,94	3,09	-	-	-	4,62	10,96	842,96	893,68	793,64
2007*	3,67	-	-	-	-	-	4,47	10,95	892,00*	-	-

*Datos provisionales. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud, diciembre de 2007.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Las tasas españolas de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) continúan siendo de las más bajas de los países de la UE (tabla 6)¹. Por comunidades autónomas se observan diferencias en las tendencias para las tasas de IVE en mujeres entre 15 y 44 años en el período 2004-2006 (tabla 7).

Tal y como señala el informe *La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes*², de 2006, que tiene en cuenta la evolución de la notificación de las IVE desde la puesta en marcha del registro en 1987 y la evolución de las IVE realizadas fuera de España antes y después de la despenalización, no se puede afirmar que las IVE estén aumentando en las mujeres españolas. Más bien, el incremento de las IVE en España podría deberse al aumento de su registro y al incremento de población de jóvenes inmigrantes con situaciones culturales y de acceso a los servicios diversas.

También se constata un cambio en las conductas sexuales y de uso de anticonceptivos en la gente joven, que refieren mantener relaciones sexuales coitales con mayor frecuencia y más precozmente, en condiciones que no siempre son seguras desde el punto de vista de la prevención de los embarazos no deseados y de las infecciones de transmisión sexual.

1 La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Informes, Estudios e Investigación. MSC. Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/intVoluntariaJoven.pdf

2 Véase la nota 1.

TABLA 6. Frecuencia de aborto en varios países europeos, Canadá y Estados Unidos

	1990	1995	2002
Estados Unidos	24,45	19,60	18,40
Suecia	18,30	15,37	16,77
Reino Unido	13,94	12,27	13,81
Canadá	10,60	13,88	13,23
Dinamarca	15,74	13,65	12,24
Francia	12,03	10,71	11,15
Italia	11,10	9,51	9,87
Finlandia	9,72	7,78	9,09
Alemania	7,49	5,02	6,64
España	3,87	4,87	6,13
Bélgica	9,02	4,51	6,00
Holanda	4,63	5,20	5,62
Austria	1,79	1,24	1,18

Tasa por 1.000 mujeres de 15-49 años.

Dentro de la Europa de los 15, en Irlanda, Luxemburgo y Portugal no está despenalizado.

En 1990, año 1992 en Bélgica; en 1995, datos de 1994 en Grecia; en 2002, datos de 1997 en Francia y Holanda; de 1999 en Albania, Italia y Estados Unidos; de 2000 en Austria, Canadá y España, y de 2001 en Bélgica y Dinamarca. Alemania incluye República Federal Alemana y antigua República Democrática Alemana.

Bases de datos utilizadas: Eurostat; Naciones Unidas de varios años; también, www.insee.fr para Francia; www.statistics.gov.uk para Reino Unido; www.ssd.scb.se para Suecia; Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Consumo para España; para Estados Unidos y Canadá, anuarios demográficos de Naciones Unidas. Para Estados Unidos, también www.cdc.gov y www.census.gov, y para Canadá, también www.bcstats.gov.bc.ca

Fuente: La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Informes, Estudios e Investigación. MSC. Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/intVoluntariaJoven.pdf

Es necesaria la colaboración entre las Administraciones implicadas para mejorar la información sobre sexualidad y reproducción, y el acceso a los anticonceptivos de los jóvenes, teniendo en cuenta que debe tener un enfoque de género y multicultural para evitar las inequidades.

TABLA 7. Interrupciones voluntarias del embarazo. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años por comunidad autónoma, 2004-2006

	2004	2005	2006
Total nacional	8,94	9,60	10,62
Andalucía	8,98	9,99	10,46
Aragón	10,10	10,92	11,85
Asturias (Principado de)	8,55	8,27	8,33
Baleares (Islas)	12,38	12,57	14,00
Canarias	6,23	7,23	8,87
Cantabria	4,51	4,42	4,68
Castilla y León	5,80	5,86	6,40
Castilla-La Mancha	5,79	6,65	6,71
Cataluña	10,89	11,46	13,57
Comunidad Valenciana	8,60	9,10	9,92
Extremadura	5,19	5,26	5,19
Galicia	4,47	4,43	4,40
Madrid (Comunidad de)	12,03	12,81	14,18
Murcia (Región de)	10,48	11,70	13,10
Navarra (Comunidad Foral de)	5,22	5,21	5,31
País Vasco	4,47	5,42	5,99
Rioja (La)	7,58	8,22	8,25
Ceuta y Melilla	3,10	3,25	2,66

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Mortalidad

En el año 2007 se registraron 384.442 fallecimientos, 12.964 más que en 2006. La tasa bruta de mortalidad (número de defunciones por cada 1.000 habitantes) aumentó hasta situarse en 8,57 frente al 8,43 del año 2006 (tabla 8). El número de fallecimientos de ciudadanos extranjeros representó el 2,7 % del total de defunciones. El 72,7 % de los fallecimientos de extranjeros correspondió a nacionales de países miembros de la Unión Europea, que son los extranjeros residentes en España con una media de edad más avanzada.

Las comunidades autónomas que registraron mayor crecimiento vegetativo en términos absolutos durante el año 2007 fueron Madrid (32.751

personas), Andalucía (30.929) y Cataluña (23.410). Por su parte, Galicia, Castilla y León y Asturias registraron los crecimientos vegetativos negativos más notorios (tabla 9).

TABLA 8. Fenómenos demográficos por comunidades autónomas, 2007*

	Matrimonios	Nacimientos	Defunciones	Crecimiento vegetativo	Tasa de nupcialidad	Tasa de natalidad	Tasa de mortalidad
Total nacional	203.697	491.183	384.442	106.741	4,47	10,95	8,57
Andalucía	42.736	96.400	65.471	30.929	5,24	12,07	8,20
Aragón	5.591	12.922	13.213	-291	4,32	10,05	10,27
Asturias (Principado de)	5.384	7.865	12.592	-4.727	5,03	7,43	11,89
Baleares (Islas)	4.324	11.750	7.713	4.037	4,08	11,42	7,50
Canarias	6.852	19.676	13.338	6.338	3,27	9,74	6,61
Cantabria	3.147	5.288	5.729	-441	5,50	9,32	10,10
Castilla y León	11.892	20.076	26.844	-6.768	4,74	8,06	10,77
Castilla-La Mancha	10.313	19.991	17.598	2.393	5,25	10,24	9,02
Cataluña	30.455	83.935	60.525	23.410	4,14	11,71	8,45
Comunidad Valenciana	22.451	54.552	40.698	13.854	4,56	11,31	8,44
Extremadura	5.397	10.187	10.508	-321	4,99	9,46	9,76
Galicia	11.957	21.845	30.163	-8.318	4,35	8,01	11,05
Madrid (Comunidad de)	23.364	74.512	41.761	32.751	3,72	12,19	6,83
Murcia (Región de)	5.863	18.620	10.143	8.477	4,17	13,37	7,28
Navarra (Comunidad Foral de)	2.740	6.657	5.235	1.422	4,52	11,08	8,72
País Vasco	9.332	20.828	19.122	1.706	4,33	9,78	8,98
Rioja (La)	1.364	3.270	2.817	453	4,38	10,57	9,11
Ceuta	388	1.476	520	956	5,39	20,56	7,24
Melilla	507	1.333	452	881	7,35	19,49	6,61

*Datos provisionales. Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2007.

TABLA 9. Saldo vegetativo nacional y por comunidades autónomas, por 1.000 habitantes, 2004-2007

	2004	2005	2006	2007
Total nacional	1,94	1,82	2,53	2,38
Andalucía	3,41	3,35	4,19	3,87
Aragón	-1,39	-1,64	-0,56	-0,23
Asturias (Principado de)	-5,03	-4,93	-4,49	-4,46
Baleares (Islas)	3,96	3,67	4,43	3,92
Canarias	3,55	3,79	4,04	3,14
Cantabria	-0,28	-0,19	-0,39	-0,78
Castilla y León	-3,02	-3,25	-2,57	-2,72
Castilla-La Mancha	0,58	0,52	1,63	1,23
Cataluña	2,87	2,62	3,49	3,27
Comunidad Valenciana	2,37	2,27	3,02	2,87
Extremadura	-0,49	-1,10	-0,22	-0,30
Galicia	-2,92	-3,05	-2,94	-3,05
Madrid (Comunidad de)	4,99	4,85	5,35	5,36
Murcia (Región de)	5,52	5,61	6,21	6,09
Navarra (Comunidad Foral de)	2,24	1,63	2,70	2,37
País Vasco	0,43	0,13	0,72	0,80
Rioja (La)	0,94	0,59	1,37	1,46
Ceuta	7,98	7,96	7,86	13,32
Melilla	8,06	8,96	9,97	12,88

Unidades: nacimientos menos defunciones (por 1.000 habitantes).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Saldo migratorio

España es el país de la Unión Europea con mayor saldo migratorio. Según Eurostat, a 1 de enero de 2007 se sitúa por encima de las 650.000 personas inmigrantes netas. A cierta distancia le sigue Italia, con 454.000 personas inmigrantes, y Reino Unido, con 247.000.

Del total de habitantes, 4,5 millones son población extranjera y ésta representa el 10 % de la población empadronada (tablas 10 y 11). Las comunidades autónomas con mayor porcentaje de *población extranjera* residente son Baleares (18,5 %), Comunidad Valenciana (15 %), Región de Murcia (14,5 %) y Comunidad de Madrid (14,3 %). En el extremo opuesto,

Extremadura y Galicia destacan por la baja proporción (2,7 y 2,9 %, respectivamente)³.

Hay 2,16 millones de hogares en los cuales, al menos, uno de sus miembros de 16 años o más ha nacido fuera de España (1,02 millones de hogares formados sólo por inmigrantes y 1,14 millones de hogares compuestos por inmigrantes y no inmigrantes)⁴.

El 64,9 % de las personas inmigrantes estaba trabajando en su país de origen antes de su salida hacia España. En el momento de su partida, el cónyuge del 13,4 % de los inmigrantes casados residía en España.

Entre las personas inmigrantes casadas, el 68 % ha contraído matrimonio con personas de la misma nacionalidad de su país de origen y el 26,5 %, con una persona de nacionalidad española.

El 40,3 % de los inmigrantes vive en régimen de alquiler y el 38,1 % lo hace en vivienda de su propiedad.

TABLA 10. Población española y extranjera por sexo, 2004-2007

	Total			Hombres			Mujeres		
	Total	Españoles	Extranjeros	Total	Españoles	Extranjeros	Total	Españolas	Extranjeras
2004	43.197.684	40.163.358	3.034.326	21.285.247	19.679.524	1.605.723	21.912.437	20.483.834	1.428.603
2005	44.108.530	40.377.920	3.730.610	21.780.869	19.788.835	1.992.034	22.327.661	20.589.085	1.738.576
2006	44.708.964	40.564.798	4.144.166	22.100.466	19.884.997	2.215.469	22.608.498	20.679.801	1.928.697
2007	45.200.737	40.681.183	4.519.554	22.339.962	19.944.277	2.395.685	22.860.775	20.736.906	2.123.869

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Grupos de edad

Si se analiza la población española por grupos de edad (tablas 12-14), el 14,3 % de la población tiene menos de 15 años. La proporción más baja se encuentra en Principado de Asturias (10 %). Las cifras más altas se registran en Ceuta y Melilla (más del 20 %) y Región de Murcia, con el 17,1 %.

3 Salvo indicación expresa en contrario, todos los datos de población de este capítulo tienen como fuente el INE. Sin embargo, las comunidades autónomas disponen de sus propios registros de población (tarjeta sanitaria, población asegurada u otras denominaciones) tal y como se detalla en los capítulos correspondientes de cada comunidad.

4 Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI), realizada por primera vez en 2007. La ENI define como inmigrante a toda persona nacida fuera de España, independientemente de su nacionalidad. Se ha encuestado a 15.500 inmigrantes.

Por su parte, la población de 65 años o más representa el 16,7 % del total. El noroeste peninsular (Castilla y León, Principado de Asturias y Galicia) junto con Aragón son las comunidades autónomas en que este grupo supera el 20 %.

TABLA 11. Población española y extranjera por comunidades autónomas, porcentaje de población extranjera y por sexo, 2007

	Población total	Españoles	Extranjeros	Porcentaje de población extranjera respecto a la población de la comunidad autónoma	Hombres			Mujeres		
					Españoles	Extranjeros	Porcentaje de extranjeros	Españolas	Extranjeras	Porcentaje de extranjeras
Total nacional	45.200.737	40.681.183	4.519.554	10,00	19.944.277	2.395.685	10,72	20.736.906	2.123.869	9,29
Andalucía	8.059.461	7.527.634	531.827	6,60	3.714.370	284.873	7,12	3.813.264	246.954	6,08
Aragón	1.296.655	1.172.251	124.404	9,59	578.301	68.695	10,62	593.950	55.709	8,58
Asturias (Principado de)	1.074.862	1.042.142	32.720	3,04	500.059	15.233	2,96	542.083	17.487	3,13
Baleares (Islas)	1.030.650	840.480	190.170	18,45	419.465	98.128	18,96	421.015	92.042	17,94
Canarias	2.025.951	1.775.215	250.736	12,38	886.597	128.896	12,69	888.618	121.840	12,06
Cantabria	572.824	546.029	26.795	4,68	267.035	13.248	4,73	278.994	13.547	4,83
Castilla y León	2.528.417	2.408.636	119.781	4,74	1.188.917	62.165	4,97	1.219.719	57.616	4,51
Castilla-La Mancha	1.977.304	1.817.667	159.637	8,07	906.980	88.688	8,91	910.687	70.949	7,23
Cataluña	7.210.508	6.238.001	972.507	13,49	3.047.157	531.019	14,84	3.190.844	441.488	12,15
Comunidad Valenciana	4.885.029	4.152.927	732.102	14,99	2.041.561	390.601	16,06	2.111.366	341.501	13,92
Extremadura	1.089.990	1.060.780	29.210	2,68	526.052	15.640	2,89	534.728	13.570	2,47
Galicia	2.772.533	2.691.091	81.442	2,94	1.297.527	39.632	2,96	1.393.564	41.810	2,91
Madrid (Comunidad de)	6.081.689	5.214.779	866.910	14,25	2.507.793	435.985	14,81	2.706.986	430.925	13,73
Murcia (Región de)	1.392.117	1.190.417	201.700	14,49	587.920	118.406	16,76	602.497	83.294	12,15
Navarra (Comunidad Foral de)	605.876	549.955	55.921	9,23	272.591	29.739	9,84	277.364	26.182	8,63
País Vasco	2.141.860	2.043.336	98.524	4,60	996.979	49.816	4,76	1.046.357	48.708	4,45
Rioja (La)	308.968	272.143	36.825	11,92	134.859	20.914	13,43	137.284	15.911	10,39
Ceuta	76.603	73.587	3.016	3,94	37.444	1.469	3,78	36.143	1.547	4,10
Melilla	69.440	64.113	5.327	7,67	32.670	2.538	7,21	31.443	2.789	8,15

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

TABLA 12. Población (española/extranjera) por comunidades autónomas, edad y sexo, 2007

	Entre 0 y 14 años						Entre 15 y 34 años						Entre 35 y 64 años						65 Años o más			
	Española		Extranjera		Española		Extranjera		Española		Extranjera		Española		Extranjera		Española		Extranjera		Total	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres		
Total nacional	3.004.946	2.893.326	328.646	308.514	5.602.119	5.343.209	1.065.487	933.799	8.261.078	8.322.122	888.318	771.947	3.076.734	4.232.249	113.234	109.609	45.200.737					
Andalucía	635.551	600.401	37.133	33.995	1.132.911	1.083.314	115.369	94.730	1.466.611	1.473.408	109.202	97.528	479.297	666.141	23.169	20.701	8.059.461					
Aragón	75.992	71.789	10.190	9.589	145.705	136.143	33.485	27.352	244.175	238.673	24.321	17.826	112.499	147.335	699	942	1.296.655					
Asturias (Principado de)	53.012	49.954	2.062	2.062	129.028	123.219	6.908	8.409	222.505	229.963	5.781	6.415	93.514	138.947	456	601	1.074.862					
Baleares (Islas)	66.522	62.721	13.078	11.974	123.783	116.576	37.395	35.333	175.292	188.739	40.420	37.763	53.868	72.979	7.235	6.972	1.000.650					
Canarias	140.297	134.680	14.447	13.654	276.374	266.084	44.255	43.132	371.581	358.829	57.015	53.660	98.345	129.025	13.179	11.404	2.025.951					
Cantabria	34.455	32.124	1.886	1.805	72.730	69.049	6.136	6.668	116.047	115.870	4.940	4.731	43.803	61.951	286	343	572.824					
Castilla y León	140.209	132.902	9.417	8.864	298.395	280.659	29.652	27.801	505.898	483.250	22.246	19.786	244.415	322.908	850	1.165	2.528.417					
Castilla-La Mancha	140.913	132.536	12.934	12.421	250.641	234.729	46.637	36.216	356.708	342.314	28.464	21.290	158.718	201.108	663	1.022	1.977.304					
Cataluña	460.957	434.470	78.194	73.294	816.807	779.454	253.392	210.935	1.283.418	1.302.994	188.772	144.193	485.975	673.926	10.661	13.066	7.210.508					
Comunidad Valenciana	315.602	297.792	48.635	45.648	583.652	553.866	148.001	125.324	839.389	847.409	151.643	134.231	303.018	412.279	42.322	36.298	4.885.029					
Extremadura	79.566	75.945	2.552	2.276	147.613	139.228	6.680	6.155	210.778	201.614	5.911	4.654	88.095	117.941	497	485	1.089.990					
Galicia	156.446	146.687	5.147	4.942	351.894	340.670	16.845	18.837	549.292	557.955	15.825	16.110	245.895	348.652	1.815	1.921	2.772.533					
Madrid (Comunidad de)	392.933	372.384	61.508	58.503	711.952	690.334	212.802	208.913	1.054.902	1.132.110	155.650	153.948	348.006	511.958	6.025	9.551	6.081.689					
Murcia (Región de)	107.100	100.595	15.998	14.579	176.894	168.531	57.021	37.644	226.615	228.036	41.578	28.104	79.311	105.335	3.819	2.967	1.392.117					
Navarra (Comunidad Foral de)	40.466	38.413	4.639	4.537	69.927	65.893	14.640	13.113	117.409	113.249	10.123	8.047	44.789	60.109	337	485	605.876					
País Vasco	130.940	123.834	7.026	6.798	256.983	242.575	24.695	23.922	444.707	449.089	17.283	16.866	164.349	230.859	802	1.122	2.141.860					
Riología (La)	18.158	17.461	3.139	3.002	34.694	32.960	10.351	7.655	57.616	55.250	7.251	5.018	24.391	31.913	173	236	308.968					
Ceuta	7.776	7.598	185	151	12.016	10.814	428	576	14.044	12.977	772	694	3.608	4.754	84	126	76.603					
Melilla	7.551	7.030	460	420	10.120	9.291	795	1.084	12.091	10.993	1.111	1.093	2.898	4.129	172	192	69.440					

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

TABLA 13. Porcentaje de la población por comunidades autónomas respecto al total nacional, por edad y sexo, 2007

	Entre 0 y 14 años						Entre 15 y 34 años						Entre 35 y 64 años						65 Años o más					
	Española		Extranjera		Española		Extranjera		Española		Extranjera		Española		Extranjera		Española		Extranjera		Total			
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres		
Total nacional	6,65	6,28	0,73	0,68	12,39	11,82	2,36	2,07	18,28	18,41	1,97	1,71	6,81	9,36	0,25	0,24	45,200,737							
Andalucía	7,89	7,45	0,46	0,42	14,06	13,44	1,43	1,18	18,20	18,28	1,35	1,21	5,95	8,14	0,29	0,26	8,059,461							
Aragón	5,86	5,54	0,79	0,74	11,24	10,50	2,58	2,11	18,83	18,41	1,88	1,37	8,67	11,36	0,05	0,07	1,296,655							
Asturias (Principado de)	4,93	4,65	0,19	0,19	12,00	11,46	0,54	0,78	20,70	21,39	0,54	0,60	8,89	12,93	0,04	0,06	1,074,862							
Baleares (Islas)	6,45	6,09	1,27	1,16	12,01	11,31	3,63	3,43	17,01	16,37	3,92	3,66	5,23	7,08	0,70	0,68	1,030,650							
Canarias	6,92	6,65	0,71	0,67	13,64	13,13	2,18	2,13	18,34	17,71	2,81	2,65	4,85	6,37	0,65	0,56	2,025,951							
Cantabria	6,01	5,61	0,33	0,32	12,70	12,05	1,07	1,16	20,26	20,23	0,86	0,83	7,65	10,82	0,05	0,06	572,824							
Castilla y León	5,55	5,26	0,37	0,35	11,80	11,10	1,17	1,10	20,01	19,11	0,88	0,78	9,67	12,77	0,03	0,05	2,528,417							
Castilla-La Mancha	7,13	6,70	0,65	0,63	12,68	11,87	2,36	1,83	18,04	17,31	1,44	1,08	8,03	10,17	0,03	0,05	1,977,304							
Cataluña	6,39	6,03	1,08	1,02	11,33	10,81	3,51	2,93	17,80	18,07	2,62	2,00	6,74	9,35	0,15	0,18	7,210,508							
Comunidad Valenciana	6,46	6,10	1,00	0,93	11,95	11,34	3,03	2,57	17,18	17,35	3,10	2,75	6,20	8,44	0,87	0,74	4,885,029							
Extremadura	7,30	6,97	0,23	0,21	13,54	12,77	0,61	0,56	19,34	18,50	0,54	0,43	8,08	10,82	0,05	0,04	1,089,990							
Galicia	5,64	5,29	0,19	0,18	12,69	12,29	0,61	0,68	19,60	20,10	0,57	0,58	8,87	12,58	0,07	0,07	2,772,533							
Madrid (Comunidad de)	6,46	6,12	1,01	0,96	11,71	11,35	3,50	3,44	17,35	18,62	2,56	2,53	5,72	8,42	0,10	0,16	6,081,689							
Murcia (Región de)	7,69	7,23	1,15	1,05	12,71	12,11	4,10	2,70	16,13	16,38	2,99	2,02	5,70	7,57	0,27	0,21	1,392,117							
Navarra (Comunidad Foral de)	6,68	6,34	0,77	0,75	11,54	10,83	2,42	2,16	19,38	18,69	1,67	1,33	7,39	9,92	0,06	0,08	605,876							
País Vasco	6,11	5,78	0,33	0,32	12,00	11,33	1,15	1,12	20,76	20,97	0,81	0,79	7,67	10,78	0,04	0,05	2,141,860							
Rioja (La)	5,88	5,65	1,02	0,97	11,23	10,57	3,35	2,48	18,65	17,88	2,35	1,62	7,89	10,33	0,06	0,08	308,968							
Ceuta	10,15	9,92	0,24	0,20	15,69	14,12	0,56	0,75	18,33	16,94	1,01	0,91	4,71	6,21	0,11	0,16	76,603							
Melilla	10,89	10,12	0,66	0,60	14,57	13,38	1,14	1,56	17,41	15,83	1,60	1,57	4,17	5,95	0,25	0,28	69,440							

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

TABLA 14. Porcentaje de la población por comunidades autónomas respecto al total nacional, por edad y sexo, 2004

	Entre 0 y 14 años						Entre 15 y 34 años						Entre 35 y 64 años						65 Años o más					
	Española		Extranjera		Española		Extranjera		Española		Extranjera		Española		Extranjera		Española		Extranjera		Total			
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres		
Total nacional	6,76	6,39	0,53	0,50	13,73	13,13	1,72	1,48	18,30	18,30	1,30	1,16	6,96	9,60	0,17	0,17	43,197,684							
Andalucía	8,20	7,74	0,30	0,28	15,18	14,59	0,87	0,73	17,78	17,97	0,84	0,77	6,06	8,31	0,20	0,19	7,687,518							
Aragón	5,95	5,63	0,51	0,48	12,44	11,68	1,81	1,36	18,78	18,43	1,12	0,82	9,04	11,84	0,04	0,06	1,249,584							
Asturias (Principado de)	4,86	4,60	0,14	0,13	13,18	12,61	0,44	0,55	19,97	20,65	0,35	0,40	9,00	13,04	0,04	0,05	1,073,761							
Baleares (Islas)	6,77	6,42	0,99	0,93	13,52	12,79	2,87	2,60	17,22	16,57	2,77	2,68	5,46	7,49	0,46	0,46	955,045							
Canarias	7,31	7,00	0,62	0,59	15,21	14,58	1,83	1,70	17,77	17,18	2,12	2,03	4,86	6,40	0,43	0,37	1,915,540							
Cantabria	6,03	5,62	0,19	0,19	13,90	13,26	0,70	0,77	19,63	19,71	0,50	0,53	7,85	11,05	0,03	0,04	564,784							
Castilla y León	5,66	5,37	0,22	0,21	12,95	12,20	0,70	0,69	19,52	18,69	0,49	0,49	9,80	12,94	0,02	0,04	2,483,918							
Castilla-La Mancha	7,48	7,08	0,36	0,36	13,52	12,76	1,51	1,08	17,78	17,20	0,82	0,62	8,57	10,80	0,02	0,03	1,848,881							
Cataluña	6,40	6,04	0,78	0,73	12,88	12,29	2,57	2,05	17,98	18,30	1,73	1,33	6,96	9,71	0,11	0,14	6,813,319							
Comunidad Valenciana	6,72	6,36	0,66	0,63	13,50	12,85	2,20	1,78	17,42	17,69	2,05	1,83	6,43	8,80	0,58	0,50	4,543,304							
Extremadura	7,66	7,29	0,18	0,15	14,22	13,43	0,46	0,37	18,56	17,77	0,38	0,27	8,23	10,96	0,03	0,03	1,075,286							
Galicia	5,73	5,39	0,14	0,14	13,71	13,35	0,43	0,50	18,98	19,51	0,38	0,42	8,73	12,47	0,05	0,06	2,750,985							
Madrid (Comunidad de)	6,24	5,91	0,88	0,84	13,29	12,88	2,87	2,85	17,37	18,63	1,86	1,92	5,73	8,52	0,09	0,14	5,804,829							
Murcia (Región de)	7,99	7,53	0,87	0,80	14,17	13,54	3,22	2,03	16,15	16,50	1,87	1,23	5,95	7,89	0,13	0,11	1,294,684							
Navarra (Comunidad Foral de)	6,56	6,16	0,62	0,59	12,82	12,04	2,15	1,74	19,05	18,40	1,23	0,98	7,49	10,08	0,05	0,07	584,734							
País Vasco	5,97	5,64	0,19	0,18	13,57	12,80	0,72	0,67	20,44	20,62	0,50	0,47	7,56	10,61	0,03	0,04	2,115,279							
Rioja (La)	5,91	5,71	0,68	0,64	12,51	11,85	2,64	1,85	18,69	17,97	1,52	1,09	8,16	10,69	0,04	0,06	283,553							
Ceuta	9,98	9,62	0,19	0,18	16,97	14,76	0,55	0,66	17,61	16,48	1,03	0,87	4,58	6,16	0,14	0,21	74,654							
Melilla	10,60	9,63	0,82	0,76	15,34	13,74	1,36	1,92	16,68	15,18	1,51	1,70	4,11	6,08	0,23	0,33	68,016							

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Nivel educativo

La educación y la formación son actividades básicas que, desde la infancia, van influyendo a lo largo de la vida de las personas y determinan, en gran medida, las posibilidades de acceso y promoción en el mercado laboral de hombres y mujeres, su futuro nivel de ingresos y la participación en los distintos ámbitos de la vida económica y social.

Las diferencias entre hombres y mujeres se ponen de manifiesto en las diferentes etapas del proceso educativo: en las etapas iniciales de enseñanzas obligatorias, en la posterior continuidad o abandono del proceso y en la participación en niveles de educación superiores (tablas 15 y 16).

Las mujeres representan un porcentaje del 48,5 % en el alumnado matriculado en las enseñanzas obligatorias (educación primaria y educación secundaria obligatoria o ESO), debido a la estructura por sexo y edad de la población, pero esta situación se invierte en las enseñanzas postobligatorias, donde la presencia de la mujer aumenta ya que ésta representa el 51,3 % del alumnado de bachillerato y formación profesional y el 54 % del alumnado correspondiente a enseñanza universitaria.

El 94 % de jóvenes que terminan la ESO continúa en el sistema educativo al curso siguiente. La mayoría inicia estudios de bachillerato (80 % de los casos) y es mayor el porcentaje de mujeres (83 %) que optan por esta alternativa que el de hombres (75 %).

La participación del alumnado femenino en educación universitaria es diferente según las disciplinas científicas.

En el campo de las ciencias de la salud, la participación es mayoritariamente femenina, pues ésta alcanza el 74 %. Las mujeres también tienen una significativa participación en ciencias sociales y jurídicas, en humanidades y en ciencias experimentales (en torno al 60 % del alumnado). El porcentaje es más bajo en las carreras técnicas (el 27 % son mujeres)⁵.

Si se considera el sector de población en edades de 25 a 34 años, las diferencias en niveles de educación alcanzados por hombres y mujeres se ponen de manifiesto. El 65,7 % de los hombres pertenecientes a este grupo de edad no alcanzan la educación superior en el año 2007 mientras que, en el caso de las mujeres, este porcentaje es del 56 %.

En cuanto al profesorado, las mujeres representan el 61,7 %, en el conjunto de enseñanzas. Los porcentajes son especialmente elevados en educación especial (81 %), educación infantil y primaria (77,7 %) y enseñanza de idiomas (73,7 %).

5 Según la Encuesta de Transición Educativo-Formativa e Inserción Laboral (ETEFIL), a través del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2006), en colaboración con el Ministerio de Educación y Ciencia (MEC) y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS).

TABLA 15. Alumnado matriculado por tipo de enseñanza y sexo, curso 2005-2006

	Total	Hombres	Mujeres
Total	9.531.292	4.644.441	4.886.851
Régimen general no universitario	6.983.538	3.564.511	3.419.027
Educación infantil	1.487.548	763.788	723.760
Educación primaria	2.483.364	1.282.421	1.200.943
Educación especial	28.665	17.775	10.890
ESO	1.844.953	946.377	898.576
Bachilleratos	640.028	289.736	350.292
FP de grado medio	232.149	124.884	107.265
Programas de garantía social	44.927	30.225	14.702
FP de grado superior	221.904	109.305	112.599
Régimen especial	657.425	242.874	414.551
Enseñanzas artísticas	289.337	121.110	168.227
Enseñanzas deportivas	1.808	1.610	198
Escuelas oficiales de idiomas	366.280	120.154	246.126
Enseñanza universitaria	1.510.072	692.941	817.131
Enseñanza universitaria de 1.º y 2.º ciclos	1.433.016	655.183	777.833
Doctorado	77.056	37.758	39.298
Educación de adultos	380.257	144.115	236.142

ESO, educación secundaria obligatoria; FP, formación profesional. De *Las Cifras de la Educación en España, 2005-2006*. Avance de la edición 2008. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia (MEC).

El 22,5 % de las personas inmigrantes ocupadas con más de 3 años de residencia en España es titulada superior. El 9,3 % no tiene estudios o tiene la educación primaria incompleta según la ENI.

Más de 7,5 millones de personas o, lo que es lo mismo, una de cada cuatro personas adultas ha intentado adquirir conocimientos por su cuenta.

Los medios más habituales han sido el material impreso (59,0 %), el ordenador (53,5 %), aprender de un familiar o amigo (38,9 %) o los medios audiovisuales (24,9 %)⁶.

6 Encuesta sobre la Participación de la Población Adulta en las Actividades de Aprendizaje (Eada), 2007.

TABLA 16. Población de 16 años y mayores por nivel de formación alcanzado, sexo y grupo de edad, 2005-2007

	2005		2006		2007	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Analfabetos	236,30	547,40	259,10	571,00	260,00	581,60
Educación primaria	5.250,90	6.316,00	5.139,80	6.205,60	5.181,80	6.206,20
Primera etapa de educación secundaria	4.792,00	4.225,50	4.926,90	4.274,60	4.931,10	4.364,60
Segunda etapa de educación secundaria	3.427,70	3.430,30	3.570,30	3.604,30	3.730,00	3.669,40
Enseñanzas del bachillerato	2.372,70	2.331,30	2.408,90	2.395,50	2.570,40	2.478,50
Enseñanzas técnico-profesionales de grado medio	1.045,40	1.089,90	1.150,90	1.198,60	1.150,70	1.183,40
Enseñanzas técnico-profesionales de grado superior	1.310,30	969,60	1.404,70	1.020,50	1.466,60	1.070,10
Enseñanza universitaria de primer y segundo ciclos	2.520,50	2.888,70	2.532,00	2.975,60	2.633,20	3.068,80
Enseñanza universitaria de tercer ciclo (doctorado)	102,30	55,30	114,90	53,60	117,50	62,00

La informática es la principal materia de estudio en este tipo de aprendizaje, en la cual se observa una notable variedad de temáticas, destacando la mecánica y la electrónica, las ciencias sociales, las artes y humanidades, el aprendizaje de lenguas extranjeras o la salud.

En cuanto a la capacidad de uso del ordenador, el 47,6 % de las mujeres y el 40,7 % de los hombres afirman que no sabe utilizarlo. Por su parte, el 17,1 % de las mujeres y el 18,8 % de los hombres que usa el ordenador se considera usuario avanzado.

Según la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en los Hogares, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, la brecha digital de género (es decir, la diferencia en puntos porcentuales entre sexos respecto a los principales indicadores de uso de TIC) se mantiene o desciende levemente en los últimos años.

Economía y empleo

La economía española registra un crecimiento del 3,5 % en el cuarto trimestre de 2007. El crecimiento del PIB (producto interior bruto) en 2007 ha sido del 3,8 %, una décima menos que en el año 2006.

El número de personas ocupadas en el cuarto trimestre de 2007 se sitúa en 20.476.900. La tasa interanual de crecimiento de la ocupación se cifra en el 2,38 %. La tasa de actividad es del 59,12 %; para los hombres es del 69,23 % y para las mujeres, del 49,37 %. La tasa de desempleo se sitúa en el 8,6 %. La tasa de temporalidad en el empleo se sitúa en el 30,92 %⁷.

Según resultados de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria, el salario bruto anual medio fue de 16.849 euros por trabajador en el año 2006 y el salario de los hombres fue 19.314 euros y 13.497 euros, el de las mujeres. El salario promedio anual femenino representó el 69,9 % del masculino.

Las diferencias de salarios entre sexos por comunidades autónomas responden a la diferente estructura del empleo de cada región sin tener en cuenta otros factores que pueden incidir en estas diferencias salariales, como el tipo de contrato, el tipo de jornada, el nivel de estudios o las diferentes ocupaciones (tabla 17).

TABLA 17. Personas asalariadas, percepciones salariales y salarios por sexo, comunidad autónoma de la persona asalariada y período, 2007

	2004			2005			2006		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
	Salario medio anual								
Total nacional	15.658	17.964	12.424	16.018	18.321	12.800	16.849	19.314	13.497
Andalucía	12.778	14.824	9.746	13.182	15.269	10.107	13.962	16.194	10.768
Aragón	16.682	19.514	12.674	17.025	19.742	13.164	17.938	20.878	13.886
Asturias (Principado de)	16.184	18.785	12.362	16.766	19.521	12.827	17.586	20.507	13.529
Baleares (Islas)	14.924	16.910	12.409	15.366	17.273	12.930	16.175	18.230	13.600
Canarias	13.479	14.940	11.499	13.883	15.319	11.946	14.613	16.145	12.594
Cantabria	16.098	18.542	12.379	16.629	19.178	12.860	17.393	20.131	13.453
Castilla y León	15.489	17.582	12.366	15.980	18.173	12.762	16.768	19.106	13.448
Castilla-La Mancha	14.059	15.685	11.418	14.397	16.118	11.576	15.267	17.148	12.306
Cataluña	17.476	20.442	13.663	17.778	20.669	14.072	18.590	21.604	14.796
Comunidad Valenciana	14.547	16.681	11.475	14.748	16.802	11.790	15.540	17.752	12.444
Extremadura	11.741	13.098	9.642	12.241	13.720	10.013	13.090	14.686	10.755
Galicia	14.355	16.155	11.727	14.887	16.742	12.225	15.678	17.671	12.911
Madrid (Comunidad de)	20.027	23.301	15.809	20.436	23.744	16.177	21.398	24.976	16.917
Murcia (Región de)	12.884	14.586	10.170	12.800	14.313	10.344	13.569	15.139	11.081
Rioja (La)	15.757	17.978	12.562	15.882	17.960	12.881	16.998	19.435	13.649
Ceuta	18.050	20.169	13.996	18.769	20.970	14.668	19.565	21.803	15.435
Melilla	17.486	19.422	14.134	18.127	20.106	14.799	18.878	21.057	15.277

Agencia Estatal de la Administración Tributaria (AEAT). Instituto Nacional de Estadística.

7 Fuente de información: www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0407.pdf

Seguimiento del estado de salud de la población

La Carta de Ottawa, documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, celebrada en esta ciudad canadiense en 1986, recogía que los requisitos para la salud son: la paz, la educación, el vestido, la comida, la vivienda, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, en el resumen de su Informe final 2008, señala:

“...La justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura.

...Dentro de cada país hay grandes diferencias sanitarias estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento social. Semejantes diferencias no deberían existir, ni dentro de cada país ni entre los países.....

Esas desigualdades y esa inequidad sanitaria, que podría evitarse, son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas”.

(Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud / Resumen analítico del Informe final 2008)

Uno de los indicadores más utilizados para valorar el estado de salud y progreso social y desarrollo de un país es la esperanza de vida (tabla 18), pero existen otros indicadores, como las esperanzas de salud, que ayudan a ajustar a la realidad los años en calidad de vida.

Las esperanzas de salud proporcionan un medio de dividir la esperanza de vida en fracciones vividas en distintas situaciones: por ejemplo, en buena y mala salud. Estas medidas representan el creciente interés en la obtención de indicadores de calidad de vida (vida en estado saludable) en lugar de indicadores de cantidad (tabla 19), exclusivamente.

Las esperanzas de salud extienden el concepto de esperanza de vida a los de morbilidad y discapacidad.

TABLA 18. Indicadores demográficos básicos. Datos europeos, 2005

	Hombres	Mujeres
Alemania	74,5	78,7
Austria	75,8	81,4
Bélgica	75,3	81,0
Bulgaria	68,7	75,8
Chipre	76,0	80,1
Dinamarca	75,2	79,7
Eslovaquia	69,6	77,4
Eslovenia	73,1	80,1
España	76,0	82,6
Estonia	66,3	77,2
Finlandia	74,6	81,4
Francia	-	-
Grecia	76,0	80,9
Hungría	67,9	76,0
Islandia	78,5	82,4
Italia	-	-
Letonia	64,8	76,0
Liechtenstein	76,6	83,0
Lituania	64,7	76,8
Luxemburgo	75,6	81,2
Noruega	76,9	81,7
Países Bajos	76,5	80,9
Polonia	70,1	78,6
Portugal	74,0	80,4
Reino Unido	75,7	79,5
República Checa	72,1	78,4
Rumanía	68,7	75,5
Suecia	77,6	81,9
Suiza	77,9	83,0

Esperanza de vida al nacimiento por países y sexo. Unidades: años.

Los datos están sujetos a actualización continua. La información más actual está disponible en la página *web* de Eurostat. Los datos españoles proporcionados por Eurostat no siempre corresponden a la última actualización y la información más reciente es la publicada en el apartado de resultados detallados correspondientes.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Datos procedentes de Eurostat, 2005.

TABLA 19. Estado de salud. Esperanzas de vida, 2007*

Estado de salud	Total	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida al nacer	80,23	76,96	83,48
Esperanza de vida a los 65 años	19,29	17,19	21,12
Esperanza de vida en buena salud al nacer	55,10	56,30	53,90
Esperanza de vida en buena salud a los 65 años	7,00	7,40	6,60
Esperanza de vida libre de discapacidad al nacer	70,69	69,03	72,39
Esperanza de vida libre de discapacidad a los 65 años	12,00	11,00	12,00

*Datos provisionales. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud, diciembre de 2007.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

El cálculo de las esperanzas de salud⁸, en particular la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLDD), se desarrolló para abordar la cuestión de si el incremento en la esperanza de vida iba acompañado de un aumento del tiempo vivido en mala salud (en la fig. 1 se muestran superpuestas las pirámides de población general y de población con discapacidad⁹).

Desde un punto de vista general, en la figura 2 se muestra cómo el proceso de aparición de problemas de salud es gradual. En primer lugar, aparecen las enfermedades crónicas, que conllevan una posterior autopercepción de un mal estado de salud general. Más tarde, aparecen las limitaciones en la realización de actividades, es decir, se presenta el fenómeno de la discapacidad; por último, surgen las discapacidades más graves, las que necesitan ayudas y las que hacen referencia a las actividades domésticas y de autocuidado.

8 El cálculo de las esperanzas de salud en un estado de salud específico está basado en las técnicas para la obtención de la esperanza de vida. Se divide a la población en cada intervalo de edad según las probabilidades específicas por edad de estar en cada uno de los posibles estados.

Las probabilidades por edad se derivan de las tasas de incidencias de entrada y de salida de cada estado del mismo modo que, en el cálculo de la esperanza de vida, las probabilidades se obtienen del número registrado de defunciones. Por tanto, las probabilidades se calculan a partir del flujo observado en un período definido y proporcionan información sobre el número de transiciones dentro y fuera de cada estado. Más información disponible en: www.ine.es/daco/daco42/discapa/meto.pdf

9 Las figuras 1-5 provienen de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud (1999). Disponible en: www.ine.es/daco/daco42/discapa/espe.pdf

De la figura 3 se desprende que, a pesar de que las mujeres esperan vivir sin discapacidades más años que los hombres, las padecen durante más tiempo debido a su mayor esperanza de vida.

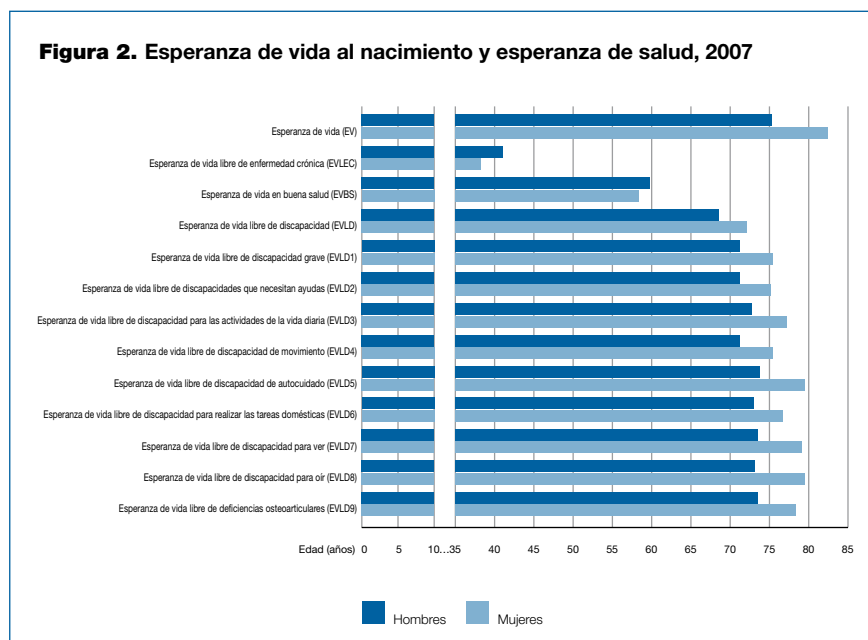
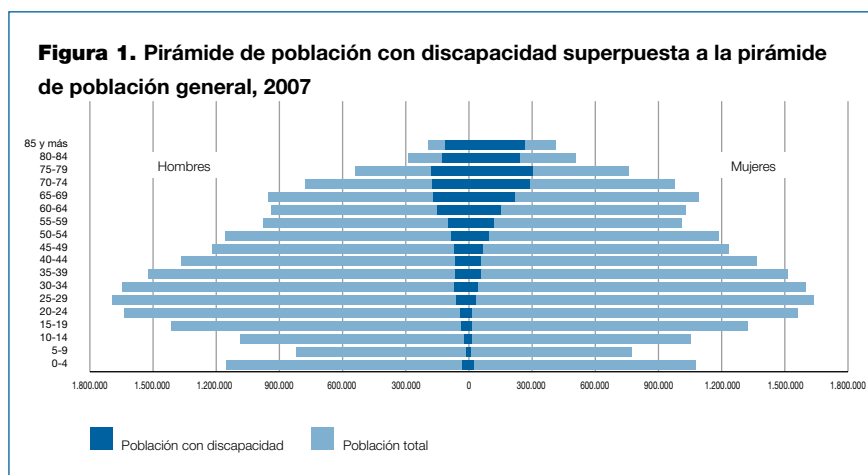
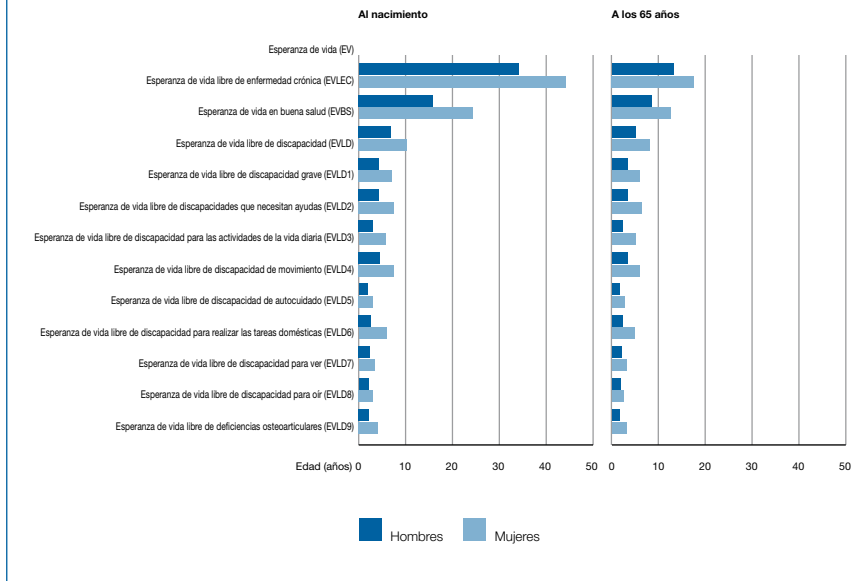


Figura 3. Esperanza de vida con discapacidades o mala salud, 2007



Las mujeres padecen enfermedades crónicas antes que los hombres y también perciben peor su salud general. El número de años esperado sin enfermedad crónica es 38 años para las mujeres y 41 años para los hombres. Con buena salud, las mujeres viven algo más de 58 años, frente a los casi 60 años de los hombres.

Hasta los 45 años, la diferencia en la EVLD (figs. 4 y 5) entre hombres y mujeres se mantiene, pero a partir de los 45 años la diferencia se atenúa hasta hacerse casi imperceptible. La diferencia de 3,6 años que se observa en la EVLD al nacimiento disminuye hasta 1 año a la edad de 65 y queda reducida a 0,12 años a los 80.

El alargamiento de la vida que se ha producido en las últimas décadas debe ir acompañado de buenas condiciones de salud de forma que ese número de años ganados se vivan con autonomía individual, familiar y social. Para conocer el efecto real del envejecimiento sobre la salud de la población y dado que existen grandes diferencias de género en cuanto a la esperanza de vida, el análisis de la EVLD debe completarse, relacionándola con la EV¹⁰.

10 Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud (1999). Informe disponible en: www.ine.es/daco/daco42/discapa/espe.pdf

A lo largo de los años, la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), que fue realizada por primera vez en 1987 (también realizada en 1993, 1995, 1997, 2001 y 2003), se ha ido adaptando a los cambios en el ámbito de sus mediciones. De este modo y manteniendo básicamente la serie histórica, el Mi-

Figura 4. Esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD), según edad y sexo, 2007

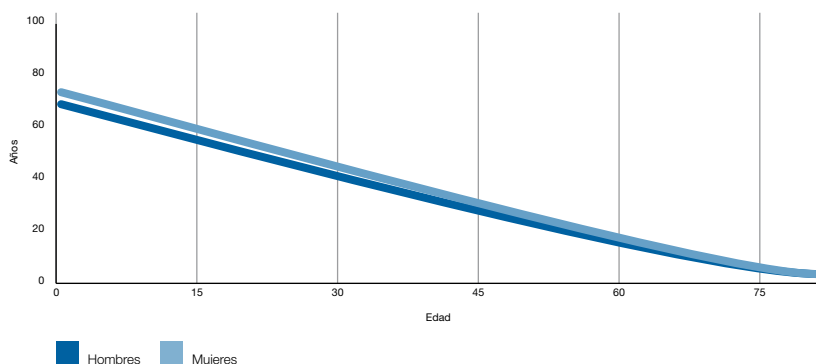
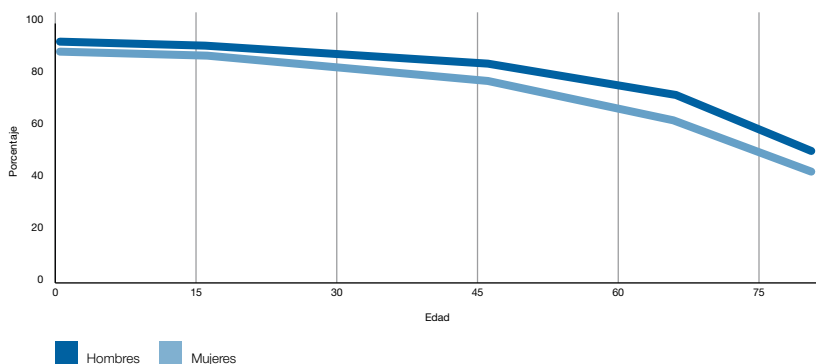


Figura 5. Porcentaje de esperanza de vida libre de discapacidad sobre esperanza de vida, por edad y sexo, 2007



nisterio de Sanidad y Consumo ha revisado y mejorado algunos aspectos del estudio para su edición de 2006¹¹.

En esta edición se han incorporado dimensiones anteriormente no exploradas relacionadas con la salud de las personas, como es el caso de la salud mental y el de los determinantes de salud relacionados con el medio ambiente físico y social de las personas. Asimismo, se han reformulado diversas preguntas para iniciar la adaptación del formato de la encuesta a los requerimientos del proyecto de Encuesta Europea de Salud.

Los principales objetivos de la ENSE son medir las características y la distribución de la morbilidad percibida por la población española y las características y distribución de algunos comportamientos y hábitos relacionados con la salud. La encuesta también explora la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población.

Esta encuesta también se realizó en 1993, 1995, 1997 y 2001. En virtud del Acuerdo Marco de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de Estadística (INE), la Encuesta Nacional de Salud se realiza con este organismo desde su edición de 2003.

Estado de salud percibido

Según los datos de la edición de la ENSE 2006, el 70 % de la población señala que percibe su estado de salud como bueno o muy bueno. Los hombres declaran un mejor estado de salud que las mujeres: el 75,1 % de aquéllos manifiesta tener un estado de salud bueno o muy bueno frente al 65 % de las mujeres (tabla 20).

La percepción de un estado de salud positivo es menor a mayor edad: en el grupo de edad de 75 años y mayores, sólo lo declaran el 41,6 % de los hombres y el 29,1 % de las mujeres (tabla 21).

Asimismo, se observa cierto gradiente de percepción de la propia salud según clase social, tal y como se muestra en la figura 6. Así, tanto los hombres como las mujeres de clase social menos privilegiada (IV-V) declaran peor salud que los de clase social alta (I-II). En concreto, las valoraciones positivas de su salud se producen en el 70,11 % de los hombres y el 60,02 % de las mujeres de las clases IV-V, frente al 84,26 % de los hombres y el 75,94 % de las mujeres de las clases I-II.

11 El cambio metodológico introducido en la ENSE 2003 y la revisión del cuestionario utilizado en la ENSE-2006 pueden dificultar la comparación interanual de una parte de la información recogida, lo cual debe tenerse en cuenta para los estudios que se realicen con esta fuente de información.

TABLA 20. Valoración del estado de salud percibido, 2003 y 2006

	2003		2006	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Muy bueno	14,73	12,07	23,25	19,57
Bueno	60,95	55,02	51,87	45,40
Regular	18,50	23,52	18,87	25,96
Malo	4,45	7,05	4,35	6,67
Muy malo	1,37	2,35	1,67	2,40

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo-Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España, 2003 y 2006.

TABLA 21. Valoración del estado de salud percibido en mayores de 75 años (porcentajes), 2003

	Hombres	Mujeres
	de 75 años y mayores	
Muy bueno	6,49	4,99
Bueno	35,13	24,15
Regular	42,00	44,92
Malo	11,64	20,07
Muy malo	4,74	5,86

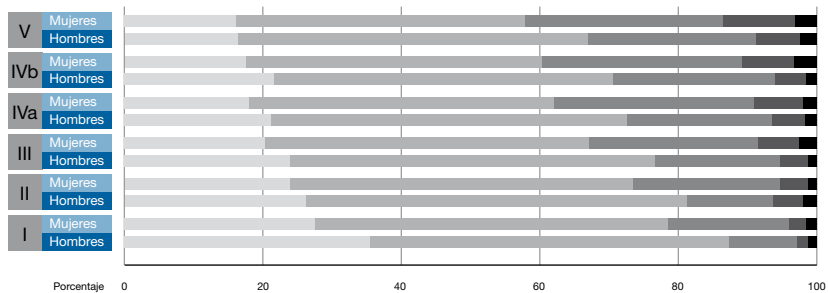
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo-Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España, 2003 y 2006.

Desde un punto de vista temporal, la evolución desde 1987 hasta 2006 del porcentaje de población que valora su estado de salud como positivo (bueno o muy bueno) muestra una tendencia ligeramente descendente. En 1987, el 73,9% de la población (77,9% de hombres y 70% de mujeres) consideró que su estado de salud era positivo, frente al 71,20% de 2006.

España ha sido el primer país de la Unión Europea (UE) en analizar la calidad de vida infantil en el marco de una encuesta nacional de salud, utilizando un instrumento auspiciado por la Comisión Europea mediante el cuestionario Kidscreen de 10 preguntas.

Este cuestionario explora *cómo se han sentido las personas de 8 a 15 años en los últimos 7 días*, si han estado en forma, con energía, si han estado tristes, si se han sentido solos, si han podido hacer lo que querían en su tiempo libre o si se han sentido tratados de forma justa por sus padres, entre otros aspectos.

Figura 6. Salud percibida, por sexo y clase social, 2006



	I		II		III		IVa		IVb		V	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Muy malo	1,32	1,62	2,07	1,39	1,29	2,30	1,70	2,18	1,57	3,31	2,45	3,13
Malo	1,68	2,31	4,24	3,75	3,90	6,24	4,59	7,03	4,51	7,66	6,32	10,28
Regular	9,71	17,48	12,45	21,59	18,28	24,34	21,25	28,76	23,21	28,92	24,06	28,66
Bueno	51,79	51,11	54,91	49,43	52,82	46,71	51,48	44,26	49,25	42,68	50,97	41,81
Muy bueno	35,49	27,49	26,33	23,85	23,71	20,41	20,98	17,76	21,46	17,43	16,20	16,12

I: directivos de las Administraciones públicas y de empresas de 10 asalariados o más y profesiones asociadas con titulaciones superiores.
 II: directivos de empresas de menos de 10 asalariados y profesiones asociadas con titulaciones medias. Técnicos superiores. Artistas y deportistas.
 III: empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales.
 IVa: trabajadores manuales cualificados.
 IVb: trabajadores manuales semicualificados.
 V: trabajadores no cualificados. De la Encuesta Nacional de Salud 2006.
 Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo-Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España, 2006.

Con todo ello se compone el índice de calidad de vida mediante valores estandarizados obtenidos mediante un estudio de ámbito europeo. Estas mediciones reflejan que, sobre la media estandarizada de calidad de vida infantil para la UE (50), la calidad media de vida infantil en la población española es superior (61,8)¹².

Se ha explorado, también por primera vez, la *salud mental* de la población mediante el cuestionario de salud general para adultos GHQ-12, que

12 Encuesta Nacional de Salud. Nota de prensa del MSC.

permite hacer un cribado poblacional, detectando la prevalencia de casos probables de morbilidad psiquiátrica o de padecimiento psicológico en la población, y el cuestionario de capacidades y dificultades SDQ para la población infantil, que permite detectar probables casos de trastornos mentales y del comportamiento en niños.

El 21,3 % de la población de 16 años o más (15,6 % de los hombres y 26,8 % de las mujeres) presenta riesgo de mala salud mental y este riesgo es mayor a medida que aumenta la edad.

Así, en el grupo de edad de 75 años y más, lo presentan el 25 % de los hombres y el 39,5 % de las mujeres. En cuanto a la población de 4 a 15 años, el 22,1 % presenta riesgo de mala salud mental (23,2 % de los niños y 21 % de las niñas).

Entorno social

La población española percibe, en general, que dispone de buen apoyo social. La población de 16 años y más que percibe que su apoyo social es bajo se sitúa solo en el 3,4 % (3,2 % de los hombres y 3,6 % de las mujeres). En ambos casos, la percepción de un apoyo social bajo es mayor a mayor edad. Así lo declaran, en el grupo de edad de 75 años y más, el 4,3 % de los hombres y el 5,5 % de las mujeres.

La valoración de la dinámica familiar, explorada con el test de Apgar¹³, aporta que el 93,4 % de las personas de 16 años y más opinan que tienen una función familiar buena. Por sexo, el 93,7 % de los hombres y el 93,1 % de las mujeres tienen una familia que funciona con normalidad.

No obstante, las *mujeres dedican 25 horas más al cuidado de los menores* (los hombres dedican, de media, 40 horas semanales, y las mujeres, 65). El 32,4 % de los hombres y el 58,5 % de las mujeres que conviven con mayores de 74 años se encargan de su cuidado. Algo parecido ocurre con el cuidado de las personas con discapacidad con las cuales se convive (el 33,2 % de los hombres se declaran cuidadores y el 64,3 % de las mujeres).

13 El cuestionario Apgar familiar (Family Apgar) fue diseñado en 1978 por el Dr. Gabriel Smilkstein (1978) para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo Apgar hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (*adaptability*), cooperación (*partnership*), desarrollo (*growth*), afectividad (*affection*) y capacidad resolutoria (*resolve*).

Distinto es el test de Apgar neonatal, ideado y diseñado en 1952 por la Dra. Virginia Apgar, como sistema para evaluar el bienestar neonatal inmediatamente después del nacimiento, valorando 5 parámetros: frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja y coloración.

Respecto al cuidado general del medio familiar, el 35,9 % de los hombres y el 81,5 % de las mujeres de 16 años y más realizan tareas del hogar, como fregar, cocinar o planchar. Los hombres y las mujeres que realizan *tareas del hogar* dedican, de media, 15 horas semanales en el caso de los hombres y 28 en el de las mujeres.

La sobrecarga de trabajo y la falta de tiempo libre, empleos repetitivos y de escaso reconocimiento social, junto con situaciones de dependencia económica van mermando la salud de las mujeres, sobre todo de aquéllas de las clases sociales menos privilegiadas y que sólo han trabajado en el ámbito doméstico. Este grupo de personas es el más vulnerable ante la enfermedad¹⁴.

Mortalidad por causas

Las patologías más prevalentes y que representan mayor carga asistencial, familiar y social están siendo objeto de especial atención en todos los países y por parte de los organismos internacionales especializados.

Entre 2006 y 2007 se han elaborado y puesto en marcha las estrategias del Sistema Nacional de Salud sobre cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes, salud mental, cuidados paliativos, accidente vascular cerebral (ictus) y sobre la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Las enfermedades cardiovasculares se mantuvieron como primera causa de muerte en el conjunto del año 2006, representando el 32,51 % del total de defunciones. Por sexo, estas enfermedades también fueron la primera causa de muerte en las mujeres mientras que en los hombres lo fueron los tumores (tabla 22).

Dentro de las enfermedades del aparato circulatorio (tabla 23), las enfermedades cerebrales vasculares son la primera causa de muerte y, además, son la principal causa entre las mujeres (19.047 defunciones). En las enfermedades cardiovasculares, las isquémicas del corazón (infarto agudo de miocardio, angina de pecho, etc.) fueron, de nuevo, la primera causa de muerte entre los hombres (con 22.028 defunciones).

14 Informe Salud y Género 2006. “La salud en las edades centrales de la vida”. Disponible en: www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/informeSaludGenero2006.pdf

TABLA 22. Defunciones según la causa de muerte, por sexo, 2006 y 2004

	2006		2004	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Todas las causas	194.154	177.324	194.928	177.006
Enfermedades del aparato circulatorio	55.433	65.327	56.359	67.508
Tumores	63.147	38.536	62.937	37.548
Enfermedades del sistema respiratorio	23.000	16.510	23.182	15.967
Causas externas de mortalidad	11.204	4.935	11.837	5.207
Enfermedades del aparato digestivo	10.445	8.906	10.444	8.913
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	6.214	9.507	5.630	8.493
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	4.743	5.803	4.586	5.919
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4.496	7.027	4.668	7.250
Enfermedades del sistema genitourinario	4.414	4.991	4.054	4.480
Trastornos mentales y del comportamiento	4.173	7.934	4.066	7.812
Enfermedades infecciosas y parasitarias	3.951	3.250	4.083	3.135
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1.034	2.329	1.072	2.474
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	515	419	558	444
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	357	726	330	664
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan los mecanismos de la inmunidad	503	724	548	743
Afecciones originadas en el período perinatal	525	386	574	428
Embarazo, parto y puerperio	0	14	0	21

Defunciones según causa de muerte, 2006. Instituto Nacional de Estadística.
Disponible en: www.ine.es

TABLA 23. Defunciones por enfermedades del aparato circulatorio, 2006 y 2004

	2006			2004
	Total	Hombres	Mujeres	Total
Total	120.760	55.433	65.327	123.867
Enfermedades cerebrales vasculares	32.900	13.853	19.047	34.250
Infarto agudo de miocardio	22.028	12.852	9.176	23.496
Insuficiencia cardíaca	18.895	6.566	12.329	19.123
Otras enfermedades del corazón	17.142	7.637	9.505	16.728
Otras enfermedades isquémicas del corazón	15.064	8.355	6.709	15.344
Enfermedades hipertensivas	6.676	2.120	4.556	6.206
Otras enfermedades de los vasos sanguíneos	3.906	2.640	1.266	4.024
Aterosclerosis	2.798	1.038	1.760	3.130
Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	1.351	372	979	1.566

Defunciones según causa de muerte, 2006. Instituto Nacional de Estadística.
 Disponible en: www.ine.es

Los tumores continuaron ocupando el segundo lugar como responsables del 27,37 % del total de fallecimientos (tabla 24). El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón continúa siendo el primero en importancia (19.532 fallecidos en 2006), pues afecta más a los hombres. En las mujeres, el cáncer de mama continuó siendo el más significativo, con 5.956 defunciones; aunque en 2005 el número de fallecimientos disminuye (el 0,1 % respecto al año anterior), se observa un leve aumento de fallecimientos por esta causa en 2006 (el 0,12 % respecto a 2005). El cáncer de colon continúa siendo otra de las causas de mortandad con mayor peso entre hombres y mujeres (5.644 y 4.285 muertes, respectivamente).

El tercer grupo de causas de muerte con más defunciones anuales fue el de enfermedades del sistema respiratorio (tabla 25). El peso de las enfermedades respiratorias sobre el total de defunciones ha pasado del 10,5 % en 2004 al 10,64 % en 2006.

Entre otras causas de muerte (tabla 26), destaca el ascenso continuo de mortandad por enfermedad de Alzheimer (8.013 defunciones) y enfermedades hipertensivas (6.206 fallecimientos).

TABLA 24. Defunciones por tumores, 2006 y 2004

	2006			2004
	Total	Hombres	Mujeres	Total
Total	101.683	63.147	38.536	100.485
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	19.532	16.894	2.638	19.092
Tumor maligno del colon	9.929	5.644	4.285	9.803
Tumor maligno de la mama	6.020	64	5.956	5.891
Tumor maligno del estómago	5.716	3.542	2.174	5.811
Tumor maligno de la próstata	5.412	5.412	0	5.694
Tumor maligno de la vejiga	4.526	3.742	784	4.496
Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	4.440	2.934	1.506	4.435
Tumor maligno del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines, excepto leucemia	4.124	2.130	1.994	4.271
Tumor maligno del encéfalo	2.509	1.389	1.120	2.386
Otros tumores malignos digestivos	2.409	1.059	1.350	2.396
Tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	2.147	1.733	414	2.228
Tumor maligno del esófago	1.760	1.497	263	1.832
Tumor maligno del ovario	1.760	0	1.760	1.713
Tumor maligno del riñón, excepto de la pelvis renal	1.757	1.106	651	1.626
Tumor maligno de la laringe	1.541	1.482	59	1.625
Otros tumores malignos de la piel y de los tejidos blandos	1.075	617	458	1.003
Otros tumores malignos neurológicos y endocrinos	617	271	346	566
Tumor maligno del cuello uterino	604	0	604	539
Tumor maligno de otros órganos genitales femeninos	451	0	451	472
Tumores benignos	398	161	237	361
Tumor maligno del hueso y de los cartílagos articulares	304	177	127	288
Otros tumores malignos de las vías urinarias	219	159	60	186

Defunciones según causa de muerte, 2006. Instituto Nacional de Estadística.
 Disponible en: www.ine.es

TABLA 25. Defunciones por enfermedades del sistema respiratorio, 2006 y 2004

	2006			2004
	Total	Hombres	Mujeres	Total
Total	39.510	23.000	16.510	39.149
Otras enfermedades del sistema respiratorio	14.232	6.689	7.543	13.412
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma)	13.606	10.624	2.982	14.650
Neumonía	7.815	4.083	3.732	7.356
Insuficiencia respiratoria	3.080	1.442	1.638	2.777
Asma	729	148	581	867
<i>Influenza (gripe)</i>	48	14	34	87

Defunciones según causa de muerte, 2006. Instituto Nacional de Estadística.
 Disponible en: www.ine.es

TABLA 26. Defunciones según la causa de muerte, 2004-2006

	2006			2005			2004		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Enfermedad de Alzheimer	9.172	2.804	6.368	8.976	2.697	6.279	8.013	2.519	5.494
Enfermedades hipertensivas	6.676	2.120	4.556	6.661	2.121	4.540	6.206	1.965	4.241
Enfermedades del riñón y del uréter	6.545	3.227	3.318	6.831	3.367	3.464	6.168	3.022	3.146

Defunciones según causa de muerte, 2006. Instituto Nacional de Estadística.
 Disponible en: www.ine.es

Entre las causas de muerte que más descienden, se encuentran los accidentes de tráfico (fig. 7 y tabla 27), que ocasionaron 4.144 fallecimientos, y el sida con 1.313 muertes en 2006.

Del período observado en este informe, en 2005 el número de suicidios disminuyó el 3,6 % respecto a 2004; fallecieron 3.399 personas por suicidio (2.570 hombres y 829 mujeres), y disminuyó el 4,7 % en 2006 respecto a 2005. Esto representa una sobremortalidad masculina de 3 a 1 en suicidio y lesiones autoinfligidas (tabla 28).

Figura 7. Defunciones por accidentes de tráfico de vehículos de motor, 2004-2006



	2004	2005	2006
Mujeres	1.137	963	922
Hombres	3.730	3.510	3.222

Elaborada por el Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Defunciones por accidente. Instituto Nacional de Estadística.

TABLA 27. Defunciones por accidentes de vehículos de motor por edades, 2004-2006

	2004				2005				2006			
	Menores de 15 años	Entre 15 y 34 años	Entre 35 y 64 años	65 Años y mayores	Menores de 15 años	Entre 15 y 34 años	Entre 35 y 64 años	65 Años y mayores	Menores de 15 años	Entre 15 y 34 años	Entre 35 y 64 años	65 Años y mayores
Total	130	1.974	1.713	1.050	112	1.794	1.619	948	99	1.645	1.550	850
Hombres	75	1.598	1.365	692	73	1.491	1.315	631	70	1.364	1.249	539
Mujeres	55	376	348	358	39	303	304	317	29	281	301	311

Defunciones por accidente. Instituto Nacional de Estadística.

TABLA 28. Defunciones según la causa de muerte, 2004-2006

	2004			2005			2006		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	4.867	3.730	1.137	4.473	3.510	963	4.144	3.222	922
Sida	1.551	1.271	280	1.450	1.168	282	1.313	1.035	278
Suicidio y lesiones autoinfligidas	3.507	2.651	856	3.399	2.570	829	3.246	2.512	734
Agresiones (homicidios)	585	374	211	389	292	97	376	250	126

Defunciones por accidente. Instituto Nacional de Estadística.

Respecto a las muertes por agresiones (homicidios), en 2006 se produce un descenso total del 3,5 % respecto al año 2005; sin embargo, en ese período, las muertes por agresión u homicidio aumentan el 23 % en mujeres.

Estilos de vida y prácticas preventivas

Por lo que respecta a los hábitos de vida que están relacionados con la salud, el 50 % de la población española afirma que nunca ha fumado, el 20,5 % se declara ex fumador y el 26,4 % de la población de 16 años y mayores afirma que *fuma a diario*. Por sexo, el porcentaje de personas fumadoras es del 31,6 % de los hombres y del 21,5 % de las mujeres (tabla 29).

TABLA 29. Fumadores diarios por grupos de edad y sexo, 2006

	Hombres	Mujeres
65 Años y mayores	14,18	2,67
Entre 45 y 64 años	34,27	20,95
Entre 25 y 44 años	38,83	30,44
Entre 16 y 24 años	24,96	28,93

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo-Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España, 2006.

Desde 1993 hasta 2006, la ENSE muestra que se ha producido un continuo descenso en el porcentaje de hombres fumadores diarios. En el caso de las mujeres, parece que se ha invertido la tendencia ascendente desde el año 2003 en el porcentaje de mujeres fumadoras diarias respecto al total de personas fumadoras diarias (20,8 % en 1993, 24,7 % en 2001 y 21,5 % en 2006).

Respecto al *consumo de alcohol*, el 26 % de la población de 16 años y mayores afirma que no ha bebido nunca, el 5,8 % se declara ex bebedor, el 19,8 % bebe ocasionalmente y el 48,4 % consume bebidas alcohólicas habitualmente. El consumo de alcohol en cantidades de riesgo es casi del 7 % en hombres y casi del 3 % en mujeres.

El 60,6 % de la población de 16 años y más realiza *actividad física* en su tiempo libre. En el grupo de población infantil, asciende al 80,3 %. No obstante, el 17,6 % de los niños y el 21,9 % de las niñas son sedentarios. Casi 3 de cada 10 niños tienen *sobrepeso u obesidad* (tabla 30).

TABLA 30. Índice de masa corporal en población adulta e infantil, 2006

Población adulta	Total	Mujeres	Hombres
Peso insuficiente (<18,5 kg/m ²)	1,79	3,07	0,54
Normopeso (18,5-24,9 kg/m ²)	45,71	52,33	39,27
Sobrepeso (25,0-29,9 kg/m ²)	37,13	29,41	44,65
Obesidad (≥30,0 kg/m ²)	15,37	15,19	15,55
Población infantil	Total	Niñas	Niños
Normopeso o peso insuficiente	72,39	74,17	70,68
Sobrepeso	18,67	17,09	20,19
Obesidad	8,94	8,74	9,13

Índice de masa corporal = [peso (kg)/estatura (m) al cuadrado].

Se han utilizado los puntos de corte del índice de masa corporal para sobrepeso y obesidad infantil publicados en Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey*. BMJ 2000; 320: 1-6.

Índice de Quetelet elaborado por el Instituto de Información Sanitaria. Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo-Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España, 2006.

De cada 10 adultos de 18 años y mayores, 4 tienen sobrepeso y 1,5 obesidad. Mientras que en 1987 más del 7 % de la población de 18 años y mayores tenía un índice de masa corporal igual o superior a 30 kg/m², en 2006 este porcentaje supera el 15 %.

Los esfuerzos de las Administraciones públicas y los agentes implicados en la lucha contra la *drogadicción* comienzan a dar sus frutos. Así lo demuestran los datos de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas entre Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (Estudes¹⁵) 2006-2007. Por primera vez desde 1994, desciende el consumo de drogas entre los escolares de 14 a 18 años, especialmente tabaco, *Cannabis* y cocaína, crece la percepción de riesgo y los estudiantes consideran que ahora es más difícil conseguir drogas que hace 2 años.

15 La Encuesta Escolar sobre Drogas comenzó a realizarse en 1994 con carácter bianual. Forma parte de los estudios que la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas efectúa de forma sistemática. La información que este tipo de estudios proporciona permite diseñar políticas de actuación encaminadas a prevenir y frenar el consumo de los distintos tipos de drogas.

Su objetivo es analizar las tendencias de consumo entre los jóvenes de 14 a 18 años. En esta edición, el trabajo de campo se ha realizado entre noviembre de 2006 y febrero de 2007. La muestra incluye a 26.454 estudiantes de enseñanza secundaria de 577 centros educativos públicos y privados de toda España.

Los datos demuestran que el alcohol y el tabaco continúan siendo las drogas más consumidas por los estudiantes entre 14 y 18 años, seguidas del *Cannabis*: el 79,6 % ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, el 46,1 %, tabaco y el 36,2 %, *Cannabis*. La proporción de consumidores habituales o actuales (aquellos que han consumido en los últimos 30 días) asciende al 58 % en el caso del alcohol, al 27,8 % en el caso del tabaco y al 20,1 % en el caso del *Cannabis*.

El consumo de cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles o heroína, en general, está muy por debajo de los datos que se registran para el alcohol, tabaco y *Cannabis* (tabla 31).

La reducción del consumo en la mayoría de las sustancias es evidente respecto a las cifras del año 2004. La prevalencia del consumo de alcohol ha bajado 6,1 puntos (74,9 % en 2006 frente al 81 % en 2004); la del *Cannabis*, 6,8 (29,8 % en 2006 frente al 36,6 % en 2004), y la de cocaína, 3,1 puntos (4,1 % frente al 7,2 % en 2004).

En el caso del *Cannabis* y de la cocaína se ha quebrado la tendencia al alza en todas las frecuencias de consumo (alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses o en los últimos 30 días), que parecía imparable desde 1994. Para alcohol y tabaco se registran cifras más bajas que las de 1994, tanto para el consumo experimental como para el habitual.

La edad de inicio se mantiene en épocas tempranas (en torno a los 14 años) y no se observan cambios significativos respecto a los datos de 2004. También se confirma que la proporción de personas consumidoras aumenta con la edad y alcanza su máximo entre los estudiantes de 18 años.

En cuanto a las diferencias por género, los chicos consumen más drogas ilegales que las chicas, entre las cuales el consumo de tabaco y tranquilizantes está más extendido. La conducta frente al consumo de alcohol es muy semejante en ambos sexos. En el caso de las drogas ilegales, se observa que las prevalencias por sexo son más acusadas a medida que el consumo es más frecuente o intensivo, es decir, la diferencia relativa es mayor para el consumo en los últimos 30 días que para el consumo alguna vez en la vida (tabla 32 y fig. 8).

TABLA 31. Prevalencia de consumo de drogas, 2004-2006

		2004	2006
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida	Alcohol	82,0	79,6
	Tabaco	60,4	46,1
	<i>Cannabis</i>	42,7	36,2
	Cocaína	9,0	5,7
	Hipnosedantes sin receta	7,0	7,6
	Éxtasis	5,0	3,3
	Anfetaminas	4,8	3,4
	Alucinógenos	4,7	4,1
	Inhalables volátiles	4,1	3,0
	Heroína	0,7	1,0
Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses	Alcohol	81,0	74,9
	<i>Cannabis</i>	36,6	29,8
	Cocaína	7,2	4,1
	Hipnosedantes sin receta	4,7	4,8
	Éxtasis	2,6	2,4
	Anfetaminas	3,3	2,6
	Alucinógenos	3,1	2,8
	Inhalables volátiles	2,2	1,8
	Heroína	0,4	0,8
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días	Alcohol	65,6	58,0
	Tabaco	37,4	27,8
	<i>Cannabis</i>	25,1	20,1
	Cocaína	3,8	2,3
	Hipnosedantes sin receta	2,4	2,4
	Éxtasis	1,5	1,4
	Anfetaminas	1,8	1,4
	Alucinógenos	1,5	1,3
	Inhalables volátiles	1,1	1,1
	Heroína	0,4	0,5

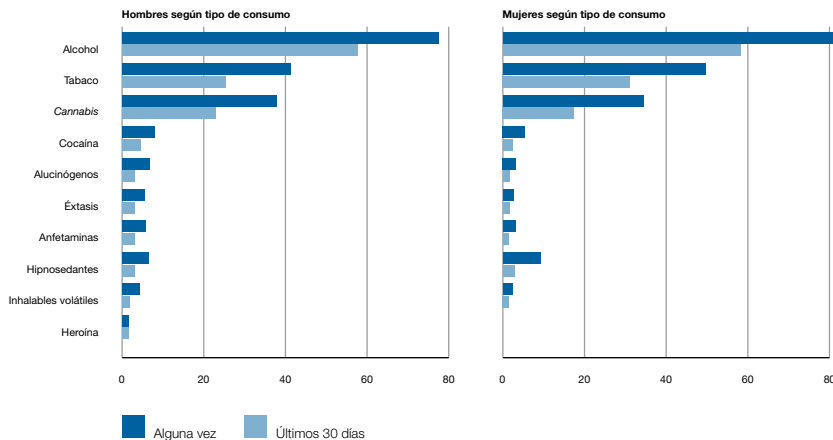
Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas entre Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (Estudes) 1994-2006.

TABLA 32. Consumo de drogas por sexos, 2004-2006

		2004		2006	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Consumo alguna vez en la vida	Alcohol	81,5	82,5	78,4	80,7
	Tabaco	56,6	64,1	42,0	49,8
	<i>Cannabis</i>	45,3	40,2	38,0	34,6
	Cocaína	11,3	6,8	6,8	4,7
	Alucinógenos	6,2	3,3	5,7	2,7
	Éxtasis	6,0	3,9	4,2	2,5
	Anfetaminas	6,0	3,6	4,2	2,7
	Hipnosedantes	5,8	8,1	5,8	9,2
	Inhalables volátiles	5,2	2,9	4,1	2,0
	Heroína	1,1	0,3	1,5	0,5
Consumo en los últimos 12 meses	Alcohol	80,6	81,5	73,4	76,3
	<i>Cannabis</i>	39,4	33,7	31,6	28,2
	Cocaína	9,4	5,1	5,2	3,1
	Alucinógenos	4,4	1,8	4,1	1,6
	Éxtasis	3,3	1,9	3,3	1,6
	Anfetaminas	4,3	2,3	3,3	2,0
	Hipnosedantes	4,0	5,5	3,7	5,8
	Heroína	0,8	0,1	1,2	0,3
	Inhalables volátiles	3,0	1,4	2,6	1,1
Consumo en los últimos 30 días	Tabaco	32,9	41,9	24,8	30,6
	Alcohol	65,5	65,7	58,1	58,0
	<i>Cannabis</i>	28,3	22,0	22,3	18,0
	Cocaína	5,1	2,6	3,1	1,6
	Alucinógenos	2,3	0,7	2,0	0,7
	Éxtasis	1,9	1,0	2,1	0,7
	Anfetaminas	2,7	1,0	2,0	1,0
	Hipnosedantes	1,8	3,0	2,0	2,8
	Heroína	0,7	0,1	0,9	0,2
	Inhalables volátiles	1,6	0,7	1,7	0,6

Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas entre Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (Estudes) 1994-2006.

Figura 8. Consumo de drogas según sexo, 2006



Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas entre Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (Estudes) 1994-2006.

Utilización de servicios sanitarios¹⁶

Entre las mujeres, la primera causa de hospitalización correspondió a los episodios de embarazo, parto y puerperio, con el 24,6 % del total. La creciente participación de este grupo en el total de las altas hospitalarias es acorde con la evolución del número de nacimientos en España que, en 2005 y 2006, ha alcanzado sus valores más altos desde 1990. Las siguientes causas de hospitalización correspondieron al grupo de enfermedades del aparato circulatorio (10,4 %), enfermedades del aparato digestivo (9,6 %), tumores (7,7 %) y enfermedades del sistema respiratorio (7,5 %).

En los hombres, las enfermedades que dieron lugar a mayor número de hospitalizaciones fueron las del aparato circulatorio, con el 15,3 % del

¹⁶ La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria recoge información por muestreo del 85 % de los hospitales españoles en el año 2006, tanto públicos como privados, lo que origina que el volumen de personas enfermas recogido directamente de los hospitales alcance el 91 % del total de altas hospitalarias con internamiento que se producen anualmente en este país. La información sanitaria se centra en el diagnóstico principal que figura en el informe de alta hospitalaria que recibe el paciente y qué ha motivado su ingreso según criterio del servicio clínico o facultativo que atendió a la persona enferma.

total. Por detrás se situaron las enfermedades del aparato digestivo (14,8 %), las enfermedades del sistema respiratorio (13,2 %), las lesiones y envenenamientos (10 %) y los tumores (9,6 %).

Si del total de altas se excluyeran las producidas por los episodios de embarazo, parto y puerperio, el mayor porcentaje de participación correspondería a los hombres (53,5 %).

La media de edad de las altas hospitalarias se situó en 51 años (53 años en los hombres y 49 en las mujeres).

Las personas de 85 años y mayores representaron el 6,3 % del total de altas hospitalarias en 2006. Cabe destacar que en el período 1996-2006 se ha incrementado el porcentaje de participación de los grupos de edad más avanzada (65-74, 75-84, 85 años y mayores) sobre el total de las altas hospitalarias, como consecuencia de la mayor representación que tienen estas edades en el conjunto de la población. Estos tres grupos de edad representaron más del 37 % del total de hospitalizaciones en 2006, frente al 32,3 % del año 1996.

Desarrollo normativo e institucional

La culminación de las transferencias sanitarias a todas las comunidades autónomas en 2001 comportó la conclusión de la nueva configuración y estructura del Sistema Nacional de Salud (SNS), pues integró los servicios de salud de todas aquellas comunidades autónomas que aún se mantenían en el ámbito de gestión de la Seguridad Social (Insalud).

Partiendo de la normativa estatal básica constitutiva del SNS, con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y finalizado el período de transferencias sanitarias, con la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, junto con otras normas básicas de alcance específico (relativas a los derechos y garantías de los pacientes y al personal sanitario), las comunidades autónomas han ido desarrollando este marco legislativo sanitario del SNS mediante las correspondientes normas autonómicas generales de desarrollo (leyes autonómicas de salud o de sanidad).

En este marco de referencia se ha llevado a cabo el desarrollo normativo e institucional durante el período 2004-2007 en el cual todas las Administraciones han tratado de mantener, reforzar y desarrollar el SNS, garantizando la realización de sus principios fundamentales (aseguramiento universal y público, prestación de una atención integral, igualdad efectiva y calidad en la prestación de los servicios, coordinación y cooperación de las Administraciones responsables y colaboración del sector privado), favoreciendo su estabilidad y manteniendo y mejorando la equidad y la calidad en la atención sanitaria de las personas y en la protección de la salud del conjunto de la sociedad.

Este proceso, que comienza con el desarrollo por parte de las comunidades autónomas de los aspectos básicos de carácter general mencionados, continúa con una progresiva madurez en la acción institucional reflejada en una normativa que trata cuestiones cada vez más técnicas en la configuración de las prestaciones y los derechos y garantías de la ciudadanía, disponiendo soluciones organizativas más elaboradas. Éstas tienen como objetivo cumplir mejor con unas funciones cada vez más diversificadas en la atención a la protección y mejora de la salud general de la población o al abordaje de problemas de salud específicos.

En el período 2004-2007, todas las Administraciones han tratado de mantener, reforzar y desarrollar la cohesión y calidad en el SNS a partir del reajuste experimentado en el período precedente (culminación del proceso de transferencias y nuevo sistema de financiación), lo que ha originado un desarrollo normativo cada vez más preciso y complejo.

Derechos y garantías de la ciudadanía

Los derechos de la ciudadanía dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) se concretan en diversos aspectos que deben distinguirse si bien se encuentran interrelacionados.

Como derecho básico y primario se encuentra el *derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria* que reconoce el Artículo 43 de la Constitución Española que se concreta en las prestaciones sanitarias enumeradas en el Catálogo de prestaciones del SNS establecido en el *Artículo 7 de la Ley de Cohesión y Calidad*, y que se concretan con carácter básico para todo el país por la cartera de servicios del SNS y con especificidad para cada territorio mediante las carteras de servicios autonómicas (tabla 33).

TABLA 33. Normas legales fundamentales en materia de derechos y garantías de la ciudadanía, por comunidad autónoma y fecha, 2007

Fecha	Denominación
Andalucía	
29/03/2007	Orden de 29 de marzo de 2007, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones 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 y se convocan las correspondientes para el año 2007
14/05/2007	Orden de 14 de mayo de 2007, por la que se actualizan los procedimientos quirúrgicos recogidos en el Anexo I del Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía y se establecen sus correspondientes cuantías
Aragón	
17/04/2007	Decreto 57/2007, de 17 de abril, por el que se regula el procedimiento para la libre elección de Médico Especialista y de Hospital en el Sistema Sanitario Público de Aragón
08/05/2007	Decreto 65/2007, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la cartera de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón
Asturias (Principado de)	
04/05/2007	Resolución de 4 de mayo de 2007, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, por la que se aprueba la instrucción que establece el procedimiento para la prestación de la asistencia farmacoterapéutica a pacientes externos en la red hospitalaria pública del Principado de Asturias
Baleares (Islas)	
27/04/2007	Decreto 58/2007, de 27 de abril, de desarrollo de la Ley de voluntades anticipadas y del Registro de Voluntades Anticipadas de las Islas Baleares
Castilla y León	
22/03/2007	Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro de instrucciones previas de Castilla y León

20/12/2007	Decreto 121/2007, de 20 de diciembre, por el que se regula el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en el Sistema de Salud de Castilla y León
Castilla-La Mancha	
30/01/2007	Decreto 6/07, de 30 de enero, de tiempos máximos de respuesta, prestaciones garantizadas, tarifas y abono por gastos de desplazamiento
08/05/2007	Decreto 55/07, de 8 de mayo, de modificación del Decreto 273/2004, de 9 de noviembre, sobre la prestación de atención dental a la población de Castilla-La Mancha con edades comprendidas entre 6 y 15 años y a las personas con discapacidad que presenten determinadas condiciones clínicas
Cataluña	
05/06/2007	Decreto 125/2007, de 5 de junio, por el que se regula el ejercicio del derecho a obtener una segunda opinión
Galicia	
27/09/2007	Decreto 205/2007, de 27 de septiembre, que regula el derecho a la segunda opinión médica en el sistema sanitario público gallego
28/11/2007	Orden de 28 de noviembre de 2007, que regula el procedimiento para la incorporación de técnicas, tecnologías o procedimientos a la cartera de servicios del sistema sanitario público de Galicia
29/11/2007	Orden de 29 de noviembre de 2007, que abre el plazo de presentación de solicitudes para el pago de las ayudas sociales previstas en el apartado 1.a) de la disposición adicional 11.ª de la Ley 14/2006, de 28 de diciembre, de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Galicia para el año 2007, para personas con hemofilia o coagulopatías congénitas afectadas por el VHC
Madrid (Comunidad de)	
19/04/2007	Orden 645/2007, de 19 de abril, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regula el otorgamiento de las instrucciones previas ante el personal al servicio de la Administración
Murcia (Región de)	
11/05/2007	Decreto 71/2007, de 11 de mayo, por el que se establece el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en la red sanitaria de utilización pública de la Región de Murcia
País Vasco	
29/03/2007	Orden de 29 de marzo de 2007, del Consejero de Sanidad, por la que se aprueban el catálogo general de material ortoprotésico y el baremo de las condiciones socioeconómicas que dan lugar al abono directo de la prestación ortoprotésica
18/09/2007	Decreto 149/2007, de 18 de septiembre, por el que se regula el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica
VHC, virus de la hepatitis C.	

Durante el período 2004-2007 se produjo el desarrollo de esta nueva configuración del marco normativo de las prestaciones sanitarias con la aprobación a nivel estatal del Real Decreto 1.030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para la actualización de las prestaciones mientras que, en el ámbito autonómico,

progresivamente se van estableciendo normas específicas a nivel territorial para su aprobación y modificación y se va definiendo de forma concreta su contenido en algunas comunidades autónomas entre las transferidas más recientemente (Extremadura, Aragón, Galicia y Baleares).

El contenido de las prestaciones sanitarias autonómicas en cada una de las comunidades autónomas tiende a la asimilación por parte de las demás de forma que se terminan generalizando las nuevas prestaciones que no figuraban inicialmente en la cartera de servicios comunes del SNS. Es el caso del Programa Integral de Salud Bucodental Infantil de Cantabria de 1989, que incluye ortodoncia, según protocolo, y atención dental a personas con discapacidad, o del Programa de Atención Dental Infantil (PADI) de Navarra de 1991, que incluye atención dental a la infancia desde los 6 hasta los 15 años (en 2003 se elevó el período de edad a 18 años y se fue implantando progresivamente hasta que se completó en 2006, llegando la cobertura a ser del 70-75 % de la población incluida en programa). También Andalucía provee de la prestación de atención dental a menores con anterioridad al período de análisis. Extremadura incluyó este tipo de prestación dental en 2005.

Algunas comunidades autónomas complementan las prestaciones de su cartera de servicios con ayudas a gastos determinados derivados de enfermedad: gastos para familiares por la enfermedad de Alzheimer (Andalucía en 2004), gastos de desplazamiento para atención sanitaria (Cantabria en 2007), ayudas para personas con hemofilia o coagulopatías afectadas por VHC (virus de la hepatitis C) tras procesos de tratamiento en los servicios de salud (País Vasco y Galicia).

Respecto a la configuración del contenido de las prestaciones autonómicas adicionales, en todo este período puede apreciarse cómo durante los 2 primeros años se produjo una intensa actividad de inclusión de nuevas prestaciones y la actualización de las existentes hasta que a partir de 2006 se produce una tendencia mayor a la contención en la entrada de nuevas prestaciones y a incluir más selectivamente aquellas prestaciones dirigidas a atender problemas de salud concretos. Por ejemplo, Cataluña incorpora en su cartera de servicio prestaciones, como diagnóstico preimplantacional, tratamiento de la degeneración macular senil, programa de atención médica a los trastornos de identidad de género (también Andalucía), hipotrofia facial asociada con el VIH (virus de inmunodeficiencia humana), técnica de la hemofiltración *on line*, asistencia podológica a personas enfermas de diabetes y cobertura de determinados programas de salud mental.

Asimismo, junto al derecho a las prestaciones sanitarias, se incluyen otros derechos complementarios reconocidos en el *Artículo 4 de la Ley de Cohesión y Calidad*, como son el *derecho a la segunda opinión médica* y *a la atención en un tiempo determinado* (listas de espera), a los cuales se unen los derechos reconocidos en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica regula-

dora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (derecho a la información sanitaria, a la intimidad y a la autonomía del paciente –consentimiento informado, instrucciones previas, derecho a la información sobre el SNS y a la elección de médico–).

Las comunidades autónomas han llevado a cabo un desarrollo propio de los derechos de las personas usuarias a nivel autonómico a distintas velocidades y con diferente alcance a partir de los contenidos básicos.

En cuanto al derecho a la segunda opinión, si bien se encontraba recogido en algunas de las normas autonómicas de salud, los decretos de su desarrollo se han ido prolongando desde que Andalucía aprobara el primer reglamento al respecto en 2004 hasta su generalización en casi todas las comunidades autónomas, con la aprobación de normas específicas por parte de la Comunidad Valenciana, Murcia, Cataluña, Galicia, Castilla y León en 2007, así como Navarra y País Vasco.

La garantía de los tiempos máximos de respuesta ha sido determinada progresivamente y desarrollada o adaptada de forma específica durante todo este período hasta que en 2007 la práctica totalidad de las comunidades autónomas ya había dispuesto los instrumentos de gestión e información necesarios (esencialmente, las listas de espera) para ofrecer la atención requerida dentro del plazo máximo establecido, con alcance y soluciones que varían de una comunidad autónoma a otra y que evolucionan tratando de reducir los tiempos de respuesta (así, en 2007 Andalucía resalta la reducción del plazo máximo para la intervención quirúrgica que pasa de 180 a 120 días).

Por lo que respecta a los derechos reconocidos en la Ley de Autonomía del Paciente, se han regulado a nivel autonómico en diversos aspectos relativos al *consentimiento informado*, así como sobre las instrucciones previas o voluntades anticipadas, dentro de lo dispuesto en el Artículo 11. Así, se han aprobado normas generales reguladoras de las voluntades anticipadas (Navarra, Castilla-La Mancha, Baleares y Madrid) y se ha desarrollado el funcionamiento de los registros de voluntades anticipadas (en 2004, Andalucía y en 2007, Comunidad Valenciana, Murcia, La Rioja, Cantabria, Canarias, Madrid, Castilla-La Mancha, La Rioja, Extremadura, Castilla y León y Navarra), el resto de los cuales fueron creados con anterioridad al período que se analiza (p. ej., Cataluña en 2002).

Aparte de ello, el derecho a la *intimidad de los pacientes* se ve garantizado de forma especial en todas las comunidades autónomas por lo que respecta al tratamiento automatizado de sus datos personales y el derecho a la intimidad por los sistemas autonómicos de salud. Así, se puede apreciar una constante, numerosa y generalizada intervención autonómica en la adecuación de su actividad a lo dispuesto en la normativa sobre protección de

datos, con unas garantías adicionales en atención a la implicación de datos de carácter sanitario.

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 Profesionales Sanitarias, aquellos servicios autonómicos que aún no lo habían dispuesto desarrollaron en 2006 dicho contenido, como es el caso específico de la Comunidad Valenciana y de Extremadura, y a partir de 2007 se aprecia una tendencia hacia el reconocimiento expreso del derecho a la elección no sólo en el ámbito de la atención primaria, sino también en el de atención especializada (Aragón).

Los derechos señalados hasta ahora son reconocidos con carácter básico a nivel estatal y, a partir de la Ley 40/2006, se extienden a las ciudadanas y ciudadanos españoles en el extranjero, lo cual ya ha sido concretado por alguna comunidad autónoma (La Rioja).

A partir de estos *derechos comunes*, las comunidades autónomas han añadido otros *derechos específicos* relacionados con distintas dimensiones de la atención sanitaria, sea a través de sus normas generales sea a través de normas específicas (así, Cantabria con el reconocimiento en 2007 de derechos con el nacimiento en el ámbito sanitario, que ya existía en alguna otra comunidad autónoma; o Andalucía con la regulación por ley de los derechos de las personas que se sometan a análisis genéticos).

Con respecto a las *garantías*, al margen de las comunes a todos los derechos que se reconocen a nivel autonómico, destaca la aprobación de un plan de garantía de los derechos de las personas en relación con la salud en Castilla y León

Organización sanitaria

La dimensión organizativa del SNS sufrió profundas modificaciones como consecuencia del reajuste derivado de la culminación de los traspasos de funciones y servicios en materia de asistencia sanitaria a las comunidades autónomas.

Tras la creación y adaptación de las estructuras necesarias, durante el período 2004-2007, el desarrollo de la organización sanitaria de las comunidades autónomas se ha caracterizado por su estabilidad, lo cual no ha impedido su crecimiento progresivo y el incremento de su complejidad por razón de las diversas soluciones desarrolladas, tanto en el diseño de las Administraciones y entes públicos responsables como en las formas de gestión de la asistencia sanitaria (tabla 34).

TABLA 34. Normas legales fundamentales en materia de organización sanitaria, por comunidad autónoma y fecha, 2007

Fecha	Denominación
Andalucía	
29/12/2006	Orden de 29 de diciembre de 2006, por la que se amplía el plazo para la resolución del concurso de méritos para la provisión de puestos de trabajo vacantes en el ámbito de esta Consejería, en la provincia de Sevilla
23/01/2007	Decreto 18/2007, de 23 de enero, por el que se regula el sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional de los profesionales sanitarios del sistema sanitario público de Andalucía
23/01/2007	Decreto 18/2007, de 23 de enero, por el que se regula el sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional de los profesionales sanitarios del sistema sanitario público de Andalucía
09/02/2007	Orden de 9 de febrero de 2007, por la que se crea el fichero automatizado con datos de carácter personal de los usuarios del sistema de información de género
16/02/2007	Orden de 16 de febrero de 2007, por la que se suprime la categoría de Psicólogo y se establece el procedimiento de integración directa en la categoría de Facultativo Especialista de Área de Psicología Clínica en el Servicio Andaluz de Salud
22/02/2007	Orden de 22 de febrero de 2007, por la que se aprueba el Plan Anual de Inspección de Servicios Sanitarios
02/03/2007	Orden de 2 de marzo de 2007, por la que se resuelve el concurso de méritos para la provisión de puestos de trabajo vacantes en el ámbito de esta Consejería en la provincia de Sevilla
08/03/2007	Orden de 8 de marzo de 2007, por la que se establece la tramitación electrónica del procedimiento de facturación, relativo a la prestación asistencial dental a la población de 6 a 15 años que regula el Decreto 281/2001, de 26 de diciembre
22/03/2007	Decreto 75/2007, de 13 de marzo de 2007, por el que se regula el sistema de provisión de puestos directivos y cargos intermedios de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud
22/03/2007	Orden de 22 de marzo de 2007, por la que se actualiza la estructura y cuantía de las compensaciones por la participación de los Centros Hospitalarios en el Programa de Detección, Extracción y Trasplantes de Órganos y Tejidos
27/03/2007	Acuerdo de 27 de marzo de 2007, del Consejo de Gobierno, por el que se autoriza a la persona titular de la Consejería de Salud a ofertar al personal sanitario del Centro de Urgencias y Emergencias del Ayuntamiento de Sevilla su incorporación como personal del Servicio Andaluz de Salud y su integración en el régimen estatutario de su personal
24/04/2007	Acuerdo de 24 de abril de 2007, del Consejo de Gobierno, por el que se autoriza a la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud a contratar el suministro del antiviral tamiflú y del principio activo oseltamivir fosfato, por importe de 12.626.369,96 euros
07/05/2007	Orden de 7 de mayo de 2007, por la que se crean, modifican y suprimen ficheros automatizados que contienen datos de carácter personal gestionados por las Delegaciones Provinciales de la Consejería
11/05/2007	Orden de 11 de mayo de 2007, por la que se da publicidad a la composición del Consejo Rector del Consorcio Sanitario Público del Aljarafe
11/05/2007	Orden de 11 de mayo de 2007, por la que se delegan competencias para la suscripción de un convenio de colaboración entre la Consejería de Salud, la Diputación Provincial de Cádiz y los Ayuntamientos de la provincia para el control de las instalaciones con riesgo de transmisión de Legionelosis (torres de refrigeración y condensadores evaporativos)

22/05/2007	Orden de 22 de mayo de 2007, por la que se establece el procedimiento de integración directa y voluntaria del personal sanitario laboral del Centro de Urgencias y Emergencias del Ayuntamiento de Sevilla en el régimen estatutario y su incorporación como personal del Servicio Andaluz de Salud
22/05/2007	Orden de 22 de mayo de 2007, por la que se crean ficheros automatizados con datos de carácter personal en el ámbito de la Consejería
22/05/2007	Acuerdo de 22 de mayo de 2007, del Consejo de Gobierno, por el que se autoriza a la Consejería de Salud para la suscripción de un concierto de asistencia sanitaria con la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y se exime a ésta de la constitución de las correspondientes garantías
19/05/2007	Acuerdo de 19 de junio de 2007 del Consejo de Gobierno, por el que se autoriza al Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud a contratar las obras de construcción del Centro Hospitalario de Alta Resolución de Especialidades La Janda, en Vejer de la Frontera, Cádiz, por importe de 15.180.951,16 euros
19/06/2007	Acuerdo de 19 de junio de 2007, del Consejo de Gobierno, por el que se autoriza al Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud a contratar las obras de construcción del Centro Hospitalario de Alta Resolución de Especialidades Costa Occidental, en Lepe, Huelva, por importe de 16.889.945 euros
25/06/2007	Orden de 25 de junio de 2007, por la que se modifica el fichero automatizado con datos de carácter personal de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias
25/06/2007	Orden de 25 de junio de 2007, por la que se establecen los criterios de aplicación y valoración del complemento de productividad mediante método directo al personal funcionario de la Consejería que desempeñen las funciones de la Red de Alerta del Sistema Sanitario Público de Andalucía, fuera del horario laboral
10/07/2007	Orden de 10 de julio de 2007, por la que se regula la aplicación del complemento de productividad del personal de la Inspección de Servicios Sanitarios
31/07/2007	Acuerdo de 31 de julio de 2007, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Acuerdo de 19 de febrero de 2007, de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad de Andalucía para la mejora de las condiciones de trabajo del personal con relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud
09/10/2007	Acuerdo de 9 de octubre de 2007, del Consejo de Gobierno, por el que se autoriza a la Consejería de Salud a suscribir un Convenio con el Ayuntamiento de Morón de la Frontera (Sevilla) para la integración del Hospital La Milagrosa en el sistema sanitario público de Andalucía
09/10/2007	Acuerdo de 9 de octubre de 2007, del Consejo de Gobierno, por el que se autoriza al Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud a contratar las obras de construcción del nuevo Hospital Comarcal de Ronda, Málaga, por importe de 43.056.409,66 euros
20/11/2007	Acuerdo de 20 de noviembre de 2007, del Consejo de Gobierno, por el que se autoriza al Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud a contratar las obras de construcción del Centro Hospitalario de Alta Resolución de Especialidades Sierra de Huelva, en Aracena, por importe de 14.110.313,75 euros
26/11/2007	Ley 11/2007, de 26 de noviembre, reguladora del consejo genético, de protección de los derechos de las personas que se sometan a análisis genéticos y de los bancos de ADN humano en Andalucía
18/12/2007	Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía
18/12/2007	Decreto 297/2007, de 18 de diciembre, por el que se crea y regula el Registro de Cáncer de Andalucía

Aragón	
27/12/2006	Orden de 27 de diciembre de 2006, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se aprueban los modelos de autoliquidación de tasa 35 por evaluación de ensayos clínicos y otras actuaciones relativas a medicamentos y productos sanitarios
14/02/2007	Orden de 14 de febrero de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regulan las figuras del Coordinador de Área Médica, Coordinador de Área Quirúrgica y Coordinador de Área de Servicios Centrales, del Sistema de Salud de Aragón
26/02/2007	Orden de 26 de febrero de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se actualizan los precios públicos por la prestación de servicios y realización de actividades de la Entidad Pública Aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos
17/04/2007	Decreto 58/2007, de 17 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se modifica el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón
27/04/2007	Orden de 27 de abril de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la acción concertada en materia de prestación de servicios sanitarios
11/05/2007	Orden de 11 de mayo de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula y desarrolla el Programa de Formación en Competencias Comunes para Médicos Internos Residentes de la Comunidad Autónoma de Aragón
08/05/2007	Decreto 88/2007, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se crean los ficheros de datos de carácter personal del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud
05/06/2007	Decreto 97/2007, de 5 de junio, de creación del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Aragón
15/06/2007	Orden de 15 de junio de 2007, por la que se actualiza la clasificación de las zonas de salud de la Comunidad Autónoma de Aragón a efectos de planificación farmacéutica
11/09/2007	Orden de 11 de septiembre de 2007, por la que se regula la gestión y autoliquidación de la Tasa número 20 por Servicios Farmacéuticos
18/09/2007	Decreto 229/2007, de 18 de septiembre, de creación de la categoría de Enfermero Especialista en Salud Mental
05/12/2007	Orden de 5 de diciembre de 2007 por la que se publica el Acuerdo del Gobierno de Aragón de 4 de diciembre de 2007, por el que se otorga la aprobación expresa y formal, a los Acuerdos alcanzados en la Mesa Sectorial
Asturias (Principado de)	
16/03/2007	Decreto 1/2007, de 18 de enero, por el que se establece el procedimiento de integración en la condición de personal estatutario del Servicio de Salud
16/03/2007	Ley del Principado de Asturias 1/2007, de 16 de marzo, de atención y ordenación farmacéutica
Baleares (Islas)	
28/02/2007	Orden de la Consejera de Salud y Consumo de 28 de febrero de 2007, por la cual se disponen diversas medidas para garantizar el normal suministro de medicamentos a los pacientes en las oficinas de farmacia de la comunidad autónoma de las Islas Baleares
16/03/2007	Acuerdo del Consejo de Gobierno de 16 de marzo de 2007, por el cual se ratifica el Acuerdo de la Mesa sectorial de 9 de marzo de 2007, por el cual se modifica el Acuerdo suscrito por ésta el día 3 de julio de 2006 sobre sistema de promoción, desarrollo y carrera profesional del personal dependiente del Servicio de Salud de las Islas Baleares

16/03/2007	Acuerdo del Consejo de Gobierno de 16 de marzo de 2007, por el que se ratifica el Acuerdo de la Mesa Sectorial de 9 de marzo de 2007 que establece las bases para participar en el sistema de desarrollo profesional del personal no incluido en el ámbito de aplicación del Acuerdo del Consejo de Gobierno de 22 de diciembre de 2006, sobre sistema de promoción, desarrollo profesional del personal dependiente del Servicio de Salud de las Islas Baleares
23/03/2007	Acuerdo del Consejo de Gobierno de 23 de marzo de 2007, sobre la percepción del complemento de pensión por el personal del Servicio de Salud de las Islas Baleares que haya accedido a la jubilación antes del 31 de diciembre de 2001
28/03/2007	Ley 4/2007, de 28 de marzo, de creación del Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de las Islas Baleares
20/04/2007	Acuerdo del Consejo de Gobierno de 20 de abril de 2007, por el que se ratifica el Acuerdo de la Mesa Sectorial de 30 de marzo de 2007, por el cual se homologan las retribuciones del personal auxiliar de clínica afectado por la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 14 de junio de 1984 con las retribuciones correspondientes al personal técnico especialista de la rama sanitaria
06/07/2007	Decreto 9/2007, de 6 de julio, del presidente de las Islas Baleares, por el cual se determina la composición del Gobierno y se establece la estructura de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares
11/07/2007	Decreto 11/2007, de 11 de julio, del presidente de las Islas Baleares, por el cual se establecen las competencias y la estructura orgánica básica de las consejerías de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares
20/07/2007	Decreto 14/2007, de 20 de julio, del presidente de las Islas Baleares, por el cual se modifica el Decreto 11/2007, de 11 de julio, en relación con las competencias y la estructura orgánica básica de las consejerías de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares
05/10/2007	Decreto 124/2007, de 5 de octubre, de creación de la Red Autonómica de Coordinación de Trasplantes de las Islas Baleares
19/10/2007	Decreto 132/2007, de 19 de octubre, por el cual se modifica el Decreto 14/2002, de 1 de febrero, sobre ordenación de les competencias en materia de sanidad y servicios de salud
27/12/2007	Ley 6/2007, de 27 de diciembre, de medidas tributarias y económico-administrativas
Canarias	
16/01/2007	Orden de 16 de enero de 2007, por la que se aprueba el Mapa Farmacéutico de Canarias
13/03/2007	Decreto 56/2007, de 13 de marzo, por el que se regula la tarjeta sanitaria canaria, el documento sanitario de inclusión temporal y el acceso a las prestaciones públicas de asistencia sanitaria y farmacéutica
22/03/2007	Orden de 22 de marzo de 2007, por la que se establece el procedimiento para la denominación de los centros de atención primaria y consultorios locales del Servicio Canario de la Salud
23/04/2007	Orden de 23 de abril, por la que se crea el Registro de Enfermos Renales de Canarias
08/05/2007	Decreto 94/2007, de 8 de mayo, por el que se crean y regulan la Comisión Asesora de Bioética de Canarias y los comités de ética asistencial
23/05/2007	Orden de 23 de mayo de 2007, por la que se designan centros sanitarios de referencia para prestar asistencia sanitaria a más de un área de salud respecto a la realización de determinados tipos de trasplantes de órganos
26/12/2007	Decreto 421/2007, de 26 de diciembre, por el que se aprueba y desarrolla el modelo de carrera profesional del personal sanitario de formación profesional y del personal de gestión y servicios del Servicio Canario de la Salud

Cantabria	
	Decreto 60/2007, de modificación parcial de las estructuras orgánicas y de las relaciones de puestos de trabajo de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y de la Dirección Gerencia del Servicio Cántabro de Salud
	Decreto 139/2007, por el que se modifica la estructura básica de la Consejería de Sanidad
	Orden SAN/14/2007, por la que se fijan las cuantías de los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por el Servicio Cántabro de Salud
	Orden SAN/35/2007, por la que se regula la Cartilla de Salud del Embarazo de la Comunidad Autónoma de Cantabria
	Acuerdo del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Acuerdo integral para la mejora de la calidad en el empleo del personal de Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud
	Resolución, por la que se aprueba la actualización de la Carta de Servicios correspondiente al Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas de la Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria
Castilla y León	
07/03/2006	Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León
15/03/2006	Decreto 28/2007, de 15 de marzo, por el que se establece el sistema de información de enfermedades asistidas, se regula el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta hospitalaria y procedimientos ambulatorios especializados y se crea el registro del CMBD de la Comunidad de Castilla y León
23/03/2006	Orden SAN/605/2007, de 23 de marzo, por la que se regula el Registro de establecimientos y servicios farmacéuticos de Castilla y León
29/11/2007	Decreto 118/2007, de 29 de noviembre, por el que se desarrolla la Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León
29/11/2007	Acuerdo 242/2007, de 29 de noviembre, de la Junta de Castilla y León, por el que se establece la denominación y codificación de las Áreas de Salud y las Zonas Básicas de Salud de la Comunidad de Castilla y León, se hace pública la actual delimitación territorial de las Zonas Básicas de Salud y se aprueba la denominación de los Complejos Asistenciales de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León
14/12/2007	Orden SAN/2008/2007, de 14 de diciembre, por la que se crea el comité asesor de la Gerencia Regional de Salud de la Comunidad Autónoma de Castilla y León para la utilización terapéutica de la hormona de crecimiento y sustancias relacionadas
Castilla-La Mancha	
19/01/2007	Orden de 19 de enero, de la Consejería de Sanidad, por la que se crea el fichero de registro de datos de la vigilancia sanitaria específica de los trabajadores expuestos al amianto
22/01/2007	Orden de 22 de enero, de la Consejería de Sanidad, de creación del fichero automatizado de procesos selectivos y bolsas de trabajo de la Consejería de Sanidad
	Decreto 60/2007 de transferencia a la Junta de Castilla-La Mancha de medios personales, materiales y económicos del IPSS y de la USM de la Diputación Provincial de Cuenca
	Decreto 62/2007, que regula el sistema de carrera profesional del personal estatutario sanitario de formación profesional, y del personal estatutario de gestión y servicios, del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
27/03/2007	Orden de 27 de marzo, de estructura orgánica, territorial y funcional de los hospitales y centros de especialidades en el Área de Salud La Mancha-Centro

27/03/2007	Orden de 27 de marzo, de la Consejería de Sanidad, por la que se segrega el Hospital Virgen de Altagracia de Manzanares, del complejo hospitalario La Mancha-Centro de Ciudad Real
15/05/2007	Decreto 61/2007, de 15 de mayo, de ampliación de los órganos de participación del Área de Salud de Puertollano
22/05/2007	Decreto 63/2007, de 22 de mayo, por el que se regula el concurso de traslados del personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha tras la finalización del proceso extraordinario de consolidación de empleo
22/05/2007	Decreto 64/2007, de 22 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica del Instituto de Consumo y se regula la composición y funcionamiento del Consejo de Dirección
17/07/2007	Decreto 128/2007, de 17 de julio, de estructura orgánica y competencias de la Consejería de Sanidad
17/07/2007	Decreto 129/2007, de 17 de julio, de estructura orgánica y funciones de los servicios centrales y periféricos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
20/11/2007	Decreto 297/2007, de 20 de noviembre, por el que se establece el procedimiento para la integración del personal sanitario del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, que percibe sus haberes por la modalidad de cupo y zona, en el sistema de prestación de servicios, de dedicación y de retribuciones de este servicio de salud
Cataluña	
05/03/2007	Orden SLT/46/2007, de 5 de marzo, por la que se regula el contenido y el modelo de la tarjeta sanitaria individual en Cataluña
19/06/2007	Decreto 136/2007, de 19 de junio, por el que se crea el registro de convenios y contratos en el ámbito de la asistencia sanitaria pública
03/07/2007	Decreto 147/2007, de 3 de julio, por el que se establecen los órganos del Departamento de Salud y del Servicio Catalán de la Salud competentes para imponer las sanciones y las medidas cautelares que establecen la Ley 31/1991, de 13 de diciembre, de ordenación farmacéutica de Cataluña, y la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios
24/07/2007	Decreto 159/2007, de 24 de julio, por el que se regula la receta electrónica y la tramitación telemática de la prestación farmacéutica a cargo del Servicio Catalán de la Salud
30/07/2007	Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud
27/11/2007	Decreto 258/2007, de 27 de noviembre, por el que se establecen, con carácter provisional hasta que se aprueben los estatutos y normas de despliegue de la Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud, normas organizativas del Instituto Catalán de la Salud
18/12/2007	Decreto 275/2007, de 18 de diciembre, por el que se modifican la disposición transitoria primera del Decreto 213/1999, de 27 de julio, por el que se crea la red de centros, servicios y establecimientos de salud mental de utilización pública de Cataluña, y la disposición transitoria única del Decreto 242/1999, de 31 de agosto, por el que se crea la red de centros, servicios y establecimientos sociosanitarios de utilización pública de Cataluña
Comunidad Valenciana	
12/01/2007	Acuerdo de 12 de enero de 2007, del Consejo, sobre racionalización del sistema de guardias y atención continuada y nuevas formas de prestación de las mismas
13/04/2007	Decreto 38/2007, de 13 de abril, del Consejo, por el que se regula el complemento de productividad variable del personal al servicio de las instituciones sanitarias de la Consejería de Sanidad

13/04/2007	Acuerdo de 13 de abril de 2007, del Consejo, sobre racionalización del sistema de guardias y atención continuada en las instituciones sanitarias dependientes de la Consejería de Sanidad
18/05/2007	Decreto 74 /2007, de 18 de mayo, del Consejo, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana
22/06/2007	Decreto 85/2007, de 22 de junio, del Consejo, por el que se aprueba el sistema de desarrollo profesional en el ámbito de las instituciones sanitarias de la Consejería de Sanidad
13/07/2007	Decreto 102/2007, de 13 de julio, del Consejo, por el que se modifica el Decreto 56/2006, de 28 de abril, del Consejo, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Consejería de Sanidad
27/07/2007	Decreto 120/2007, de 27 de julio, del Consejo, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Consejería de Sanidad
21/09/2007	Decreto 160/2007, de 21 de septiembre, del Consejo, por el que se modifica el Decreto 66/2006, de 12 de mayo, que aprobó el sistema de carrera profesional en el ámbito de las instituciones sanitarias de la Consejería de Sanidad
05/10/2007	Decreto 173/2007, de 5 de octubre, del Consejo, por el que se aprueba el Sistema de Carrera Profesional del Personal de Salud Pública de la Consejería de Sanidad
Extremadura	
03/01/2007	Resolución de 3 de enero de 2007, de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, por la que se autoriza el funcionamiento del Hospital Infanta Cristina de Badajoz, para la realización de trasplantes hepáticos
17/01/2007	Anuncio de 17 de enero de 2007, por el que se hace pública la adjudicación del concurso para la contratación de obras de construcción del nuevo Hospital de Cáceres
23/01/2007	Decreto 12/2007, de 23 de enero, por el que se regula el sistema de selección de personal estatutario y de provisión de plazas básicas y singuralizadas del Servicio Extremeño de Salud
31/01/2007	Resolución de 31 de enero de 2007, de la Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias, por la que se determinan las actividades docentes del Programa de Formación en Ciencias de la Salud de Extremadura 2007 en su primera convocatoria
06/02/2007	Decreto 22/2007, de 6 de febrero de 2007, por el que se modifica el Decreto 102/2005, de 12 de abril, por el que se establecen las bases reguladoras de las subvenciones que debe otorgar la Consejería de Sanidad y Consumo
10/04/2007	Decreto 71/2007, de 10 de abril, por el que se crea el Consejo Asesor sobre el Cáncer del Sistema Sanitario Público de Extremadura
25/04/2007	Orden de 25 de abril de 2007, por la que se modifica la Orden de 29 de abril de 2004, por la que se regula el procedimiento de obtención de tarjeta sanitaria en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura
19/06/2007	Decreto 135/2007, de 19 de junio, por el que se regula la Comisión de Farmacia de Extremadura
20/07/2007	Decreto 19/2007, de 20 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Dependencia
31/08/2007	Decreto 293/2007, de 31 de agosto, por el que se regula el horario de atención al público y los servicios de urgencias de las oficinas de farmacia en la Comunidad Autónoma de Extremadura
30/10/2007	Orden de 30 de octubre de 2007, por la que se actualizan las cuantías de los conciertos del Plan de Salud Bucodental Infantil en la Comunidad Autónoma

Galicia	
17/04/2007	Orden de 17 de abril de 2007, que establece el símbolo, el logotipo y el manual de identidad corporativa del Servicio Gallego de Salud
26/04/2007	Decreto 91/2007, de 26 de abril, de integración en el régimen estatutario del personal laboral del sector sanitario público gestionado por entidades adscritas a la Consejería de Sanidad
03/05/2007	Decreto 95/2007, de 3 de mayo, por el que se crean la categoría de enfermero especialista en Salud Mental
03/05/2007	Decreto 96/2007, de 3 de mayo, por el que se crean las gerencias de atención primaria de Pontevedra y de Vigo
14/05/2007	Orden de 14 de mayo de 2007, por la que se aprueba el Plan de Inspección Sanitaria para el año 2007
14/06/2007	Orden de 14 de junio de 2007, por la que se crean determinados ficheros automatizados de datos de carácter personal en la Consejería de Sanidad y en el Servicio Gallego de Salud
14/06/2007	Orden de 14 de junio de 2007, por la que se suprimen determinados ficheros automatizados de datos de carácter personal en esta consejería y en el Servicio Gallego de Salud
28/06/2007	Decreto 146/2007, de 28 de junio, por el que se modifica el Decreto 451/2003, de 26 de diciembre, de creación de la Fundación Pública Gallega de Medicina Genómica
05/07/2007	Decreto 150/2007, de 5 de julio, por el que se establecen las tarifas de los servicios sanitarios prestados en los centros dependientes del Servicio Gallego de Salud y en las fundaciones públicas sanitarias
14/08/2007	Orden de 14 de agosto de 2007, por la que se regula el procedimiento de integración del personal de la Fundación Pública Instituto Gallego de Oftalmología
14/08/2007	Orden de 14 de agosto de 2007, por la que se regula el procedimiento de integración del personal de la Fundación Pública Hospital de Verín
14/08/2007	Orden de 14 de agosto de 2007, por la que se regula el procedimiento de integración del personal de la Fundación Pública Hospital da Barbanza
14/08/2007	Orden de 14 de agosto de 2007, por la que se regula el procedimiento de integración del personal de la Fundación Pública Hospital Virxe da Xunqueira
14/08/2007	Orden de 14 de agosto de 2007, por la que se regula el procedimiento de integración del personal de la Fundación Pública Hospital Comarcal do Salnés
20/09/2007	Orden de 20 de septiembre de 2007, por la que se regula el procedimiento de integración del personal de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria
20/09/2007	Orden de 20 de septiembre de 2007, por la que se regula el procedimiento de integración del personal del Instituto Gallego de Medicina Técnica
20/09/2007	Orden de 20 de septiembre de 2007, por la que se regula el procedimiento de integración del personal de la Fundación Pública Centro de Transfusión de Galicia
08/11/2007	Orden de 8 de noviembre de 2007, por la que se regula el procedimiento de integración del personal de la Fundación Pública de Urgencias Sanitarias de Galicia-061
Madrid (Comunidad de)	
01/02/2007	Decreto 8/2007, de 1 de febrero, por el que se regula el proceso voluntario de integración en el régimen estatutario del personal laboral y funcionario que presta servicios en las Instituciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid

08/03/2007	Decreto 12/2007, de 8 de marzo, por el que se establece el régimen jurídico y de funcionamiento del Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid
02/08/2007	Orden 226/2007, de 23 de febrero, por la que se disponen diversas medidas en orden a garantizar el normal suministro de medicamentos a los pacientes en las Oficinas de Farmacia de la Comunidad de Madrid
30/03/2007	Orden 556/2007, de 30 de marzo, por la que se aprueba el Plan Integral de Inspección de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid para el año 2007
23/05/2007	Orden 842/2007, de 23 de mayo, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se aprueba la estrategia de cooperación sanitaria al desarrollo de la Consejería de Sanidad y Consumo
02/08/2007	Decreto 111/2007, de 2 de agosto, por el que se aprueban los Estatutos de la Empresa Pública Hospital de Sur, creada en virtud de la Ley 4/2006, de 22 de diciembre
02/08/2007	Decreto 112/2007, de 2 de agosto, por el que se aprueban los Estatutos de la Empresa Pública Hospital del Norte, creada en virtud de la Ley 4/2006, de 22 de diciembre
02/08/2007	Decreto 113/2007, de 2 de agosto, por el que se aprueban los Estatutos de la Empresa Pública Hospital del Sureste, creada en virtud de la Ley 4/2006, de 22 de diciembre
02/08/2007	Decreto 114/2007, de 2 de agosto, por el que se aprueban los Estatutos de la Empresa Pública Hospital del Henares, creada en virtud de la Ley 4/2006, de 22 de diciembre
02/08/2007	Decreto 115/2007, de 2 de agosto, por el que se aprueban los Estatutos de la Empresa Pública Hospital del Tajo, creada en virtud de la Ley 4/2006, de 22 de diciembre
02/08/2007	Decreto 116/2007, de 2 de agosto, por el que se aprueban los Estatutos de la Empresa Pública Hospital de Vallecas, creada en virtud de la Ley 4/2006, de 22 de diciembre
04/10/2007	Orden 2135/2007, de 4 de octubre, que crea la Comisión para la valoración de la adecuación de la formación de los facultativos responsables de las Unidades Asistenciales de Genética
02/12/2007	Ley 7/2007, de 2 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas
Murcia (Región de)	
06/07/2007	Decretos 154/2007 y 156/2007, de 6 de julio, por los que se establecen los Órganos Directivos de la Consejería de Sanidad y los centros directivos del Servicio Murciano de Salud
06/07/2007	Decreto 155/2007, de 6 de julio, por el que se establecen los órganos directivos del Servicio Murciano de Salud
13/07/2007	Decreto 257/2007, de 13 de julio, por el que se modifica el Decreto 38/2004, de 23 de abril, por el que se regulan los procedimientos específicos de integración del personal laboral fijo y funcionario de carrera del Servicio Murciano de Salud en las categorías estatutarias y opciones correspondientes al mismo, en lo relativo a la integración del personal facultativo del Centro de Bioquímica y Genética Clínica en la opción Laboratorio de Genética Clínica
Navarra (Comunidad Foral de)	
	Decreto Foral 123/2007, por el que se modifican los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea aprobados por Decreto Foral 45/2006, de 3 de julio

	Decreto Foral 230/2007, por el que se modifican los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, aprobados por Decreto Foral 45/2006, de 3 de julio
	Orden Foral 1/2007, por la que se modifica la estructura orgánica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
	Orden Foral 22/2007, por la que se crean las unidades administrativas en las zonas básicas de salud
	Orden Foral 60/2007, por la que se crea un fichero informatizado bajo la denominación de "Registro de Cuidados Paliativos del SNS-O"
	Orden Foral 65/2007, por la que se crean y suprimen unidades organizativas en el SNS-O 18/05/2007 Estructura y organización
	Orden Foral 90/2007, por la que se modifica la estructura asistencial del Hospital García Orcoyen de Estella
	Orden Foral 97/2007, por la que se modifica el calendario oficial de vacunaciones de Navarra
	Orden Foral 190/2007, por la que se crea el grupo técnico de trabajo sobre agresiones a profesionales sanitarios en la Comunidad Foral de Navarra
	Resolución 2.319/2007, por la que se crea un grupo técnico de trabajo para la realización de un protocolo sobre atención integral en emergencias y traslados urgentes en salud mental, en la Comunidad Foral de Navarra
	Resolución 26/2007, por la que se crea un grupo técnico de trabajo para elaborar un programa de atención de los trastornos del comportamiento alimentario en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
	Resolución 1.149/2007 para la implantación de las "recomendaciones del GTT sobre TCA" en el SNS-O
País Vasco	
22/05/2007	Decreto 88/2007, de 22 de mayo, por el que se crea la Red de Comités de Información y Evaluación de Medicamentos
11/09/2007	Decreto 139/2007, de 11 de septiembre, del Comité de Bioética de Euskadi
04/10/2007	Orden de 4 de octubre de 2007, del Consejero de Sanidad, por la que se crea el Consejo Asesor sobre Salud Mental en Euskadi
18/12/2007	Decreto 235/2007, de 18 de diciembre, por el que se aprueba el Acuerdo regulador de las condiciones de trabajo del personal de Osakidetza para los años 2007, 2008 y 2009
26/12/2007	Decreto 248/2007, de 26 de diciembre, por el que se regula el desarrollo profesional de las categorías no sanitarias y las del área sanitaria de Formación Profesional de Grado Superior y Medio de Osakidetza
Rioja (La)	
02/03/2007	Decreto 8/2007, de 2 de marzo, por el que se aprueba la Relación de Puestos de Trabajo correspondientes al personal del Servicio Riojano de Salud
30/03/2007	Decreto 14/2007, de 30 de marzo, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público del Servicio Riojano de Salud para 2007
30/03/2007	Decreto 15/2007, de 30 de marzo, por el que se regula el procedimiento para la autorización de nuevas oficinas de farmacia
25/04/2007	Orden 2/2007, de 25 de abril, de la Consejería de Salud, por la que se determinan los ficheros de datos de carácter personal de esta Consejería
31/08/2007	Decreto 110/2007, de 31 de agosto, por el que se establece el procedimiento de integración en la condición de personal estatutario del Servicio Riojano de Salud

05/10/2007	Decreto 121/2007, de 5 de octubre, por el que se constituye el Área de Salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja
05/10/2007	Decreto 122/2007, de 5 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica y funciones del Área de Salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja
05/10/2007	Decreto 123/2007, de 5 de octubre, por el que se aprueba la Relación de Puestos de Trabajo correspondiente al personal del Servicio Riojano de Salud
18/10/2007	Ley 7/2006, de 18 de octubre, de modificación de la Ley 8/1998, de 16 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de La Rioja
14/11/2007	Orden 6/2007, de 14 de noviembre, de la Consejería de Salud, por la que se regula el documento "Rioja Salud Exterior"
15/11/2007	Orden 7/2007, de 15 de noviembre, de la Consejería de Salud, por la que se modifica la Orden de 20 de abril de 1990, por la que se crea la Comisión de acreditación, evaluación y control de tratamientos con opiáceos de personas dependientes de éstos
Ingesa (Ceuta y Melilla)	
26/03/2006	Resolución del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria de 26 de marzo de 2007, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros, por el que se aprueba el Acuerdo suscrito entre la Administración sanitaria-Ingesa y las organizaciones sindicales para el desarrollo de la carrera profesional del personal
25/09/2006	Resolución del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria de 25 de septiembre de 2007, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros, por el que se aprueba el Acuerdo suscrito entre la Administración sanitaria-Ingesa y las organizaciones sindicales para el desarrollo de la carrera profesional del personal
21/12/2006	Resolución de la Subsecretaría del Ministerio de la Presidencia de 21 de diciembre de 2007, Acuerdo de Encomienda de Gestión entre el Instituto Social de la Marina y el Ingesa para la gestión de asistencia sanitaria al colectivo de trabajadores del mar de Ceuta y Melilla
IPSS, Instituto Provincial de Servicios Sociales de Cuenca; USM, Unidad de Salud Mental.	

Dentro de la organización sanitaria se distingue, en primer lugar, la organización no diferenciada dispuesta en cada comunidad autónoma para la ejecución de la política en materia de salud encabezada por las correspondientes *consejerías* que, si bien existían en todas las comunidades autónomas, en aquéllas con las competencias transferidas en el último período se produjeron diversos reajustes para adaptarse a las nuevas funciones y servicios traspasados.

Estos departamentos desarrollan una arquitectura muy similar si bien algunos se diferencian por aunar otras competencias, como las relativas a consumo (Asturias, Baleares, Castilla y León y La Rioja), servicios sociales (Cantabria, Galicia, Madrid, Murcia, La Rioja y Extremadura) y trabajo (Aragón).

Su estructura suele modificarse tras las elecciones autonómicas para adaptarse a los planteamientos en política sanitaria de cada nuevo gobierno, por lo que muchas de ellas han sido reestructuradas tras las últimas elecciones autonómicas de 2007.

Dependientes de las correspondientes consejerías se encuentran los *servicios de salud autonómicos*, encargados de la gestión de los servicios públicos de atención sanitaria. Una vez que se han creado en todas las comunidades autónomas tras los traspasos de funciones y servicios desde el Insalud, éstos han experimentando en todo el período 2004-2007 diversas modificaciones estructurales. Por una parte, se han producido modificaciones de carácter general mediante la aprobación de nuevos estatutos (Baleares y Navarra en 2006) o el desarrollo y modificación de su ordenación (Castilla y León, Valencia y Navarra en 2007).

Por otra parte, se suceden las reestructuraciones de la organización territorial de los servicios autonómicos de salud mediante la modificación general o puntual de los *mapas sanitarios* (Aragón, Asturias, Castilla-La Mancha y Cataluña) o con medidas específicas dirigidas a la organización de atención primaria (Aragón, Galicia y Andalucía¹⁷) o la salud mental (Extremadura, Navarra y País Vasco).

Por lo demás, durante todo este período son numerosas las intervenciones concretas sobre la organización de hospitales y centros de especialidades.

La mayor responsabilidad de las comunidades autónomas en materia sanitaria y el impulso al Sistema Nacional de Salud con el cual se inicia este período ha comportado un ejercicio intensivo de las competencias en esta materia por parte de las comunidades autónomas, lo que ha redundado en un crecimiento de la estructura organizativa bajo los criterios de especialidad, capacidad y participación.

Son cada vez más numerosos los *órganos y organismos de nueva creación* diseñados para el desempeño de unas funciones o actividades sanitarias concretas para atender un problema determinado de salud o a sectores específicos de la población: los centros y servicios de transfusión y redes de hemoterapia y hemovigilancia, sistemas autonómicos de trasplantes en Baleares y Canarias; los Comités de Bioética, como en el País Vasco, Canarias y Cataluña, o el Consejo Genético de Andalucía. En Madrid se crean las Fundaciones para Investigación Biomédica o el Consejo Consultivo de Investigación en Murcia.

Esta creatividad organizativa, en la cual también participa el Estado (con la creación del Banco Nacional de Líneas Celulares y el Centro de Investigación de Medicina Regenerativa), alcanza su mayor intensidad en el año 2006 con la creación de numerosos órganos ejecutivos, consultivos y

17 Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.

participativos de diversa naturaleza (Cataluña en 2006 y Castilla-La Mancha en 2007).

El desarrollo organizativo del Sistema Nacional de Salud en las comunidades autónomas se ha caracterizado por su estabilidad, lo cual no ha impedido un crecimiento progresivo y el incremento de su complejidad por razón de las diversas soluciones desarrolladas, tanto en el diseño de las Administraciones y entes públicos responsables como en las formas de gestión de la asistencia sanitaria.

Dentro de la evolución de la organización del sistema sanitario se aprecia una creciente implicación de las *Administraciones locales*, como es el caso de Cataluña que en 2006 desarrolla los gobiernos territoriales de salud para asegurar la colaboración entre la Administración autonómica y las locales.

Durante este período, la *ordenación farmacéutica* también ha experimentado diversas modificaciones a nivel autonómico como consecuencia de la aprobación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y de la modificación del texto refundido de la Ley de sociedades anónimas mediante la Ley 7/2006. Así, se han aprobado nuevas leyes de farmacia autonómicas que vienen a sustituir las existentes previamente, incluyendo la ordenación de la atención farmacéutica (como es el caso de Canarias y Castilla-La Mancha en 2005, Extremadura en 2006 y Andalucía, Asturias y La Rioja en 2007) y se han aprobado normas específicas sobre medicamentos veterinarios (Comunidad Valenciana en 2007).

El análisis de la organización sanitaria también debe abarcar la consideración sobre las *formas de gestión*. En el período 2004-2007 se han desarrollado diversos planteamientos en cuanto a las fórmulas de gestión de la asistencia sanitaria. Así, es posible apreciar tendencias tan diversas como la de Galicia, donde se plantean la extinción de las fundaciones públicas sanitarias de gestión de los hospitales y su integración en el SNS. La Comunidad de Madrid opta, sin embargo, por crear una empresa pública para la gestión del radiodiagnóstico y seis empresas públicas para la gestión y administración de otros tantos nuevos hospitales.

En cualquier caso, el uso intensivo de fórmulas de gestión indirecta cada vez en más ámbitos de la gestión sanitaria mediante convenios, ciertos y contratos ha provocado la necesidad de racionalizar toda esta actividad. Aragón aprobó una normativa específica reguladora de la acción concertada en materia de prestación de servicios sanitarios y en Cataluña se ha aprobado la creación de un registro de convenios y contratos.

Dentro de las cuestiones instrumentales de la gestión debe considerarse igualmente el avance que se ha producido con la incorporación de las *tecnologías de la información y de la comunicación*. Así, se aprecia la introducción de la tarjeta sanitaria individual a partir del Real Decreto 1.084/2004 (Cata-

luña en 2001 y Canarias en 2007), la receta médica electrónica (Andalucía y Cataluña en 2007) y otros procedimientos realizados por vía electrónica (procedimiento de facturación en Andalucía).

Por último, dentro de esta dimensión organizativa también se incluye la ordenación de *recursos humanos*. Debe tenerse en cuenta que con anterioridad al período 2004-2007 el personal sanitario pasó a prestar sus servicios dentro de los distintos sistemas autonómicos de salud una vez que se culminaron los traspasos de competencias sanitarias a las comunidades autónomas (con la excepción de Ingesa). A ello se sumó la aprobación de una normativa estatal básica a partir de la cual van a desarrollar las comunidades autónomas su actividad de ordenación del personal sanitario y que constituyen las normas de referencia: la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, y la Ley 55/2003, de Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios, así como sus reglamentos de desarrollo.

En este marco, las comunidades autónomas iniciaron una activa política de personal con diversos instrumentos para la *ordenación de personal propio*, bajo la coordinación de la Comisión Nacional de Recursos Humanos en la cual participan las comunidades autónomas.

Tras las numerosas medidas de carácter general adoptadas al inicio del período 2004-2007 en desarrollo del estatuto del personal sanitario a nivel autonómico (aunque algunas se han adaptado recientemente, como Castilla y León en 2007), se puede apreciar una paulatina transición a cuestiones concretas, como la integración y reestructuración del personal sanitario (Balears en 2006, Asturias, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid y Murcia en 2007), la configuración de su carrera profesional (Andalucía¹⁸, Canarias, Castilla-La Mancha y Comunidad Valenciana en 2007) y diversas medidas tendentes a la estabilización, especialización, formación e incentivación del personal sanitario que se analizan en el correspondiente apartado del presente informe.

Prevención, control y seguimiento de enfermedades y promoción de la salud

A lo largo del período 2004-2007 se han desarrollado diversas medidas para la prevención, control y seguimiento de enfermedades mediante diversas medidas, esencialmente, de carácter organizativo. Estas respuestas a deter-

18 Decreto 18/2007, de 23 de enero, por el que se regula el sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional de los profesionales sanitarios del sistema sanitario público de Andalucía, tras la Resolución de julio de 2006, por la que se definen los mapas de competencias profesionales.

minadas enfermedades o problemas de salud se derivan, en la mayoría de los casos, de actuaciones dispuestas a nivel nacional que posteriormente desarrollan las comunidades autónomas si bien éstas también adoptan medidas propias en las cuales se ponen de manifiesto sus problemáticas particulares y las prioridades en sus respectivas políticas sanitarias con medidas propias (tabla 35).

TABLA 35. Normas legales fundamentales en materia de prevención, control y seguimiento de enfermedades y promoción de la salud, por comunidad autónoma y fecha, 2007

Fecha	Denominación
Andalucía	
29/03/2007	Orden de 29 de marzo de 2007, por la que se establecen las bases reguladoras de la concesión de subvenciones para programas de intervención temprana a menores, con trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlos, y se convocan las correspondientes para el año 2007
03/05/2007	Orden de 3 de mayo de 2007, por la que se establecen las bases reguladoras de la concesión de subvenciones para proyectos de participación en salud y se efectúa su convocatoria para 2007
16/05/2007	Orden de 16 de mayo de 2007, por la que se delegan competencias para la suscripción de un convenio de colaboración entre la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y Asociaciones que trabajan para el colectivo de personas que ejercen la prostitución, en materia de salud pública
18/05/2007	Orden de 18 de mayo de 2007, por la que se convoca el IV Certamen de Programas sobre Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada
28/06/2007	Orden de 28 de junio de 2007, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones de promoción de la salud y su convocatoria
17/07/2007	Orden de 17 de julio de 2007, por la que se designa la composición del Jurado del IV Certamen de Programas sobre Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada
04/09/2007	Decreto 238/2007, de 4 de septiembre, por el que se modifica el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria, aprobado por Decreto 95/2001, de 3 de abril
04/12/2007	Decreto 285/2007, de 4 de diciembre, por el que se regula el ejercicio de las competencias inspectoras y sancionadoras en materia de consumo, venta, suministro y publicidad de los productos del tabaco
Aragón	
19/01/2007	Orden de 19 de enero de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se da publicidad a las subvenciones concedidas por el Departamento de Salud y Consumo, durante el ejercicio 2006
04/03/2007	Orden de 4 de marzo de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se resuelve la primera fase de la convocatoria de ayudas para la Organización de Reuniones Científicas sobre temas de salud para el año 2007
25/05/2007	Orden de 25 de mayo de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se convoca para el año 2007 la concesión de subvenciones a las asociaciones de consumidores y usuarios, para proyectos específicos y sectoriales en materia de consumo

06/06/2007	Orden de 6 de junio de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se convoca el VII Premio de Investigación en Consumo de la Comunidad Autónoma de Aragón
17/06/2007	Orden de 17 de julio de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se autoriza la encomienda de gestión de un proyecto de investigación en el ámbito de la promoción de salud de la Dirección General de Salud Pública
24/07/2007	Orden de 24 de julio de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se resuelve la convocatoria de subvenciones a Proyectos de Promoción de la Salud de 2007
13/11/2007	Orden de 13 de noviembre de 2007, de la Vicepresidencia del Gobierno, por la que se dispone la publicación del Convenio de colaboración suscrito con fecha 3 de octubre de 2007 con el Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de drogodependencia
Asturias (Principado de)	
29/03/2006	Decreto 31/2007, de 29 de marzo, de primera modificación del Decreto 79/2006, de 29 de junio, por el que se crea el Consejo Asesor en materia de drogodependencias del Principado de Asturias
Baleares (Islas)	
16/03/2007	Ley 1/2007, de 16 de marzo, contra la contaminación acústica de las Islas Baleares. de 24 de la contaminación acústica,
	Orden por la cual se crea la comisión de coordinación en materia de control y seguridad alimentaria en el ámbito de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares
13/04/2007	Acuerdo del Consejo de Gobierno de 13 de abril de 2007, sobre aprobación del Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones 2007-2011 de la Consejería de Salud y Consumo
Cantabria	
	Orden SAN/6/2007, por la que se establecen las características y condiciones de los carteles informativos en relación con la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco
	Orden SAN/11/2007, por la que se establecen las bases reguladoras y se convocan subvenciones destinadas a financiar actividades de apoyo a los programas de prevención y control del sida, para el año 2007
	Orden SAN/12/2007, por la que se establecen las bases reguladoras y se convocan subvenciones destinadas a financiar actividades de apoyo a los Planes de Salud Pública, para el año 2007
Castilla y León	
16/01/2007	Orden SAN/76/2007, de 16 de enero, por el que se regula el sistema de vigilancia epidemiológica de las situaciones epidémicas y brotes
26/05/2007	Orden SAN/1.032/2007, de 26 de mayo, por la que se modifica parcialmente el Calendario Oficial de Vacunaciones Sistemáticas de la Infancia de la Comunidad de Castilla y León
Castilla-La Mancha	
09/03/2007	Orden de 9 de marzo, de la Consejería de Sanidad, de los procedimientos de seguridad frente al contagio sanguíneo en el ámbito sanitario.
18/04/2006	Orden de 18 de abril, de la Consejería de Sanidad, por la que se modifica la relación de enfermedades de declaración obligatoria en Castilla-La Mancha

26/04/2006	Orden de 26 de abril, de la Consejería de Sanidad, por la que se convocan ayudas económicas a personas con hemofilia y otras coagulopatías congénitas, que hayan desarrollado la hepatitis C como consecuencia de haber recibido tratamientos con concentrados de factores de coagulación, en el ámbito del sistema sanitario público de Castilla-La Mancha
21/05/200	Orden de 21 de mayo, de la Consejería de Sanidad, por la que se actualiza el calendario de vacunaciones de Castilla-La Mancha
20/12/2007	Orden de 20 de diciembre, de la Consejería de Sanidad, por la que se regula el registro de vacunaciones en Castilla-La Mancha.
Cataluña	
16/01/2006	Decreto 13/2007, de 16 de enero, por el que se establece el Plan de Vigilancia y Control de Residuos en Animales, Vegetales y Alimentos en Cataluña
06/03/2007	Decreto 54/2007, de 6 de marzo, de modificación del anexo del Decreto 60/1999, de 9 de marzo, por el que se establece el calendario de vacunaciones sistemáticas y se prorroga la vigencia del Programa Piloto de vacunación antihepatítica A+B
28/09/2007	Acuerdo de Gobierno para la creación del programa Plan de actividad, deporte y salud, prescripción del deporte desde la atención primaria
Comunidad Valenciana	
16/01/2006	Resolución de 16 de enero de 2007, del director general de Relaciones con las Cortes y Secretariado del Gobierno de la Presidencia de la Generalitat, por la que se dispone la publicación del Convenio marco de colaboración entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana, en materia de drogodependencias para el período 2007-2010
23/11/2007	Decreto 228/2007, de 23 de noviembre, del Consejo, por el que se crea la Plataforma para la Investigación en Seguridad Alimentaria
Extremadura	
02/01/2007	Resolución de 18 de diciembre de 2006, del Consejero, por la que se conceden ayudas para la financiación de actividades formativas para el año 2008
02/01/2007	Resolución de 30 de noviembre de 2006, del Consejero, por la que se concede el II Premio Regional a la Investigación de Ciencias de la Salud
21/01/2007	Orden de 21 de enero de 2007, por la que se establecen ayudas económicas durante al año 2007 cofinanciadas por el Fondo Social Europeo, para la incorporación social y laboral de personas con problemas de consumo de drogas, de acuerdo con el Decreto 102/2005, de 12 de abril
21/01/2007	Orden de 21 de enero de 2007, que regula las subvenciones públicas para el año 2007, en desarrollo del Decreto 102/2005, de 12 de abril, destinadas a Mancomunidades y Ayuntamientos que realicen programas de prevención comunitaria en el marco del Plan Integral sobre Drogas
12/02/2007	Orden de 12 de febrero de 2007, por la que se convocan subvenciones para el año 2007, en el desarrollo del Decreto 102/2005, de 12 de abril, destinadas a organizaciones no gubernamentales existentes en la Comunidad Autónoma de Extremadura, para la realización de programas de intervención en drogodependencias, en el marco integral sobre Drogas.
13/02/2007	Orden de 13 de febrero de 2007, por la que se convocan subvenciones para el año 2007, destinadas a entidades privadas y sin ánimo de lucro, existentes en la Comunidad Autónoma de Extremadura, para la realización de programas dirigidos a la atención a enfermos con trastornos mentales severos
20/02/2007	Decreto 30/2007, de 20 de febrero, que modifica el Decreto 103/2005, de 12 de abril, por el que se regulan las subvenciones a Corporaciones Locales destinadas a la mejora de las infraestructuras y los equipamientos de los centros y servicios sanitarios públicos de la Comunidad Autónoma de Extremadura

28/02/2007	Orden de 28 de febrero de 2007, que convoca el certamen de premios a actividades ejecutadas en el campo de la Educación para la Salud, en el ámbito de la Comunidad Autónoma
16/04/2007	Orden de 16 de abril de 2007, por la que se convoca una beca para el diseño, actualización y explotación de datos de los distintos sistemas de información de la prestación farmacéutica y los de soporte informático para el registro y aprovechamiento de los datos procedentes de los ensayos clínicos y estudios postautorización observacionales con medicamentos en la Comunidad Autónoma de Extremadura
25/04/2007	Orden de 25 de abril de 2007, por la que se convoca el III Premio Regional de la Investigación en Ciencias de la Salud
26/04/2007	Orden de 26 de abril de 2007, por la que se convocan ayudas económicas para la realización de proyectos de investigación sociosanitaria para el año 2007
18/05/2007	Orden de 18 de mayo de 2007, por la que se convocan subvenciones para la financiación de proyectos sociosanitarios en el campo de la promoción y educación para la salud, durante el curso escolar 2007-2008
05/06/2007	Resolución de 5 de junio de 2007, de la Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias, por la que se determinan las actividades docentes del Programa de Formación en Ciencias de la Salud de Extremadura 2007, en segunda convocatoria
15/10/2007	Decreto 312/2007, de 15 de octubre, por el que se modifica el Decreto 53/2006, de 21 de marzo, que modifica el Decreto 191/2005, de 26 de julio, por el que se establecen las bases reguladoras de la concesión de subvenciones para el apoyo y la atención a las personas en dependencia
12/11/2007	Resolución de 12 de noviembre de 2007, de la Consejera, por la que se concede la financiación para el desarrollo de proyectos sociosanitarios en el campo de la promoción y la educación para la salud durante el curso escolar 2007/2008
12/11/2007	Resolución de 12 de noviembre de 2007, que concede financiación para el desarrollo de proyectos sociosanitarios en el campo de la promoción y educación para la salud
Galicia	
25/01/2007	Orden de 25 de enero de 2007, por la que se incluyen la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la relación de enfermedades de declaración obligatoria urgente
12/03/2007	Orden de 12 de marzo de 2007, por la que se regula la integración funcional de los centros de alcoholismo y de atención a las drogodependencias no alcohólicas en el Servicio Gallego de Salud
19/03/2007	Orden de 19 de marzo de 2007, por la que se modifica la de 24 de marzo de 2004, por la que se crea la Red de Comisiones de Docencia y Comisiones Asesoras de Galicia
13/04/2007	Orden de 13 de abril de 2007, por la que se regula la concesión de subvenciones a las entidades locales de la Comunidad Autónoma de Galicia para el mantenimiento de puntos de atención continuada y zonas especiales de urgencias que funcionen en centros de salud de titularidad municipal
24/05/2007	Orden de 24 de mayo de 2007, por la que se establecen las bases y convoca, en régimen de concurrencia competitiva, subvenciones a proyectos de acciones de investigación-acción que tengan relación con el esfuerzo global anti-VIH/Sida
19/09/2007	Orden de 19 de septiembre de 2007, por la que se convocan ayudas para la realización de proyectos de investigación en biomedicina y ciencias de la salud en centros del sistema sanitario gallego

01/10/2007	Orden de 1 de octubre de 2007, por la que se resuelve la convocatoria de subvenciones a proyectos de acciones de investigación-acción en relación con el esfuerzo global anti-VIH/Sida en Galicia
02/11/2007	Orden de 2 de noviembre de 2007, por la que se convocan ayudas para la intensificación de la actividad investigadora de los profesionales de los centros del sistema sanitario público de Galicia
07/11/2007	Orden de 7 de noviembre de 2007, por la que se establecen las bases y se convocan, en régimen de concurrencia competitiva, subvenciones para la cofinanciación de proyectos de promoción de estilos de vida saludable en los municipios de Galicia
Madrid (Comunidad de)	
15/01/2007	Orden 49/2007, de 15 de enero, por la que se regula la Comisión Asesora del Programa Regional de Prevención y Control del Asma de la Comunidad de Madrid
22/01/2007	Orden 74/2007, de 22 de enero, por la que se modifica la Orden 9/1997, de 15 de enero, para el desarrollo del Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, en lo que se refiere a las situaciones epidémicas y brotes, y al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) e infección por virus de la inmunodeficiencia humana
18/10/2007	Decreto 135/2007, de 18 de octubre, por el que se autoriza la constitución de la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Carlos III
18/10/2007	Decreto 136/2007, de 18 de octubre, por el que se autoriza la constitución de la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario Niño Jesús
Murcia (Región de)	
01/02/2007	Orden de 1 de febrero de 2007, de la Consejería de Sanidad, por la que se crea el Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia
02/11/2007	Decreto 337/2007, de 2 de noviembre, por el que se crea el Consejo Técnico Consultivo de Investigación Sanitaria
Navarra (Comunidad Foral de)	
	Decreto Foral 30/2007, por el que se modifica el Decreto Foral 127/2001, de 28 de mayo, por el que se establecen los órganos de dirección y coordinación del Plan Foral de Acción sobre el Tabaco
	Orden Foral 31/2007, por la que se crea la Comisión Asesora Técnica de Prevención y Control del Tabaquismo
	Orden Foral 116/2007, por la que se regulan las condiciones y el procedimiento de autorización de los establecimientos de comercio al por menor de carne fresca y de sus derivados en la Comunidad Foral de Navarra
País Vasco	
06/02/2007	Orden de 6 de febrero de 2007, del Consejero de Sanidad, por la que se establecen ayudas económicas para el tratamiento de toxicomanías en comunidades terapéuticas no concertadas durante el año 2007
20/02/2007	Orden de 20 de febrero de 2007, del Consejero de Sanidad, por la que se convocan ayudas a proyectos de investigación sanitaria a iniciar en el año 2007
20/02/2007	Orden de 20 de febrero de 2007, del Consejero de Sanidad, por la que se convocan ayudas a asociaciones sin ánimo de lucro, colegios oficiales de profesionales en salud, comisiones de docencia, comisiones asesoras de formación de especialidades sanitarias y unidades de apoyo a la investigación, para su funcionamiento y organización de actividades de formación del personal
20/02/2007	Orden de 20 de febrero de 2007, del Consejero de Sanidad, por la que se convocan Becas y Ayudas para la formación de los profesionales sanitarios

03/04/2007	Orden de 3 de abril de 2007, del Consejero de Sanidad, por la que se convocan ayudas dirigidas a asociaciones sin ánimo de lucro, con sede oficial en la Comunidad Autónoma del País Vasco, que trabajan en el campo del sida
03/04/2007	Orden de 3 de abril de 2007, del Consejero de Sanidad, por la que se convocan ayudas dirigidas a asociaciones y grupos de autoayuda sin ánimo de lucro en el campo de la salud, con sede oficial en la Comunidad Autónoma del País Vasco, cuyas actividades se relacionen con la educación sanitaria y la colaboración con el dispositivo asistencial público
15/05/2007	Orden de 15 de mayo de 2007, de los Consejeros de Educación, Universidades e Investigación y de Sanidad, por la que se convoca a los centros docentes no universitarios para la realización de Proyectos de Innovación relativos a la Promoción y Educación para la Salud a desarrollar durante el curso 2007-2008
15/05/2007	Orden de 15 de mayo de 2007, del Consejero de Sanidad, por la que se convocan ayudas sociales a personas con hemofilia y otras coagulopatías congénitas que hayan desarrollado la hepatitis C, como consecuencia de haber recibido tratamiento con concentrados de factores de coagulación en el ámbito del Sistema Sanitario de Euskadi
15/05/2007	Orden de 15 de mayo de 2007, del Consejero de Sanidad, por la que se convocan ayudas para trabajos de investigación comisionada sobre determinados temas en materia de evaluación de tecnologías y de servicios sanitarios
Rioja (La)	
30/03/2007	Orden 1/2007, de 30 de marzo, de la Consejería de Salud, por la que se aprueban las bases reguladoras para la concesión de subvenciones a entidades locales para determinadas actuaciones en materia de salud y se convocan ayudas para el ejercicio 2007
11/05/2007	Orden 3/2007, de 11 de mayo, de la Consejería de Salud, por la que se establecen las condiciones sanitarias del sacrificio de animales de la especie porcina y de jabalíes abatidos en cacerías, destinados al consumo privado
06/07/2007	Decreto 38/2007, de 6 de julio, por el que se regula la inscripción y el funcionamiento del Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas en La Rioja

Es el caso del virus de la gripe, que fue objeto de diversas medidas a lo largo de todo este período por parte de todas las comunidades autónomas a partir de las actuaciones llevadas a cabo por el gobierno estatal (en concreto, la creación del Comité Ejecutivo Nacional para la Prevención, el Control y el Seguimiento de la Evolución Epidemiológica del Virus de la Gripe y la actualización del Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe).

Las comunidades autónomas también desarrollan instrumentos específicos en la vigilancia epidemiológica dentro de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (en 2007 se lleva a cabo la revisión de la Red de Vigilancia de Castilla y León y se actualiza el sistema de enfermedades de declaración obligatoria).

Otros ámbitos que han sido objeto de intervención por parte de las comunidades autónomas mediante la adopción de medidas específicas son:

cáncer (Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana y Extremadura con un consejo asesor en 2007), salud mental (con la creación por parte de Aragón, Baleares, Cataluña y País Vasco de figuras destinadas a mejorar la atención a ésta), drogodependencia (Asturias, Madrid, Aragón, Extremadura, Galicia, Baleares, Murcia y País Vasco), VIH/sida (País Vasco, Galicia y Madrid), asma (Madrid), trastornos en el desarrollo (Andalucía) y cuidados paliativos (Madrid y Navarra).

La acción específica de las Administraciones central y autonómica sobre cuestiones sanitarias no se ha limitado a enfermedades concretas, sino también a prevención de enfermedades y trastornos de nutrición y alimentarios.

Así, puede apreciarse con las medidas adoptadas respecto al tabaquismo. La Ley 34/2004 ha sido seguida por la aprobación, por parte de las comunidades autónomas, de normas específicas de desarrollo en dicha materia, al regular su venta, consumo y publicidad (Asturias en 2005 y Andalucía en 2007¹⁹).

Con relación a problemas de nutrición y trastornos alimentarios, como la anorexia y la bulimia, Madrid ha creado en 2007 el Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios y en Navarra se ha constituido un grupo de trabajo.

Las medidas adoptadas a nivel autonómico también se han centrado en la promoción de la salud con el desarrollo por parte de las comunidades autónomas (en particular, Cataluña en 2006 y Aragón y Asturias en 2007) de una creciente actividad para la subvención de proyectos dirigidos a la promoción de la salud en general, hábitos de vida saludables (promoción de la actividad física y de la alimentación equilibrada), educación sanitaria, información y participación en salud.

Ordenación de actividades sanitarias y con incidencia en la salud

El período 2004-2007 se ha caracterizado por un incremento en el desarrollo de medidas adoptadas por las comunidades autónomas sobre actividades privadas relacionadas con la salud pública, lo cual pone de manifiesto, por una parte, la mayor responsabilización de las comunidades autónomas en materia de salud y, por la otra, la creciente relevancia de los sujetos privados en este ámbito (tabla 36).

19 Decreto 285/2007, de 4 de diciembre, por el que se regula el ejercicio de las competencias inspectoras y sancionadoras en materia de consumo, venta, suministro y publicidad de los productos del tabaco.

TABLA 36. Normas legales fundamentales en materia de ordenación de actividades sanitarias y con incidencia en la salud, por comunidad autónoma y fecha, 2007

Fecha	Denominación
Andalucía	
18/12/2007	Decreto 298/2007, de 18 de diciembre, por el que se regulan los Establecimientos y Servicios Biocidas de Andalucía, la estructura y funcionamiento del Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas de Andalucía y se crea el Censo de Servicios Biocidas Reconocidos en Andalucía
Aragón	
12/04/2007	Orden de 12 de abril de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regulan los requisitos mínimos para la autorización de centros y servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Aragón
05/06/2007	Decreto 95/2007, de 5 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento que regula la actividad de los centros de bronceado y la venta y alquiler de los aparatos de bronceado mediante radiaciones ultravioletas en Aragón
18/04/2007	Orden de 18 de octubre de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la campaña de matanza domiciliaria de cerdos para las necesidades personales y de jabalíes abatidos en cacería destinados al consumo privado
05/11/2007	Orden de 5 de noviembre de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se establecen medidas especiales de control y seguridad alimentaria en los establecimientos y actividades de comidas preparadas de la Exposición Internacional 2008
Asturias (Principado de)	
14/03/2007	Decreto 21/2007, de 14 de marzo, por el que se regula la autorización sanitaria de los establecimientos de óptica
Cantabria	
	Orden SAN/1/2007, por la que se regula el documento del consentimiento informado previsto en el Decreto 72/2006, de 15 de junio, por el que se regulan las condiciones higiénico-sanitarias de los establecimientos donde se realizan prácticas de tatuaje, micropigmentación, perforación cutánea y otras técnicas similares de arte corporal
	Resolución, por la que se renueva la acreditación y se acredita a diversos centros como centros de tratamiento con opiáceos
Castilla-La Mancha	
22/01/2007	Decreto 4/2007, de 22 de enero, de modificación del Decreto 52/2002, de 23 de abril, de entidades formadoras de manipuladores de alimentos.
29/01/2007	Orden de 29 de enero, de la Consejería de Sanidad, de los requisitos técnico-sanitarios de los centros y servicios de hidrología y de hidroterapia.
29/06/2007	Orden de 29 de junio, de la Consejería de Sanidad, sobre autorizaciones administrativas de centros y servicios de cirugía
26/09/2007	Orden de 26 de septiembre, de la Consejería de Sanidad, del Registro de Prescripciones en Ópticas, Ortopedias y Establecimientos de Audioprótesis.
16/10/2007	Decreto 288/2007, de 16 de octubre, por el que se establecen las condiciones higiénico-sanitarias de las piscinas de uso colectivo

Cataluña	
27/12/2006	Decreto 658/2006, de 27 de diciembre, de modificación del Decreto 5/2006, de 17 de enero, por el que se regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras
30/01/2007	Decreto 31/2007, de 30 de enero, por el que se regulan las condiciones para el ejercicio de determinadas terapias naturales
04/09/2007	Decreto 192/2007, de 4 de septiembre, de modificación del Decreto 92/2002, de 5 de marzo, por el que se establecen la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y se fijan las normas de autorización
Comunidad Valenciana	
01/11/2007	Decreto 220/2007, de 2 de noviembre, del Consejo, por el que se regula la utilización de desfibriladores semiautomáticos externos por personal no médico
22/11/2007	Ley 13/2007, de 22 de noviembre, de la Generalitat, de Medicamentos Veterinarios
Extremadura	
09/01/2007	Resolución de 9 de enero de 2007, de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, por la que se renueva la autorización de funcionamiento al Complejo Hospitalario Infanta Cristina de Badajoz para la realización de trasplantes renales
09/01/2007	Resolución de 9 de enero de 2007, de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, por la que se renueva la autorización de funcionamiento al Complejo Hospitalario Infanta Cristina de Badajoz, para la extracción de órganos a donantes fallecidos
09/01/2007	Resolución de 9 de enero de 2007, de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, por la que se renueva la autorización de funcionamiento al Complejo Hospitalario Infanta Cristina de Badajoz, para la obtención de implante de tejido osteotendinoso
16/01/2007	Orden de 16 de enero de 2007, por la que se establecen las condiciones y requisitos técnicos de instalación y funcionamiento de laboratorios clínicos y unidades de obtención de muestras en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura
24/05/2007	Orden de 24 de mayo de 2007, por la que se establecen los requisitos técnico-sanitarios exigibles a los establecimientos de audioprótesis de la Comunidad Autónoma de Extremadura
24/05/2007	Orden de 24 de mayo de 2007, por la que se establecen los requisitos técnico-sanitarios exigibles a los establecimientos de audioprótesis de la Comunidad Autónoma de Extremadura
30/11/2007	Resolución de 30 de de noviembre de 2007, de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, por la que se renueva la autorización de funcionamiento al Hospital de Mérida para la extracción de órganos en donantes fallecidos
Galicia	
17/10/2007	Orden de 17 de octubre de 2007, por la que se regulan las terapias respiratorias a domicilio en el Servicio Gallego de Salud
Madrid (Comunidad de)	
22/02/2007	Decreto 10/2007, de 22 de febrero, por el que se regulan los centros que utilizan aparatos de bronceado mediante radiaciones ultravioleta en la Comunidad de Madrid
16/05/2007	Orden 800/2007, de 16 de mayo, por la que se regula el contenido y los requisitos docentes de los cursos de formación del personal encargado del funcionamiento y vigilancia de los aparatos de bronceado mediante radiaciones ultravioletas

Murcia (Región de)	
09/11/2007	Decreto 349/2007, de 9 de noviembre, por el que se regula el uso de desfibriladores semiautomáticos externos por personal no médico en la comunidad autónoma de la Región de Murcia
País Vasco	
21/01/2007	Decreto 8/2007, de 23 de enero, sobre el uso de desfibriladores externos automáticos por personal no sanitario
02/10/2007	Decreto 166/2007, de 2 de octubre, de requisitos de los establecimientos de audioprótesis
30/10/2007	Orden de 30 de octubre de 2007, del Consejero de Sanidad, por la que se convocan subvenciones para la formación de personal no sanitario en la utilización de desfibriladores externos automáticos (DEA)
Rioja (La)	
06/07/2007	Decreto 38/2007, de 6 de julio, por el que se regula la inscripción y el funcionamiento del Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas en La Rioja
11/05/2007	Orden 3/2007, de 11 de mayo, de la Consejería de Salud, por la que se establecen las condiciones sanitarias del sacrificio de animales de la especie porcina y de jabalíes abatidos en cacerías, destinados al consumo privado
10/10/2007	Orden 4/2007, de 10 de octubre, de la Consejería de Salud, por la que se aprueba la Plantilla Orgánica correspondiente a los órganos de dirección del Área de Salud de la Comunidad Autónoma de la Rioja

A partir de la normativa estatal básica sobre autorización administrativa de la instalación, funcionamiento y modificación de los centros y servicios sanitarios (Real Decreto 1.277/2003), las comunidades autónomas han aprobado sus propias normas relativas a la autorización de centros y servicios sanitarios (Asturias en 2006 y Aragón en 2007), centros de cirugía (Castilla-La Mancha en 2007), *laboratorios clínicos* (Extremadura en 2007), así como regulación de laboratorios de análisis clínicos (Castilla y León en 2007) y acreditación de centros de atención hospitalaria aguda (Cataluña en 2006).

Se intensifica la intervención autonómica en aquellos establecimientos que, aunque no gozan de carácter sanitario en sentido estricto, desarrollan actividades directamente vinculadas, como los centros de *audioprótesis* (País Vasco y Extremadura), establecimientos de *óptica* (Asturias). Incluso, se regula la actividad privada informal de carácter sanitario, como es el uso de *desfibriladores externos* automáticos por personal no sanitario (País Vasco, Aragón, Comunidad Valenciana y Madrid en 2007 y Castilla y León con anterioridad a este período).

Este tipo de medidas de salud pública se han extendido a otras actividades privadas que pueden afectar la salud. Si bien pudiera considerarse que se trata de un ámbito más propio de la normativa de consumo, la finalidad

directamente sanitaria de este tipo de intervenciones y el contexto en el cual se sitúa pone de relieve que se trata de una prestación de salud pública, como es el caso de los centros de bronceado (Aragón y Madrid en 2007) o tatuaje y otras técnicas de arte corporal (Cataluña en 2005 y Cantabria en 2007), centros de hidrología (Castilla-La Mancha en 2007), terapias naturales (Cataluña en 2007), instalaciones con riesgo de transmisión de legionelosis (Andalucía) y establecimientos y servicios biocidas (Andalucía y La Rioja en 2007).

A lo largo del período 2004-2007 puede apreciarse un incremento en el desarrollo de medidas adoptadas por las comunidades autónomas sobre actividades privadas relacionadas con la salud pública.

Planificación y programas sanitarios

Los planes de salud constituyen el principal instrumento de las Administraciones sanitarias para orientar y planificar sus recursos hacia objetivos de salud previamente definidos ya que contienen los principales objetivos de gobierno de las autoridades sanitarias correspondientes y establecen las acciones y recursos necesarios para el desarrollo de éstos.

Planes generales de salud

Los planes de salud son el instrumento estratégico básico de planificación y coordinación a nivel autonómico mediante el cual se definen las políticas de salud y servicios sanitarios y se establece el marco de referencia para todas las actuaciones en el ámbito de salud de las comunidades autónomas (tabla 37).

TABLA 37. Planificación y programas sanitarios, 2007	
	Denominación
Andalucía	
Programas generales	III Plan Andaluz de Salud II Plan de Calidad
Cáncer de mama	Programa de cribado poblacional y apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento (1995) Programa de cribado poblacional (1985)
Estrategias: cáncer	Plan Integral de Oncología (2007-2012)
Estrategias: cardiopatía isquémica	Plan Integral de Atención a las Cardiopatías (2005-2009)
Estrategias: cuidados paliativos	Plan de Atención a los Cuidados Paliativos (2008-2012) Plan de Acción y Acciones preventivas (2005)
Estrategias: diabetes	Plan Integral de Diabetes (2003-2007; 2007-2012)
Estrategias: atención al parto normal	Programa de atención al embarazo, parto y puerperio (1985) Programa de vacunaciones (desde 1985) Programa de seguimiento de la salud infantil (desde 1985)

Estrategias: violencia de género	Plan de acción (2005)
	Acciones preventivas (2005)
	Protocolo de actuaciones sanitarias (2001)
Estrategias: salud mental	Plan Integral de Salud Mental (2003-2007; 2007-2012)
Hábitos de vida saludables	Plan para la Promoción de la Actividad Física y Alimentación Equilibrada (2004-2008)
	Plan Integral de Tabaquismo (2005-2010)
	Plan Integral de Obesidad Infantil (2007-2012)
Otros ámbitos	Plan Integral de Acción a la Accidentalidad (2007-2012)
	Infección por VIH/sida (2008-2012)
	Programas de promoción de salud en el ámbito educativo (desde 2001)
	Programa de salud bucodental. Aprende a sonreír (desde 2001)
	Prevención del tabaquismo. ESO sin humo (desde 2001-2002)
	Promoción del ejercicio físico y alimentación saludable (2001)
Aragón	
Programas generales de salud	Estrategias de salud 2003-2007
	Programas 2007-2011
Cáncer de mama	Programas de cribado poblacional (1996)
	Apoyo psicológico tras diagnóstico y durante el tratamiento (2008)
Estrategias: cáncer	Manual de procedimientos de cáncer colorrectal
Estrategias: cardiopatía isquémica	Sí
Estrategias: cuidados paliativos	Programa de atención a enfermos crónicos dependientes (2006-2009)
Estrategias: atención al parto normal	Programa de atención integral a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio (2008-2009)
Estrategias: violencia de género	Plan de acción
	Acciones preventivas
	Protocolo de actuación sanitaria
Estrategias: salud mental	Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón
Asturias (Principado de)	
Programas generales de salud	Plan de Salud 2004-2007
Cáncer de mama	Programa de cribado poblacional (2006)
	Apoyo psicológico tras el diagnóstico y durante el tratamiento
Estrategias: cáncer	Programa de detección de cáncer 2004-2007 del Principado de Asturias

Estrategias: violencia de género	Plan de acción (2005-2007)
	Acciones preventivas (2005-2007)
	Protocolo de acción sanitaria (desde 2003)
Estrategias: salud mental	Plan Estratégico 2001/2003: líneas preferentes de actuación 2005/2007
Baleares (Islas)	
Programas generales de salud	Plan de Salud 2003-2007
Cáncer de mama	Plan de cribado poblacional
	Apoyo psicológico tras diagnóstico y durante el tratamiento
Cáncer de cuello uterino	Programa de cribado poblacional
Estrategias: cáncer	Línea prioritaria del Plan de Salud 2003-2007 y Estrategia de Salud en Cáncer del SNS
	Estrategia Nacional y Plan de Salud 2004-2008
Estrategias: atención al parto normal	Convenio entre la CAIB y el Ministerio de Sanidad para el desarrollo de la Estrategia Nacional del parto normal (2007)
Estrategias: violencia de género	Plan de acción (2006)
	Acciones preventivas (2006)
	Protocolo de actuaciones sanitarias (2007)
Estrategias: salud mental	Estrategia Nacional de Salud Mental y Plan de Salud Mental de la CAIB (2006-2007)
Canarias	
Programas generales de salud	Plan de Salud 1997-2001; 2004-2008; 2009-2014 (en formulación)
	Plan Estratégico de Atención Primaria (2006-2008)
Cáncer de mama	Programa de cribado poblacional (1999)
	Apoyo psicológico tras diagnóstico y durante el tratamiento (2002)
Estrategias: cáncer	Programa de cribado poblacional para cáncer de colon y de recto (2007)
	Plan (2000)
Estrategias: diabetes	Programa de cribado de retinopatía diabética (2007)
Estrategias: violencia de género	Plan de acción (2002)
	Acciones preventivas (2002)
	Protocolo de actuaciones sanitarias (2003)
Estrategias: salud mental	Plan (1997)
Cantabria	
Programas generales de salud	Plan de Salud para las Mujeres
Cáncer de mama	Programa de cribado poblacional
	Programa de apoyo tras diagnóstico y durante tratamiento

Cáncer de cuello uterino	Programa de cribado poblacional
Estrategias: cáncer	Programa de detección del cáncer colorrectal
Estrategias: cardiopatía isquémica	Plan de Atención Paliativa (2007)
Estrategias: atención al parto normal	Estrategia de Atención al Parto Normal (2007)
Castilla y León	
Programas generales de salud	II Plan de Castilla y León 1998-2007
Cáncer de mama	Programa de cribado poblacional (1992)
	Programa de apoyo psicológico tras diagnóstico y durante el tratamiento
Cáncer de cuello uterino	Programa de cribado poblacional (1986)
Estrategias: cáncer	Estrategia Regional contra el Cáncer (desde 1986)
Estrategias: violencia de género	Plan de acción
	Acciones preventivas
	Protocolo de actuación sanitaria
Estrategias: salud mental	I Estrategia de Salud Mental (2003-2007)
Castilla-La Mancha	
Programas generales de salud	Plan de Salud 2001-2010
Cáncer de mama	Programa de cribado poblacional
	Programa de apoyo tras diagnóstico y durante tratamiento
Cáncer de cuello uterino	Programa de cribado poblacional
Estrategias: cáncer	Programa de detección del cáncer colorrectal
	Plan de Atención Paliativa (2007)
Estrategias: cuidados paliativos	Estrategia de Atención al Parto Normal (2007)
Estrategias: diabetes	Plan Integral de Diabetes Mellitus de Castilla-La Mancha (2007-2010)
Estrategias: salud mental	Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010
Cataluña	
Programas generales de salud	Plan de Salud 1993-1995; 1996-1998; 1999-2001; 2002-2005
Cáncer de mama	Programa de cribado poblacional (1994)
	Programa de apoyo tras diagnóstico y durante tratamiento (1994)
Estrategias: cáncer	Plan Director de Oncología (2005-2007)
	Programa de diagnóstico rápido del cáncer (2005-2007)
	Plan Director del Aparato Circulatorio (2005-2007)

Estrategias: cuidados paliativos	Estrategia final de vida del Plan Sociosanitario (2005-2007)
Estrategias: atención al parto normal	Protocolo de asistencia al parto normal
	Protocolo para la asistencia natural al parto normal enmarcado en el plan de nacimiento
	Protocolo de asistencia al parto y al puerperio y de atención al recién nacido normal
Estrategias: violencia de género	Plan de acción
Estrategias: salud mental	Plan Director de Salud Mental 2005-2007
Hábitos de vida saludable	Plan de Actividad Física y Alimentación Saludable
Comunidad Valenciana	
Programas generales de salud	Plan de Salud 2001-2004 y 2005-2009
Estrategias: cáncer	Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana
Estrategias: diabetes	Plan de Diabetes de la Comunidad Valenciana 2006-2010
Otros ámbitos	Plan Integral de Atención a las Personas Mayores y Enfermos Crónicos (PIAPMEC) 2007-2011
	Plan Estratégico para el Control y la Calidad de Farmacia, Medicamentos y Productos Sanitarios en la Comunidad Valenciana para el período 2007-2009
Extremadura	
Programas generales de salud	Plan de Salud de Extremadura (2005-2008)
	Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud (2005-2008)
Cáncer de mama	Programa de cribado poblacional (2003-2004; 2004-2005; 2005-2006; 2007-2008)
Cáncer de cuello uterino	Programa de cribado oportunista
Estrategias: cáncer	Plan Integral contra el Cáncer de Extremadura
Estrategias: cardiopatía isquémica	Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura (2007-2008)
Estrategias: cuidados paliativos	Programa marco de cuidados paliativos (2002)
Estrategias: diabetes	Plan Integral de Diabetes (2007-2012)
Estrategias: salud mental	Plan Integral de Salud Mental en Extremadura (2007-2012)
Otros ámbitos	Plan Marco de Educación para la Salud en Extremadura
	Plan Integral de Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas (2007)
	Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria en el Sistema Sanitario Público de Extremadura
Galicia	
Programas generales de salud	Plan de Salud de Galicia 2006-2010

Cáncer de mama	Programa de cribado poblacional (1992)
Estrategias: cáncer	Proyecto de Investigación de Indicadores Oncológicos (2007)
Estrategias: cardiopatía isquémica	Progaliám (2006)
Estrategias: cuidados paliativos	Plan Gallego de Cuidados Paliativos (2007)
Estrategias: diabetes	Atención a la retinopatía diabética (2007)
Estrategias: atención al parto normal	Plan de Atención al Parto Normal (desde 2007)
Estrategias: violencia de género	Acciones preventivas
	Protocolo de actuación sanitaria
Estrategias: salud mental	Plan Estratégico de Salud Mental (2006-2012)
Hábitos vida saludables	Programa gallego de actividades saludables, ejercicio y alimentación (desde 2005)
	Programa de vida sin tabaco (desde 1994)
Otros ámbitos	Programa gallego para la detección precoz de la sordera en el período neonatal (desde 2002)
	Plan contra el VIH/sida en Galicia (desde 1986)
	Programa gallego de salud bucodental (desde 1986)
	Programas en sanidad ambiental (residuos, aguas y legionelosis)
	Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2010
Madrid (Comunidad de)	
Programas generales de salud	Plan de Mejora de Atención Primaria (2006-2009)
	Plan de Reducción de las Listas de Espera
	Plan Integral de Inspección de Sanidad
Cáncer de mama	Programa de cribado poblacional
	Atención psicológica tras diagnóstico y durante el tratamiento
Cáncer de cuello uterino	Plan Integral de Control del Cáncer Programa Integral de Detección y Asesoramiento del Cáncer Familiar (2007-2008)
Estrategias: cardiopatía isquémica	Plan Integral de Cardiopatía Isquémica
Estrategias: cuidados paliativos	Plan Integral de Cuidados Paliativos (2007)
Estrategias: diabetes	Actuaciones en prevención, promoción y vigilancia epidemiológica, en población general y colectivos de riesgo
Estrategias: atención al parto normal	Plan de Mejora de Asistencia Neonatal
Estrategias: violencia de género	Plan de acción
	Acciones preventivas
	Protocolo de actuación sanitaria

Estrategias: salud mental	Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental (2003-2008)
Hábitos vida saludables	Plan Integral de Alimentación y Nutrición
	Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo (2005-2009)
Otros ámbitos	Plan Estratégico de la Agencia Antidroga (2006-2009)
	Plan de Riesgos Sanitarios
	Plan de Atención al Mayor Polimedicado
	Plan de Actuaciones frente VIH/sida
	Plan de Atención contra la Gripe
	Plan de Atención Sanitaria de la Sexualidad Juvenil
Murcia (Región de)	
Programas generales de salud	Plan de Salud 2003-2007
	Programa integral de atención a la mujer
	Programa de urgencias y emergencias
	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad 2005-2010
Cáncer de cuello uterino	Programa piloto de prevención para el cáncer de colon recto
	Plan de Prevención de las Agresiones a los Profesionales de la Sanidad en la Región de Murcia
Estrategias: cardiopatía isquémica	Guía para la Prevención Secundaria del Ictus
Estrategias: cuidados paliativos	Plan Integral de Cuidados Paliativos 2007
Estrategias: diabetes	Plan Integral de Atención al Diabético (2005-2009)
Estrategias: violencia de género	Protocolo Regional de Prevención y Detección de Violencia en la Mujer Mayor de 65 años
	Protocolo de Actuación ante la Violencia de Género en Atención Primaria
Hábitos de vida saludables	Programa de Información sobre Tabaquismo
	Plan Regional de Drogas de la Región de Murcia (2007-2010)
	Programa de salud bucodental infantil
Otros ámbitos	Programa de atención al niño y al adolescente 2007
	Plan Oncológico de la Región de Murcia 2007-2010
	Programa de vacunaciones
	Programa de control sanitario de alimentos y zoonosis
	Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela 2005-2010
	Plan Regional de Drogodependencias (2007-2010)
	Protocolo para el Diagnóstico Precoz de la Infección y la Enfermedad Tuberculosa
	Plan de Sistemas de Información Sanitaria

Navarra (Comunidad Foral de)	
Programas generales de salud	Plan de Salud (2001-2005; 2006-2012)
Cáncer de mama	Programa de cribado poblacional (desde 1990)
	Apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento
Cáncer de cuello uterino	Programa de Cribado Poblacional (2006)
Estrategias: cáncer	Comités de cáncer de pulmón, mama y aparato digestivo en el Hospital de Navarra. Puesta en marcha del Registro Hospitalario de Tumores
Estrategias: cardiopatía isquémica	Programa de riesgo en atención primaria (desde 2003)
Estrategias: cuidados paliativos	Programa de atención en cuidados paliativos (desde 2000)
Estrategias: atención al parto normal	Programa de cribado para detectar la hipoacusia en recién nacidos (desde 1997)
	Consulta diagnóstica para detectar anomalías congénitas (1995)
Estrategias: violencia de género	Plan de acción
	Acciones preventivas
	Protocolo de actuación sanitaria
Estrategias: salud mental	Plan de Salud Mental Infanto-Juvenil (desde 2007)
	Programa de psiquiatría interconsultor (desde 2007)
Hábitos de vida saludables	Programa con prestaciones preventivas y curativas en salud bucodental de población infantojuvenil (desde 1991)
País Vasco	
Programas generales de salud	Plan de Salud de Euskadi (2002-2010)
Cáncer de mama	Programa de detección de cáncer de mama (2006-2009)
Cáncer de cuello uterino	Programa de cribado oportunista
Estrategias: cardiopatía isquémica	Proyecto de mejora de la rehabilitación en enfermedades cardíacas (2007-2008)
Estrategias: cuidados paliativos	Plan de Cuidados Paliativos (2006-2009)
Rioja (La)	
Programas generales de salud	Plan de Salud de La Rioja 1998-2010
Cáncer de mama	Programa de cribado poblacional (1993)
	Tratamiento psicológico tras diagnóstico y durante el tratamiento
Cáncer de cuello uterino	Programa de cribado poblacional (2005)
Estrategias: cardiopatía isquémica	Programa de hábitos saludables

Estrategias: violencia de género	Plan de acción
	Protocolos de actuación sanitaria
Estrategias: salud mental	Plan de Salud Mental de La Rioja (1998)
	Plan de Atención a la Salud Mental (2005-2007)
Otros ámbitos	Plan de Salud Bucodental para Mujeres Embarazadas
	Programas para la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y educación sanitaria
Ingesa (Ceuta y Melilla)	
Cáncer de mama	Programa de cribado poblacional
	Apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento
Cáncer de cuello uterino	Programa de cribado poblacional
Estrategias: cáncer	Implantación de la Estrategia contra el Cáncer del SNS (2006-2007)
Estrategias: cardiopatía isquémica	Implantación de la Estrategia en Cardiopatía Isquémica
Estrategias: cuidados paliativos	Implantación del Plan de Cuidados Paliativos
Estrategias: diabetes	Implantación de la Estrategia en Diabetes (2005)
Estrategias: atención al parto normal	Implantación de la Estrategia en Salud Perinatal y Género (2007)
Estrategias: violencia de género	Plan de acción (2007)
	Acciones preventivas (2007)
	Protocolo de actuaciones sanitarias (2007)
Estrategias: salud mental	Implantación de la Estrategia en Salud Mental
CAIB, Comunidad Autónoma de las Islas Baleares.	

Estos planes elaborados a nivel autonómico tienen como referencia las iniciativas elaboradas a nivel nacional y supranacional, como es el Programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública 2003-2008.

Su elaboración se basa esencialmente en los análisis demográficos y de morbimortalidad, indicadores epidemiológicos, costes sociales y sanitarios, a los cuales se han ido incorporando estrategias de intersectorialidad, participación y perspectiva de género. Para su seguimiento se establecen distintos instrumentos e incluso se crean órganos específicos (como es el caso de la Oficina del Plan de Salud de Baleares).

Cada comunidad autónoma se encuentra desarrollando su respectivo plan de salud que varía en su duración (de 2 a 4 años, de media), así como en su contenido que atiende tanto a las circunstancias como a las prioridades en las políticas autonómicas de salud pública.

Así, en Andalucía se está evaluando el III Plan Andaluz de Salud 2003-2008; en Aragón, las Estrategias de Salud 2003-2007; en Asturias, el Plan de Salud 2004-2007; en Castilla-La Mancha, el Plan de Salud 2001-2010; en Castilla y León, el II Plan de Salud 1998-2007; en Cataluña, el Plan de Salud 2002-2005 y el Plan de Salud al horizonte 2010; en Extremadura, el Plan de Salud de Extremadura 2005-2008; en Galicia, el Plan de Salud 2006-2010; en Baleares se desarrolla el Plan de Salud 2003-2007; en Canarias, el Plan de Salud de Canarias 2004-2008; en La Rioja, el Plan de Salud de La Rioja 1998-2010; en Navarra, el Plan de Salud para el período 2006-2012, y en el País Vasco, el Plan de Salud de Euskadi 2002-2010.

Otros planes sanitarios

El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) en 2006 junto con los planes de salud autonómicos han sido el marco de referencia para el desarrollo de otros planes específicos desarrollados por las comunidades autónomas sobre aspectos más concretos de los respectivos sistemas de salud, como la atención primaria. Ésta ha merecido especial atención en comunidades autónomas, como Aragón (Estrategias, Objetivos y Compromisos para la Atención Primaria en el Sistema de Salud de Aragón 2008-2011), Canarias (Plan Estratégico de Atención Primaria de Canarias 2006-2008) o la Comunidad de Madrid (Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009).

A nivel autonómico se han aprobado planes en materia de calidad, como es el caso del II Plan de Calidad 2005-2008 en Andalucía, con el cual se pretende situar la calidad como un elemento esencial de un sistema sanitario público orientado al ciudadano, a sus necesidades, demandas, expectativas y a su satisfacción, o el Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid 2002-2007.

Dentro de los planes generales con finalidad determinada, también se han elaborado planes para mujeres, como es el Plan de Salud para las Mujeres de Cantabria.

Cáncer de mama

Las medidas contra el cáncer de mama a nivel autonómico suelen integrarse en programas específicos de prevención, detección y tratamiento de éste que, a su vez, se integran en planes oncológicos autonómicos o programas específicos de salud de la mujer.

Independientemente del instrumento empleado, los programas de cribado poblacional se encuentran en todas las comunidades autónomas: así, en Andalucía desde 1995, en Aragón desde 1996, en Asturias desde 2000, en Cantabria desde 1997, en Castilla y León desde 1992, en Cataluña desde 1994, en Extremadura desde 1999, en Galicia desde 1992, en el Ingesa y Baleares desde 1997, en Canarias desde 1999, en La Rioja desde 1993, en Madrid, Navarra y País Vasco desde 1990.

Aparte de ello, las medidas, como el apoyo psicológico tras diagnóstico y durante el tratamiento, aparecen referenciadas sólo en algunas comunidades autónomas: en Cataluña desde 1994, en Andalucía desde 1995, en Asturias a partir de 2006, en Aragón a partir de 2007, así como en Baleares, Canarias, La Rioja y Navarra.

Cáncer de cuello uterino

Las actuaciones autonómicas contra el cáncer de cuello uterino son menos numerosas y sólo a finales del período 2004-2007 se observa en las comunidades autónomas la disposición de medidas, además del cribado oportunista (Cataluña, Navarra y País Vasco), el cribado poblacional (Cantabria, Castilla y León en 1986, Ingesa y La Rioja en 2005) e, incluso, nuevas estrategias para el diagnóstico precoz que incorporan citología líquida y determinación del virus del papiloma en determinados supuestos y para la prevención como la vacunación contra dicho virus (Andalucía y Madrid en 2007).

Estrategias

Cáncer

La Estrategia del Cáncer del Sistema Nacional de Salud (SNS) aprobada en 2006 constituye el marco general en el cual se desarrollan las actuaciones de las comunidades autónomas en este ámbito. Su implantación por parte de las comunidades autónomas ha sido diversa en cuanto a los mecanismos utilizados, que van desde planes generales a nivel autonómico hasta programas concretos sobre varios tipos de cáncer.

Con motivo de la estrategia, en Andalucía se ha elaborado un Plan Integral de Oncología 2007-2012, en Cataluña el Programa de diagnóstico rápido del cáncer (para cáncer de mama, pulmón y colorrectal), que se puso en marcha en este período y se amplió para el cáncer de próstata y vejiga en 2007, en Extremadura el Plan Integral contra el Cáncer 2007-2011, en el

Ingresa se desarrolla la Estrategia del Cáncer 2006-2007 mientras que Madrid aprobó el Plan Integral de Control del Cáncer y el Programa Integral de Detección y Asesoramiento del Cáncer Familiar 2007-2008 y, por último, Murcia, el Plan Oncológico 2007-2010.

Otras comunidades autónomas han incorporado los principios de esta estrategia en los planes que estaban diseñando, como Cataluña en su Plan Director de Oncología 2005-2007 o la Comunidad Valenciana en su Plan Oncológico 2002-2007, o en el I Plan Integral de Oncología 2002-2006 y el II Plan Integral 2007-2012 de Andalucía.

En las demás comunidades autónomas se están desarrollando programas de detección, como en Asturias con el Programa de Detección de Cáncer 2004-2007, o actuaciones específicas, tal y como ocurre con el cáncer colorrectal (Aragón, Cantabria y Canarias).

Cardiopatía isquémica

El Plan Integral de Cardiopatía Isquémica (PICI) elaborado con anterioridad al período 2004-2007 constituyó un marco de referencia técnica para abordar esta patología y sirvió de base para el diseño en 2006 de la Estrategia de Cardiopatía Isquémica del SNS. Este documento redefine el marco de actuación general con unos objetivos claros y definidos e indicadores de evaluación y seguimiento con los cuales se garantiza a los pacientes una adecuada prevención, asistencia y seguimiento en cualquiera de las fases de la enfermedad.

Estas actuaciones se han estructurado en determinadas comunidades autónomas mediante instrumentos, como el Plan Integral Andaluz de Atención a las Cardiopatías 2005-2009 (que ha dado lugar a un Plan Funcional de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca y al Plan de Cirugía Cardíaca de Cardiopatías Congénitas), la Estrategia Regional de Salud Cardiovascular 2005-2007 en Castilla y León, el Plan Director del Aparato Circulatorio 2005-2007 en Cataluña, el Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura (2007-2011), el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica de Madrid y el Programa de Riesgo Vascular en Atención Primaria de Navarra.

En las demás comunidades autónomas se integran los criterios de la Estrategia de Cardiopatía Isquémica en los respectivos planes de salud (tal y como es el caso de Baleares) o en programas puntuales.

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos han sido objeto de una creciente planificación por parte de las comunidades autónomas, esencialmente a partir del final del período 2004-2007. Estos planes están encaminados a asegurar la atención sanitaria y cuidados de los pacientes, aliviar el sufrimiento, aportar dignidad y favorecer el apoyo psicoemocional y social que cada persona necesite en función de sus necesidades personales.

Alguna comunidad autónoma ha sido pionera, como Extremadura, en la cual existe el Programa Marco de Cuidados Paliativos desde 2002; Navarra con su Programa de Atención de Cuidados Paliativos 2004-2006, o Cataluña con su Estrategia Final de Vida del Plan Director Sociosanitario de 2005 fueron anteriores también al resto de comunidades autónomas que han aprobado sus planes en 2006 y 2007: Plan Integral de Cuidados Paliativos de Madrid (2006), Plan de Cuidados Paliativos 2006-2009 del País Vasco, Plan de Atención Paliativa de Cantabria (2007), Plan de Cuidados Paliativos de Ingesa 2007-2010, Plan Integral de Cuidados Paliativos de Murcia (2007), Plan de Cuidados Paliativos de Aragón (2007) y Plan de Atención a los Cuidados Paliativos de Andalucía (2008-2012).

Diabetes

En atención a la dispersión derivada de los diversos planes y estrategias desarrolladas por las comunidades autónomas con anterioridad al período 2004-2005 en esta materia, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se impulsó una Estrategia Nacional sobre la Diabetes para identificar los puntos críticos, establecer estándares y objetivos, definir indicadores comunes y aunar la cooperación y colaboración de las diferentes Administraciones, sociedades científicas y asociaciones de pacientes.

Esta estrategia se ha situado como marco de la intervención de aquellas comunidades autónomas que han dispuesto planes específicos al respecto, como es el caso de Andalucía con el Plan Integral de Diabetes Mellitus 2003-2007 y su futuro Plan Integral de 2007-2012; Asturias, con el Programa Clave de Atención Interdisciplinaria sobre Diabetes Mellitus; Castilla-La Mancha y su Plan Integral de Diabetes Mellitus 2007-2010; en la Comunidad Valenciana se desarrolla el Plan de Diabetes de la Comunidad Valenciana 2006-2010; Extremadura y su Plan Integral de Diabetes 2007-2012; Ingesa y su Estrategia en Diabetes del SNS 2005; Canarias sigue un Programa de Cribado de Retinopatía Diabética desde 2007, y Murcia, con el Plan Integral de Atención al Diabético 2005-2009.

Atención al parto normal

El Consejo Interterritorial del SNS aprobó en 2007 una Estrategia para la Atención al Parto Normal del SNS, con la cual se pretende, como objetivo general, humanizar la atención al parto y, para ello, se propone revisar las prácticas actuales y eliminar intervenciones innecesarias, como la episiotomía, el rasurado o el enema.

Más allá de intervenciones en este ámbito concreto, las comunidades autónomas han desarrollado programas sobre ésta y otras cuestiones relativas al parto, al puerperio y al neonato dentro de programas generales, como Andalucía, Cataluña, Ingesa (Estrategia en Salud Perinatal y Género del SNS 2006-2007) y Madrid (Plan de Mejora de Asistencia Neonatal).

En cuanto a los programas relativos al parto normal, éstos se han desarrollado en Andalucía (Proyecto de humanización del parto que incluye una Estrategia del Parto Normal), Cantabria (2007) y Cataluña. También programas específicos sobre lactancia materna (Cantabria desde 2005 con el Plan de Fomento de la Lactancia Materna y Castilla y León, además, con actuaciones de educación para la salud en las embarazadas y padres de recién nacidos, con “La salud desde el principio”) o el caso de Navarra, que crea la Comisión Asesora Técnica para la Promoción de la Lactancia Materna (2004).

Existen, además, otros programas relacionados con la detección precoz de enfermedades congénitas (Castilla y León, Extremadura y Navarra), endocrinometabólicos (Extremadura) y de la hipoacusia (Andalucía, Asturias con el Programa de Atención a Déficit Auditivos Infantiles, Cantabria desde el año 2000, Castilla y León, Galicia con un programa para la detección precoz de la sordera en el período neonatal desde 2002 y Navarra desde 1999).

Violencia de género

La Comisión contra la Violencia de Género creada en noviembre de 2004, gestada en paralelo al proyecto de Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, estableció las directrices en esta materia mediante la revisión de los proyectos y estrategias en el ámbito de las comunidades autónomas, con estudios de propuestas metodológicas para el conocimiento del impacto real del fenómeno y para su detección precoz y diagnóstico.

El impulso recibido por la Ley Orgánica 1/2004 a la lucha contra la violencia de género ha motivado en las comunidades autónomas una adopción sistemática de instrumentos para responder desde el punto de vista sanita-

rio. Esto significa la asunción de acciones preventivas, planes de acción y protocolo de actuación sanitaria.

La mayoría de las comunidades autónomas señalan contar con los tres instrumentos señalados de prevención, respuesta y asistencia. Alguna comunidad autónoma, como Madrid, cuenta con un Plan Interinstitucional de la Violencia de Género, aunque la Comunidad Autónoma de Cantabria es pionera en la incorporación de los criterios de detección precoz en su historia clínica informatizada en atención primaria.

Respecto a los planes de acción, algunas comunidades autónomas concretan sus respuestas, indicando la existencia de un procedimiento de coordinación institucional frente a la violencia de género (Andalucía), colaboración con el Instituto de la Mujer y otros departamentos de la Generalitat (Cataluña), coordinación con la Delegación del Gobierno (Ingesa) o una coordinadora autonómica de atención a la mujer (Balears).

También se dispone de protocolos de coordinación entre las Administraciones públicas para la gestión de la Orden de Protección (Andalucía). En Asturias se ha desarrollado un programa de atención afectivo-sexual en centros de educación secundaria y los profesionales sanitarios se han especializado entre 2005 y 2007. En Canarias se sigue un plan de acción, acciones preventivas y protocolo de actuación sanitaria desde 2003.

Los protocolos de actuación sanitaria desarrollados han sido numerosos y se constituyeron como base de construcción (Andalucía, Asturias, Castilla-La Mancha, Cantabria y Murcia) para el Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS y presentado en abril de 2007, que actualmente se encuentra en fase de implantación.

Asimismo, en diciembre de 2007 han sido aprobados por el Consejo Interterritorial los indicadores comunes de información sobre atención sanitaria en el SNS a las mujeres que sufren violencia de género y los criterios de calidad para la formación básica de profesionales sanitarios en esta materia, así como sus objetivos comunes.

Anualmente, la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS)²⁰ publica el Informe anual sobre Violencia de Género (editados los de 2005, 2006 y a punto de editarse el de 2007), en que se recoge una permanente actualización de las actuaciones desarrolladas en los servicios de salud que integran el SNS en esta materia y aquéllas otras de coordinación intersectorial tanto a nivel

20 Todos estos documentos se encuentran disponibles en formato de texto completo (castellano e inglés) en la página electrónica del MSC: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t03.htm. La publicación en papel también está disponible de forma gratuita en el Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.

autonómico como desde la Comisión del CISNS, donde participa la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género y el Instituto de la Mujer, además de todas las comunidades autónomas, Ingesa y el propio Ministerio de Sanidad y Consumo.

Salud mental

La Estrategia Europea de Salud Mental aprobada en 2005 sirvió de marco para la elaboración de la Estrategia de Salud Mental del SNS. Por su parte, las comunidades autónomas llevaban tiempo desarrollando sus propias actividades de planificación en materia de salud mental que ahora encuentra acomodo en esta estrategia estatal.

En Andalucía se desarrolló la primera edición del Plan Integral de Salud Mental 2002-2006 y se preparó una segunda edición de 2007-2012. En Aragón se sigue el Plan de Salud Mental 2002-2010 mientras que en Asturias existe un Plan Estratégico 2001-2003, al cual han seguido unas líneas preferentes de actuación para el período 2005-2007.

En Castilla-La Mancha existe un Plan de Salud Mental 2005-2010; en Castilla y León, la I Estrategia de Salud Mental y Asistencia Sanitaria Psiquiátrica 2003-2007; en Cataluña, el Plan Director de Salud Mental y Adicciones 2005-2007; en Extremadura, el Plan Integral de Salud Mental 2007-2012; en Galicia, el Plan Estratégico de Salud Mental 2006-2011; en La Rioja, un Plan de Atención a la Salud Mental 2005-2007, y en Madrid, un Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008.

Hábitos de vida saludables

Nutrición, actividad física y obesidad (Naos)

Dentro de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimenticio, Actividad Física y Salud aprobada por la OMS en 2004 se puso en marcha una serie de actuaciones a nivel nacional con la colaboración de diversos ministerios, así como de distintos sujetos relevantes. Entre estas actuaciones se encuentra el diseño de guías alimentarias y promoción de la actividad física, medidas educativas para una alimentación saludable, factores ambientales, genéticos, sanitario de la obesidad, factores sanitarios de trastornos de la conducta alimentaria y sistemas de información.

En esta línea, algunas comunidades autónomas han optado por desarrollar instrumentos de carácter general: Andalucía y su Programa de Pro-

moción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada (2004-2008), el Programa Gallego de Actividades Saludables, Ejercicio y Alimentación desde 2005, el Programa vasco Oinez Bizi/Vive Caminando frente al sedentarismo o el Plan Integral para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Saludable (Cataluña en 2005). Otras actuaciones se han centrado en el problema de la obesidad, como Andalucía, con el primer Plan Integral de Obesidad Infantil 2007-2012; la Comunidad Valenciana, donde existe un Programa de Atención Integral al Paciente Obeso en el cual se ofrece un tratamiento de actuación multidisciplinario, o Baleares, que trabaja para la implantación de la Estrategia contra la Obesidad Infantil del SNS.

Tabaquismo

Desde 2004 se ha impulsado a nivel estatal la Estrategia de Control del Tabaquismo en España mediante diversas iniciativas: entre otras, la elaboración de la que sería la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo, la financiación y coordinación de las estrategias con las comunidades autónomas y convenios de colaboración con distintas entidades y organizaciones.

Las comunidades autónomas, al margen de las medidas en desarrollo de la Ley 28/2005, han dispuesto sus planes concretos al respecto, como es el caso de Andalucía que está desarrollando el Plan Integral de Tabaquismo 2005-2010; Aragón, con el Programa de Prevención del Tabaquismo; Cantabria, con el Plan de Prevención y Control del Tabaquismo; Cataluña, que sigue programas específicos (protección de la población no fumadora, prevención del inicio, promoción de la cesación tabáquica y monitorización de los procesos y resultados); Galicia, con el Programa gallego de Promoción de Vida sin Tabaco desde 1994; Madrid, con su Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo 2005-2007; Murcia, mediante el Programa de Información sobre Tabaquismo, y Navarra, que creó en 2007 la Comisión Asesora Técnica de Prevención y Control del Tabaquismo.

Drogodependencia

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 fue evaluada en el año 2004, lo que generó la elaboración del plan de acción 2005. A nivel autonómico, numerosas comunidades autónomas mantienen desde hace tiempo acciones planificadas ante este problema de salud.

En Aragón se sigue el Plan Autonómico de Drogodependencias; en Cantabria se mantiene el Plan Regional sobre Drogas; en Galicia, el Plan

Galicia sobre Drogas 2007-2009; en Madrid, el Plan Estratégico de la Agencia Antidroga 2006-2009, y en Murcia, el Plan Regional de Drogodependencias 2007-2010.

En otras comunidades autónomas se aborda desde programas específicos, tal y como es el caso de Asturias, donde se han seguido programas de mantenimiento con metadona tanto en los centros de salud como en las oficinas de farmacia y unidades móviles; o desde otros planes, como Cataluña, que lo hace desde el Plan Director de Salud Mental y Adicciones (2005-2007).

Otros ámbitos

Las comunidades autónomas han desarrollado otros planes y programas de carácter sanitario sobre ámbitos muy diversos que, si bien no destacan por su generalidad y relevancia actual, permiten apreciar cuáles son las preocupaciones, retos y tendencias de futuro en el desarrollo de la política sanitaria.

Educación sanitaria

Las comunidades autónomas han desarrollado programas de educación en distintos aspectos relacionados con la salud. La mayoría de las comunidades autónomas se centran en la educación sanitaria infantil en el ámbito educativo, tal y como es el caso de Andalucía con los programas de promoción de estilos de vida saludable en los centros educativos de educación secundaria (Forma Joven, con finalidad afectivo-sexual, ESO sin humo) y educación primaria (Programa de Alimentación Saludable y Programa Aprende a Sonreír de higiene bucodental). En Castilla y León, programas de salud escolar, como el Programa de educación para la salud en centros docentes, el Programa de salud bucodental y el Programa de promoción y educación para la salud en adolescentes y jóvenes. En Cataluña, el Programa Salud y Escuela. En Murcia, el Programa de educación para la salud infantil en la escuela 2005-2010.

Otras comunidades autónomas han optado por instrumentos globales, como en Aragón, donde se siguen programas de educación y prevención de la salud dirigidos a todos los grupos de población, o Extremadura, con el Plan Marco de Educación para la Salud 2007-2012 y Navarra, con el Programa de prestaciones preventivas y curativas a población infantojuvenil.

Personas mayores

Entre otros ámbitos que también han sido objeto de atención por parte de las comunidades autónomas se encuentran las personas mayores, para las cuales se han desarrollado planes específicos, tal y como es el caso de Castilla y León que sigue un Plan de Atención Geriátrica 2003-2007 o la Comunidad Valenciana, con el Plan Integral de Atención a las Personas Mayores y Enfermos Crónicos 2007-2011.

Enfermedades crónicas y degenerativas

También se han dispuesto planes relativos a enfermedades crónicas (en el País Vasco en 2007 se han comenzado a poner en marcha las actuaciones previstas en el proyecto de mejora de la rehabilitación de las enfermedades crónicas) o la enfermedad de Alzheimer (Plan Andaluz de Alzheimer, 2007-2010).

VIH/sida

Por último, existen planes para abordar problemas de salud específicos, como es el VIH/sida (dentro del Plan Nacional sobre Sida iniciado a nivel estatal se continúan aprobando planes autonómicos, como el Plan de Acción contra el VIH/sida en Galicia y el Plan de Actuaciones frente al Sida de la Comunidad de Madrid). También se aprueban planes para problemas muy concretos, tal y como son las enfermedades genéticas (Plan de Genética de Andalucía), las enfermedades raras (Plan Andaluz de Atención a Personas Afectadas por Enfermedades Raras 2008-2012 o el Plan de Accidentabilidad 2007-2012 de Andalucía).

Equidad

Los objetivos de equidad están muy presentes en el diseño de la política sanitaria, tanto en el ámbito de actuación del Ministerio de Sanidad y Consumo como en el de los servicios autonómicos de salud. Habitualmente, estos objetivos se encuentran definidos en términos de igualdad de acceso y de reducción de las desigualdades en salud, y así figura explicitado en algunos planes de salud autonómicos²¹. Entre las medidas adoptadas por los distintos territorios a este respecto puede distinguirse un primer bloque de acciones orientadas a mejorar la accesibilidad geográfica y un segundo bloque que consiste en el diseño de planes de actuación específicos para grupos con desventaja social o especial vulnerabilidad (mujeres, inmigrantes, personas con discapacidad, etc.).

Respecto a la mejora de la accesibilidad geográfica, una parte de las medidas adoptadas por las comunidades autónomas está relacionada con la *reordenación del mapa sanitario* (aumento del número de zonas de salud e infraestructuras asociadas, etc.), como en el caso de Aragón, Cataluña, Extremadura y La Rioja. La *telemedicina*, concebida también como un medio de mejorar el acceso a la atención especializada, se incluye entre las acciones citadas por Asturias, Extremadura, Castilla y León y Cataluña. Por su parte, Andalucía y Aragón refieren la puesta en marcha de *centros de alta resolución*, que permiten acercar la asistencia especializada al ámbito rural o zonas geográficas de difícil acceso. El *resto de medidas citadas* por las comunidades autónomas van desde el aumento de la cobertura de la atención de urgencias (Extremadura) hasta el refuerzo de los centros de salud mental para mejorar el acceso de las zonas rurales (Castilla y León) o los programas que facilitan el desplazamiento de los pacientes desde las áreas rurales hasta los centros sanitarios (Castilla y León y La Rioja).

Además, todas las comunidades autónomas han diseñado programas específicos dirigidos a colectivos necesitados de especial protección si bien el alcance de estos programas, su grado de concreción y la amplitud de los colectivos protegidos varían de una comunidad autónoma a otra²².

21 Alguna comunidad autónoma, como el País Vasco, en su informe señala como aspecto innovador de su Plan de Salud el carácter prioritario concedido a la reducción de las desigualdades sociales en salud. También merece destacarse el caso de Canarias, que incorpora los aspectos sociales en la elaboración de una serie de programas de salud, y el de Andalucía, que cuenta con una planificación transversal en políticas de salud que hacen hincapié en grupos con desventaja social.

22 Las medidas que se resumen a continuación se caracterizan, en general, por tener como fin favorecer el acceso a la asistencia sanitaria a colectivos que, de otro modo, podrían verse

Las *mujeres* constituyen el primer gran grupo de población al cual se orientan las actuaciones de los servicios autonómicos de salud, y ya comienza a extenderse la incorporación del enfoque de género en el diseño de los planes de salud y el estudio de las desigualdades de género, no sólo en salud sino también en lo que respecta al acceso y utilización de los servicios sanitarios²³.

La práctica totalidad de las comunidades y ciudades autónomas han comenzado a implantar protocolos de actuación sanitaria en el ámbito de la violencia de género, además de acciones preventivas y otro tipo de actuaciones, que suelen incluir programas de formación de profesionales. En la mayor parte de los casos se trata de medidas iniciadas antes de 2007. La rápida expansión de este tipo de medidas sin duda está determinada por la importancia social que ha adquirido en los últimos años el problema de la violencia contra la mujer. Aparte de ello, la difusión durante 2007 del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género de la Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS ha impulsado su adopción por un elevado número de comunidades autónomas.

Algunas comunidades autónomas (Andalucía, Asturias, Castilla y León) establecen, asimismo, programas específicos de apoyo a las personas cuidadoras de familiares dependientes²⁴ –en el caso andaluz, incluso se articulan acciones formativas para las cuidadoras de grandes discapacitados en lo que se refiere al acceso a los profesionales sanitarios–. Finalmente, otras comunidades autónomas mencionan la existencia de planes de atención integral a la salud de la mujer (Aragón, Baleares, Galicia y Murcia).

El fenómeno social que seguramente ha tenido más impacto en los últimos años –también en el ámbito de la atención a la salud– es el de la *inmigración*. Este hecho justifica los esfuerzos que el conjunto de los territorios que componen el SNS ha invertido tanto en la prevención de enfermedades del colectivo de inmigrantes, como en la mejora del acceso a la asistencia sanitaria y de la forma en que ésta se presta.

Las medidas legales para facilitar el acceso a la asistencia sanitaria a las personas extranjeras sin recursos que carecen de tarjeta sanitaria individual

privados de la atención necesaria o que, en todo caso, se enfrentan a barreras de acceso significativas. Otras acciones, en cambio, podrían ser catalogadas más adecuadamente bajo el epígrafe de “mejora de la calidad”. Es el caso, por ejemplo, de los programas para mejorar la atención al parto, que a pesar de ser incluidos por algunas comunidades autónomas en el apartado dedicado a la equidad, no han sido resumidos en este capítulo.

23 Cataluña, incluso, refiere la incorporación de la perspectiva de género en la compra de servicios.

24 Se incluyen en el grupo de medidas dirigidas a mujeres dada la elevadísima feminización de este colectivo.

se integran entre las actuaciones desarrolladas por las comunidades autónomas. Así lo señalan Andalucía, Canarias, Comunidad Valenciana o Extremadura, que en algunos casos regulan las condiciones de acceso a través de tarjetas de carácter temporal.

Sin embargo, la regulación del derecho a la asistencia es el primer paso necesario para garantizar que las personas inmigrantes reciban la asistencia precisa cuando se encuentren en situaciones de necesidad. Por ello, los servicios autonómicos de salud han instrumentado otro tipo de actuaciones que permiten que ese derecho se haga efectivo en las mejores condiciones posibles. Así, son múltiples las iniciativas destinadas a facilitar la transmisión de información sanitaria a los colectivos de inmigrantes mediante la traducción de diversa documentación (como en el caso de Castilla-La Mancha, Cataluña, La Rioja o Madrid; Castilla y León edita, a su vez, material específico dirigido a este colectivo). También lo son las medidas para facilitar la comunicación entre los pacientes y los profesionales sanitarios señaladas por Andalucía –que ha establecido un sistema pictográfico alternativo al lenguaje oral–, Baleares, Canarias, Castilla y León o La Rioja –comunidades que han puesto en marcha proyectos de teletraducción o traducción simultánea–. Asimismo, la figura de la mediación intercultural –persona que ofrece información y formación para la salud– y las acciones de formación a los profesionales sanitarios en relación con la atención a pacientes inmigrantes se encuentran entre las medidas más extendidas. Así, Andalucía, Aragón, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Madrid, Murcia y Navarra refieren acciones de este tipo²⁵.

También son reseñables las políticas de prevención de enfermedades con una orientación específica hacia los colectivos de inmigrantes. Estas políticas de “acciones formativas” ayudan a igualar a colectivos diferenciados y contribuyen a mejorar la equidad, tal y como destaca Murcia en su informe.

Los avances producidos en la atención a las *personas con discapacidad* están, en cierta parte, provocados por el desarrollo de la *Ley estatal de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia* (Ley 39/2006), por lo que, con independencia de su distinto grado de desarrollo por comunidad autónoma, pueden considerarse un elemento común a todo el SNS. En cambio, varían las principales acciones reseñadas por los distintos servicios de salud: programas dirigidos a enfermos mentales (Asturias, Castilla y León, Madrid o Murcia), a personas mayores (Canarias,

25 Cabe destacar, en este punto, la experiencia citada por Aragón en relación con su Foro de la inmigración dado que los planes diseñados por el gobierno autonómico han contado con la participación activa del propio colectivo de inmigrantes.

Ceuta y Melilla) o programas de atención temprana a niños y niñas (Andalucía, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha o Madrid), entre otros.

Al margen de los programas específicos para mujeres en situaciones de desigualdad, población inmigrante y discapacitados, las comunidades autónomas destacan algunos otros grupos considerados especialmente vulnerables que son objeto de acciones dirigidas a mejorar la equidad en el acceso a la mejor atención sanitaria posible. Es el caso, por ejemplo, de las *personas en situación de pobreza o exclusión social* (Andalucía, Canarias, Cataluña, Madrid o País Vasco). Tanto Andalucía como Cataluña refieren actuaciones localizadas en zonas geográficas concretas en las cuales se ha identificado una necesidad especial de ayuda (mediante refuerzos de los servicios de salud en las zonas con necesidades de transformación social en Andalucía y el programa de Salud en los Barrios en Cataluña). Asimismo, son objeto de atención especial las personas mayores (particularmente, respecto a los problemas de maltratos, tal y como refieren Cataluña y La Rioja), o la población infantil (tal y como señalan Baleares²⁶, Cataluña o Madrid). Es de destacar la importancia de los programas de atención temprana dirigidos a la infancia, en la medida en que la salud de los primeros años de vida determina significativamente el estado de salud a lo largo del resto del ciclo vital.

Las personas con *drogodependencia* constituyen otro de los colectivos a los cuales algunas comunidades autónomas prestan una atención singular (entre ellas, Aragón y Galicia, ambas con planes autonómicos de drogodependencias, así como Cataluña, Extremadura o Murcia), diseñando programas específicos de prevención, diagnóstico y/o tratamiento de la drogadicción y de las enfermedades asociadas con el consumo de drogas e, incluso, medidas para mejorar el acceso de las personas afectadas a los tratamientos (tal y como reseña Asturias). Por su parte, Andalucía y Madrid citan las acciones dirigidas a *personas que ejercen la prostitución*. Finalmente, Cataluña, La Rioja, Navarra y País Vasco también destacan, entre sus planes de actuación, los dirigidos a favorecer la promoción de la salud y la participación social del *pueblo gitano*²⁷.

26 En Baleares destaca la prestación de atención bucodental a los niños entre 6 y 15 años. Otras comunidades autónomas también disponen de estas prestaciones que, al estar más consolidadas, no se señalan como medidas reseñables en los respectivos informes (es el caso del País Vasco). Teniendo en cuenta las desigualdades socioeconómicas observadas en salud bucodental entre las comunidades autónomas que cubren esta prestación y las que no, su incorporación a la cartera de servicios financiada públicamente debe considerarse una medida reseñable en la mejora de la equidad.

27 Las acciones citadas en este capítulo no son las únicas que llevan a cabo las comunidades autónomas si bien concentran la mayor parte de los esfuerzos dirigidos a colectivos considerados vulnerables. Entre el resto de acciones podría destacarse, a modo de ejemplo, la mejora de los mecanismos de información sobre salud laboral referida por Cataluña, o las ayudas y subvenciones concedidas a diversas ONG y asociaciones de pacientes, citadas por distintas comunidades autónomas.

Teniendo en cuenta que la población socialmente más desfavorecida carece de la posibilidad de acudir al sector privado para obtener diagnóstico y/o tratamiento cuando se producen demoras en los servicios públicos, también cabe señalar los esfuerzos que se realizan en la gestión de los *tiempos y listas de espera* como fórmula para mejorar la equidad en el acceso a la asistencia. A pesar de que una parte de las comunidades autónomas han regulado los plazos de respuesta quirúrgica o diagnóstica con carácter previo a 2007, algunos territorios refieren medidas relacionadas con este ámbito en este año (Andalucía y Castilla-La Mancha, con la adaptación o establecimiento de nuevos plazos; Baleares y Canarias, con la puesta en marcha y desarrollo –respectivamente– de las herramientas de gestión de listas de espera; Madrid y Castilla y León con la continuación de sus planes de reducción, y Ceuta y Melilla con la adaptación de sus sistemas de información).

Muchas de las actuaciones citadas en este capítulo corresponden al desarrollo de medidas diseñadas con anterioridad al año 2007. No obstante, merece la pena señalar que un total de 7 comunidades autónomas²⁸ incluyen, entre las *experiencias innovadoras* puestas en marcha este año, una o varias de las acciones que se integran en el área de la equidad. Este hecho debe valorarse positivamente, como un indicador del interés que el tema despierta y de los esfuerzos invertidos en diseñar políticas cada vez más efectivas.

A pesar de que la equidad siempre ha aparecido como uno de los principios definitorios del Sistema Nacional de Salud, es cierto que el final del proceso de descentralización de las competencias sanitarias intensificó la preocupación por la equidad y la cohesión del SNS desde una perspectiva geográfica o territorial. No obstante, la información contenida en los informes remitidos por las distintas comunidades autónomas no permite evaluar convenientemente su estado de situación o evolución. En todo caso, algunos indicadores señalan hacia la convergencia de los distintos servicios autonómicos, ya sea en el diseño de las acciones dirigidas a fomentar la reducción de las desigualdades en salud y la mejora en el acceso a las prestaciones sanitarias para los grupos de población más vulnerables o socialmente más desfavorecidos, ya sea en la dotación de infraestructuras y en el gasto per cápita.

Así, en informes previos del Observatorio del SNS ya se citaba la tendencia a la disminución en el número de pacientes desplazados entre comunidades autónomas, como dato indicativo de mayor homogeneidad en la dotación de infraestructuras, tendencia ésta que ha continuado en los años siguientes, tal y como indican los últimos datos disponibles, que se presentan en la tabla 38²⁹.

28 Andalucía, Aragón, Canarias, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.

29 Se refiere al total de pacientes cuya alta hospitalaria se ha producido en una comunidad autónoma distinta a la de residencia habitual.

TABLA 38. Evolución del flujo de pacientes entre comunidades autónomas, 2001-2005

	2001	2002	2003	2004	2005
Flujo de pacientes entre comunidades autónomas	60.449	61.207	60.581	58.746	58.556

Del Segundo informe del grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario (2007).

En lo que respecta al *gasto sanitario público* por persona protegida equivalente, tal y como se define en el informe del grupo de trabajo creado tras la I Conferencia de Presidentes³⁰, el coeficiente de variación también muestra, en general, una tendencia a la mayor homogeneidad en el gasto en comparación con los años previos a la finalización del traspaso de las competencias, más acentuada cuando se excluye del análisis a las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (tabla 39).

TABLA 39. Evolución del coeficiente de variación (CV) en el gasto por persona protegida equivalente (%), 1999-2005

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
CV	15,56	13,16	12,51	10,98	10,69	12,02	12,75
CV17	8,92	8,76	7,71	6,94	7,02	7,20	6,83

El primer coeficiente de variación incluye en el cálculo a las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla; el segundo únicamente considera las 17 comunidades autónomas.
Elaboración propia a partir del Segundo informe del grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario (2007).

A pesar del camino recorrido, queda aún mucho por recorrer; por ejemplo, en el ámbito de las desigualdades en salud. Es bien conocido que existe un gradiente importante entre clase social y salud, que no ha disminuido en las últimas décadas pese a las mejoras en la educación y en la distribución de la renta. En todo caso, la mejora de la salud y de las condiciones socioeconó-

30 Para calcular la población protegida equivalente, se procede a ponderar cada uno de los 7 grupos de edad previamente definidos por su gasto relativo a partir de la clasificación funcional del gasto sanitario.

micas de la mayoría de la población constituyen un importante logro social aunque no redunden en la deseada reducción de las desigualdades sociales en salud³¹. En lo que respecta a las desigualdades entre hombres y mujeres, a pesar de que se ha producido una convergencia en algunos aspectos relativos a estilos de vida en los últimos años, algunos indicadores básicos –como el de percepción del estado de salud– apuntan hacia un mantenimiento de éstas, tal y como señala Cataluña en su informe. Es necesario continuar investigando para conocer la evolución de las desigualdades y, sobre todo, de sus determinantes. En este sentido, son destacables los avances señalados por Canarias en relación con la planificación conjunta de la encuesta sobre condiciones de vida de los hogares y la encuesta de salud, que permitirá arrojar más luz sobre estas cuestiones.

Por su parte, los estudios de equidad desde la perspectiva de igual utilización a igual necesidad por clases sociales –como indicador de equidad en el acceso– dan una idea favorable del conjunto del SNS³² si bien no se cuenta aún con investigaciones que ofrezcan de forma territorializada y para todas las comunidades autónomas resultados comparables con los trabajos disponibles a nivel estatal³³.

Sin embargo, el análisis de las variaciones en la práctica médica (VPM) que desde hace unos años se está realizando en el SNS y en el cual colaboran un buen número de comunidades autónomas muestra que aún son importantes las desigualdades en los procedimientos de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que se registran entre unas comunidades autónomas y otras, y entre distintas áreas dentro de una misma comunidad autónoma³⁴.

En este contexto, el desarrollo de sistemas de información que posibiliten el estudio fiable de las desigualdades a partir del análisis de pequeñas

31 Regidor E. Desigualdades socioeconómicas en la exposición al riesgo y en salud. En: Rodríguez M, Urbanos R. Desigualdades sociales en salud: factores determinantes y elementos para la acción. Barcelona: Elsevier, 2008; 11-40.

32 Todos los estudios conocidos hasta la fecha señalan que los individuos socialmente más desfavorecidos tienden a utilizar en mayor proporción –a igual necesidad– los servicios de atención primaria mientras que lo contrario ocurre en el caso de los servicios de atención especializada.

33 El trabajo de Costa y Gil (2008) constituye el único intento hasta la fecha de regionalizar los resultados de equidad si bien las opciones metodológicas que adoptan impiden la comparación con las investigaciones referidas al conjunto del Sistema Nacional de Salud. Véase Costa J y Gil J. Exploring the Pathways of Inequality in Health, Access and Financing in Decentralised Spain, LSE Health Working Paper 9/2007.

34 Meneu R, Peiró S. Efectividad de los tratamientos y desigualdades en utilización de los servicios sanitarios. En: Rodríguez M, Urbanos R. Desigualdades sociales en salud: factores determinantes y elementos para la acción. Barcelona: Elsevier, 2008; 167-184.

áreas (tal y como ya ocurre en País Vasco, Asturias o Cataluña) sería de gran utilidad.

Finalmente, la evaluación de las acciones de mejora de la equidad reseñada en este capítulo que han sido acometidas por las comunidades autónomas precisa también más y mejor información sobre los medios materiales y humanos empleados, los métodos organizativos y los indicadores de resultado. Sólo de esta forma será posible conocer cuán efectivas son y podrán orientarse más eficazmente las políticas del futuro.

Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos

La progresiva transferencia de las competencias en materia de atención a la salud a las comunidades autónomas y la adaptación legislativa a nivel autonómico tras el traspaso de competencias no acabó de consolidarse hasta los años 2004-2005.

Desde 2004 hasta 2007, la preocupación por la escasez de especialistas en el sistema sanitario ha sido una constante. Con relación a este informe anual, se aprecia cómo en 2004 dicho fenómeno sólo se mencionaba en los anexos de información aportados por las comunidades autónomas mientras que en 2007 el debate en torno a la falta de personal facultativo es muy intenso (tablas 40-42).

Hay *más demanda que oferta disponible*³⁵, situación que se ha ido agravando durante los últimos años en la mayoría de comunidades autónomas. El déficit en recursos humanos afecta, también, otras profesiones sanitarias, como enfermería y auxiliares de clínica.

Tanto el crecimiento como el *envejecimiento* de la población afectan inevitablemente la demografía profesional y una mayor demanda de servicios sanitarios. Se incrementan las necesidades asistenciales y el grado de dependencia debido al aumento de la población mayor de 65 años en España, lo que no sólo conlleva un aumento en el gasto sanitario sino también en la necesidad de profesionales.

Prosigue la tendencia al *envejecimiento de la plantilla médica*, también influido por una oferta “rígida”, tanto académica como laboral.

En lo referente a la carrera de medicina, las notas de acceso continúan siendo altas y dependientes de los *numerus clausus* en las facultades. La formación es un proceso de larga duración; por ello, el impacto de los cambios en las políticas de formación sólo puede detectarse después de un plazo suficientemente largo.

35 Véanse los datos sobre plazas vacantes o sobre la creciente demanda de profesionales de medicina extranjeros(as) en internet o en organismos públicos autonómicos.

TABLA 40. Evolución del número total de trabajadores y trabajadoras* en el sistema sanitario español, 2004-2007

	2004	2005	2006	2007	Incremento entre 2004 y 2007**
Andalucía	80.917	78.387	93.808	90.537	11,89
Aragón	15.267	13.269	15.233	15.780	3,36
Asturias (Principado de)	12.885	12.370	13.932	13.497	4,75
Baleares (Islas)	10.766	10.879	11.432	12.151	12,86
Canarias	18.789	20.128	21.098	21.927	16,70
Cantabria		6.433		6.539	1,65
Castilla y León	33.356	30.713	33.989	32.406	-2,85
Castilla-La Mancha	18.577	20.013	22.015	23.586	26,96
Cataluña***	78.913	82.257	86.433	95.985	21,63
Comunidad Valenciana		40.608	36.571	48.514	19,47
Extremadura	13.256	13.347	18.479		39,40
Galicia	30.927	39.007	32.699	36.565	18,23
Madrid (Comunidad de)	52.171		65.261		25,09
Murcia (Región de)	12.841	12.948	14.758	17.702	37,86
Navarra (Comunidad Foral de)	6.298	6.843	7.261	7.640	21,31
País Vasco	22.404	22.416	20.860	21.117	-5,74
Rioja (La)		3.190	3.107		-2,60
Ceuta y Melilla		756	765		1,19

*Entre personal estatutario, laboral y funcionario. **Excepto Cantabria (2005-2007), Madrid (2004-2006), Extremadura, La Rioja y Ceuta y Melilla (2005-2006). ***Datos referentes a la plantilla de personal equivalente. Año 2007: datos provisionales.

En cuanto al *mercado laboral*, en el año 2007, el 41,6 % de médicos(as) y pediatras en atención primaria es mayor de 50 años, así como el 36,9 % de profesionales de enfermería en este mismo sector. En atención especializada, el aumento de la proporción de médicos y médicas (20,9 %) y de profesionales de enfermería (14,6 %) es menor³⁶.

36 A partir de los datos suministrados.

TABLA 41. Evolución del número total de trabajadores y trabajadoras* en atención primaria en el sistema sanitario español, 2004-2007

	Medicina				Pediatria				Enfermería			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Andalucía	4.949	5.209	6.547	6.824	969	1.020	1.072	946	4.533	4.940	9.560	6.625
Aragón	940	941	941	951	141	141	141	141	1.003	1.010	1.010	
Asturias (Principado de)	704	704	1004	830	121	121	128	119	744	744	903	870
Baleares (Islas)	474	486	528	711	117	125	127	128	512	528	533	726
Canarias	941	897		1.729	222	216		310	1.198	1.200		2.058
Cantabria	493			367	65			74	489			379
Castilla y León		2.541	2.667	2.988		254	289	301		2.246	2.393	2.957
Castilla-La Mancha	1.734		1.857		186		212	0	1.789		1.994	
Cataluña	3.536	3.208	3.208	4.486	995	664	664	692	3.937	3.612	3.612	6.074
Comunidad Valenciana		3.281	3.197	1.276		666	737	0		2.998	3.313	
Extremadura	1.339	1.143	1.250		135	126	131	131	1.462	1.288	1.344	1.497
Galicia	2.369	2.599	2.659	3.901	297	339	339	320	1.910	2.581	2.609	2.615
Madrid (Comunidad de)	2.039	3.084	3.403		800	811	817	840	3.427	3.777	3.787	4.024
Murcia (Región de)	672		1.033	1.074	173		187	201	655		1.083	1.172
Navarra (Comunidad Foral de)	334	336	375	404	80	80	87	90	395	420	450	598
País Vasco	1.236	1.287	1.290	1.311	254	256	253	254	1.520	1.565	1.573	1.578
Rioja (La)	213	209	208		33	31	29		217	225	215	
Ceuta y Melilla		33	33	99		11	11	22		55	48	102

Las casillas en blanco corresponden a datos no recibidos.
*Entre personal estatutario, laboral y funcionario.

El *desequilibrio en el mercado de trabajo* médico, en opinión de las personas expertas, se produce por estar muy segmentado, ser muy especializado y poco flexible a los cambios, pero también debido a unos salarios regulados/fijados, a las expectativas del personal, a la dificultad de adaptación de los profesionales a los constantes y acelerados cambios que genera la innovación tecnológica, a las barreras de entrada en la profesión (plazas MIR) y a un “aumento brusco del tamaño y de la cobertura de las redes de proveedores de atención sanitaria”.

TABLA 42. Evolución del número total de trabajadores y trabajadoras* en atención especializada en el sistema sanitario español, 2004-2007

	Medicina				Enfermería			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Andalucía	7.390	9.046	10.246	8.506	14.808	15.978	18.313	16.370
Aragón			1.964	2.032		3.348	3.348	
Asturias (Principado de)	1.488	1.488	1.866	1.736	2.987	2.987	3.400	2.947
Baleares (Islas)	1.560	1.570	1.343	1.573	2.292	2.310	2.497	2.525
Canarias	1.228	1.554		3.019	3.252	2.553		5.142
Cantabria	807			872	1.784			1.545
Castilla y León		3.792	3.812	4.304		6.357	7.337	7.749
Castilla-La Mancha	2.269		2.778	3.129	3.578		4.296	4.516
Cataluña*	11.174	11.797	12.547	29.537	17.390	18.246	19.126	36.124
Comunidad Valenciana		5.418	5.925			9.048	11.024	
Extremadura	1.742	1.632	1.690	1.791	2.737	2.548	2.678	2.800
Galicia	4.445	4.494	4.692	4.569	6.254	7.380	7.675	7.795
Madrid (Comunidad de)	6.136	6.912	8.359	8.610	11.236	11.658	13.827	14.962
Murcia (Región de)	1.778		2.017	2.133	2.977		3.244	3.989
Navarra (Comunidad Foral de)	793	800	804	785	1.406	1.468	1.507	1.579
País Vasco	2.939	2.886	2.914	3.030	5.020	4.835	4.912	4.954
Rioja (La)	505	430	137		804	710	736	
Ceuta y Melilla		83	84	176		173	179	387

Las casillas en blanco corresponden a datos no recibidos. *Entre personal estatutario, laboral y funcionario. **Datos referentes a plantilla de personal equivalente; año 2007: datos provisionales.

Las *jubilaciones masivas* que se han llevado a cabo en varias comunidades autónomas, como consecuencia de políticas de jubilación forzosa, son también otro componente clave en el debate actual sobre cuál es su repercusión en la falta de disponibilidad de profesionales sanitarios. En términos generales, la jubilación obligatoria ha permitido rejuvenecer la plantilla e incorporar más personal indefinido.

Otras medidas tomadas en las comunidades autónomas a partir del año 2004 para evitar dicha escasez se relacionan con la prolongación o prórroga de la edad de jubilación. Castilla-La Mancha, por ejemplo, prolongó la jubilación voluntaria a mayores de 65 años en el año 2004 y Galicia y Cataluña prorrogaron la edad de jubilación hasta los 70 años en algunas especialida-

des concretas³⁷, basándose en los resultados de diferentes estudios sobre la disponibilidad de los facultativos para la próxima década.

Baleares, dentro de su Plan de Ordenación de Recursos Humanos, está implementando mecanismos para que el personal pueda acogerse a la *jubilación parcial*. En el caso de Cataluña, las jubilaciones continúan siendo forzosas.

Las grandes ciudades se perciben generalmente más atractivas que las zonas rurales, tanto en la península como en las islas, para el desarrollo profesional y la realización personal, con mayores *incentivos*.

Mejorar las condiciones laborales para ofrecer mayor atractivo es uno de los objetivos de los diferentes territorios para atraer a los profesionales. Todas las comunidades autónomas³⁸ aumentaron los efectivos en la oferta de empleo público (OPE) de sus respectivos planes y servicios de salud a lo largo del período 2004-2007 con el objetivo de consolidar el empleo y han creado convocatorias de OPE extraordinarias en algunos casos.

Asimismo, se han adoptado medidas de mejora de las condiciones de trabajo, de *fidelización y estabilidad*, adecuadas a las propias necesidades y en función de cada contexto, basadas en el análisis previo de estudios de necesidades de profesionales sanitarios. Galicia elaboró su análisis en 2004, la comunidad autónoma de Aragón³⁹ realizó una primera aproximación cuantitativa al problema de déficit de personal en 2005. En ese mismo año, Cataluña realizó su estudio y publicó el *Libro blanco de las profesiones sanitarias*, un análisis continuo y actualizado de las tendencias en estos últimos años de las necesidades del personal sanitario, elaborado por el Observatorio de las Profesiones Sanitarias. Andalucía realizó un Informe de Necesidades de Profesionales en 2006 y en 2007 aprobó la oferta de empleo público⁴⁰.

La contratación de mayor número de médicos extranjeros, la integración de medidas de transferencia y de consolidación de empleo de eventual a estable en algunas especialidades, o los planes de gestión de sustituciones e intersustituciones, han sido otras actuaciones llevadas a cabo en los diferentes territorios para paliar la falta de profesionales en algunas especialidades.

37 Dichas especialidades incluyen: alergología, cardiología, cirugía oral y maxilofacial, cirugía pediátrica, cirugía general, medicina intensiva, microbiología, nefrología, neurología, obstetricia y ginecología, pediatría, neurofisiología clínica y urología.

38 A partir de los datos disponibles, que no incluyen el 100 % de las comunidades autónomas.

39 Estudio de las necesidades de médicos especialistas.

40 Decreto 162/2007, de 5 de junio, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público para el año 2007 de los Centros Sanitarios del Servicio Andaluz de Salud y se modifica el Decreto 97/2004, de 9 de marzo, por el que se aprobó la Oferta de Empleo Público para el año 2004 de los Centros Sanitarios del Servicio Andaluz de Salud.

Disponibilidad de profesionales

Profundizar en el estudio y análisis de las causas que explican la carencia de profesionales en algunas especialidades permitiría el diseño de actuaciones específicas para mejorar dicha situación.

Poder *contabilizar* adecuadamente la cantidad de efectivos profesionales es básico y vital para establecer una planificación de los recursos humanos en el sector sanitario a corto, medio y largo plazos. No es tarea sencilla si se tiene en cuenta que sólo para esta contabilidad existe gran diversidad de instrumentos y criterios de conceptualización entre las comunidades autónomas, lo que dificulta el intercambio de información y el aprendizaje mutuo de experiencias en el desarrollo de medidas para paliar dicha escasez (buenas prácticas).

Dificultad añadida es disponer de cifras agregadas a nivel estatal que se correspondan con dicha realidad. El instrumento más extendido (según el Instituto Nacional de Estadística o INE) es contabilizar a los médicos colegiados que existen en España. Sin embargo, en algunas comunidades autónomas, como Andalucía, Asturias, Canarias y Extremadura no parece requisito obligatorio estar colegiado en el colegio correspondiente para ejercer la profesión. Incluso con la colegiación obligatoria, no puede extrapolarse el número de colegiados al número de recursos humanos disponibles. En otras profesiones sanitarias, donde la colegiación no es obligatoria, el problema de contabilizar con este criterio es mayor.

Otro instrumento usa como fuente de datos los profesionales contratados por cada servicio de salud, que presenta otras dificultades, como el criterio elegido para la recogida de datos que puede introducir importantes sesgos. En Cataluña, por ejemplo, el sistema sanitario se caracteriza por tener una base mixta, propiedad y gestión pública y privada con financiación pública y contratación específica por cada organización. Por tanto, es más complejo el recuento de efectivos médicos disponibles y su capacidad de comparación. Dada la gran variedad de empresas pertenecientes al sector, las bases de datos se obtienen y se construyen a partir de distintas fuentes.

Algunas comunidades autónomas comenzaron a aplicar –o están en proceso de aplicación de– herramientas específicas de medición para facilitar y agilizar el cómputo general consensuado y agregado de efectivos sanitarios, como en Andalucía, Canarias y Murcia que, conscientes de las limitaciones de los datos cuantitativos, detectaron la necesidad, ya en el año 2004, de crear un Registro de Personal Sanitario (o Estatutario) único y continuo. Cataluña planteó una primera recomendación de dicho registro en 2005 en coordinación con todas las Administraciones sanitarias a partir de sus respectivos estudios prospectivos sobre los profesionales sanita-

rios⁴¹, para obtener datos suficientemente homogéneos para la elaboración del análisis de las necesidades de profesionales de la salud. Cabe destacar, además, la creación y puesta en marcha en el año 2007 del Consejo de la Profesión Médica y el de la Profesión de Enfermería en Cataluña y el Plan de Provisión de Galicia.

La mayoría de comunidades autónomas proveen de datos sobre contratación pública de sus propios servicios de salud. Tal y como se mencionó anteriormente, el resultado es diferente al obtenido, contando datos de colegiación y también diferente al de recursos humanos realmente disponibles.

Instrumentos planificadores y de intervención

Sistema de incentivos

En general, para los ejercicios de 2004 a 2007, en la mayoría de comunidades autónomas los acuerdos en concepto de incentivos se han actualizado y se han incrementado las cuantías de las retribuciones correspondientes, como un esfuerzo para paliar la “fuga” de capital humano hacia otras regiones o países donde las condiciones de trabajo resultan más atractivas. En la tabla 43 se muestran los acuerdos vigentes desde 2004 hasta 2007 en esta materia y en la tabla 44, las iniciativas de las distintas comunidades autónomas relativas a ordenación de recursos humanos.

TABLA 43. Iniciativas de las comunidades autónomas sobre incentivos (económicos y en especie), 2004-2007

2004	2005	2006	2007
Andalucía			
Acuerdo del Consejo de Gobierno sobre la homogeneización de licencias, permisos y vacaciones. Complemento de Rendimiento Profesional (CRP) en función de la valoración de los objetivos compartidos (2003)		Acuerdo sobre reordenación de la atención urgente en atención especializada, percepción del complemento de continuidad asistencial por prolongación de la jornada a horario de tarde	Resolución de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud (SAS) sobre complemento de productividad, factor variable, al rendimiento profesional por la consecución de resultados, para unificar los conceptos retributivos

41 La Generalitat de Catalunya publicó el *Libro blanco de las profesiones sanitarias* en el año 2003 aunque hasta 2008 no se realizará una primera prueba piloto del registro objetivo de profesionales y no se elaborará un Decreto regulador.

Aragón			
	Acuerdo Profesional Sanitario		
Balears (Islas)			
Nueva ordenación de incentivos, sin especificar		Acuerdo sobre medidas de conciliación de la vida familiar y laboral del personal dependiente del Servicio de Salud, de 3 de marzo de 2006 (mejoras en el incremento de los días de sustitución)	Efectos retributivos correlativos a la carrera profesional
Canarias			
	Nuevo programa de incentivos según objetivos de calidad asistencial para reducir el déficit y homologación de retribuciones		Acuerdo de la Mesa Sectorial. Mejora de incentivos retributivos en equipos de atención primaria y servicios de urgencias extrahospitalarias. Trienios al personal temporal
Cantabria			
Acuerdo, de 24 de junio de 2004, sobre vacaciones y permisos del personal de las instituciones sanitarias del Servicio Cántabro de Salud			Acuerdo sindical/diversos acuerdos en materia retributiva (BOC 2007)
Castilla y León			
Acuerdo 38/2004, de 25 de marzo, por el cual se incrementa el número de vacaciones, permisos y licencias. Incremento de la compensación por desplazamiento en atención primaria. Nuevo modelo retributivo de productividad variable	Incremento del complemento específico por turnicidad, de aplicación general. Decreto 61/2005, por el cual se regula y homologa la jornada y el horario laboral	Nueva regulación de productividad variable. Acuerdo sobre desplazamientos en atención primaria y atención especializada. Modificación del valor de las horas de guardia médicas y de enfermería	Ley 2/2007 del estatuto jurídico del personal estatutario/Acuerdo de la Mesa Sectorial
Castilla-La Mancha			
Ayudas para hijos minusválidos (de estudios y de educación) y ayudas económicas para prótesis y ortodoncias	Incremento del complemento de atención continuada, siguiendo con la nueva regulación de la relación jurídica de los profesionales		Mesa Sectorial de las Instituciones Sanitarias. Acuerdo sobre el Complemento Específico

Cataluña			
		Acuerdos retributivos: II Acuerdo del Instituto Catalán de la Salud y VII Convenio XHUP (Red Hospitalaria de Utilización Pública)	Aprobación de un análisis de las retribuciones médicas (por la Comisión de la Profesión Médica)
Comunidad Valenciana			
Introducción del Complemento de Productividad Variable	Resolución, de 21 de febrero de 2005, y Acuerdo sobre Mejoras Relativas a la Atención Continuada y Guardias. Acuerdo, de 27 de mayo de 2005, sobre el concepto de productividad variable		Varios acuerdos y decretos, entre otros el Decreto 38/2007 del Consejo
Extremadura			
	Acuerdo sobre carrera y desarrollo profesional		
Galicia			
			Contratos de gestión del Servicio Gallego de Salud (Sergas) con centros directivos
Murcia (Región de)			
			Retribuciones por objetivos a directivos
Navarra (Comunidad Foral de)			
		Acuerdo sobre condiciones de empleo	
País Vasco			
Incentivos económicos en formación o sustitución, en cumplimiento a objetivos (aunque no individualizados)	Decreto 57/2005, de 15 de marzo, sobre políticas de permisos y licencias	Acuerdo de regulación de condiciones de trabajo	
Rioja (La)			
	Incentivos sin precisar de carácter semestral y colectivo, e incentivo anual según objetivos institucionales, por la Fundación Hospitalaria de Calahorra		
Ceuta y Melilla			
Nuevos sistemas de incentiación retributiva sin precisar acuerdo (valor de la hora de guardia, atención continuada, turnicidad, etc.)		Acuerdo sobre determinadas mejoras retributivas de personal	Incremento de los diferentes compromisos retributivos
BOC, Boletín Oficial de Cantabria.			

TABLA 44. Iniciativas de las distintas comunidades autónomas relativas a la ordenación de recursos humanos, 2004-2007

2004	2005	2006	2007
Andalucía			
Sistema único de baremación del personal del Sistema Andaluz de Salud para la selección de personal estatutario		Acuerdo entre el Servicio Andaluz de Salud y sindicatos de la Mesa Sectorial de Sanidad en materia de política de personal para el 2006-2008	Reordenación de la atención urgente en Atención Primaria y Atención Especializada
Aragón			
Acuerdo Profesional Sanitario, de 26 de abril de 2005	Acuerdo Profesional Sanitario, de 26 de abril de 2005, sobre estatutarización y acogimiento a retribuciones del personal estatutario		
Asturias (Principado de)			
Estatutarización voluntaria			
Baleares (Islas)			
		Unificación y estatutarización del personal, vía Plan de Ordenación de Recursos Humanos, del 4 de mayo de 2006	
Canarias			
Registro de Personal Estatutario del Sistema Canario de Salud, según Decreto 217/2001, de 21 de diciembre	Estatutarización voluntaria. Registro de Personal Estatutario único		
Cantabria			
Decreto 118/2004, de modificación de las relaciones de puestos de trabajo de las Consejerías de Sanidad y de Servicios Sociales y de Educación		OPE extraordinaria para el 2007. Desarrollo de la segunda evaluación de clima laboral en todas las gerencias del Servicio Cántabro de Salud	
Castilla y León			
Decreto 61/2004, de integración voluntaria del personal funcionario y laboral fijo en condiciones de personal estatutario	Decreto 61/2004, por el que se regula la estatutarización del personal funcionario y laboral fijo. Creación de la figura del Médico y Enfermero de Área en Atención Primaria para el 2006	OPE extraordinaria para el 2006. Decreto de estatutarización de personal funcionario en atención especializada y del Centro Regional de Medicina Deportiva. Guías de funcionamiento de los tribunales que han de actuar en los procesos selectivos	Constitución de una Unidad de Búsqueda y oferta de empleo sanitario

Castila-La Mancha			
Acuerdo 38/2004, de 25 de marzo, sobre mejoras de las condiciones laborales del personal sanitario. También, prolongación voluntaria de la jubilación a mayores de 65 años	Decreto 63/2005, de 24 de mayo, por el que se regula la estatutización del personal funcionario y laboral fijo. Creación de la figura del Médico y Enfermero de Área en Atención Primaria para el 2006		
Cataluña			
<i>Libro blanco de las profesiones sanitarias.</i> Estudio demográfico de los profesionales sanitarios, primera fase	Primera recomendación de un registro único y continuo de profesionales de salud. <i>Libro blanco de las profesiones sanitarias</i> (segunda fase). Estudio de demografía de las profesiones sanitarias en Cataluña		Registro de Profesionales de la Salud (fase piloto)
Galicia			
	Estatutización voluntaria		
Murcia (Región de)			
Proceso de implantación de un programa único de datos			
Rioja (La)			
Estatutización voluntaria. Oferta Pública de Empleo extraordinaria y de personal estatutario	Estatutización voluntaria. Uso del Sistema Integrado de Gestión de Personal y Nóminas (Sigpyn). Contratación de disminuidos en atención al paciente. Oferta Pública de Empleo extraordinaria y de personal estatutario	Acuerdo para el Personal del Servicio Riojano de Salud y concurso de traslados	Aprobación de la primera Relación de Puestos de Trabajo (RPT) y concurso de traslados
Ceuta y Melilla			
Ley 16/2001 sobre proceso extraordinario de provisión de plazas de personal estatutario			
OPE, oferta pública de empleo.			

Los incentivos, de índole muy diversa, cada vez están más ligados a la consecución de objetivos. Su objetivo es mejorar la calidad, la eficacia y la eficiencia de los servicios y promover el desarrollo profesional individual, ya sea

mediante complementos de productividad variable, complementos de continuidad asistencial, complementos específicos, en función del valor de las horas de guardia o de la turnicidad. Se observa que todas las comunidades autónomas realizan un gran esfuerzo para otorgar prestaciones relacionadas con objetivos y méritos, especialmente desde el año 2004 aunque continúa premiándose la antigüedad vía trienios.

Las carreras profesionales también son consideradas como una política de incentivos. Su desarrollo aumenta a partir del año 2005. 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 comunidad autónoma, está en el núcleo de esta discusión.

Generalmente, los incentivos tanto económicos como en especie siguen destinados al personal facultativo/estatutario. Sólo algunas comunidades autónomas comienzan a ampliar este tipo de medidas a otro tipo de personal. La Comunidad Valenciana, por ejemplo, aumenta la cuantía del complemento de atención continuada a la enfermería en formación mediante el Acuerdo de 12 de enero de 2007, del Consejo, y en Murcia el sistema de compensaciones está dirigido a personal directivo por mejorar el sistema de gestión. Asimismo, se ha extendido la carrera profesional al personal laboral licenciado o diplomado sanitario en Baleares en el último año y está en curso la determinación de ampliarlo a personal sanitario no licenciado o diplomado y a personal no sanitario.

Desde 2004 se observa en muchas comunidades autónomas la tendencia generalizada a aplicar incrementos en los complementos de productividad variable y de atención continuada.

Existe un intento de favorecer la permanencia de los profesionales del sector sanitario en cada región mediante otros incentivos no retributivos que promueven su desarrollo individual.

Permisos y licencias

Otras medidas de motivación y fidelización del personal sanitario tomadas en el transcurso del período 2004-2007 se centran en las correspondientes a la conciliación de la vida laboral y familiar, tanto para hombres como para mujeres. Todas las comunidades autónomas poseen para 2007 un acuerdo sobre medidas reguladas de alcance social. Desde una perspectiva general, se hace hincapié en las mejoras en materia de maternidad, paternidad y en cuidados a familiares. Es un tema especialmente importante si se tiene en

cuenta la tendencia constante a la feminización de la profesión médica y a la consolidación del número de mujeres en enfermería principalmente. En un futuro próximo, este fenómeno conllevará posiblemente un cambio en los roles profesionales. Las figuras 9-13 muestran la distribución de las profesiones sanitarias (facultativos, pediatría y enfermería) según sexo.

Jornada de trabajo

En cumplimiento con su plan de ordenación de los recursos humanos, cada comunidad autónoma toma medidas con el fin de mejorar las condiciones de trabajo del personal estatutario en su región, fidelizar las plantillas e incrementar su estabilidad.

La aplicación progresiva de cambios en la jornada de trabajo implica reorganizar los recursos humanos al limitar las horas semanales trabajadas.

Otras medidas incentivadoras consisten en la prolongación del trabajo ordinario; por ejemplo, vía incremento económico específico por hora de sustitución trabajada en los servicios de refuerzo de atención primaria o atención especializada y de servicio de urgencias. Sucede esto en Andalucía, una vez que se han implementado los acuerdos de reordenación de la atención urgente en atención primaria y en atención especializada, del 2005-2006. La modi-

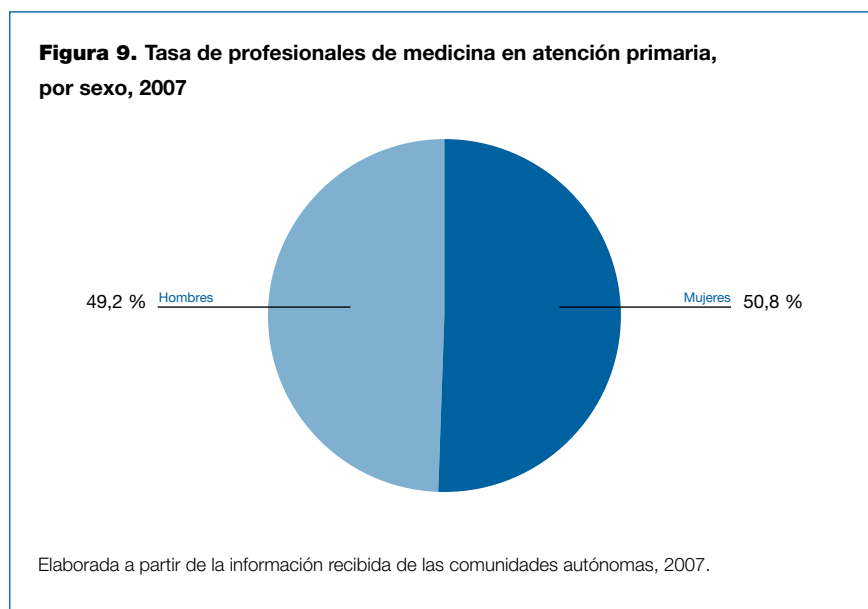
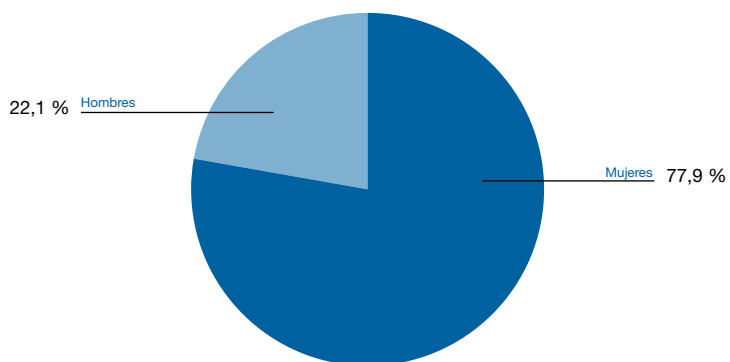
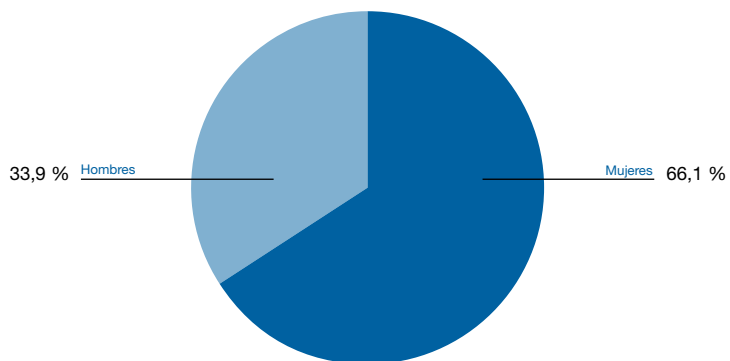


Figura 10. Tasa de profesionales de enfermería en atención primaria, por sexo, 2007



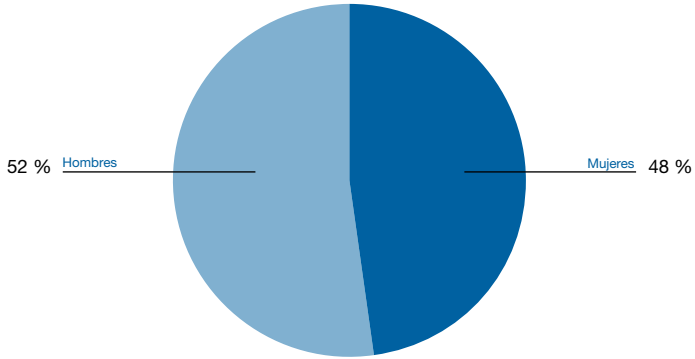
Elaborada a partir de la información recibida de las comunidades autónomas, 2007.

Figura 11. Tasa de profesionales de pediatría en atención primaria, por sexo, 2007



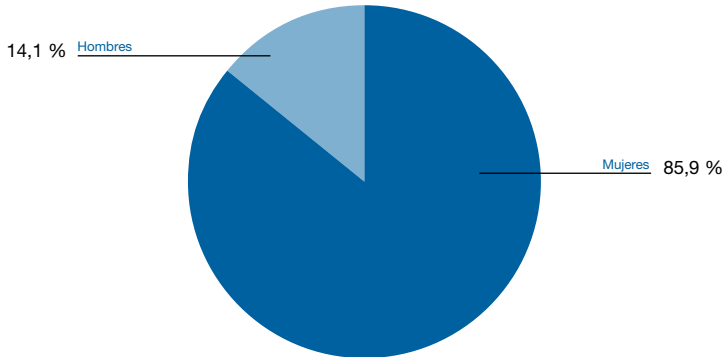
Elaborada a partir de la información recibida de las comunidades autónomas, 2007.

Figura 12. Tasa de profesionales de medicina en atención especializada, por sexo, 2007



Elaborada a partir de la información recibida de las comunidades autónomas, 2007.

Figura 13. Tasa de profesionales de enfermería en atención especializada, por sexo, 2007



Elaborada a partir de la información recibida de las comunidades autónomas, 2007.

ficación del horario de trabajo se establece en función de las necesidades en cada región y, por lo general, se establece la jornada de 35 horas semanales. En algunos casos, siguiendo la Directiva europea 93/104/CE de 23 de noviembre de 1993, se dispone que la jornada máxima sea de 48 horas (ordinaria y extraordinaria) y el descanso obligatorio mínimo de 12 horas ininterrumpidas, lo que implica un incremento de puestos vacantes, que en ciertas especialidades serán de difícil ocupación, tal y como se ha anotado anteriormente.

Pocas comunidades autónomas comenzaron a llevar a cabo actuaciones en este sentido en el año 2004 aunque en los años siguientes se extendieron y consolidaron en las demás comunidades autónomas con bastante rapidez hasta 2007.

Formación continuada

Cada comunidad autónoma realiza un Plan Anual de Formación Continua en colaboración con otros organismos institucionales, unidades pertenecientes a la Administración sanitaria y actores sindicales. No obstante, la toma de decisiones recae en cada Administración autonómica. La tabla 45 recoge los organismos e instituciones que intervienen en dicho plan en cada servicio autonómico.

TABLA 45. Instituciones u organismos específicos de formación continuada, 2007		
Comunidad autónoma	Nombre	Otro sistema complementario
Andalucía	Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Órgano acreditador	Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Evaluación de las actividades de formación continuada
Aragón	Gerencia del Salud	Instituto Aragonés de Administración Pública
Asturias	Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios. Servicio de Formación e Investigación	Instituto Asturiano de Administración Pública Adolfo Posada
Baleares (Islas)	Dirección General de Evaluación y Acreditación. Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias. Órgano acreditador	Fundación Tripartita para la Formación y el Empleo
Canarias	Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias (Esscan)/ Dirección General de Recursos Humanos (Servicio Canario de la Salud)	Direcciones Gerencias de Atención Especializada/Atención Primaria

Cantabria		Unidades de formación en las gerencias
Castilla y León	Instituto de Estudios y Centros de Salud de Castilla y León. Servicio de Formación y Dirección General de Recursos Humanos de la Gerencia Regional de Salud. Escuela Universitaria de Emergencias. Unidades de Formación de atención primaria, atención especializada y emergencias de la comunidad autónoma	
Castilla-La Mancha		Instituto de Ciencias de la Salud/ Escuela de Administración Regional en el año 2006
Cataluña	Consejo Catalán de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias	Consejo Técnico de Formación Continuada en Medicina. Consejo Técnico de Formación Continuada en Farmacia (dependientes del Consejo Catalán de las Profesiones Sanitarias)
Comunidad Valenciana	EVES (Escuela Valenciana de Estudios para la Salud)	
Galicia	FEGAS (Fundación Escuela Gallega de Administración Sanitaria)	
Madrid	Agencia Iain Entralgo	
Murcia	Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria, en coordinación con la Dirección General de Recursos Humanos	Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria de la Región de Murcia
Navarra	Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios	Sección de Evaluación y Calidad Asistencial de Atención Primaria/ Comisión de Docencia de Salud Mental/Unidad Docente del Instituto Navarro de Salud Laboral
La Rioja	Fundación Rioja Salud. Unidad de Formación	
Elaborada a partir de la información recibida de las comunidades autónomas, 2007.		

En la mayoría de regiones, se establecen acciones formativas de acuerdo con unos objetivos prioritarios comunes marcados por la administración de servicios de salud de cada comunidad autónoma, intentando responder a las necesidades específicas detectadas por cada organismo y por los propios participantes en dicha formación (tabla 46).

TABLA 46. Iniciativas de las distintas comunidades autónomas en formación continuada y desarrollo profesional, 2004-2007

2004	2005	2006	2007
Andalucía			
Plan de desarrollo individual		Estrategia del Modelo de Gestión por Competencias. Resolución, por la que se definen los Mapas por Competencias de distintas profesiones sanitarias	
Aragón			
	Programa de formación en competencias profesionales del sistema de salud (Focuss)		
Asturias (Principado de)			
"gcSalud, un espacio de conocimiento": estrategia de gestión del conocimiento en salud (2003)			
Baleares (Islas)			
Coordinación de la formación de pregrado de medicina, farmacia y otras licenciaturas, de formación profesional de grado superior y de grado medio. Reconocimiento de titulaciones extranjeras	Creación de un grupo de trabajo según un Acuerdo para la ordenación de la negociación sobre desarrollo profesional entre el Servicio de Salud de Baleares y agentes sociales	Aprobación del sistema de promoción, desarrollo profesional y carrera profesional, en Consejo de Gobierno de 22 de diciembre	
Canarias			
	Aumento del número de plazas de especialistas en formación. Primera Evaluación del Plan de Formación Continua de 2004. Cuestionario de Evaluación de Calidad. Plan de Formación Continua 2005		Aumento del número de plazas de formación
Cantabria			
	Incorporación de la perspectiva de género en programas de formación como criterio de calidad. Cursos de formación en Salud y Género, de la Dirección General de Salud Pública		Constitución de una Plataforma de Formación <i>on line</i>

Castilla y León			
Plan Plurianual de Formación Continuada, manteniendo el desarrollo de programas descentralizados en las gerencias de atención primaria, atención especializada y emergencias. Se inician líneas de trabajo hacia el desarrollo profesional	Se impulsan actividades formativas en áreas de especial interés (calidad en prescripción farmacéutica, sistemas de información, atención al usuario, etc.)	Se evalúa el Primer Plan de Formación; se impulsan actividades formativas que dan respuesta a objetivos de gestión e institucionales (perspectiva de género, atención al inmigrante, etc.). Se define el modelo de Carrera Profesional para todo el personal de la Gerencia Regional de Salud y publicación del Acuerdo de 22 de diciembre. Elaboración, difusión y ejecución del Plan General de Formación 2003-2005. Desarrollo del Plan de Formación de Tutores	Se impulsan líneas de formación, como la perspectiva de género, salud laboral, etc. Se comienza a pagar el grado I de Carrera Profesional
Castilla-La Mancha			
Líneas formativas prioritarias, gestión descentralizada y evaluación final. En proceso de diseño de un formato global de evaluación formativa		Acuerdo sobre la carrera profesional del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha para licenciados y diplomados sanitarios. Acuerdo sobre medidas complementarias a los acuerdos de Carrera, Promoción y Desarrollo Profesional	
Cataluña			
Violencia de género. Maltrato infantil. Salud Comunitaria y Atención Primaria de Salud. Seguridad del paciente. Inmigración	Planes de mejora de coordinadores de calidad. Salud y Escuela. Evaluación Clínica. Objetiva Estructurada de Matronas	Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada de Pediatría. Ámbito sociosanitario: enfermedades neurodegenerativas. Salud y adolescencia. Publicación del Decreto 407/2006, de 24 de octubre: creación del Consejo Catalán de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y Consejos Técnicos de Formación Continuada en Medicina y en Farmacia	Embarazo sin humo. Atención a la infancia en medicina de familia. Uso racional del medicamento
Comunidad Valenciana			
Reorientación del plan estratégico de formación de la EVES (2004-2008). Cursos sobre perspectiva de género		Desarrollo normativo para aprobar la carrera profesional	Creación de un plan de formación continuada para personal estatutario y funcional

Extremadura			
Programas de reciclaje en determinados sectores de atención primaria. Becas para estancias formativas	Plan de Formación Continuada Anual 2005. Aumento del número de actividades formativas. Descentralización de actividades en áreas de salud. Programa de reciclaje en determinados sectores de atención primaria		
Galicia			
Plan AFCAP, dentro del Plan Estratégico de Formación. Edición de la revista gratuita <i>Revista Galega de Actualidad Sanitaria</i>	Planificación de actividades orientadas a la política sanitaria de Galicia 2005-2009	Encuesta sobre los factores laborales de naturaleza psicosocial que implican un riesgo para la salud y bienestar profesional	Plan de formación específico sobre género y violencia laboral
Madrid (Comunidad de)			
	Plan de Formación 2005. Inclusión de la perspectiva de género	Guía anual para la elaboración del plan de formación continuada. Incorporación de la perspectiva de género en los cursos	Oferta formativa <i>on line</i> . Incorporación de la perspectiva de género en los cursos
Navarra (Comunidad Foral de)			
		Acuerdo, de 21 de julio de 2006, sobre compromiso de elaboración de propuesta de carrera profesional aplicable a todo el personal fijo	Programa estratégico común (disposición de una serie de líneas estratégicas)
País Vasco			
	Decreto 395/2005, de 22 de noviembre, por el cual se reconoce el nivel de desarrollo profesional para médicos y técnicos	Segundo ciclo completo de medición de la satisfacción del personal	Creación de una Unidad Docente de Medicina del Trabajo
Rioja (La)			
		Orden 3/2005, de 27 de abril: regulación de la Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y constitución de una Comisión consultiva y asesora. Nombramiento de 6 Comités de Acreditación de las Profesiones Sanitarias	
Elaborada a partir de la información recibida de las comunidades autónomas, 2007. AFCAP, Acuerdo de Formación Continua en las Administraciones Públicas; EVES, Escuela Valenciana de Estudios de la Salud.			

Existe una preocupación por mejorar la calidad de este servicio y su utilidad en el desarrollo profesional del personal estatutario, evaluado anualmente mediante encuestas de satisfacción. Respecto a años anteriores, casi todas las comunidades autónomas resaltan la elevada participación y satisfacción de las actividades formativas llevadas a cabo.

La introducción gradual de nuevas tecnologías es clave para facilitar el acceso a la información. En algunas comunidades autónomas, como Cantabria y Madrid, se ha producido una ampliación de la oferta formativa a mayor número de profesionales vía plataformas de formación *on line* durante 2007. Merece especial mención el esfuerzo realizado por las comunidades autónomas de Cantabria y Madrid para la inclusión de la perspectiva de género en programas de formación desde 2005.

Se observa cómo el proceso de desarrollo y de modernización ha sido desigual entre territorios en el campo de la formación continuada y el desarrollo profesional. Se plantea la cuestión de saber si sería más adecuado homogeneizar el conocimiento en todo el Estado español, si es mejor que cada programa de formación responda únicamente a las necesidades concretas de cada comunidad o si, por el contrario, la formación continuada debiera cumplir con unos conocimientos básicos comunes.

Galicia, Madrid y la Comunidad Valenciana informan sobre la incorporación de la perspectiva de género en sus cursos formativos, tanto a nivel general como en cursos específicos relacionados con la prevención del acoso en el ámbito laboral y en aquellos específicos para capacitación en la asistencia sanitaria a las mujeres en situación de violencia de género durante el año 2007.

Prevención de riesgos laborales

Debido al incremento de las agresiones sufridas por el personal sanitario, se han creado distintas acciones que siguen las líneas de actuación marcadas por el sistema de atención a la salud de cada comunidad autónoma dentro de su plan de prevención de riesgos laborales, desde acuerdos de asistencia jurídica al trabajador –en colaboración con otros organismos– hasta programas de vigilancia de la salud y análisis de la peligrosidad (a partir del seguimiento de las agresiones sufridas, sus causas y sus respuestas).

Éste es un tema que ha ido cobrando importancia a medida que han aumentado las agresiones en los últimos años. Anteriormente, apenas alguna comunidad autónoma mencionaba su programa de prevención de riesgos laborales. Baleares, Castilla y León, Andalucía y Castilla-La Mancha fueron pioneras en potenciar diversas medidas de acción social en este campo a partir del año 2004, consolidándose al año siguiente. La Comunidad Autó-

noma de Baleares creó un grupo de trabajo y un plan de prevención de la violencia en los centros del ib-salut; Andalucía desarrolló un protocolo de actuación ante agresiones y un registro unificado, dentro de su Plan Integral de Prevención y Atención de Agresiones. También puso en marcha un sistema de apoyo y asesoramiento jurídico al personal agredido y cursos de formación específica sobre el manejo de situaciones conflictivas. En cuanto a Castilla y León, se tramitó un registro de agresiones y se contrató un seguro de defensa jurídica, que no entró en vigor hasta finales del año 2005. En esta comunidad autónoma, cabe resaltar la elaboración de numerosas guías informativas relacionadas con este aspecto. Finalmente, Castilla-La Mancha creó una comisión central de salud laboral dentro de su Plan General de Prevención de Riesgos Laborales.

Cabría destacar, por último, un novedoso proyecto iniciado en el año 2007 para la certificación según el estándar OHSAS del Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales en el País Vasco⁴². En este sentido, Cataluña ha optado por consolidar la expansión de las unidades de salud laboral.

Perspectiva de género

La inclusión de la perspectiva de género en asuntos de formación y de prevención de riesgos laborales, tal y como se ha enunciado anteriormente, ha sido progresiva en las comunidades autónomas durante el período de estudio. La inclusión de esta perspectiva es signo de modernización y adaptación al contexto actual a nivel internacional.

La Comisión contra la Violencia de Género, constituida en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 2004, es un ejemplo de buena práctica presentado en el ámbito internacional en esta materia, tanto por el tema que aborda como por su procedimiento de trabajo consensuado a nivel técnico e institucional.

Satisfacción

A pesar de la predisposición de las comunidades autónomas para mejorar la calidad del funcionamiento del sistema sanitario y las condiciones de traba-

42 OHSAS, Occupational Health and Safety Management System. OHSAS 18001 es una herramienta que ayuda a las empresas a identificar, priorizar y gestionar la salud y los riesgos laborales como parte de sus prácticas normales de negocio.

jo del personal estatutario, sólo algunas comunidades autónomas informan haber realizado estudios con el fin de evaluar su grado de satisfacción en el puesto de trabajo. Sería positivo que se elaboraran con cierta regularidad para evitar el síndrome del *burn-out* o del trabajador quemado en respuesta al deterioro de las condiciones de trabajo de estos últimos años y al aumento de estrés, en especial, debido al contexto actual de déficit de recursos humanos –esto es, escasez de profesionales en algunas especialidades, incremento de las necesidades asistenciales y de las exigencias de los pacientes, así como tiempo reducido de dedicación a cada uno de ellos, entre otros aspectos–.

Galicia diseñó en el año 2007 un cuestionario de clima laboral por parte del Servicio Gallego de Salud (Sergas), en el cual se evaluaban los factores de riesgo psicosocial y su repercusión sobre la salud, el estrés y la satisfacción. Los resultados sugerían que la inseguridad y la estima, la dificultad en la conciliación de la vida laboral y familiar, y el control sobre el tiempo de trabajo se constataban como los elementos más determinantes de la salud de los trabajadores y trabajadoras, reflejando un empeoramiento de los síntomas de estrés y satisfacción en más del 50 % del total de los trabajadores.

Farmacia

Introducción

El sector sanitario es uno de los sectores económicos más regulados tanto en el seno de la Unión Europea como en sus países miembros y España no es ninguna excepción. Dentro del sector sanitario, uno de los ámbitos en los cuales la regulación pública es más intensa probablemente sea el farmacéutico.

La prestación farmacéutica es una prestación básica de la atención sanitaria tanto por su significado en la salud de la ciudadanía, como por la importancia que su factura representa en el gasto sanitario.

Sin duda, el hecho de que la actividad farmacéutica se encuentre tan regulada en parte se debe a los problemas que generaría, desde la perspectiva de la equidad, el hecho de que el mercado de los medicamentos funcionara como un mercado libre y la prestación farmacéutica dependiera exclusivamente del poder de compra de los consumidores.

También desde la perspectiva de la eficiencia es necesaria la regulación dado que el mercado farmacéutico reúne todo tipo de imperfecciones tanto desde el punto de vista de la oferta (protección de patentes, publicidad en contexto de asimetría de información, etc.) como desde el de la demanda (exterioridades positivas y negativas en el consumo de fármacos; problemas de agencia entre las personas prescriptora, usuaria y financiadora, etc.).

En este apartado se analiza la evolución de algunos indicadores de la actividad, gasto y políticas sanitarias asociadas a la farmacia en España desde el año 2004 hasta el año 2007.

La prestación farmacéutica es una prestación básica de la atención sanitaria de los distintos países y una de las partidas más relevantes del gasto sanitario.

La prestación farmacéutica extrahospitalaria del Sistema Nacional de Salud ha mostrado en la última década un incremento de su importancia relativa respecto al total del gasto sanitario, al igual que la mayoría de los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico).

En la tabla 47 puede observarse dicha evolución. España pertenece en 1995 al grupo de países (Portugal, España e Italia) en que el gasto farmacéutico representa una proporción elevada del gasto sanitario, pues corresponde al 19,2 % de éste último.

TABLA 47. Evolución del gasto farmacéutico como porcentaje del gasto sanitario total, 1995-2007

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Canadá	13,8	14,0	14,7	15,1	15,5	15,9	16,2	16,7	17,0	17,3	17,7	17,4	17,5
Dinamarca	9,1	8,9	9,0	9,0	8,7	8,8	9,2	9,8	9,3	9,0	8,9	8,5	-
Finlandia	14,1	14,4	14,8	14,6	15,0	15,5	15,8	16,0	16,0	16,3	16,3	14,6	-
Francia	16,0	16,0	16,4	16,9	17,7	18,2	18,8	18,7	16,5	16,6	16,4	16,4	-
Alemania	12,9	13,0	13,1	13,6	13,5	13,6	14,2	14,4	14,5	14,0	15,2	14,8	-
Islandia	13,4	14,0	15,1	14,3	13,7	14,6	14,1	14,1	14,6	14,4	13,3	13,1	12,9
Irlanda	10,5	10,4	10,0	10,2	10,4	10,6	10,6	11,1	11,6	11,8	10,9	-	-
Italia	20,7	21,1	21,2	21,5	22,1	22,0	22,5	22,5	21,8	21,2	20,1	20,0	19,4
Noruega	9,0	9,1	9,1	8,9	8,9	9,5	9,3	9,4	9,2	9,4	9,1	8,5	7,9
Portugal	23,6	23,8	23,8	23,4	-	22,4	23,0	23,3	21,4	22,3	21,9	21,3	-
España	19,2	19,8	20,8	21,0	21,5	21,3	21,1	21,8	22,9	22,8	22,9	21,7	-
Suecia	12,3	13,6	12,4	13,6	13,9	13,8	13,2	13,0	12,6	12,5	12,0	13,3	-
Suiza	10,0	10,0	10,3	10,2	10,5	10,7	10,6	10,3	10,5	10,4	10,4	-	-
Estados Unidos	8,9	9,3	9,8	10,3	11,2	11,7	12,0	12,4	12,5	12,5	12,4	12,6	-

De OECD Health Data, 2008.

Desde 1995 hasta 2005, en España se incrementó el peso relativo del gasto en prescripción farmacéutica respecto al gasto sanitario, y mientras que Portugal o Italia comenzaron a reducir este peso relativo a partir del año 2002, en España sólo se ha comenzado a reducir el peso relativo del gasto farmacéutico en el año 2006, donde se redujo dicho porcentaje desde el 22,9 % en 2005 hasta el 21,7 % en 2006.

Desde 2003, España se convierte en el país de los analizados con mayor importancia relativa del gasto farmacéutico. Mientras, otro grupo de países entre los cuales están Canadá, Finlandia, Francia o Alemania presentan 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 o Estados Unidos, presentan una importancia relativa del gasto farmacéutico significativamente más baja, con niveles entre el 8 y el 13 %.

La evolución de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud español en los primeros años del siglo XXI ha estado marcada, al menos, por tres elementos fundamentales: la conclusión del proceso del traspaso de competencias en materia sanitaria a las comunidades autónomas

que aún no las habían asumido, con el acompañamiento de un nuevo sistema de financiación, que entró en vigor el 1 de enero del año 2002; el Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, 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.

El proceso de traspaso de competencias ha representado un elemento dinamizador en la gestión farmacéutica para todo el Sistema Nacional de Salud, incluyendo aquellas otras comunidades autónomas que ya habían asumido las competencias en años previos. En segundo lugar, el Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el SNS ha ejercido de marco de referencia para el desarrollo de las políticas implementadas por las autoridades regionales, muchas de sus propuestas han sido alcanzadas y nuevas herramientas de gestión de uso racional del medicamento están siendo impulsadas desde varias comunidades autónomas.

Finalmente, los efectos de Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios ya se dejan notar en varios aspectos de la prestación farmacéutica y alguno de ellos incluso ha sido avanzado por los gobiernos regionales.

Es importante matizar que, para el análisis que en esta sección se presenta, los datos de partida son los facilitados por las comunidades autónomas para la elaboración de este informe y se ha considerado que todas ellas incluyen las mismas partidas de medicamentos, dietas, fórmulas magistrales, extractos y otros productos sanitarios en el cálculo de los cinco indicadores analizados.

Aproximación a la evolución del gasto farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud (2004-2007)

A continuación se analiza el gasto farmacéutico realizado en el ámbito del SNS, observando su evolución en el período 2004-2007, para señalar posteriormente las principales políticas y medidas de uso racional de medicamentos llevadas a cabo por los servicios de salud de las diferentes comunidades autónomas.

Indicadores

Mediante el estudio de cinco indicadores distintos, que las comunidades autónomas aportan de manera homogénea para la elaboración de este informe puede realizarse el análisis de los datos de facturación de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud.

La falta de datos homogéneos de otras partidas de gasto farmacéutico, como el gasto farmacéutico hospitalario o el realizado en oficinas de farmacia sin recetas del SNS, impide llevar a cabo un análisis comparativo del gasto farmacéutico más completo.

Los dos primeros indicadores analizados son el número total de recetas y el gasto farmacéutico. Son dos medidas de datos absolutos y, aunque no permiten un análisis comparativo entre las distintas comunidades autónomas, dan una idea de la dimensión del gasto farmacéutico en cada comunidad autónoma en relación con el total estatal.

El tercer indicador es el gasto medio por receta y se obtiene de manera directa mediante el uso de los dos anteriores indicadores. Por último, los indicadores cuarto y quinto son indicadores relativos, la proporción de recetas de *especialidades farmacéuticas genéricas* (EFG) prescritas por comunidad autónoma y la proporción del gasto farmacéutico que se corresponde con el gasto derivado de los medicamentos genéricos, que dan una idea del impacto de las medidas de uso racional del medicamento y de contención del gasto farmacéutico. Los cinco indicadores y sus valores por comunidad autónoma se presentan en la tabla 48.

Número total de recetas: número de recetas oficiales del SNS dispensadas en las oficinas de farmacia (extrahospitalaria).

Gasto total: importe de dichas recetas una vez que se ha descontado la aportación correspondiente realizada por las personas usuarias al comprar su medicamento.

Gasto medio por receta: resultado de dividir dicho gasto total entre el número de recetas totales.

Porcentaje de recetas de genéricos (porcentaje de especialidades farmacéuticas genéricas o EFG): porcentaje que representa el número de recetas oficiales del SNS donde se han prescrito medicamentos genéricos respecto al total de recetas oficiales dispensadas en las oficinas de farmacia (extrahospitalaria).

Porcentaje de gasto en genéricos (% de EFG): porcentaje que representa el gasto generado por las recetas oficiales del SNS donde se han prescrito medicamentos genéricos respecto al total de gasto que representan las recetas oficiales dispensadas en las oficinas de farmacia (extrahospitalaria).

El gasto farmacéutico en España asociado a la facturación de recetas médicas dispensadas en las oficinas de farmacia (extrahospitalaria) del Sistema Nacional de Salud durante el año 2007 supera los 11.469 millones de euros, los cuales se corresponden con más de 844 millones de recetas, una cifra superior a los 10.799 millones de euros contabilizados en 793 millones de recetas en 2006 y a los 9.752 millones de euros en 730 millones de recetas del año 2004. Por tanto, el incremento en el período 2004-2007 del gasto farmacéutico ha sido del 17,60 % mientras que en el número de recetas ha sido

TABLA 48. Indicadores homogéneos de la prestación farmacéutica en las comunidades autónomas, 2004-2007

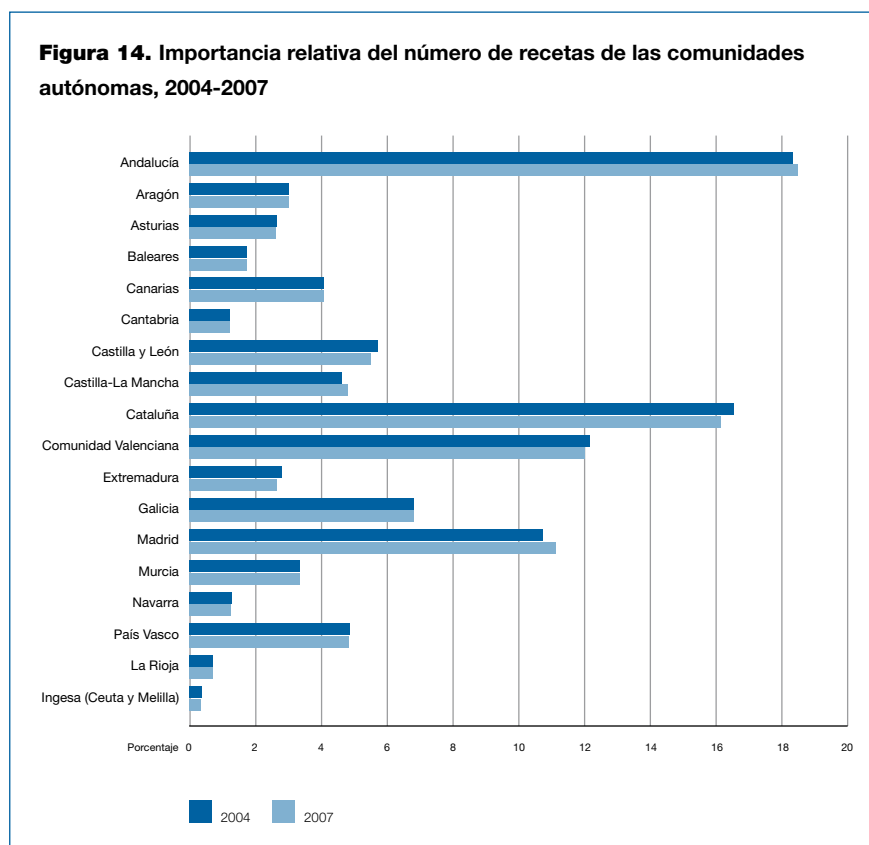
Comunidad autónoma	Número total de recetas			Gasto farmacéutico total			Gasto medio por receta			Porcentaje de recetas de genéricos/ total de recetas			Porcentaje de gasto en genéricos/ gasto farmacéutico total		
	2007 (miles)	2004 (miles)	Variación 2004-2007 (%)	2007 (miles de euros)	2004 (miles de euros)	Variación 2004-2007 (%)	2007	2004	Variación 2004-2007 (%)	2007	2004	Variación relativa 2004-2007	2007	2004	Variación relativa 2004-2007
Andalucía	156.241	133.214	17,29	1.850.279	1.669.335	10,84	11,84	12,53	-5,50	26,46	14,33	84,65	13,74	8,51	61,46
Aragón	26.042	22.340	16,57	376.728	312.950	20,38	14,47	14,01	3,27	16,20	12,22	32,57	6,09	5,67	7,41
Asturias	22.349	19.631	13,85	316.056	272.002	16,20	14,14	13,86	2,06	16,34	10,26	59,26	7,12	6,00	18,67
Baleares	14.583	12.282	18,74	206.222	171.531	20,22	14,14	13,97	1,25	24,33	16,66	46,04	10,42	8,78	18,68
Canarias	34.169	29.558	15,60	461.100	399.652	15,38	13,49	13,52	-0,19	11,58	5,88	96,94	4,93	3,33	48,05
Cantabria	10.621	9.058	17,25	142.632	119.657	19,20	13,43	13,21	1,66	23,39	15,77	48,32	9,65	7,59	27,14
Castilla y León	47.136	41.459	13,69	678.163	565.209	19,98	14,39	13,63	5,53	22,05	11,37	93,93	8,85	5,33	66,04
Castilla-La Mancha*	38.782	33.870	17,45	552.826	446.025	23,95	13,90	13,17	5,53	17,10	12,54	36,36	8,96	6,46	38,70
Cataluña	135.981	119.603	13,69	1.810.034	1.608.442	12,53	13,31	13,45	-1,02	23,80	14,48	64,36	10,60	8,14	30,22
Comunidad Valenciana	100.867	88.241	14,31	1.509.929	1.235.660	22,39	14,97	13,98	7,07	12,70	7,76	63,66	5,13	3,58	43,30
Extremadura*	22.797	20.821	9,49	319.214	278.854	14,47	14,00	13,39	4,55	16,96	12,70	33,54	7,37	6,72	9,67
Galicia	57.153	49.750	14,88	813.588	689.664	17,97	14,24	13,86	2,69	8,75	5,41	61,74	3,63	2,64	37,50
Madrid	93.732	78.829	18,91	1.224.259	997.421	22,74	13,06	12,85	3,23	25,29	18,22	38,80	10,36	9,38	10,45
Murcia	26.473	22.584	17,22	401.815	317.069	26,73	15,18	14,04	8,11	11,46	8,42	36,10	4,70	4,24	10,85
Navarra	10.801	9.477	13,97	151.102	140.772	7,34	13,99	14,85	-5,82	16,18	11,89	36,08	6,95	6,17	12,64
País Vasco	38.501	32.849	17,21	556.790	446.963	24,57	14,46	14,85	-2,62	16,27	9,71	67,56	6,03	4,24	42,22
La Rioja*	5.219	4.744	10,02	73.030	63.668	14,71	13,99	13,42	4,26	14,35	10,84	32,38	5,83	4,87	19,71
Ceuta y Melilla	1.932	1.699	13,72	26.321	19.423	30,37	13,11	11,43	14,64	19,67	10,40	89,13	7,97	5,90	36,08
Total estatal	844.361	730.009	15,67	11.469.066	9.752.297	17,80	13,56	13,36	1,67						

*El dato de porcentaje de recetas en genéricos respecto al total de recetas de Castilla-La Mancha en el año 2007 corresponde al año 2006. Los datos de Extremadura de 2004 en realidad corresponden a 2005 dado que los correspondientes a 2004 eran incompletos. Los datos de La Rioja de 2007 corresponden al año 2006 por no haberse recibido los del año 2007.

Del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

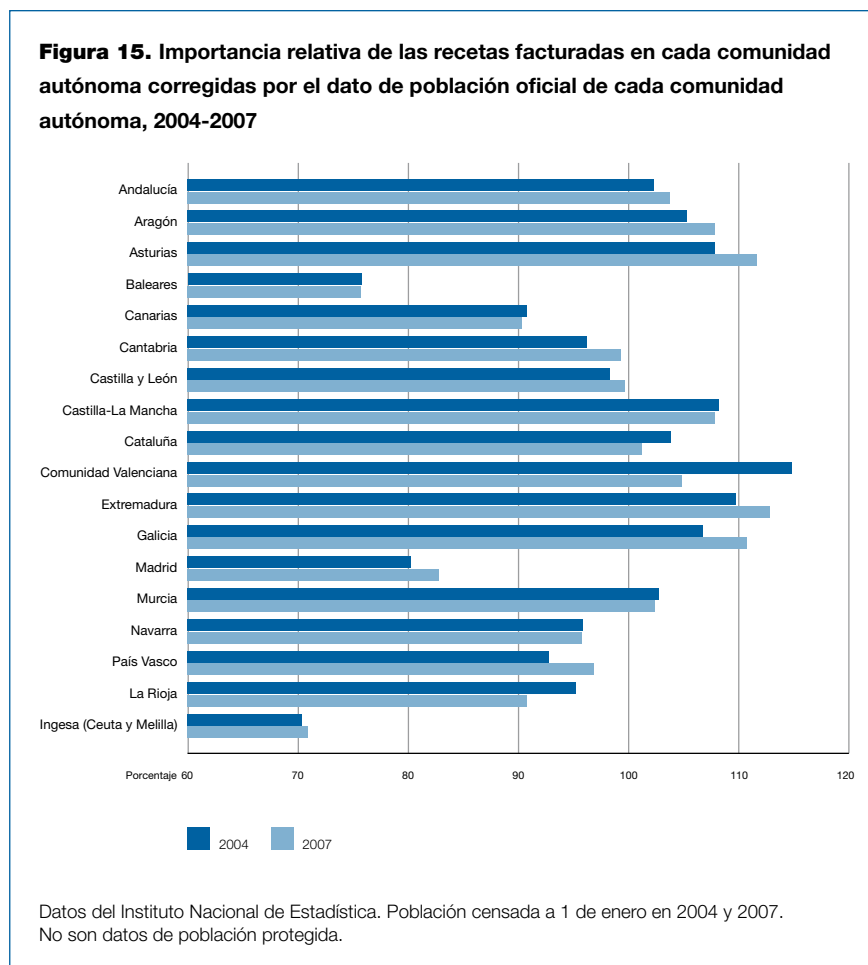
del 15,67 %. La evolución del gasto medio por receta en el Sistema Nacional de Salud ha pasado de 13,36 € en el año 2004 a 13,58 € en el año 2007, lo que representa un incremento del 1,67 % en los 3 años.

El número total de recetas es un indicador absoluto y, por tanto, informa sobre el volumen de actividad de oficinas de farmacia que tiene lugar en cada comunidad autónoma, y sobre el peso específico de cada comunidad autónoma en el cómputo global de recetas en España (fig. 14). No obstante, este indicador no es informativo sobre la consecución del objetivo del uso racional de los medicamentos ya que no incorpora información sobre la necesidad de los medicamentos recetados.



Se puede apreciar cómo las comunidades con mayor porcentaje de recetas son Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana y Madrid.

La figura 15 muestra cuáles son las comunidades autónomas en que el número de recetas por persona⁴³ es mayor o menor a la media nacional, representada en el 100 %. Así, se aprecia que ha habido algunos cambios en las comunidades autónomas que presentan mayor número de recetas por



43 Para este cálculo se han utilizado los datos que facilita el Instituto Nacional de Estadística, es decir, la población censada a 1 de enero en 2004 y 2007. No son datos de población protegida.

persona. Mientras en el año 2004 la Comunidad Valenciana tenía mayor número (115 %), en el año 2007 ha reducido el número de recetas por persona hasta situarse mucho más cerca de la media (105,21 %). Mientras, Galicia, Extremadura, Asturias o Aragón se han alejado por encima de la media española y constituyen, junto con Castilla-La Mancha (con el indicador estable), las comunidades autónomas con mayor número de recetas por persona (más del 8 % superior a la media nacional). En el otro extremo, Ceuta y Melilla (70 % en 2004 y 71 % en 2007), Baleares (76 % en 2004 y 2007), y Madrid (80 % en 2004 y 82 % en 2007) son las comunidades autónomas con un ratio de número de recetas por habitante más bajo en comparación con la media nacional.

Si se observan las cifras del segundo indicador, gasto farmacéutico⁴⁴ total, en la tabla anterior (tabla 48), éstas muestran cómo las comunidades autónomas con mayor censo de población presentan mayor gasto farmacéutico.

Las comunidades autónomas con mayor censo de población presentan mayor gasto farmacéutico porque prescriben más recetas. Es necesario estudiar otros indicadores como número de recetas/habitante o gasto medio por receta para observar el efecto de las políticas de uso racional, sobre todo en relación con la prescripción de medicamentos genéricos y su peso en el gasto farmacéutico total.

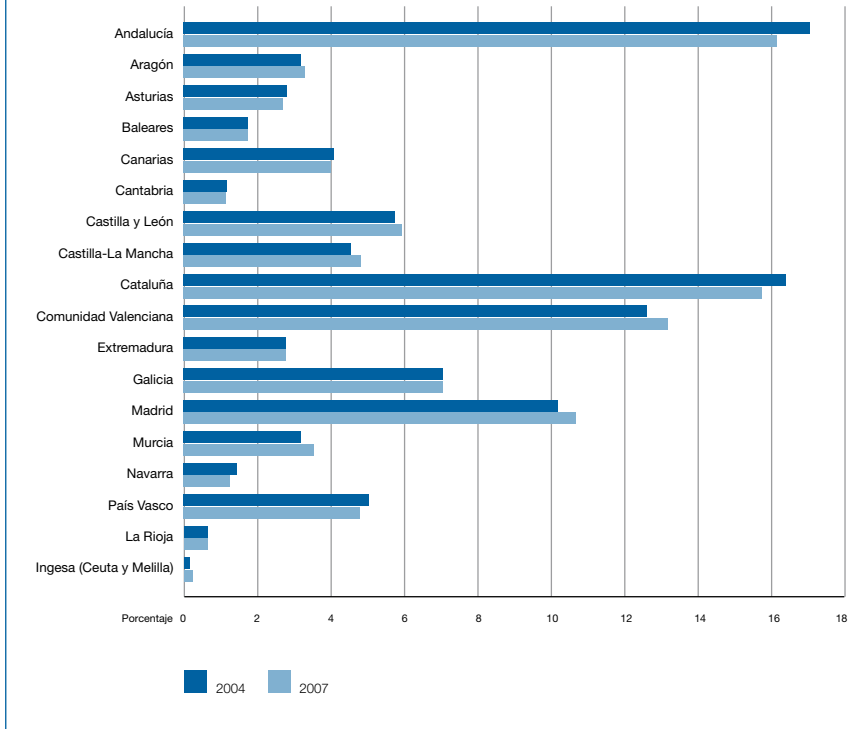
No obstante, un análisis más preciso sería necesario cuando se presentan datos referidos a población, pues variables como el sexo y la edad de la persona influyen notablemente en el análisis cualitativo de la prescripción de recetas y del posible impacto de las medidas de uso racional implementadas, aportando mayor calidad a los datos que puedan obtenerse, teniendo como referencia la población (censada y/o protegida).

La figura 16 presenta la evolución del peso relativo o *porcentaje del gasto farmacéutico* de las comunidades autónomas en el gasto farmacéutico estatal de 2004 a 2007. Al igual que en el primer indicador, ello da una idea del peso específico que cada comunidad autónoma aporta al gasto farmacéutico del SNS, pero no es instrumento útil para comparar comunidades autónomas. Las comunidades autónomas de mayor gasto sanitario son las de mayor número de recetas prescritas, tanto en 2004 como en 2007, en unos casos apuntando una tendencia decreciente para el período de análisis (Andalucía y Cataluña) y en otros creciente (Comunidad Valenciana y Madrid).

El *gasto medio por receta* del SNS es el tercer indicador homogéneo proporcionado por las comunidades autónomas. Se obtiene directamente

44 Tal y como ya se ha especificado anteriormente, este indicador aporta la cifra de importe total a PVP más IVA de los envases dispensados en oficina de farmacia, descontando la aportación que realiza la persona usuaria y no incluye el gasto farmacéutico de los hospitales.

Figura 16. Importancia relativa del gasto farmacéutico de las comunidades autónomas respecto al gasto farmacéutico nacional. Evolución de 2004-2007

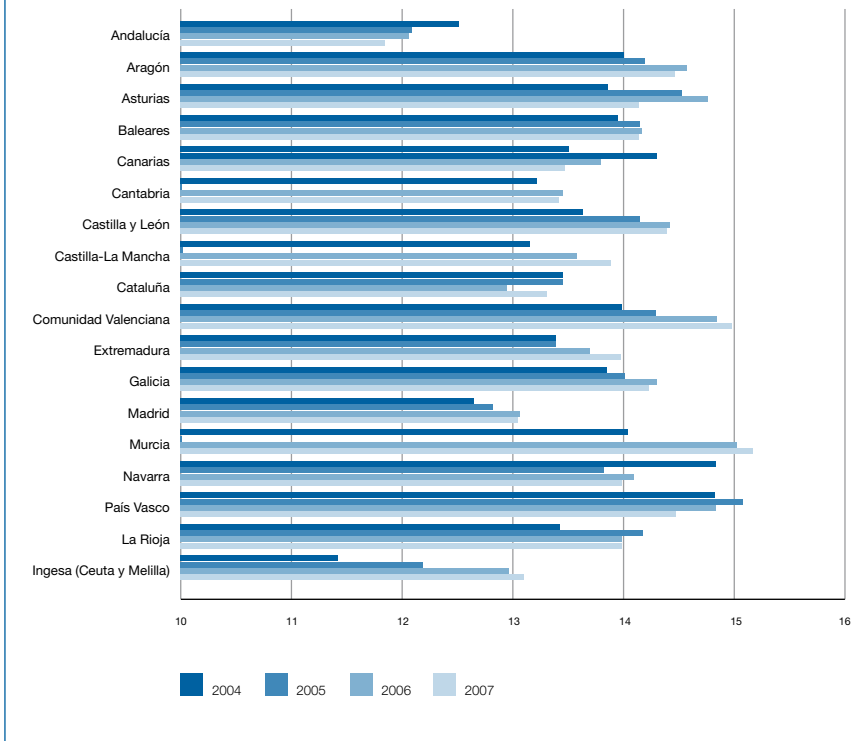


de dividir el total del gasto farmacéutico asociado con la facturación por receta del SNS entre el número total de recetas del SNS de cada comunidad autónoma. La tabla 48 muestra cuál era dicho gasto medio por receta en las distintas comunidades autónomas en los años 2004 y 2007 y cuál ha sido la variación que se ha producido en ese período. Comunidades como Murcia (15,18 €) y la Comunidad Valenciana (14,97 €) presentan mayor gasto medio por receta. Andalucía (11,84 €) presenta el menor gasto medio por receta.

Tan importante como esta magnitud es la tendencia que las distintas comunidades autónomas han presentado en los últimos años y que se muestra en la figura 17. *Es importante tener en cuenta cuándo han tenido lugar las distintas políticas llevadas a cabo por cada comunidad autónoma a la hora de interpretar esta evolución.*

El gasto medio por receta es un indicador muy general que sólo aproxima a las políticas de uso racional del medicamento adoptadas en las distintas

Figura 17. Gasto medio por receta en cada comunidad autónoma, 2004-2007



comunidades autónomas. Es una señal imperfecta dado que el número de recetas informa directamente del número de recetas dispensadas, pero no, por ejemplo, de la cantidad de medicamentos diferentes incluidos en cada prescripción y de su necesidad.

Andalucía (-5,50 %) y Navarra (-5,82 %) son las comunidades autónomas que presentan mayor reducción del gasto medio por receta en el total del período de análisis (2004-2007) y esta evolución es constante en Andalucía desde 2004 mientras que en comunidades como Navarra se produjo una reducción muy importante en 2005 aunque en 2006 el precio medio volvió a aumentar.

La mayoría de las comunidades autónomas, como Asturias, Aragón, Castilla y León, Galicia, Madrid o La Rioja, han incrementado el precio medio de las recetas en los primeros años, de 2004 a 2006, mientras que este precio se ha estabilizado y ha tendido a decrecer en el último año.

Mientras tanto, otras comunidades autónomas, como Murcia (8,11 %), Comunidad Valenciana (7,07 %) o Castilla-La Mancha (5,57 %), han mantenido una tendencia creciente a lo largo de los 4 años en el precio medio por receta.

El cuarto indicador en este análisis es la *proporción de recetas de medicamentos genéricos o especialidades farmacéuticas genéricas (EFG)* sobre el total de recetas facturadas por el SNS de 2004 a 2007. Este indicador muestra el efecto de las distintas políticas de promoción en la prescripción de medicamentos genéricos por parte de las comunidades autónomas.

En la tabla 48 puede observarse cómo Andalucía (26,46 %), Madrid (25,29 %), Baleares (24,33 %), Cataluña (23,80 %) y Cantabria (23,39 %) son las comunidades autónomas en que la proporción de recetas de EFG es más elevada en 2007. Mientras, en ese mismo año Galicia es la comunidad autónoma que presenta menor peso relativo de recetas de genéricos, el 8,75 % de todas las recetas del SNS. Otras comunidades que presentan una proporción reducida de recetas de genéricos son Canarias (11,58 %), Murcia (11,46 %) o la Comunidad Valenciana (12,70 %).

Al igual que con el anterior indicador, es importante apreciar cuál ha sido la evolución de las recetas de EFG (fig. 18).

Todas las comunidades autónomas han presentado un incremento significativo de la presencia de especialidades farmacéuticas genéricas en la prescripción extrahospitalaria si bien este incremento es más destacado en algunas comunidades autónomas.

A pesar de no ser de las comunidades autónomas con mayor porcentaje, debido al retraso en este indicador que presentaban en el año 2004, Canarias (96,94 %), Castilla y León (93,93 %) y Ceuta y Melilla (89,13 %) presentan el mayor incremento de este indicador.

Aragón (32,57 %), Navarra (36,08 %) y Murcia (32,10 %) son algunas de las comunidades autónomas con menor incremento del porcentaje de genéricos en las prescripciones extrahospitalarias del SNS.

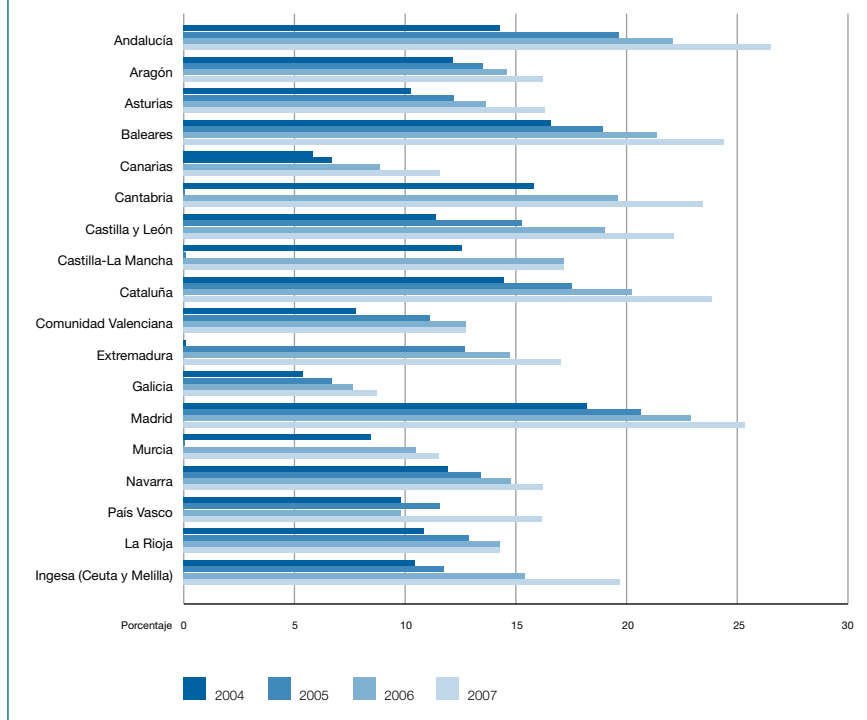
Andalucía, que crece del año 2004 al año 2007 el 84,65 %, se convierte en la comunidad autónoma con mayor porcentaje de presencia de genéricos en sus recetas del SNS, seguida por Madrid, Baleares y Cataluña.

Por tanto, puede observarse en todas las comunidades autónomas el efecto positivo de las medidas que han promovido el uso de productos genéricos dentro de las últimas políticas de uso racional del medicamento que se han llevado a cabo desde 2004 hasta 2007.

Por último, el quinto indicador presentado en la tabla 48 muestra la *proporción del gasto farmacéutico* facturado por el SNS *que corresponde al gasto en medicamentos genéricos (EFG)* en los años 2004 y 2007, así como la variación acumulada de esos años para cada comunidad autónoma.

Existe una correspondencia entre el comportamiento de las distintas regiones que se muestra en estos dos últimos indicadores.

Figura 18. Evolución del porcentaje de recetas del Sistema Nacional de Salud correspondientes a medicamentos genéricos, 2004-2007



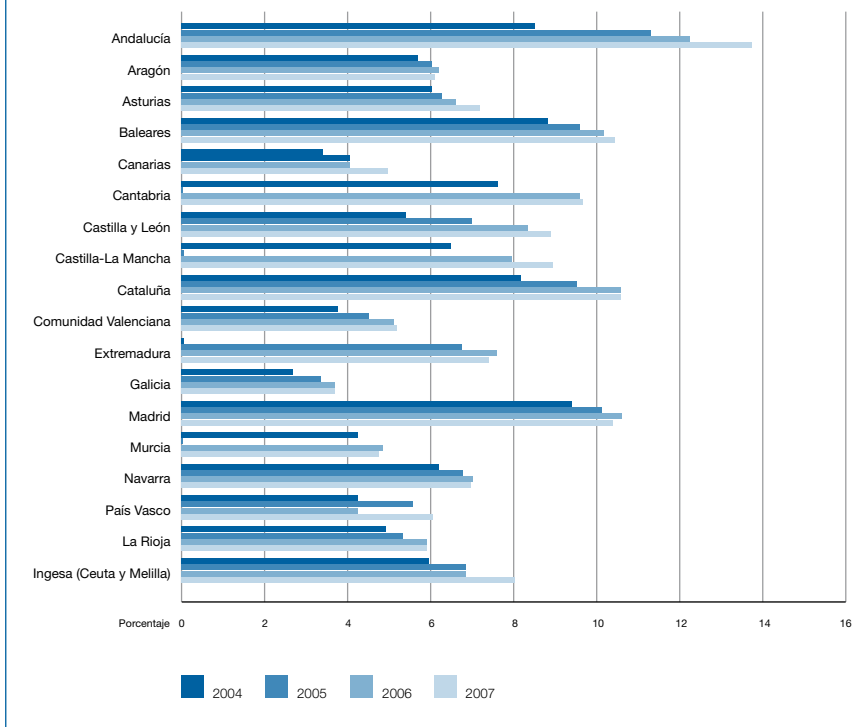
Las comunidades autónomas que presentan mayor gasto porcentual en medicamentos genéricos son las mismas regiones que presentan mayor porcentaje de recetas de genéricos.

En 2007, Andalucía, Cataluña, Baleares y Madrid son las comunidades autónomas que superan el 10 % de gasto farmacéutico extrahospitalario en EFG. En cambio, Galicia (3,63 %), Murcia (4,70 %) y Canarias (4,73 %) son las comunidades autónomas que presentan menor porcentaje de gasto farmacéutico correspondiente a EFG prescritas al igual que ocurría para el anterior indicador de recetas de EFG/recetas totales.

La evolución desde 2004 hasta 2007 de este indicador se puede apreciar en la figura 19. Castilla y León es la región que presenta una variación porcentual mayor (66,04 %) desde el año 2004 hasta el año 2007. Aragón (7,41 %) es la región que presenta una variación más baja.

En el año 2007, Andalucía es la comunidad autónoma con mayor proporción de gasto farmacéutico en medicamentos genéricos, con el 13,74 %.

Figura 19. Evolución del porcentaje de gasto farmacéutico asociado a medicamentos genéricos respecto al total de gasto farmacéutico, 2004-2007



La evolución baja de Aragón se ve negativamente influenciada por el hecho de ser una de las comunidades autónomas con menor porcentaje de gasto asociado con productos genéricos.

Otras regiones que presentan una variación en el período 2004-2007 reducida son Madrid (10,45 %) y Murcia (10,85 %). No obstante, los casos de estas dos comunidades autónomas son diferentes porque Madrid es una de las comunidades autónomas que presenta mayor porcentaje de gasto asociado a especialidades genéricas (10,36 %) mientras que Murcia es una de las regiones que presenta el indicador más bajo (4,70 %), tal y como ya se ha descrito.

Para comprender la prestación farmacéutica en las distintas comunidades autónomas, resulta importante analizar cuáles son los grupos terapéuticos más prescritos.

Con ligeras diferencias entre comunidades autónomas, los tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos en el total de las recetas son los inhibidores de la bomba de protones (A02BC), analgésicos del grupo de las anilinas (N02BE) y los ansiolíticos o derivados de la benzodiazepina (N05BA).

Si sólo se consideran las recetas dispensadas correspondientes a medicamentos genéricos (EFG), los inhibidores de la bomba de protones (A02BC), conocidos como protectores de estómago, vuelven a representar el subgrupo terapéutico más prescrito en la mayoría de las comunidades autónomas. También destacan las recetas de EFG de los subgrupos terapéuticos de los inhibidores de la HMG-CoA-reductasa (C10AA) o los inhibidores de la ECA, monofármacos antihipertensivos (C09AA).

Políticas y medidas de uso racional de medicamentos

El período 2004-2007 ha resultado fructífero en cuanto al planteamiento y la concreción de estrategias de política farmacéutica en todas las comunidades autónomas.

Asimismo, a lo largo de los 4 años analizados persiste la conciencia en todos y cada uno de los informes suministrados por las autoridades sanitarias de las diferentes comunidades autónomas de que la mejora de los sistemas de información es una pieza clave que debe contribuir a una mejor gestión de los recursos disponibles.

A continuación, se señalan las principales iniciativas llevadas a cabo en las distintas comunidades autónomas⁴⁵. La ausencia de mención de una comunidad autónoma en la implementación de determinada medida de política farmacéutica debe interpretarse con cierta cautela puesto que no es equivalente a la ausencia de ésta. Para tratar de solventar este problema, además de la revisión de los planes y la estrategia en materia de farmacia, se revisaron las actividades más destacadas realizadas en el área de sistemas de información.

Conservando dicha cautela, puede pasarse ya a los grandes bloques de medidas implementadas por las comunidades autónomas en materia de farmacia. Dichos bloques se presentan en la tabla 49 divididos en epígrafes.

45 La información, que cada autoridad competente señaló en su momento como más relevante, ha sido suministrada por los servicios autonómicos de salud para confeccionar los correspondientes informes anuales del SNS 2004-2007. Es posible que nuevas medidas o mejoras de las ya existentes ya se estén llevando a cabo y sean comunicadas en informes posteriores o bien que falte alguna medida que se está practicando de forma habitual y no se considera un aspecto novedoso para informar sobre ella, pues se considera ya asentada en la cultura de gestión farmacéutica de su territorio.

TABLA 49. Políticas y medidas de uso racional de los medicamentos, 2007

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 dirigidas a prescriptores
	Programas de información dirigidas a usuarios/ciudadanos
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/polimedicados
	Programas de atención farmacéutica a centros sociosanitarios
Programas de incentivos individuales a prescriptores	
Mejoras en la gestión de compras	
Otros	

Se propone esta clasificación por motivos funcionales aunque ésta o cualquier otra no se encontrará exenta de problemas, dada la complementariedad inherente a las distintas actuaciones que se detallan.

Prácticamente todas las comunidades autónomas⁴⁶ han destacado en alguno de los años referidos o en varios de ellos su interés por la *promoción de la prescripción por principio activo (PA) o de la prescripción de medicamentos genéricos* como línea prioritaria de uso racional del medicamento.

Andalucía es la única comunidad autónoma que menciona el porcentaje de recetas prescritas por principio activo. En septiembre de 2001, momento en que comenzó a impulsarse esta iniciativa, las recetas por principio activo tan sólo representaban el 0,35 %. En diciembre de 2007, éstas superaban el 75 % del total de las recetas prescritas.

Por lo que respecta al porcentaje de recetas de genéricos frente al total de recetas, además del análisis realizado en el apartado anterior, la vía de

46 El hecho de que la Comunidad de Madrid no haya citado esta medida puede parecer paradójico, toda vez que es una de las comunidades autónomas con mayor peso de recetas de genéricos sobre el total de recetas en el año 2007 (v. el apartado anterior en la tabla 48). No obstante, tal y como se señaló anteriormente, ello puede deberse a que este aspecto no se considere novedoso, sino ya asumido dentro de las medidas realizadas de forma habitual en la gestión farmacéutica de la comunidad autónoma.

promoción es diversa. Por ejemplo, algunas comunidades autónomas 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 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, más los *programas de formación e información* sobre estos aspectos y la labor de *farmacéuticos de atención primaria y de hospital* influyen sobre la aceptación de los prescriptores que deben cumplir con los mencionados objetivos.

Pueden distinguirse variantes en la incorporación de las guías. Por ejemplo, en varias comunidades autónomas se ha optado por adaptar la *Guía terapéutica en atención primaria* editada por la Semfyc (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria)⁴⁷. En cambio, en otras comunidades autónomas se ha optado por elaborar sus propias guías, que se van complementando con las publicaciones periódicas de boletines farmacoterapéuticos y publicaciones de evaluaciones de nuevos principios activos comercializados (p. ej., Madrid).

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 del medicamento y la incorporación de farmacólogos de área como apoyo a las gerencias de atención primaria. En este sentido, varias comunidades autónomas destacan los efectos de la labor de asesoramiento en la mejora de la calidad de la prescripción, de la cual son elementos dinamizadores los farmacéuticos del área o sector.

El papel que desempeñan los farmacólogos de área puede ser tanto de apoyo como de tipo formativo. En este sentido, numerosas comunidades autónomas (prácticamente todas, con la excepción de Extremadura) destacan las *actuaciones de formación a sus prescriptores*. En algunas comunidades autónomas se practican actuaciones concretas (p. ej., sesiones farmacoterapéuticas en los equipos de atención primaria) mientras que en otras comunidades autónomas se han desarrollado ambiciosos programas de formación continuada⁴⁸.

47 Por ejemplo, en algunas comunidades autónomas, la historia de salud digital es compartida entre atención primaria y atención especializada e incorpora en su módulo de prescripción muchas de las recomendaciones de la *Guía terapéutica en atención primaria* de “prescripción basada en la evidencia”, editada por la Semfyc.

48 Por ejemplo, la Comunidad de Madrid indica que a lo largo de 2006 se ha desarrollado un programa de formación continuada en farmacoterapia en el cual han participado 1.877 profesionales del Servicio Madrileño de Salud. Otros ejemplos serían el Programa de formación e información continuada a los profesionales del Ib-salut en farmacoterapia (programa Infor-

También conviene subrayar los *convenios* firmados por 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 PA y la prescripción de medicamentos genéricos.

A lo largo del período 2004-2007, en una o varias ocasiones cada una de las 18 regiones (17 comunidades autónomas más las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla) ha mencionado explícitamente la promoción de la prescripción por principio activo o la promoción de la prescripción de EFG.

La *mejora en los sistemas de información* no es un fin en sí mismo, pero es un punto donde los distintos agentes sanitarios coinciden en señalar su carácter esencial como base para optimizar la gestión de los recursos. La gestión de una mejor y más completa información se configura como un factor clave en las políticas de uso racional del medicamento como herramienta para una prestación asistencial de alta calidad.

La mejora de los sistemas de información ha sido mencionada como un aspecto esencial de la política farmacéutica por las 18 regiones a lo largo del período 2004-2007, con un número mínimo de 10 citaciones expresas sobre 18 en 2005 y un máximo de 16 citaciones explícitas en 2007.

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 comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, País Vasco y La Rioja)⁴⁹.

La *combinación de los sistemas de prescripción electrónica asistida con la historia clínica digital (HCD)* presenta indudables sinergias al mejorar la información al prescriptor sobre los antecedentes de los pacientes y sobre posibilidades farmacéuticas que tiene a su alcance, así como “permitir que esté disponible en el lugar y momento en que el usuario necesita atención sanitaria” (*Informe de Andalucía 2007*).

Varias comunidades autónomas señalan los importantes avances realizados en su servicio para una próxima implantación del sistema de receta

med) desarrollado en Baleares o los programas reseñados en los informes de Canariaa o del País Vasco, sin agotar la lista.

49 En algunas comunidades autónomas se señalaba que al sistema de prescripción informatizada no se había podido añadir el módulo de ayuda a la prescripción diseñado por el momento, pero es un objetivo pendiente a cumplir a corto plazo. En el caso de algunas comunidades autónomas, en un año central del período se señala que la prescripción asistida a través del ordenador se continuó, alcanzando un porcentaje de las consultas de la comunidad autónoma y que su alcance se ampliaría el año siguiente. Desafortunadamente, en el informe del siguiente año no se hace referencia a este respecto.

electrónica. Tras la generalización de la tarjeta sanitaria individual y conjuntamente 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 consonancia con el desarrollo futuro de la receta médica, varias comunidades autónomas han implementado ya el *visado informático*, para lo que algunas comunidades autónomas han procedido a firmar acuerdos con sus respectivos colegios oficiales de farmacéuticos con el fin de que la aplicación del visado se gestione rápidamente a través de las oficinas de farmacia.

Asimismo, una actuación cada vez más frecuente es informar a los médicos de su *perfil prescriptor*, comparados con otros colegas de área y centro. En algunos se trata de una acción meramente informativa y puede servir de autoevaluación, con *incentivos individualizados* ligados al ajustar sus pautas de prescripción.

La promoción para el diseño y utilización de guías y boletines farmacoterapéuticos, constitución y funcionamiento de comisiones de farmacia, actuaciones de formación y apoyo a prescriptores, se han incrementado en la mayoría de comunidades autónomas en esfuerzos y cobertura desde 2004 hasta 2006.

Junto con el apoyo y la información suministrada a los prescriptores, también resultan de utilidad las *actuaciones informativas dirigidas a la ciudadanía*.

En algunas comunidades autónomas se han complementado las campañas de uso racional de antibióticos y las campañas de información sobre medicamentos genéricos promovidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo con campañas propias, pues el médico de atención primaria y las oficinas de farmacia son los medios elegidos para hacer llegar a la ciudadanía dichas campañas.

En el caso particular de *Baleares*, se informa incluso del perfil farmacoterapéutico no sólo al personal facultativo sino también a pacientes. En esta misma comunidad existen programas de actividades de educación para el uso racional del medicamento orientada a pacientes crónicos⁵⁰, combinada con la utilización de las nuevas tecnologías, como recordatorios de toma de medicación⁵¹.

50 Programa *Salut per a tothom* (Salud para todos). Se puede obtener más información en el capítulo específico de la comunidad autónoma.

51 Short Message System-SMS. Se puede obtener más información en el capítulo específico de la comunidad autónoma.

No obstante, este tipo de actuaciones en materia de información a pacientes y el establecimiento de elementos que promuevan una demanda de medicamentos más responsable son mucho menos citadas.

Castilla y León está desarrollando un proyecto de mejora de la atención farmacéutica en centros de personas mayores mediante depósitos vinculados con los servicios de farmacia de los hospitales de la red Sacyl.

Un tercer gran bloque de medidas hace referencia a *coordinación asistencial*.

Las más destacadas serían, en primer lugar, programas o actuaciones generales de coordinación entre atención especializada (AE) y atención primaria (AP) con la *Historia de salud digital única y compartida*, incorporando en ésta un *módulo de prescripción* con recomendaciones de una guía terapéutica común. Otra sería desarrollar conjuntamente protocolos de actuación comunes para AE y AP⁵².

La *asignación capítativa* del presupuesto de la prestación farmacéutica con ajuste según población atendida y el plantear *gerencias únicas* son otras alternativas de las cuales informan algunas comunidades autónomas. Éstas, en opinión de algunas personas expertas, exigen un gran esfuerzo de coordinación, mayor si cabe entre distintos niveles asistenciales, hecho mencionado por la Comunidad Valenciana y por Baleares.

Asimismo, 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 personas expertas y profesionales de ambos niveles asistenciales serían otro tipo de actuaciones promovidas en esta línea.

Varias comunidades autónomas concretan esta labor de colaboración entre atención especializada y atención primaria con determinado tipo de pacientes, como las actuaciones de *optimización de programa de crónicos* o bien pueden dirigirse a pacientes que padecen varias enfermedades y, por tanto, generalmente estarán polimedicados, dada la complejidad del manejo clínico de estas personas

Finalmente, varias comunidades autónomas (Aragón, Baleares, Cantabria, Cataluña, Extremadura, Comunidad Valenciana y La Rioja)⁵³ han

52 Por ejemplo, en Canarias se refiere el consenso y desarrollo de 13 protocolos conjuntos entre atención primaria y atención especializada. En otras comunidades se han establecido indicadores y estándares de calidad corporativos, comunes a atención primaria y atención especializada.

53 En el informe sobre la Comunidad de Murcia se señalaba en el año 2004: “Está en fase de desarrollo la creación de depósitos de medicamentos en centros sociosanitarios dependientes del Servicio de Farmacia, centros que actualmente son suministrados mediante recetas por oficinas de farmacia...”. No obstante, en los años 2005 y 2006 no se hace referencia alguna a

promovido en el período analizado actuaciones vinculando los medicamentos de los centros *socioasistenciales públicos* (en algunos casos, también se incluyen las concertadas y las privadas) a los servicios de farmacia de atención primaria o bien mediante la dispensación por parte de los servicios de farmacia hospitalaria. Extremadura, al vincular los depósitos de medicamentos de residencias de mayores con los servicios de farmacia del servicio regional de salud ha desarrollado una Guía Farmacoterapéutica de Mayores, elaborada en colaboración con la Consejería de Bienestar Social y con el personal facultativo de las residencias privadas más representativas.

Un apartado de especial relevancia se refiere a la implantación de sistemas de incentivos individuales que vincule al personal profesional sanitario con el uso eficiente del medicamento. La mitad de las comunidades autónomas mencionan estas medidas⁵⁴, donde hay que distinguir entre pluses de productividad o incentivos que incorporan los contratos programa en función de la labor del grupo⁵⁵, de aquellos que son exclusivamente individuales. Para el período 2004-2007, Baleares, Canarias, Castilla y León, Cataluña, y Ceuta y Melilla mencionan expresamente estas actuaciones. Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana y Galicia citaban planes de incentivación individuales a prescriptores en años previos al 2007⁵⁶.

Es un hecho frecuente que el personal facultativo pueda autoevaluarse accediendo a su perfil de prescripción a través del módulo de prescripción electrónica y de la intranet del servicio de salud correspondiente.

Sería interesante conocer la relación de la cuantía media alcanzada y la máxima posible sobre un salario bruto medio de un prescriptor representativo o medio.

Otro tipo de medida referido habitualmente por las personas responsables sanitarias de las comunidades autónomas es el avance realizado en

la consolidación o abandono de esta medida. Algo similar ocurre con la Diputación Foral de Navarra. En el informe correspondiente al año 2004 se indicaba que “en cuanto a la prestación farmacéutica en centros sociosanitarios, se ha empezado a desarrollar la Ley Foral de Atención Farmacéutica que posibilita la apertura de servicios de farmacia en aquellas residencias con más de 100 camas de pacientes asistidos y en aquellas que se determine reglamentariamente...”. En los informes posteriores no existe ninguna información adicional al respecto.

54 En alguna comunidad autónoma no estaba claro si los incentivos referidos eran a centros o directamente a prescriptores.

55 Con independencia de que los integrantes de la organización o grupo reciban una recompensa individual, monetaria o no.

56 Se indican aquellas comunidades autónomas que han mencionado en el período 2004-2007 promover actuaciones de incentivación a prescriptores como pieza importante en su política farmacéutica. De nuevo se indica que ello no implica que otras comunidades autónomas no mencionadas carezcan de dichos programas.

materia de *gestión racional de compras*. En el año 2004, Aragón, Baleares, Castilla-La Mancha, la Comunidad Valenciana y el País Vasco señalaban entre sus actuaciones más destacadas este tipo de iniciativas. En el año 2005, se suman Andalucía, Galicia y La Rioja; y en el año 2006, Andalucía, Aragón, Baleares, La Rioja, Galicia y la Comunidad Valenciana vuelven a señalarlas entre sus actuaciones más destacadas. En el año 2007 se suma Castilla y León a las anteriormente señaladas.

Otro tipo de actuaciones mencionadas por parte de las comunidades autónomas, pero cuya frecuencia de aparición es mucho menor, es la *mejora de los sistemas de farmacovigilancia*, y el *establecimiento de criterios de rentabilidad* para priorizar tratamientos.

Cataluña menciona la Comisión de Evaluación e Impacto Presupuestario (CAEIP) del Servicio Catalán de la Salud y La Rioja, la creación del Centro Riojano de Información y Seguridad de los Medicamentos y Productos Sanitarios (CERISME).

Investigación

La investigación biomédica y en ciencias de la salud constituye el elemento principal de progreso del sistema sanitario: permite mejorar la prevención y el diagnóstico de las enfermedades; se traduce en mayor seguridad en la aplicación de terapias, y aumenta la eficiencia en la utilización y asignación de recursos. El año 2007 ha sido clave para el reconocimiento de este principio, estipulado en la Ley de Investigación Biomédica que, entre otras determinaciones, sistematiza la promoción y coordinación de la investigación biomédica en el Sistema Nacional de Salud, establece un conjunto de normas con el fin de despejar las incertidumbres legales existentes en las aplicaciones en este sector y desarrolla un marco incentivador de la investigación biomédica. En particular, la Ley se centra en cuatro aspectos básicos: utilización de células y tejidos embrionarios humanos, procedimientos invasivos, análisis genéticos y muestras biológicas y biobancos. Desde el punto de vista de la acción investigadora, cabe observar que la Ley regula los mecanismos de fomento, planificación, evaluación y coordinación de la investigación biomédica a partir de los principios de calidad, eficacia e igualdad de oportunidades. El fin deseado es la transformación de los resultados de investigación en terapias eficaces, es decir, fundamentar la práctica médica en la evidencia científica. Respecto a la organización, la Ley crea diversos órganos colegiados, cuya actividad será interesante monitorar y evaluar durante los próximos años. En particular, los comités de ética de la investigación deberán controlar las investigaciones que impliquen intervenciones en seres humanos o la utilización de muestras biológicas de origen humano. La Comisión de Garantías para la Donación y Utilización de Células y Tejidos Humanos evaluará los proyectos que requieren la utilización de tejidos, células troncales embrionales o semejantes de origen humano. Por último, la Ley dispone que el Comité Biomédico de España es el órgano competente para la consulta de los aspectos con implicaciones éticas y sociales.

Tal y como se observa anteriormente, la Ley hace especial hincapié en la transferencia de resultados a la práctica clínica y pone de manifiesto la función de los hospitales como núcleos de la investigación biomédica a través de los centros de investigación y las estructuras en red. De acuerdo con este principio, la actividad de investigación en las comunidades autónomas se ha desarrollado principalmente dentro de los distintos centros hospitalarios y las universidades, donde se han constituido, en la mayoría de los casos, fundaciones dedicadas al apoyo metodológico o a la gestión de las convocatorias de ayudas y subvenciones. De hecho, tal y como se observa en la tabla 50, muchas comunidades autónomas no están dotadas de centros

con dedicación exclusiva a la investigación, por lo que la desarrollan grupos adscritos a los distintos centros hospitalarios. Los centros de investigación existentes suelen adoptar la figura jurídica de fundación.

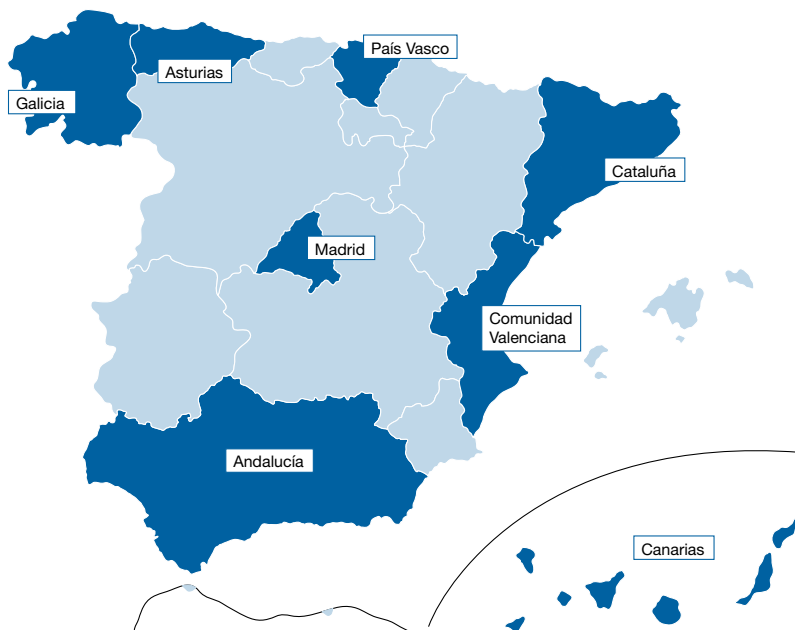
Tabla 50. Organismos de investigación en ciencias de la salud, 2007

Comunidad autónoma	Centro de investigación	Figura jurídica
Andalucía	Fundación Progreso y Salud	Fundación
Asturias	Oficina de Investigación Biosanitaria del Principado de Asturias-Ficyt (OIB)	Fundación privada sin ánimo de lucro
Baleares	Fundación Caubet-Cimera	Fundación pública
Canarias	Fundación Canaria de Investigación y Salud	Fundación sin ánimo de lucro
Castilla-La Mancha	Instituto de Ciencias de la Salud	Fundación
Cataluña	9 Centros de investigación biomédica y 12 institutos de investigación sanitaria	Véase anexo del apartado de la comunidad autónoma
Comunidad Valenciana	Centro Superior de Investigación en Biomedicina Príncipe Felipe Fundación Oftalmológica del Mediterráneo (FOM)	Fundación
Madrid	Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios	Empresa pública
País Vasco	Instituto Vasco de Investigaciones Sanitarias, o+iiker	Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias/ B+I+O Eusko fundazioa
La Rioja	CIBIR- Fundación Rioja Salud (FRS)	Fundación pública

De los datos aportados por las comunidades autónomas. CIBIR, Centro de Investigación Biomédica de La Rioja.

Este modelo de distribución de la actividad investigadora también se refleja en el área de la evaluación de tecnologías sanitarias: los datos históricos demuestran que el número de comunidades autónomas dotadas de agencias que desarrollan esta actividad no ha crecido de forma significativa en los últimos años. Desde el año 2004 sólo el Principado de Asturias se ha sumado al grupo de comunidades autónomas dotadas de centros de evaluación de tecnologías, que constituye un servicio específico de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; en la figura 20 se señalan las comunidades autónomas dotadas de agencias –o servicios adscritos a la Administración pública– de evaluación de tecnologías sanitarias en el año 2007.

Figura 20. Comunidades autónomas dotadas de centros de evaluación de tecnologías sanitarias, 2007

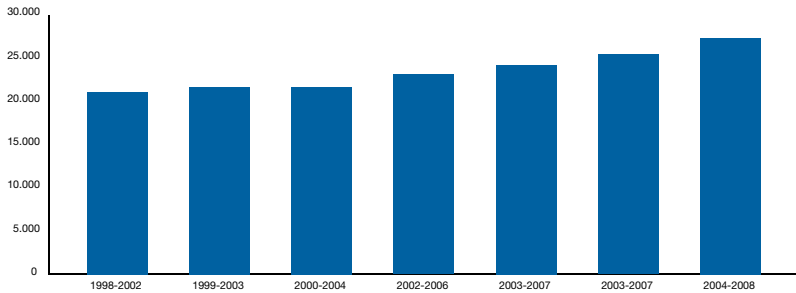


De los datos aportados por las comunidades autónomas.

A pesar del escaso aumento de centros propios de investigación y de evaluación de tecnologías sanitarias, cabe destacar que la mayoría de las comunidades autónomas ha presentado un incremento de la producción científica durante el año 2007, considerando el número de publicaciones científicas durante el año. El número de documentos publicados en investigación biomédica, que ha experimentado un crecimiento constante a lo largo de los últimos 20 años, representa aproximadamente la mitad de las publicaciones científicas en España. Las figuras 21 y 22, que representan el número de publicaciones en las áreas de medicina clínica y farmacología/toxicología divididas por quinquenios, ofrecen un ejemplo de esta evolución.

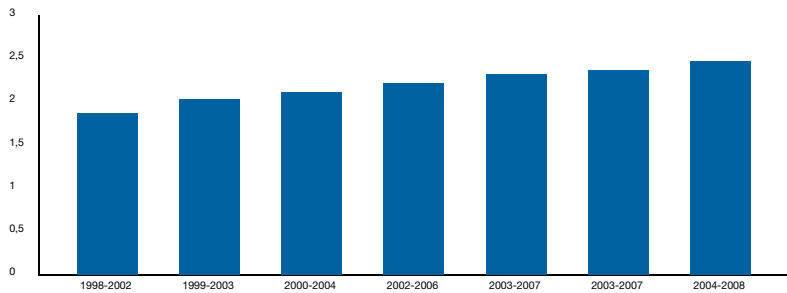
Otro indicador de interés de la actividad investigadora es el número de proyectos financiados en convocatorias competitivas. La tabla 51 presenta el número de proyectos de I+D y las subvenciones concedidas por el Fondo de

Figura 21. Número de publicaciones en medicina clínica en España (total), divididas por quinquenios



De ISI Web of Science.

Figura 22. Número de publicaciones en farmacología/toxicología en España (total), divididas por quinquenios



De ISI Web of Science.

Investigación Sanitaria (FIS), desagregados por comunidades autónomas en el año 2007. En primer lugar, la cantidad total de subvenciones concedidas para este concepto superan los 5,5 millones de euros, distribuidos entre 551 proyectos. Estos valores implican la aceptación del 41 % de los proyectos solicitados y del 42 % de las subvenciones solicitadas. Las comunidades autónomas reciben las ayudas del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) en

sus distintas modalidades aunque algunas áreas geográficas concentran tradicionalmente la actividad investigadora.

Tabla 51. Proyectos de I+D financiados por el FIS, 2007

Comunidad autónoma	Proyectos de investigación financiados por el FIS	Subvención (miles de euros)
Andalucía	66	6.207
Aragón	8	809
Asturias (Principado de)	10	579
Baleares (Islas)	11	819
Canarias	9	979
Cantabria	8	985
Castilla y León	16	1195
Castilla-La Mancha	9	486
Cataluña	188	20.024
Comunidad Valenciana	30	3.253
Extremadura	7	740
Galicia	17	1.686
Madrid	128	13.339
Murcia	7	670
Navarra	17	2.014
País Vasco	19	1.591
La Rioja	1	19

De la Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación, Instituto de Salud Carlos III. FIS, Fondo de Investigación Sanitaria.

En particular, destacan por el nivel de las subvenciones recibidas, expresadas en miles de euros, Cataluña (20.024), Comunidad de Madrid (13.339) y Andalucía (6.207), muy por encima de la media nacional (3.259). En contraste, las tres comunidades autónomas que menos subvenciones han recibido para proyectos de I+D son La Rioja (19), Castilla-La Mancha (486) y el Principado de Asturias (579).

La tabla 52 presenta una comparación de las cantidades destinadas a proyectos de I+D en los años 2006 y 2007, así como la variación en el período y la variación porcentual de la cuota de subvenciones recibidas.

Tabla 52. Proyectos de I+D financiados por el FIS: variaciones respecto al año 2007

Comunidad autónoma	Subvenciones de 2006 (miles de euros)	Cuota de 2006 (%)	Subvenciones de 2007 (miles de euros)	Cuota de 2007 (%)	Variación en las subvenciones	Variación de la cuota (%)
Andalucía	4.517	8,64	6.207	11,20	1.690	29,62
Aragón	1.381	2,64	809	1,46	- 572	- 44,74
Asturias	1.018	1,95	579	1,05	- 439	- 46,35
Baleares	922	1,76	819	1,48	- 103	- 16,21
Canarias	935	1,79	979	1,77	44	- 1,23
Cantabria	530	1,01	985	1,78	455	75,31
Castilla y León	2.244	4,29	1195	2,16	- 1.049	- 49,77
Castilla-La Mancha	342	0,65	486	0,88	144	34,05
Cataluña	16.084	30,78	20.024	36,15	3.940	17,43
Comunidad Valenciana	3.509	6,72	3.253	5,87	- 256	- 12,55
Extremadura	404	0,77	740	1,34	336	72,78
Galicia	2.097	4,01	1.686	3,04	- 411	- 24,16
Madrid	15.236	29,16	13.339	24,08	- 1.897	- 17,42
Murcia	531	1,02	670	1,21	139	19,02
Navarra	1.155	2,21	2.014	3,64	859	64,48
País Vasco	1.290	2,47	1.591	2,87	301	16,34
La Rioja	58	0,11	19	0,03	- 39	-69,10
Total	52.253		55.395		3.142	

De la Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación, Instituto de Salud Carlos III, y elaboración propia.

Los datos presentados en la tabla 52 permiten efectuar una primera valoración de la evolución de la capacidad de captar fondos de investigación de cada comunidad autónoma. Navarra ha registrado un incremento de más del 65 % en la cuota de fondos, pasando del 2,21 % en 2006 al 3,64 % en 2007; sólo Extremadura supera este incremento, pasando de la recepción del 0,77 % de las subvenciones en el año 2006 al 1,34 % en el 2007. Cataluña y la Comunidad de Madrid, que se sitúan entre los tres mayores receptores de subvenciones en los 2 años considerados, se mantienen relativamente estables, perdiendo la Comunidad de Madrid un porcentaje de la cuota aproximadamente igual al incremento de Cataluña. En contraste, dos de las comunidades autónomas que menos subvenciones han captado en 2007, Castilla y León y La Rioja, han perdido en este período el 49,77 % (del 4,29 al 2,16 %)

y el 69,10 % (del 0,11 al 0,03 %), respectivamente. En general, estos datos no permiten obtener conclusiones definitivas acerca de la evolución de la distribución de recursos en términos de convergencia o falta de convergencia entre las comunidades autónomas; sin embargo, destaca la gran variabilidad observada en el reparto de las cuotas en el período considerado.

Se observa que las subvenciones aprobadas para cada comunidad autónoma presentan las mismas características de distribución que el número de proyectos solicitados o concedidos, lo que refleja la intensidad de la actividad investigadora en las distintas comunidades autónomas y no una arbitraria distribución de los recursos.

La tabla 53 presenta datos relativos a los proyectos de investigación sobre evaluación de tecnologías sanitarias financiados por el FIS.

Tabla 53. Proyectos de investigación sobre evaluación de tecnologías sanitarias y sistemas de salud financiados por el FIS

Comunidad autónoma	Proyectos de investigación financiados por el FIS	Subvención (miles de euros)
Andalucía	20	996
Aragón	8	267
Asturias	5	101
Baleares	4	148
Canarias	1	41
Cantabria	2	111
Castilla y León	2	136
Castilla-La Mancha	2	126
Cataluña	45	2.146
Comunidad Valenciana	10	440
Extremadura	1	28
Galicia	7	428
Madrid	47	2.414
Murcia	2	101
Navarra	1	9
País Vasco	5	208

De la Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación, Instituto de Salud Carlos III. FIS, Fondo de Investigación Sanitaria.

La participación en convocatorias financiadas por fondos europeos continúa siendo relativamente escasa y el reducido número de proyectos obtenidos no permite poner de manifiesto, en este caso, una concentración geográfica específica. Algunas comunidades autónomas informan del hecho de haber recibido en el año financiaciones de fondos europeos para proyectos de investigación: Andalucía (8), Baleares (2), Canarias (2), Cantabria (1), Galicia (1) y La Rioja (1).

Todos los gobiernos autonómicos establecen convocatorias competitivas de tipo finalista relacionadas con la investigación y encaminadas tanto a la financiación de proyectos como a becas y premios a personas. Respecto a las convocatorias de los gobiernos autonómicos, se observa, además, un incremento generalizado de la inversión de las comunidades autónomas en este apartado.

En particular, destaca la difusión de las modalidades de “premios de investigación”, que reconocen e incentivan los resultados del personal que se dedica a esta actividad en términos de producción científica. A este respecto, hay que señalar el premio Aragón Investiga, de Aragón; los premios a trabajos de investigación del Hospital Universitario Central de Asturias y del área sanitaria de Gijón en el Principado de Asturias; el Premio Nacional de Investigación para Enfermería del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, en Cantabria; los Premios Fiscam (Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha) a los mejores artículos y tesis doctorales de profesionales sanitarios en Castilla-La Mancha; los premios de la Escuela Gallega de Administración Sanitaria a artículos publicados y tesis doctorales en el campo de la salud en Galicia, y los premios de investigación de la Comunidad de Madrid a investigadores destacados.

Estas iniciativas, además de otorgar incentivos económicos a las personas investigadoras, contribuyen a la divulgación de la ciencia y favorecen la valoración de la actividad investigadora en la sociedad. De este dato –y del incremento no significativo de centros propios de investigación descrito anteriormente– es posible deducir una tendencia al impulso a la investigación a través de grupos o personas, en particular personal sanitario con dedicación parcial a esta actividad.

Un aspecto positivo que debe tenerse en cuenta en cuanto a la estructuración del sistema de investigación es el desarrollo de las redes temáticas de investigación corporativa (Retics) y de los centros de investigación biomédica en red (Ciber). Estas redes fomentan la investigación traslacional de una forma estable, favorecen la cohesión del Sistema Nacional de Salud y constituyen un avance importante en términos de eficiencia.

En 2007 se aprobó la incorporación de dos nuevos Ciber –el Ciber de diabetes y enfermedades metabólicas asociadas (Ciberdem) y el Ciber de salud mental (Cibersam)– y la inserción de 88 nuevos grupos de investiga-

ción a los 7 Ciber ya existentes. En total, a diciembre de 2007 los centros de investigación biomédica en red reunían 3.290 investigadores. De 2006 a 2007, la financiación ha pasado de 32 a 52 millones de euros en un año y se han llegado a incluir más de 250 grupos en los distintos centros. La tabla 54 presenta la aportación de cada comunidad autónoma a los distintos Ciber; en particular, se pone de manifiesto el número de grupos de investigación por cada Ciber desagregados por comunidad autónoma.

Tabla 54. Grupos de investigación incluidos en los Ciber, por comunidad autónoma, 2007

	Ciber01	Ciber02	Ciber03	Ciber04	Ciber05	Ciber06	Ciber07	Ciber08	Ciber09	Total
Andalucía	2	6	4	6	4		3	2	2	29
Aragón	1		1	1		1	2		1	7
Asturias		1							1	2
Baleares			2			1				3
Canarias		1			1	1	1			4
Cantabria					1				2	3
Castilla y León	1			2		1				4
Castilla-La Mancha	1				1					2
Cataluña	12	18	8	7	8	8	11	9	6	87
Comunidad Valenciana	4	4	3	4	4	1	5		2	27
Extremadura	1				1	1		3		6
Galicia	2	1	2		1		1			7
Madrid	8	7	2	6	9	7	11	2	2	54
Murcia		1		1	1		1			4
Navarra		1	1	2	1					5
País Vasco	3	1		2	2	1	1	1	2	13
La Rioja										0
Total Ciber	35	41	23	31	34	22	36	17	18	257

Ciber01: bioingeniería, biomateriales y nanomedicina; **Ciber02:** epidemiología y salud pública; **Ciber03:** fisiopatología de la obesidad y nutrición; **Ciber04:** enfermedades hepáticas y digestivas; **Ciber05:** enfermedades neurodegenerativas; **Ciber06:** enfermedades respiratorias; **Ciber07:** enfermedades raras; **Ciber08:** diabetes y enfermedades metabólicas; **Ciber09:** salud mental. De la Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación, Instituto de Salud Carlos III y elaboración propia.

Tal y como se puede observar, Cataluña y la Comunidad de Madrid aportan la mayoría de grupos de investigación a los Ciber: 141 en total, que constituyen más del 50 % de todos los grupos de investigación incluidos en los centros. Estas dos comunidades autónomas, además, son las únicas que participan, con sus grupos de investigación, en todos los Ciber. Las únicas comunidades autónomas cuyos grupos de investigación no están incluidos en ningún Ciber son La Rioja y Ceuta y Melilla.

Cabe señalar que el Ciber de epidemiología y salud pública es el que más grupos de investigación integra en el territorio nacional (41).

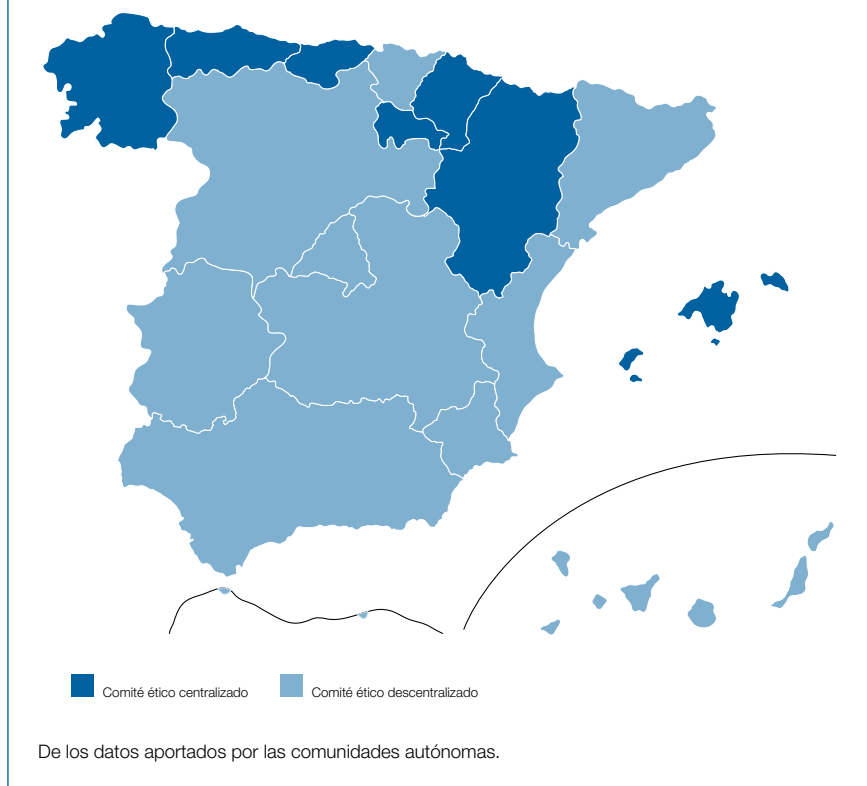
Respecto a las redes temáticas, hay que destacar 4 nuevas incorporaciones en el año 2007: Red Española de Esclerosis Múltiple; Patología Ocular del Envejecimiento, Calidad Visual y Calidad de Vida; Red de Investigación de Reacciones Adversas a Alergenos y Fármacos, y Red Temática de Investigación Cooperativa en Biomedicina Computacional. De esta forma, el número total de redes constituidas y financiadas en 2007 asciende a 18, en las cuales se integran unos 500 grupos.

Otra actividad fundamental para la evolución del sistema sanitario es la realización de ensayos clínicos. Aunque se realizan ensayos clínicos en casi todas las comunidades autónomas, continúa observándose en 2007 una concentración geográfica en algunas comunidades, como Cataluña, Comunidad Valenciana y Andalucía. Conforme a la tendencia histórica –y al valor comercial de la aplicación de las nuevas tecnologías sanitarias– alrededor del 85 % del total de ensayos realizados en España son patrocinados por la industria. Cabe destacar, con referencia a este tema, la importancia del desarrollo de los comités éticos de investigación clínica, implementándose diferentes modelos, centralizado o descentralizado, según la comunidad autónoma de que se trate, tal y como aparece en la figura 23.

Con relación a los proyectos de I+D solicitados y subvencionados por el FIS, en la tabla 55 se muestra su distribución por comunidades autónomas.

La variabilidad encontrada demuestra que existen distintas posibilidades para asegurar el cumplimiento de los requisitos éticos de los ensayos clínicos; asimismo, pone en evidencia la necesidad de analizar la eficiencia relativa de los distintos modelos para que los gobiernos autonómicos puedan adoptar las medidas más apropiadas. Respecto a los ensayos clínicos independientes, la tabla 55 proporciona información concerniente al número de proyectos solicitados y subvencionados por el FIS. La mayoría de los proyectos de ensayos y la mayoría de las subvenciones se concentran en Cataluña y en la Comunidad de Madrid. En general, estos datos confirman las tendencias observadas respecto a la distribución de los fondos y manifiestan la necesidad de favorecer y fomentar una mejor distribución de la actividad investigadora entre las comunidades autónomas puesto que este factor, por supuesto relacionado con otros aspectos socioeconómicos de cada comunidad autónoma, a su vez puede ser causa de desigualdades geográficas en salud en el futuro.

Figura 23. Comunidades autónomas con comité ético centralizado y con sistema de comités éticos descentralizados, 2007



En los últimos años, las cuestiones de equidad en general y de género en particular han recibido atención creciente en el ámbito político y social. En este apartado cabe destacar las acciones que se están promoviendo desde el Observatorio de Salud de la Mujer en el ámbito de la investigación sanitaria y el apoyo a grupos de investigación en salud y género, dentro del marco del Plan Nacional I+D+I 2004-2007, como la convocatoria de ayudas del Programa de promoción de la investigación biomédica y en ciencias de la salud para la realización de estudios de investigaciones sobre evaluación de tecnologías sanitarias e investigación en servicios de salud durante el año 2007. Además, dentro de las acciones desarrolladas en el marco del Plan de Calidad en el Sistema Nacional de Salud (Estrategia 4), destacan⁵⁷: Estudio

57 Disponibles en: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t01.htm

de la situación en España sobre enfermedad cardiovascular en la mujer (con la colaboración de la Sociedad Española de Cardiología); 5.ª monografía, *Investigación en género y salud* (en colaboración con la Sociedad Española de Epidemiología); Informe de revisión de guías sobre la incorporación de la perspectiva de género a las políticas de investigación en salud (con la Escuela Andaluza de Salud Pública); la guía de estadísticas de salud con enfoque de género (que incluye la revisión de los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Salud y el barómetro sanitario, entre otras), las Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud, etc.

Tabla 55. Proyectos de I+D (ensayos clínicos independientes) por comunidad autónoma, 2007

	Solicitados	Aprobados	Subvención (en miles de euros)
Andalucía	62	17	470
Aragón	8	3	92
Asturias	6	2	114
Baleares	10	1	65
Canarias	9	2	131
Cantabria	3	1	10
Castilla-La Mancha	10	3	329
Castilla y León	11	3	256
Cataluña	203	71	7.593
Comunidad Valenciana	41	12	433
Extremadura	3	1	77
Galicia	19	4	232
Madrid	129	55	8.587
Murcia	6	3	349
Navarra	10	4	296
País Vasco	18	6	151
La Rioja	1	0	0
Total	549	188	19.185

De la Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación, Instituto de Salud Carlos III.

Asimismo, en el ámbito autonómico, cabe destacar la iniciativa de la Dirección General de Salud Pública de Cantabria, que ha promovido proyectos específicos sobre acceso a los servicios de salud y género, artritis reumatoide y migraña, así como la iniciativa catalana de anonimización de los proyectos

que, aun no fomentando de forma activa la participación de las mujeres en la investigación, garantiza la eliminación del sesgo de género –además de sesgo de rango o institución– en la financiación.

Un dato relevante sobre la participación de las mujeres en la investigación puede obtenerse a partir de la desagregación por sexo de los participantes en los proyectos de I+D financiados por el FIS. La tabla 56 presenta los datos de participación relativa de hombres y mujeres en los proyectos de investigación. Según se observa, a nivel nacional la participación de las mujeres se limita al 32 % del total de investigadores, a pesar de la presencia masiva de éstas, principalmente en las carreras de ciencias de la salud⁵⁸. La convocatoria de ayudas del Fondo de Investigación Sanitaria permite observar la distribución desigual de estas ayudas por razón de sexo puesto que debe figurar una persona como “investigador principal” o IP (figs. 24 y 25).

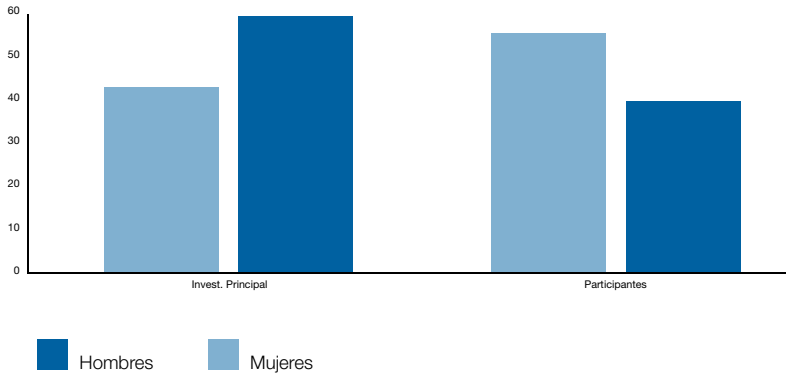
Tabla 56. Participación de hombres y mujeres en los proyectos de I+D, 2007

	Mujeres	Hombres	Porcentaje
Andalucía	14	52	0,21
Aragón	4	4	0,50
Asturias	1	9	0,10
Baleares	4	7	0,36
Canarias	0	9	0,00
Cantabria	1	7	0,13
Castilla-La Mancha	4	5	0,44
Castilla y León	5	11	0,31
Cataluña	72	116	0,38
Comunidad Valenciana	9	21	0,30
Extremadura	2	5	0,29
Galicia	1	16	0,06
Madrid	46	82	0,36
Murcia	3	4	0,43
Navarra	4	13	0,24
País Vasco	6	13	0,32
La Rioja	1	0	1,00
Total	177	374	0,32

De la Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación, Instituto de Salud Carlos III y elaboración propia.

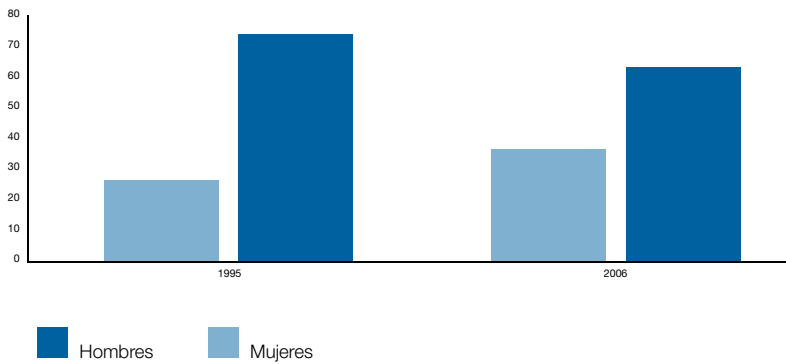
58 Véase capítulo 6. Las mujeres en la carrera sanitaria. Informe Salud y Género 2006. Disponible en: www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/informeSaludGenero2006.pdf

Figura 24. Personal adscrito a proyectos financiados por categoría, 2005



Del Instituto de Salud Carlos III, 2006.

Figura 25. Asignación del FIS por investigador(a) principal, 1995-2006



Del Instituto de Salud Carlos III, 2006. FIS, Fondo de Investigación Sanitaria.

Sistemas de información sanitaria

Introducción

Desde que el modelo político establecido por la Constitución Española para la protección de la salud tomó, en 1986, la forma de un Sistema Nacional de Salud⁵⁹, la universalidad, equidad, atención integral, eficiencia y calidad constituyen su marco conceptual. La asignación de las principales competencias a las autonomías para la planificación, gestión y evaluación de los servicios define, a su vez, su carácter descentralizado vinculado, necesariamente, con el principio de solidaridad con el fin de superar los desequilibrios territoriales y sociales.

Un modelo sanitario de estas características necesita contar con elementos eficaces de cohesión que sustenten, precisamente, su naturaleza de *sistema*, entendiendo como tal un conjunto de entidades y actuaciones relacionadas, en función de determinados objetivos, para la protección de la salud de toda la población que reside en España.

Uno de estos elementos es el Sistema de Información Sanitaria (SIS-SNS), al cual se otorga la consideración de instrumento esencial para el funcionamiento cohesionado y con garantías de calidad del Sistema Nacional de Salud⁶⁰.

En este mismo sentido, la creación en el año 2003 del Instituto de Información Sanitaria (IIS) como órgano del Ministerio de Sanidad y Consumo responsable de desarrollar y mantener el SIS-SNS, responde a la voluntad decidida del Parlamento español de garantizar la disponibilidad de información y la comunicación recíprocas entre la Administración sanitaria del Estado y las comunidades autónomas.

El sistema de información sanitaria del SNS: estrategia de desarrollo y mantenimiento

El SI-SNS es uno de los elementos clave para hacer frente a los retos derivados de la compleja realidad organizativa del Sistema Nacional de Salud

59 Ley 14/1986, General de Sanidad.

60 Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

y de las demandas de mayor y mejor información que sobre los servicios sanitarios públicos tienen tanto ciudadanos, como pacientes, profesionales y Administraciones sanitarias.

Bajo este primer enunciado se inició su construcción en el año 2004, buscando sustentarse en una incuestionable credibilidad técnica y una posición de neutralidad en el seno del Sistema Nacional de Salud. Su aceptación por las personas destinatarias de sus servicios solamente podría obtenerse con una elevada participación de los generadores y usuarios de la información en su desarrollo y de un permanente esfuerzo de transparencia.

Evidentemente, el SIS-SNS debía armarse, aprovechando las estadísticas sanitarias existentes que proporcionaban abundantes datos relativos al nivel de salud, recursos sanitarios, actividad, gasto y algunos resultados. Sin embargo, todas ellas estaban orientadas, fundamentalmente, como un repertorio de operaciones estadísticas de carácter descriptivo e independientes entre sí que, si bien proporcionaban gran cantidad de datos útiles, presentaban limitaciones a la hora de evaluar muchos de los objetivos del Sistema Nacional de Salud.

Por ello, se consideró que el SIS-SNS debía evolucionar desde la gestión de datos hacia la gestión de información y a partir de ahí, generar conocimiento para sus diferentes destinatarios: en primer término, la ciudadanía, más y mejor informada, más exigente respecto al cuidado de la salud y con expectativas crecientes respecto a la calidad de los servicios; en segundo lugar, el personal profesional, cada vez más implicado en la gestión de los recursos y comprometido en adecuar la oferta al desarrollo científico de acuerdo con los recursos existentes, y por último, las Administraciones sanitarias que, en una situación de recursos limitados, deben conjugar eficiencia y calidad con el objetivo de lograr un buen nivel de salud y satisfacer las expectativas de ciudadanos y profesionales.

En consonancia con este propósito, la estrategia de desarrollo del SIS-SNS que el Instituto de Información Sanitaria presentó al Consejo Interterritorial en el año 2004 contemplaba una gestión de sus contenidos desde un enfoque de atención integral a la salud, articulando información sobre población protegida, prestaciones, cartera de servicios, recursos humanos y materiales, actividad desarrollada, farmacia y productos sanitarios, financiación, resultados obtenidos y expectativas y opinión de la ciudadanía.

Para ello, además de reorientar las estadísticas existentes de modo que fuera posible la integración de información, sería necesario construir algunas nuevas que cubrieran las lagunas de información existentes, como era el caso de la atención primaria, la atención especializada ambulatoria o la salud mental de la población entre otros.

Otros criterios que se establecieron para el desarrollo del SIS-SNS fueron el uso de metodologías explícitas y técnicamente rigurosas y la difusión

de información fiable, oportuna, actualizada y adecuada a las necesidades de los diferentes usuarios.

Con todo, sin duda, el requisito indispensable para el logro de los objetivos era conseguir la implicación real de los agentes del Sistema Nacional de Salud en el proceso. Por ello, el Ministerio de Sanidad y Consumo y las comunidades autónomas han trabajado, desde el principio, de manera colegiada en el desarrollo del SIS-SNS. La Subcomisión de Sistemas de Información, integrada por los responsables de esta parcela en el MSC y en las Consejerías de Sanidad, es el foro técnico de desarrollo donde se trabaja sobre los sistemas de información existentes para su actualización y progreso y sobre propuestas de mejora de la información de gran calado que son sometidas siempre al acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS.

El Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud en el año 2007 (SIS-SNS)

La situación en 2007 permite afirmar que se han producido notables avances en la calidad, cantidad y pertinencia de la información disponible sobre la salud y el sistema sanitario en España.

La serie de mejoras que se han aplicado a las estadísticas sanitarias existentes y la apertura de nuevos subsistemas de información, término que quiere trascender el mero concepto de *estadísticas*, presentan un panorama que puede considerarse optimista

Procesos de obtención y análisis de la información

El conocimiento de las características y la distribución de la morbilidad percibida por la población española y de ciertos comportamientos y hábitos relacionados con la salud se ha podido mejorar y actualizar en 2007 con la *Encuesta Nacional de Salud*, cuyo trabajo de campo se realizó en 2006⁶¹, la cual explora, igualmente, la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población y relaciona todas estas características entre sí y con variables personales, demográficas y territoriales.

Este estudio, un clásico que el Ministerio de Sanidad y Consumo puso en marcha en 1987, había mantenido sus contenidos estables a lo largo del tiempo, pero las transformaciones en el marco de la protección de la salud,

61 La ENSE es un estudio del Ministerio de Salud y Consumo que data de 1987 y en el cual colabora, desde 2003, el Instituto Nacional de Estadística.

en la provisión de los servicios, en los patrones epidemiológicos, en las tecnologías, etc. aconsejaban acompañar la encuesta a la nueva realidad social y sanitaria. Para ello, manteniendo básicamente la serie histórica, se consideró necesario revisar y mejorar algunos aspectos del estudio. Objetivo prioritario de esta revisión ha sido potenciar la encuesta como instrumento para la detección y medición de desigualdades de salud, especialmente en relación con el género y la clase social. Además, se han incorporado dimensiones anteriormente no exploradas relacionadas con la salud de las personas, como es el caso de la salud mental y el de los determinantes de salud relacionados con el medio ambiente físico y social de las personas. Del mismo modo, se han reformulado diversas preguntas para iniciar la adaptación del formato de la encuesta a los requerimientos del proyecto europeo de encuesta de salud. En otros apartados de este informe se muestran algunos resultados de la encuesta.

Durante los años 2006 y 2007 se ha puesto en marcha el *Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)* en lo relativo a recursos, oferta asistencial y organización de servicios. Se ha procedido a la elaboración de un catálogo de centros de atención primaria y se han acordado con las comunidades autónomas los criterios de recogida de datos de actividad en el primer nivel asistencial, que estarán disponibles en 2008. El marco temporal en el cual el desarrollo de este sistema de información debe alcanzar su máximo desarrollo se estima en 4 años y uno de los hitos principales es el análisis del proceso asistencial. La informatización de la historia clínica, con criterios normalizados en cuanto a explotación de contenidos, se considera un instrumento facilitador de este proyecto.

El sistema de información sobre *listas de espera (SISLE-SNS)* entró en funcionamiento en 2004 con la información sobre lista de espera quirúrgica de 2003, disponiéndose, por tanto, de una serie correspondiente a 5 años, compuesta de 9 mediciones semestrales cuya estabilidad y coherencia respaldan la idoneidad de la metodología empleada.

Se ha realizado un esfuerzo importante por parte de las comunidades autónomas para mejorar sus sistemas de información, aplicando una metodología común que permite obtener cifras para el Sistema Nacional de Salud mediante la agregación y tratamiento de datos uniformes. Disponer de esta información para el conjunto de un país puede considerarse un hito puesto que, a pesar de la preocupación que comparten la mayor parte de los sistemas sanitarios semejantes al nuestro sobre las listas de espera, en muy pocos países se ha logrado obtener y hacer públicos los datos a nivel nacional. Si, como es el caso de España, se trata de un país con una fuerte descentralización de las competencias sanitarias, haber alcanzado esta meta debe ser para todos un motivo de satisfacción, en tanto que constituye un instrumento provechoso para la mejora y la transparencia de los servicios públicos.

La difusión de la información sobre listas de espera se realiza siguiendo lo acordado por el Consejo Interterritorial del SNS: desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se difunden los datos de lista de espera agregados a nivel nacional y cada comunidad autónoma se hace responsable de publicar esta misma información referida a su ámbito territorial.

Asimismo, el Ministerio de Sanidad y Consumo dispone desde enero de 2005 del sistema operativo necesario para la recogida y tratamiento de los datos sobre listas de espera de *consultas externas y pruebas diagnósticas*.

Respecto a consultas externas, si bien no todas las comunidades autónomas disponen de este sistema de información, puede ofrecerse, desde diciembre de 2006, una aproximación a la situación del conjunto del Sistema Nacional de Salud en sus grandes cifras, basada en los datos de los 15 servicios de salud informantes. En lo relativo a pruebas diagnósticas, aunque ya se cuenta con datos de 13 servicios de salud, no es posible todavía ofrecer información sobre indicadores resumen con suficientes garantías de fiabilidad, dada la variabilidad de los datos e indicadores entre comunidades autónomas y las diferencias de exhaustividad de éstos.

Por tanto, para estos últimos dos subsistemas, es necesario completar el desarrollo y mejorar los sistemas de información de soporte y base de estas estadísticas en las comunidades autónomas.

Aparte de ello, se ha trabajado en ampliar las fronteras del *conjunto mínimo básico de datos (CMBD)* al alta hospitalaria, tanto hacia otro tipo de servicios (atención ambulatoria correspondiente a cirugía sin ingreso y hospital de día), como hacia otro tipo de centros de manera que cubra toda la actividad tanto pública como privada. En ambos casos se encuentra muy avanzada la disponibilidad de datos (tabla 57).

Se encuentran en desarrollo el nuevo modelo y los ejes de análisis de la hospitalización en el SNS que, basados en la explotación de los datos del registro de alta (CMBD), recogen una serie de indicadores de funcionamiento y calidad de los hospitales, mediante una aplicación de soporte en página *web* que permite la consulta de resultados y medidas de ajuste para las variables de influencia y los indicadores de referencia de mejores resultados.

Del mismo modo, se está pilotando la implantación de la nueva estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internamiento (ESCRI) que informa sobre la estructura, actividad y gasto en los hospitales españoles, elaborada por consenso con las comunidades autónomas y unidades usuarias de la estadística. El objetivo es adaptar sus contenidos a las nuevas modalidades organizativas. Las nuevas variables de análisis se han previsto tanto para hospitales como para centros ambulatorios de atención especializada.

El *Índice Nacional de Defunciones (IND)* puesto en marcha en 2006 contiene los datos personales de todas y cada una de las defunciones que han sido inscritas en los registros civiles de todo el Estado desde el año 1987

hasta la actualidad, lo que comporta contar con más de 7 millones de registros al servicio del sector sanitario.

TABLA 57. Causas de hospitalización en el Sistema Nacional de Salud, 2007

Capítulo	Mujeres		Hombres	
	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1,57	30.028	2,62	43.775
Neoplasias	8,05	154.301	10,43	174.519
Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad	1,93	36.998	1,62	27.151
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,96	18.346	1,00	16.817
Trastornos mentales	1,75	33.612	2,46	41.241
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos sensoriales	2,98	57.026	3,34	55.901
Enfermedades del aparato circulatorio	11,13	213.159	16,77	280.644
Enfermedades del sistema respiratorio	7,94	152.182	14,42	241.295
Enfermedades del aparato digestivo	9,67	185.343	14,77	247.148
Enfermedades del sistema genitourinario	6,18	118.368	5,45	91.196
Complicaciones de la gestación, parto y puerperio	25,87	495.626	-	-
Enfermedades de la piel y de los tejidos cutáneos	0,84	16.017	1,19	19.963
Enfermedades del aparato muscular y esquelético y de los tejidos conectivos	5,42	103.750	4,74	79.387
Anomalías congénitas	0,69	13.193	1,16	19.382
Determinadas condiciones con origen en el período perinatal	1,45	27.853	2,04	34.075
Síntomas, signos y estados mal definidos	3,57	68.451	5,06	84.660
Lesiones y envenenamientos	7,11	136.248	9,38	156.973
Anexo: clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios	2,36	45.248	2,88	48.200
Otros	0,52	10.042	0,68	11.344
Total		1.915.791		1.673.671

Para los fines de esta estadística, el Sistema Nacional de Salud incluye hospitales públicos, hospitales de la red de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio. Están excluidos los hospitales psiquiátricos y los hospitales de larga estancia.
Del Ministerio de Sanidad y Consumo. Registro de Altas de Hospitalización (CMBD), 2006.

Su finalidad y uso es proveer de datos sobre el estado vital de las personas a los sistemas de información utilizados para la gestión de pacientes, la gestión y el control sanitario, el mantenimiento de registros de enfermedades, la vigilancia en salud pública, la obtención de estadísticas y la ejecución de estudios epidemiológicos o de investigación sanitaria.

Los datos personales contenidos en el IND pueden ser cedidos, para los fines descritos anteriormente, a centros o establecimientos sanitarios de titularidad pública de carácter asistencial, Administraciones públicas sanitarias y centros de investigación de carácter público. Es preciso señalar que no contiene ninguna información relativa a la causa de muerte, lo que puede limitar su utilidad en algunos estudios.

El *Barómetro sanitario*, estudio anual de ámbito nacional, permite conocer la opinión de la ciudadanía sobre los servicios sanitarios. Sus conclusiones resultan de gran interés para establecer las prioridades de las Administraciones sanitarias y elaborar las políticas de salud correspondientes.

El Barómetro consta de una parte fija sobre el funcionamiento del sistema, que se repite en todas las ediciones, y de una parte variable cuyo objetivo es explorar cuestiones de índole coyuntural. En la edición de 2007 se ha explorado el grado de confianza en la labor del personal profesional sanitario y la valoración de errores relacionados con la asistencia sanitaria. Igualmente se ha investigado sobre la utilización de los servicios en las comunidades autónomas distintas a la de residencia y la oportunidad de acceder a su información clínica desde cualquier punto del sistema sanitario.

Los resultados del año 2007 reflejan, en general, una opinión positiva respecto a las distintas dimensiones que anualmente son objeto de análisis: valoración del funcionamiento del sistema, valoración de los servicios sanitarios públicos de atención primaria, consultas externas de atención especializada y hospitalización, listas de espera y uso racional de medicamentos.

De este modo, el 67,4 % de los ciudadanos piensan que el Sistema Nacional de Salud funciona bien; solamente el 4,7 % opina que debería rehacerse por completo. Casi el 27 % de los ciudadanos opinan, no obstante, que es necesario introducir cambios importantes para su mejora (tabla 58).

TABLA 58. Los ciudadanos y el sistema sanitario, 2007

Valoración positiva	67,4 %
Necesita cambios fundamentales	26,9 %
Necesita rehacerse	4,7 %
NS/NC	1,1 %

NS/NC, no sabe, no contesta. Del Ministerio de Sanidad y Consumo-CIS.
Datos extraídos del Barómetro sanitario, 2007.

Respecto a la evolución en los últimos 5 años de los diferentes servicios que presta el SNS, la opinión más frecuente entre los ciudadanos, en el año 2007, es que tanto atención primaria como las consultas externas y la hospitalización han mejorado (tabla 59).

TABLA 59. Opinión sobre la evolución de los servicios, 2007

	Atención primaria (%)	Consultas externas (%)	Hospitalización (%)
Ha mejorado	47,4	40,5	42,3
Se ha mantenido igual	40,3	41,1	39,8
Ha empeorado	5,9	6,9	6,4
NS/NC	6,4	11,4	11,4

NS/NC, no sabe no contesta. Del Ministerio de Sanidad y Consumo-CIS. Datos extraídos del Barómetro sanitario, 2007.

Asociando la información

La construcción de los *indicadores clave del Sistema Nacional de Salud* durante 2006 y su presentación al Consejo Interterritorial en diciembre de 2007 ha sido uno de los logros más notables del SIS-SNS, por cuanto representa el primer *conjunto priorizado de información* que abarca los aspectos considerados más relevantes de la salud y del sistema sanitario español.

El primer proyecto de integración de indicadores gira en torno a 4 grandes sujetos de análisis: población, estado de salud, determinantes y sistema sanitario, incluyendo en este último los aspectos de accesibilidad, recursos, utilización, calidad y resultados de la atención.

La *selección de indicadores* se ha realizado por consenso entre las Administraciones sanitarias representadas en el *Consejo Interterritorial del SNS* que aprobó, en su sesión plenaria de marzo de 2007, un primer listado de 110 indicadores. En el pleno del Consejo Interterritorial de 12 de diciembre de 2007 se entregó la primera base de datos a los titulares de las consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas.

El marco metodológico de referencia es el proyecto ECHI (European Community Health Indicators) de la Comisión Europea. Los indicadores se relacionan con la *población*, el *estado de salud y sus determinantes*, la oferta de *recursos*, la *actividad*, la *calidad*, el *gasto* y la *satisfacción de la ciudadanía*.

Incluye indicadores de extenso uso, tanto en nuestro sistema como en los de nuestro entorno, así como indicadores alineados con las propuestas

en las cuales están trabajando diferentes organismos supranacionales e internacionales (Eurostat, DG Sanco [Dirección General de Sanidad y Protección del Consumidor], OMS y OCDE). Se incluyen también indicadores derivados de las Estrategias de Salud del SNS aprobadas por el Consejo Interterritorial.

Como criterio general, los datos están *disponibles para el conjunto del SNS y desagregados para cada comunidad autónoma*. Del mismo modo, y como norma, se tiene en cuenta la perspectiva de género en la construcción de estos indicadores.

La base de datos que se ha construido para su difusión utiliza una aplicación informática de la OMS que se ha adaptado al entorno español. Los datos proceden, en todos los casos, de *fuentes estadísticas oficiales*.

Plan de acceso a los datos y de difusión de la información

La aplicación de los principios de transparencia, accesibilidad y calidad al Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud comporta que los datos e información recopilados y elaborados por el Ministerio de Sanidad y Consumo se publiquen de manera periódica y con antelación conocida, acortando al máximo los plazos entre la producción y difusión, potenciando la utilización de datos e información provisionales, concretándose en calendarios públicos y en los soportes más adecuados que permitan su integración, estudio y análisis.

Se ha creado un calendario en la página electrónica del MSC, donde se ofrece de manera explícita las previsiones e hitos en *publicación de datos*. Se mantiene un canal de comunicación permanentemente abierto para consultas y mensajes por mensajería electrónica sobre estos temas a través de correo electrónico.

Durante el año 2007, se han puesto a disposición del público los siguientes documentos:

- Actualización de la serie Mortalidad por causas. España y comunidades autónomas, 1981-2004.
- Registro de Altas Hospitalarias, SNS. Pesos de los GDR, 2005.
- Resultados nacionales de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI), 2005.
- Resultados nacionales y por comunidad autónoma de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, 2005 (publicación en línea de los resultados definitivos).
- Registro de Altas Hospitalarias, SNS. Norma Estatal 2006.
- Catálogo Nacional de Hospitales, 2007.
- Catálogo de centros de atención primaria, 2007

- Actualización de la serie sobre recursos y población del SIAP, 2004-2006.
- Actualización de los informes funcionales SIAP, 2006.
- Lista de espera quirúrgica y de consultas externas a 31 de diciembre de 2006.
- Lista de espera quirúrgica y de consultas externas a 30 de junio de 2007.
- Estadística de gasto sanitario público, 2005 (avance).
- Barómetro sanitario 2006.
- Barómetro sanitario. Serie histórica, principales variables, 1995-2006.
- Índice Nacional de Defunciones, actualización a 1 de octubre 2007.
- Mantenimiento de la Aplicación de Consulta de la edición electrónica de la CIE-9-MC, 5.ª edición.
- Encuesta Nacional de Salud de España 2006-2007. Resultados nacionales y por comunidades autónomas.
- Análisis del gasto sanitario en España. Grupo de trabajo del gasto sanitario público. MEH, MSC y comunidades autónomas.
- Boletín de codificación 27. Addendum para 2008. Unidad técnica de la CIE-9-MC.

Para mejorar la atención al público y a personas usuarias especializadas se ofrece, de manera gratuita y según demanda, la información general y las explotaciones de datos e información que produce el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Todas las peticiones de información recibidas por diferentes medios (presencia física, teléfono, fax, correo postal o correo electrónico) se responden a través de la dirección de correo electrónico: informacionsanitaria@msc.es.

La recopilación de datos procedentes de los servicios de salud de las comunidades autónomas, del Ministerio de Sanidad y Consumo y de otras fuentes, tanto nacionales como internacionales, realizada con un almacenamiento lógico y estructurado, genera un gran valor añadido. Esto permite disponer de un “banco” de datos para el ámbito sanitario de gran utilidad potencial para la investigación y el análisis.

La provisión de todos estos *microdatos* para el desarrollo de investigaciones de forma gratuita y mediante descarga directa desde la página electrónica del MSC es uno de los objetivos en los cuales trabaja el Instituto de Información Sanitaria y está previsto que en 2008 se acceda directamente a los datos de la Encuesta Nacional de Salud, Sistemas de información de atención especializada y Barómetro sanitario. Tal y como ya se ha descrito, mediante acceso directo en entornos controlados sólo para organismos e instituciones públicas se puede consultar el Índice Nacional de Defunciones.

El cumplimiento de los calendarios de difusión, la publicación en los soportes físicos más adecuados, la respuesta sistemática a las necesidades de

personas usuarias y la accesibilidad directa a ficheros de microdatos son elementos prioritarios. Para optimizar estos procesos, la ubicación del banco de datos del SNS en un depósito central, tal y como se señalaba anteriormente, y el correspondiente desarrollo de herramientas para la página *web* para posibilitar consultas de carácter interactivo son elementos trascendentales.

Colaboración con organismos internacionales

La presencia y la imagen del Sistema Nacional de Salud español en el ámbito de la información sanitaria internacional se han fortalecido durante los últimos años mediante la actualización anual y mejora de las bases de datos de salud de Eurostat, OMS y OCDE, así como de los metadatos correspondientes que mejoran su capacidad de comparación e interpretación. El Instituto de Información Sanitaria participa activamente en las reuniones de la Red de Autoridades Competentes en Sistemas de Información de la DG-Sanco, del grupo de salud de la OCDE y del área de estadísticas sociales y sanitarias de Eurostat.

Información dinámica

Además de lo que se conceptúa netamente como Sistema de Información del SNS, existen otras áreas de actividad en torno a éste que trascienden ampliamente el concepto más estadístico que conlleva el primero.

Se trata de la normalización, gestión e intercambio de información crítica para el desarrollo de las actividades del SNS, como son la identificación de la ciudadanía y el acceso a información clínica de forma normalizada.

Para conseguir el primer objetivo, la correcta identificación de cada persona, se cuenta con la *base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud*. Esta base reúne los contenidos de las diferentes bases de datos de la tarjeta sanitaria individual de las comunidades autónomas y es un instrumento de intercambio de información administrativa y de gestión del aseguramiento útil para el conjunto de los servicios de salud. Para la ciudadanía constituye una garantía de movilidad y acceso a los servicios en el SNS.

Cada comunidad autónoma es responsable de gestionar sus registros en esta base de datos común, a la cual, además, la Tesorería General de la Seguridad Social y el Ministerio de Justicia aportan información.

En la actualidad se encuentran operando a través de este sistema 13 comunidades autónomas e Ingesa (Ceuta y Melilla). Andalucía y la Comunidad Valenciana están en fase de pruebas, Cataluña en fase de trabajos previos a pruebas y el País Vasco inicia sus actividades de incorporación en junio de 2007.

Durante 2008 y el primer trimestre de 2009 está previsto que todas las comunidades autónomas intercambien normalizadamente los datos de sus tarjetas sanitarias a través de este instrumento del SNS.

En cuanto al *acceso a la información clínica*, durante 2007 se han acordado y diseñado las bases para implantar un modelo de interoperabilidad entre todos los puntos asistenciales del SNS, que permita que cualquier ciudadano o ciudadana disponga de su información clínica en el momento de necesitar asistencia sanitaria. Ello repercutirá positivamente en la calidad de la asistencia, en el trabajo del personal facultativo y en la eficiencia del sistema.

Para ello, desde el Instituto de Información Sanitaria del MSC se han definido, con el apoyo de las sociedades científicas y otros expertos, los criterios de normalización y exigencias funcionales en el Sistema Nacional de Salud de las historias clínicas y de los informes que habitualmente se manejan en la práctica clínica.

Dichos criterios, junto con el modelo funcional de interoperabilidad, han sido revisados y aprobados por las consejerías de Sanidad de todas las comunidades autónomas, recibiendo finalmente la *conformidad del Consejo Interterritorial del SNS*, en su sesión de 10 de octubre de 2007, para realizar un pilotaje de este sistema de intercambio en 2008.

Durante el bienio 2006-2007, el marco del Plan Avanza ha servido para reforzar estos proyectos. Todas las comunidades autónomas más Ingesa se han adherido al proyecto denominado Sanidad en Línea, iniciativa contemplada dentro de dicho Plan Avanza y desarrollada mediante un convenio marco entre los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Industria, Turismo y Comercio.

El volumen total de inversiones en tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) en el Sistema Nacional de Salud asciende a 252.133.705 €, 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 €, y la que corresponde realizar al conjunto de las Administraciones sanitarias es de 111.133.705 €.

Por último, hay que señalar la participación de España, junto con otros 12 Estados miembros de la Unión Europea, en un proyecto de intercambio de información clínica de los ciudadanos europeos en situación transfronteriza, denominado *Large Scale Pilots (e-prescription and patient summary)* dentro de la *iniciativa europea e-Health*. El Ministerio de Sanidad y Consumo junto con tres comunidades autónomas (Andalucía, Castilla-La Mancha y Cataluña) participan como beneficiarios en el proyecto y ha sido presentada la propuesta, que está pendiente de aprobación final por parte de la Comisión Europea.

Calidad

En marzo de 2006, el Ministerio de Sanidad y Consumo presentó el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud que se enmarca en el contexto de los acuerdos de la II Conferencia de Presidentes celebrada en septiembre de 2005 que, entre sus prioridades, encomendó al Ministerio de Sanidad y Consumo la elaboración de dicho plan y asignó para ello una partida de 50 millones de euros en el presupuesto de 2006. Esta cantidad se ha incrementado en 2007 hasta los 50,5 millones de euros.

El objetivo es contribuir a incrementar la cohesión del Sistema Nacional de Salud y ayudar a garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a toda la población, con independencia de su lugar de residencia, al mismo tiempo que se pretende ofrecer herramientas útiles a profesionales y responsables de salud de las comunidades autónomas en su objetivo de mejorar la calidad.

Este propósito enlaza con una de las funciones esenciales del Ministerio de Sanidad y Consumo que, en su papel de coordinación del Sistema Nacional de Salud, tiene la obligación de potenciar su cohesión y velar por la equidad en el acceso y la calidad de las prestaciones ofrecidas.

En su versión de 2007, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional y el Ministerio de Sanidad y Consumo, reafirman los protagonismos esenciales que tienen en el sistema sanitario actual tanto pacientes como profesionales de la salud.

Los sistemas sanitarios de los países de nuestro entorno afrontan este reto mediante el desarrollo de diversas estrategias en las cuales el denominador común ha sido su orientación hacia una práctica clínica basada en la evidencia científica para asegurar los mejores servicios a la ciudadanía.

El personal profesional sanitario está sometido a una necesidad cada vez mayor en la actualización de conocimientos que necesita la canalización de importantes esfuerzos. Y, además, la tradicional relación entre médico y paciente, basada en la existencia de importantes asimetrías de información entre ambos agentes, está evolucionando hacia mayores exigencias por parte de la ciudadanía derivadas en buena parte de las mayores posibilidades de acceso a la información y también por una importante madurez en lo que se refiere al ejercicio de sus derechos.

La práctica asistencial se vuelve cada vez más compleja tanto por los aspectos ligados al aumento de la tecnología como al incremento exponencial de información científica.

En torno a estos agentes principales, profesionales y ciudadanía, las acciones de los servicios de salud han de articular estrategias, medidas y pro-

gramas de actuación para asegurar la consecución del objetivo esencial de los servicios públicos de salud: una atención sanitaria de calidad y equitativa que se traduzca en una mejora de los indicadores de salud de la población.

El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud ofrece en esta versión de 2007 actuaciones en las 6 grandes áreas de actuación definidas en 2006 para dar respuesta a las cuestiones que afectan los grandes principios y retos de nuestro sistema sanitario:

1. Protección, promoción de la salud y prevención.
2. Fomento de la equidad.
3. Apoyo a la planificación de los recursos humanos en salud.
4. Fomento de la excelencia clínica.
5. Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención de la ciudadanía.
6. Aumento de la transparencia.

En esta versión de 2007, las seis grandes áreas de actuación se concretan en 12 estrategias, 40 objetivos y 197 proyectos de acción.

La calidad, de acuerdo con el Institute of Medicine (IOM) de Estados Unidos, se define como el grado en que los servicios de salud, a nivel individual o poblacional, mejoran la probabilidad de obtener un resultado de salud esperado y de manera consecuente con el conocimiento científico y profesional existente. En este informe se aceptan las siguientes dimensiones de la calidad: atención centrada en pacientes, accesibilidad, continuidad de la atención, efectividad de la práctica, uso adecuado de los recursos y seguridad de los pacientes.

Estrategias de salud

Merece destacarse el desarrollo de las estrategias de cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes y salud mental. Cada una de estas estrategias lleva aparejada acciones de sensibilización, actividades formativas, fondos adicionales para la investigación y la elaboración de guías de práctica clínica. En octubre de 2007 se aprobó la Estrategia de Atención al Parto Normal.

Cada estrategia es evaluada a los 2 años de su aprobación (tal y como ocurrirá con las de cáncer, cardiopatía isquémica y diabetes en 2008) con vistas tanto a revisar y actualizar, en su caso, objetivos, contenidos y evaluar sus resultados.

Para ello, cada una de ellas dispone de un conjunto de indicadores acordados entre las sociedades científicas, las asociaciones de pacientes, los servicios de salud de las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo.

En su conjunto, las estrategias de salud representan el esfuerzo más importante de nuestra historia sanitaria reciente para abordar, de forma articulada, sostenida y evaluable, aquellas enfermedades o situaciones que mayor carga de enfermedad, sufrimiento y muerte originan entre nosotros.

Evaluación de tecnologías

Otro logro importante de la implantación efectiva del Plan de Calidad para el SNS es la puesta en marcha de la red de evaluación de tecnologías en salud. De ella forman parte las agencias o institutos dependientes de 7 comunidades autónomas más la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III. Esta red está siendo liderada desde la Secretaría General de Sanidad. El fruto de todo ello ha sido la elaboración del Plan de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en el SNS⁶².

La evaluación de tecnologías permite dar soporte a las decisiones sobre la cartera de servicios. También ayuda a apoyar el proceso de designación de centros y servicios de referencia para el SNS. La Comisión de designación contemplada en el Real Decreto 1.032/2006, que establece las bases para la designación y acreditación de servicios y unidades de referencia ya se ha puesto a trabajar y está elaborando los criterios generales del proceso de acreditación y posterior designación de estos centros.

Planes de calidad

A lo largo de estos 4 años, las actuaciones en materia de calidad asistencial se han incorporado como parte de la gestión de los servicios de salud de las comunidades autónomas. La mayoría de ellas declara disponer de documentos en que se explicita un plan de calidad con objetivos estratégicos y definición de tareas en plazos de 2 o 3 años. Los planes elaborados suelen contener elementos comunes entre las diferentes comunidades autónomas y gran nivel de coincidencia con las estrategias que se desarrollan en la Unión Europea. Tal y como se reflejaba en el informe de 2005, las áreas de interés

62 Este plan incluye cerca de 300 acciones formuladas por la red de agencias. Entre los proyectos que se están desarrollando se pueden destacar la red de detección e información sobre tecnologías emergentes; fichas de tecnologías nuevas y emergentes; evaluación sistemática del uso apropiado de tecnologías ya introducidas; creación de registros nacionales de prótesis de rodilla y cadera, e informes de evaluación de tecnologías sanitarias entre otros.

Nota de prensa del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Disponible en: www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1071

de las cuales se facilita más información son las relacionadas con la atención centrada en el paciente y, de forma singular, con la realización de encuestas de satisfacción y la seguridad de los pacientes. La puesta en marcha del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud en 2006 representa un impulso muy importante para las actividades de seguridad de los pacientes realizadas por las comunidades autónomas.

Un amplio número de comunidades autónomas manifiesta utilizar como marco de referencia de las actividades de gestión de la calidad el modelo EFQM (*European Foundation for Quality Management*) aunque el despliegue es muy desigual. Con la excepción del País Vasco, donde se utiliza de forma sistemática desde hace bastantes años y donde hay gran número de organizaciones de servicios con reconocimientos externos por encima de los 400 puntos, en el resto de los servicios de salud su utilización está en una fase inicial o son acciones aisladas de alguna organización de servicios (hospital o atención primaria). En este período, el Hospital de Zumárraga ha obtenido el Premio Europeo a la Excelencia en la Gestión en Procesos (2005) y ha sido distinguido por el Ministerio de Sanidad y Consumo con el Premio de Especial Reconocimiento por su trayectoria en la mejora de la calidad (2007).

Aunque para la cumplimentación de este capítulo de calidad se especifica a las comunidades autónomas que refieran tanto los desarrollos realizados como los resultados obtenidos, no se informa de las evaluaciones de los planes de calidad que se han desarrollado en estos años. Parece que se ha hecho hincapié en los procesos de planificación y de organización de actividades mientras que se desconocen las evaluaciones del desarrollo y de los resultados obtenidos.

Incorporación de objetivos a contratos

La mayoría de las comunidades autónomas informan del hecho que incorporan objetivos de calidad al contrato de gestión con los centros. En algunos servicios de salud se ha adaptado la estructura y contenido del contrato de gestión al modelo EFQM (Cantabria y Castilla-La Mancha). En algunos casos se incorporan objetivos específicos a partir del nivel de satisfacción conocido para que las organizaciones proveedoras de servicios realicen actuaciones de mejora sobre los aspectos que tienen mayor impacto en la satisfacción de los pacientes (Cataluña). En algunos servicios de salud, como en la Comunidad Valenciana, el nivel de cumplimiento de los acuerdos del contrato de gestión, entre los cuales se encuentran los objetivos de calidad, repercute tanto sobre la institución como sobre las retribuciones variables.

En Castilla y León, el proyecto de adaptación y aplicación del modelo EFQM comenzó en 2003 con la publicación de la *Guía de autoevaluación en atención primaria*. Hasta el año 2007, se había realizado la autoevaluación en 14 equipos de atención primaria y en las 11 gerencias de atención primaria. A partir de 2007 se inicia la fase de acreditación y reconocimiento con la solicitud de sellos de bronce en diferentes centros de salud de la comunidad autónoma.

Acreditación y certificación

Durante estos años, varias comunidades autónomas han puesto en marcha actividades de *acreditación* de centros y servicios. Estas iniciativas suelen ser de carácter regional e implican el diseño de sistemas propios de acreditación. La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía desarrolla un amplio programa de acreditación que abarca centros sanitarios, unidades de gestión, competencias profesionales, formación continuada y páginas *web* sanitarias.

En Cataluña se ha puesto en marcha un modelo de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda que incorpora entidades externas a la Administración para la realización de evaluaciones a los centros que opten a la acreditación. En Extremadura, también se ha puesto en marcha un modelo de acreditación para centros públicos y privados inspirado en el modelo EFQM.

Asturias tiene dos centros de salud acreditados por la Joint Commission y dos hospitales en proceso y durante 2007 se ha creado el Centro Regional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León.

En cuanto a la *certificación*, varios servicios de salud están certificando sistemas de gestión de calidad con la Norma ISO 9001:2000. En menor medida, también se están certificando sistemas de gestión ambiental con la norma ISO 14001:2004 y sistemas de gestión de salud y seguridad laboral con la norma OHSAS 18001, así como alguna experiencia de acreditación de laboratorios por la Entidad Nacional de Acreditación con la norma UNE EN ISO 17025.

El gran desarrollo de la gestión por procesos en el País Vasco, como consecuencia de la implantación del modelo EFQM, ha conducido a una amplia certificación de los procesos, de modo que el 87 % de las organizaciones disponen de un sistema de gestión de calidad certificado con normas ISO.

En la mayoría de los servicios de salud, las certificaciones se están realizando en áreas como laboratorios, centros de transfusión, farmacias hospitalarias, cocinas y almacenes y, en menor medida, en servicios de atención a la persona usuaria y en servicios clínicos.

Sobre el programa de auditorías de las “unidades docentes”, se ha mejorado la formación de auditores. Se ha aumentado el número de las auditorías que se realizan por año y se han estandarizado los procedimientos de realización de las auditorías mediante manuales y protocolos.

Atención centrada en el paciente

De acuerdo con la propuesta que se asumía en el informe 2005, la atención centrada en pacientes incluye la satisfacción del paciente y la familia, la información, el diseño de servicios de acuerdo con las expectativas, la participación en las decisiones clínicas y el respeto a los sistemas de valores y creencias.

Los informes remitidos por las comunidades autónomas sólo hacen referencia a la realización de encuestas de satisfacción a personas usuarias. En estos años se han generalizado diferentes formas de recoger la calidad percibida por las personas usuarias de los servicios de salud. Se ha ido ampliando el ámbito y, actualmente, en muchos servicios de salud se realizan encuestas periódicamente a pacientes de atención primaria, pacientes hospitalizados, en consultas externas, urgencias y otros servicios.

Sólo algunos servicios de salud informan de resultados y, en estos casos, se comunican altos niveles de satisfacción. Entre el 80 y el 90 % de los pacientes encuestados declaran estar satisfechos o muy satisfechos con el servicio recibido. Cuando se utilizan escalas de 1 a 10, la mayoría de los resultados que se comunican oscilan entre 7 y 9. Llama la atención el importante número de encuestas realizadas en los servicios de salud que dan a conocer los cuestionarios cumplimentados. Se puede estimar que anualmente se realizan, al menos, entre 150.000 y 200.000 encuestas a personas usuarias de los servicios del Sistema Nacional de Salud.

La metodología seguida tiene una alta variabilidad. Las herramientas empleadas han sido diseñadas en el ámbito de cada servicio de salud y tienen diferentes enfoques. Unas son meramente de tipo valorativo y otras son del tipo de un informe, donde se trata de recoger información sobre hechos concretos conocidos por las personas usuarias. Los tamaños muestrales y los períodos de estudio son muy variables. Las formas de administración de los cuestionarios son muy diversas desde la cumplimentación en el momento de finalizar la provisión de los servicios al cuestionario postal diferido, entrevistas telefónicas, etc. Asimismo, la explotación de los datos y los indicadores obtenidos no permiten comparaciones fuera de los ámbitos locales.

Son escasas las referencias a la realización de evaluaciones y a la puesta en marcha de medidas correctoras para intervenir sobre las oportunidades de mejora identificadas. En general, las series temporales conocidas son bas-

tante estables y no permiten establecer relación entre causa y efecto entre las posibles mejoras y las acciones de la organización.

Efectividad de la práctica y continuidad de la atención

La efectividad o medida en que determinada intervención clínica se realiza de manera correcta, según el estado actual del conocimiento científico, se intenta alcanzar con la elaboración de herramientas del tipo de guías de práctica clínica. Además, la continuidad de la atención, entendida como el grado de coordinación del personal profesional para lograr una atención integrada de pacientes dentro de una organización y entre varias organizaciones a lo largo del tiempo, se intenta lograr con la puesta en marcha de procesos transversales y el diseño de procesos de forma conjunta entre atención primaria y atención especializada.

La información recogida sobre estas dimensiones es escasa y genérica. Andalucía continúa con el impulso de la gestión por procesos asistenciales, diseñando nuevos procesos y revisando otros. Asimismo, Asturias ha puesto en marcha una estrategia de procesos clave de atención interdisciplinaria con el diseño de recomendaciones clínicas para catorce patologías seleccionadas como prioritarias.

Del resto de comunidades autónomas que informan de actividades en este apartado, la mayoría menciona la participación en las actividades de GuíaSalud en materia de acreditación de guías de práctica clínica y en actividades de formación. Asimismo, se informa de la elaboración de algunas herramientas de ayuda para favorecer la elaboración, evaluación, implantación y uso de las guías basadas en la evidencia.

En abril de 2007 se presentó el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, cuyo objetivo fundamental es establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea para el Sistema Nacional de Salud (SNS), tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación ante los casos detectados y su seguimiento. La finalidad última es ofrecer orientaciones al personal sanitario del SNS para la atención integral –física, psicológica, emocional y social– a las mujeres que sufren violencia de género y que acuden a un centro sanitario.

Para la elaboración de este protocolo se revisaron los protocolos de actuación sanitaria existentes en las comunidades autónomas y fue consensuado en el marco del *grupo de trabajo sobre protocolos y guías de actuación sanitaria ante la violencia de género*, creado en el seno de la Comisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Accesibilidad

La accesibilidad, entendida como el grado de disponibilidad de una intervención sanitaria adecuada para satisfacer las necesidades del paciente, se comunica mediante la gestión de las listas de espera. La mayoría de las comunidades autónomas informan de la existencia de normas sobre garantías de plazos de respuesta en procesos asistenciales, en primeras consultas en atención especializada y en procedimientos diagnósticos. En casi todas las comunidades autónomas se han establecido sistemas de información para ayudar a la gestión más eficiente de las listas de espera. Todas las comunidades autónomas declaran haber incrementado la actividad y haber obtenido disminuciones importantes de los tiempos de espera aunque los datos facilitados no presentan homogeneidad.

En algunos servicios se está trabajando en la definición e implantación de sistemas de priorización para la adecuada gestión de las listas de espera. Cataluña describe para este informe cómo en su territorio se han definido criterios para la priorización de pacientes en lista de espera para cataratas, prótesis de rodilla y prótesis de cadera.

Seguridad del paciente

La seguridad y la gestión de riesgos sanitarios es la línea estratégica que desde la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo se está abordando con la certeza de que actuaciones de mejora básicas pueden contribuir a ayudar a la ciudadanía.

En este contexto, el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) en su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto, tal y como marca la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, ha situado la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, quedando así reflejado en la estrategia número 8 del Plan de Calidad para el SNS presentado por la ministra de Sanidad en marzo de 2006.

El diseño de esta estrategia se basó en las recomendaciones del Programa de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la OMS y recomendaciones de la Comisión Europea y otros organismos internacionales, así como en las recomendaciones efectuadas por un panel de personas expertas nacionales que con este fin se reunieron en febrero de 2005 en el MSC.

Dicha estrategia trata de promover, sin interferir con las políticas que están desarrollando las diferentes comunidades autónomas, acciones de mejora en tres áreas recomendadas: cultura e información sobre seguridad de

pacientes tanto en el ámbito profesional como entre la ciudadanía, desarrollo de sistemas de información sobre efectos adversos y puesta en marcha de prácticas seguras en los centros asistenciales.

La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el sistema moderno de prestación sanitaria sin duda aporta beneficios importantes a la ciudadanía, pero también conlleva un alto riesgo de que ocurran acontecimientos adversos y, efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia.

Diversos estudios de investigación internacionales sobre efectos adversos⁶³ (EA) coinciden en mostrar que aproximadamente el 10 % (intervalo del 4 al 17 %) de los pacientes que acuden a un hospital sufren un efecto adverso como consecuencia de la atención sanitaria. Las causas más frecuentes de estos EA son: el uso de medicamentos, las infecciones y las complicaciones perioperatorias. Estos estudios coinciden, además, en señalar que aproximadamente el 50 % de estas complicaciones se podían haber prevenido. En España, según el estudio Eneas (Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización) desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, la incidencia de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria asciende al 9,3 %, el 43 % de los cuales casi serían evitables.

Al parecer, la asistencia sanitaria entraña tan alto riesgo que implica una complejidad de tratamiento creciente donde interactúan factores organizativos, factores personales del personal profesional y factores clínicos de los pacientes.

Los daños que se pueden ocasionar a los pacientes en el ámbito sanitario y el coste que conllevan al sistema sanitario es de tal relevancia que las principales organizaciones de salud, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, así como diversas agencias y organismos internacionales, han desarrollado estrategias en los últimos años para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los EA evitables en la práctica clínica.

Las acciones en materia de seguridad han estado marcadas por la puesta en marcha de las propuestas incluidas en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud 2006-2007 para mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios. Las actividades se han desarrollado

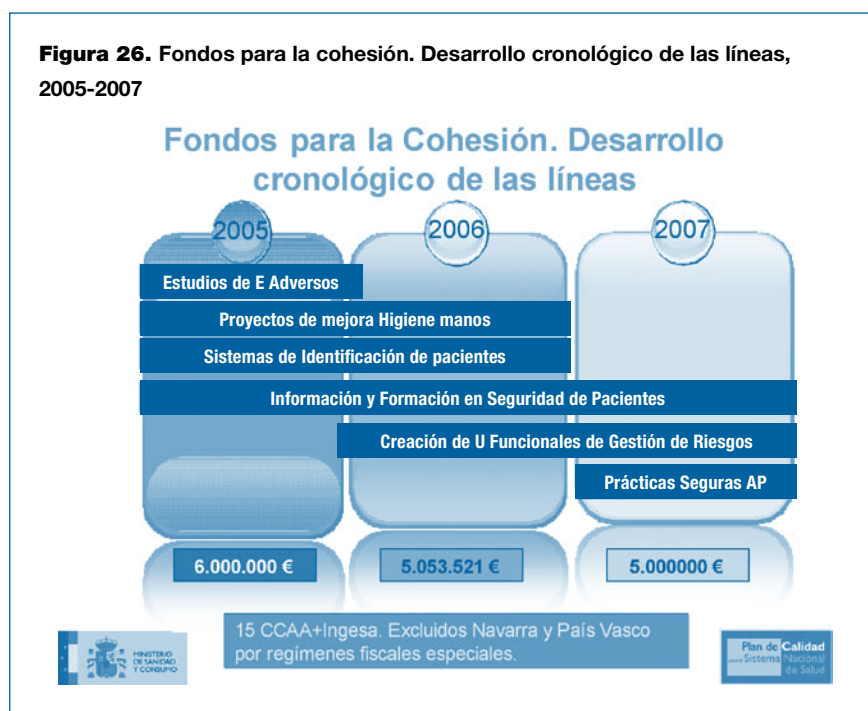
63 *Efecto adverso (EA)*: acontecimiento que produce una lesión (daño) al paciente en forma de incapacidad, muerte o prolongación de la estancia (medible), relacionado con el proceso asistencial y no con la enfermedad subyacente.

Complicación: alteración del proceso natural de la enfermedad, derivada de ésta y no provocada por la actuación médica.

en el marco de convenios de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la correspondiente comunidad autónoma correspondiente. También a través de los fondos de cohesión se promueven buenas prácticas en esta materia (fig. 26): creación de unidades de gestión de riesgos (UGR), identificación inequívoca de pacientes, atención limpia, promoción de prácticas seguras relacionadas con procedimientos quirúrgicos (prevención de la infección nosocomial), prevención de errores de medicación, atención a pacientes crónicos y terminales y atención a la madre y el recién nacido, así como asegurar las últimas voluntades.

Durante el año 2005, el 100 % de las comunidades autónomas que recibieron fondos se habían adherido a alguna de las prácticas recomendadas: 16 (89 %) realizaron acciones para la identificación inequívoca de pacientes, 16 (89 %) replicaron el estudio Eneas a nivel autonómico, 14 (78 %) realizaron actividades de sensibilización y cultura, 11 (61 %) pusieron en marcha UGR y 12 (67 %) comenzaron a diseñar su propio sistema de notificación.

En 2006 se financiaron las líneas: sistemas de identificación inequívoca de pacientes ingresados, prevención de la infección nosocomial mediante la higiene de manos con soluciones hidroalcohólicas, información y sensi-



bilización de pacientes y profesionales, proyectos de creación de unidades funcionales de seguridad de pacientes y gestión de riesgos.

En 2007, las líneas financiadas han estado relacionadas fundamentalmente con:

- Atención primaria:
 - Percepción del personal profesional sobre la seguridad del paciente en sus centros asistenciales.
 - Identificación de efectos adversos relacionados, principalmente, con el diagnóstico y tratamiento.
 - Implantación de prácticas clínicas seguras en patologías prevalentes y atención domiciliaria.
- Formación:
 - Publicación y difusión de material informativo sobre seguridad de pacientes para pacientes y profesionales.
 - Formación en seguridad de pacientes para profesionales de atención primaria y atención especializada:
 - Formación básica (aspectos formativos y logísticos):
 - para profesionales sanitarios como no sanitarios.
 - sobre medicamentos, dirigida a médicos y farmacéuticos.
 - Formación avanzada en seguridad de pacientes.
 - Formación dirigida a profesionales sanitarios para la implantación, uso y evaluación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica y recomendadas a nivel nacional.
- Extender la creación de unidades funcionales a la atención primaria.

Las líneas financiadas con los fondos de cohesión 2007 en seguridad del paciente son las 3 siguientes:

- Atención primaria.
- Sensibilización y cultura.
- Unidades funcionales de gestión de riesgo.

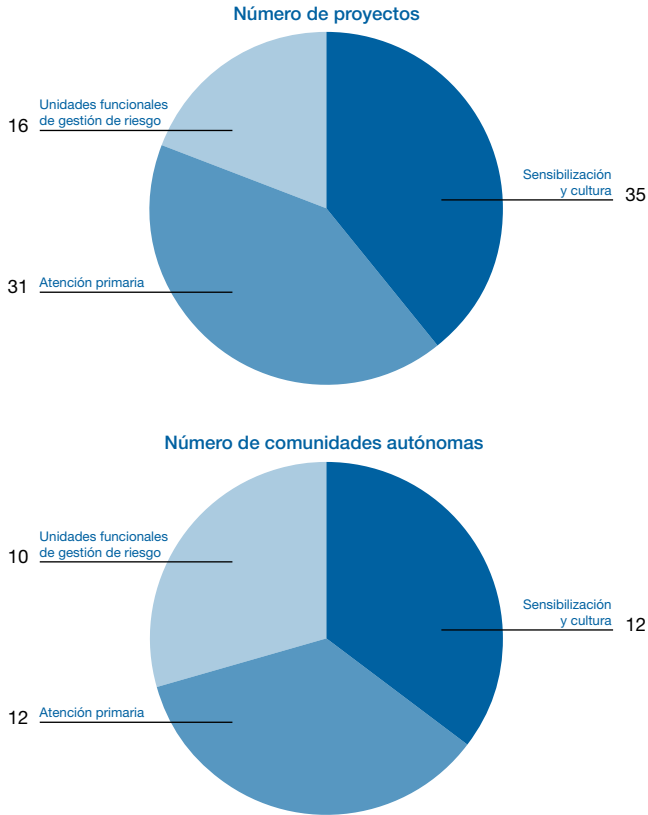
En atención primaria se han presentado 29 proyectos; en sensibilización y cultura, 33, y en unidades funcionales de gestión de riesgo, 14 (fig. 27 y tabla 60).

Han presentado proyectos de atención primaria 11 comunidades autónomas e Ingesa; 11 comunidades autónomas e Ingesa han presentado proyectos de sensibilización y cultura, y 9 comunidades autónomas e Ingesa han presentado proyectos de unidades funcionales de gestión de riesgos.

Baleares y Murcia han presentado un solo proyecto que abarca las tres líneas de financiación.

Puede resumirse que, a través de los 2 años de vigencia del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2007, se han conseguido

Figura 27. Proyectos presentados a los fondos de cohesión y comunidades autónomas que los han presentado, 2007



Del Observatorio del SNS.

importantes logros ligados al diseño y desarrollo de políticas sanitarias en el ámbito de la calidad de la asistencia y seguridad de los pacientes, entre los cuales pueden destacarse:

- Un fuerte impulso de la estrategia de seguridad de pacientes.
- La publicación del primer Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (conocido como estudio Eneas), el quinto por su potencia en el mundo y el segundo de Europa.

- La firma de convenios con la mayoría de las comunidades autónomas para fomentar ocho buenas prácticas clínicas y facilitar la creación de una infraestructura específica para la mejora de la seguridad en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.
- La celebración de tres conferencias internacionales sobre seguridad de pacientes.
- El desarrollo de un programa formativo específico.
- La adhesión de 140 sociedades científicas a las políticas de seguridad de pacientes del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- El impulso de las buenas prácticas mediante la dotación de fondos de cohesión.

Para la elaboración de este Informe anual del SNS 2007, todas las comunidades autónomas informan de acciones dirigidas a:

- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria. Se han impartido numerosos cursos de formación para profesionales de atención primaria y atención hospitalaria.
- Promover estrategias para abordar la ocurrencia de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.
- Impulsar y evaluar prácticas seguras, sobre todo, las relacionadas con la identificación inequívoca de pacientes, la prevención de úlceras por presión en pacientes en riesgo, la prevención de la infección nosocomial y las infecciones quirúrgicas y la prevención de los errores debidos a medicación.
- Reforzar los sistemas de calidad para los centros y servicios de transfusión.

En algunas comunidades autónomas se han creado unidades funcionales de seguridad del paciente o de gestión de riesgos.

Las comunidades autónomas han colaborado en el desarrollo de los siguientes estudios impulsados por la Agencia de Calidad:

- Estudio Apeas sobre la seguridad de pacientes en atención primaria.
- Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente.
- Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud.

TABLA 60. Proyectos presentados a los fondos de cohesión por las comunidades autónomas, 2007

Área	Proyecto
Andalucía	
Atención primaria	Guía de dosificación pediátrica en atención primaria
	Prevención de efectos adversos secundarios al uso inadecuado de benzodiazepinas y neurolépticos en pacientes ancianos institucionalizados
	Web de apoyo en consulta. Instrumento facilitador de prácticas clínicas seguras
	Estrategia para la implantación de prácticas seguras de higiene de las manos en atención primaria: documentación, información y formación mediante la elaboración propia y posterior difusión de un documento informativo con formato de "preguntas frecuentes"
	Estrategia sobre seguridad del paciente en atención primaria de salud: iniciando la mejora
	Procedimiento normalizado de revisión sistemática de los medicamentos de pacientes mayores de 65 años polimedcados llevado a cabo por un equipo multidisciplinario para mejorar la seguridad de los pacientes
	Plan de seguridad del paciente en el Centro de Salud Poeta Manuel de Góngora. La calidad en el control de anticoagulación oral y su repercusión sobre la seguridad del paciente
	Implantación de estrategia de seguridad del paciente en el dispositivo de radiología de atención primaria del distrito sanitario de Sevilla
	Implantación de área de mejora en estrategias de seguridad en el dispositivo de urgencias del distrito sanitario de atención primaria de Sevilla
	Diseño, implantación y evaluación de un procedimiento de revisión sistemática de la medicación en pacientes polimedcados en proceso de riesgo vascular
	Estrategia de seguridad del uso de fármacos en atención primaria: una estrategia preventiva, análisis de situación del proceso de uso de fármacos en atención primaria
Formación y sensibilización en seguridad de pacientes para los profesionales de atención primaria y especializada. Elaboración, difusión e implantación de recomendaciones y guías prácticas	
Sensibilización y cultura	Guías de práctica clínica y vías clínicas como herramientas de mejora de la variabilidad y la seguridad de la prescripción en atención primaria y atención hospitalaria
	Elaboración e implantación de una serie de guías monográficas de cuidados en pacientes con heridas
	Continuidad de cuidados entre niveles, adherencia y eventos adversos farmacológicos tras una doble intervención formativa en pacientes mayores de 65 años con tratamientos complejos
	Análisis de situación de efectos adversos
	Intervenciones en seguridad del paciente: formación, sensibilización y cultura
	Estrategias para la seguridad del paciente en la empresa pública Hospital Alto Guadalquivir
	Implantación de prácticas clínicas seguras en el lavado de manos en atención primaria de salud

Aragón	
Atención primaria	Introducción de soluciones hidroalcohólicas en atención primaria
	Estandarización de medidas higiénicas preoperatorias para cirugía menor en atención primaria de salud
Sensibilización y cultura	Publicación y difusión de memoria de resultados del estudio Eneas-Aragón
	Formación sobre seguridad clínica para los profesionales del Servicio Aragonés de la Salud
	Realización de la II Jornada Aragonesa de Pacientes por la Seguridad de los Pacientes
	Encuesta de conocimientos y actitudes sobre seguridad de pacientes en el Salud
Unidades funcionales de gestión de riesgo	Unidad funcional de apoyo en seguridad del paciente
Asturias (Principado de)	
Atención primaria	Mejora de la calidad y seguimiento del paciente en la práctica clínica: evaluación de actividad sanitaria y seguridad clínica, introducción de estándares de calidad en servicios y unidades clínicas, formación y sensibilización en técnicas de seguridad de pacientes. Implantación de unidades funcionales de gestión de riesgos.
Balears (Islas)	
Atención primaria	Implantación del programa de lavado de manos en los servicios de urgencias extrahospitalarios
Sensibilización y cultura	
Unidades funcionales de gestión de riesgo	
Canarias	
Atención primaria	Formación en seguridad de pacientes para los profesionales de atención primaria y atención especializada
Unidades funcionales de gestión de riesgo	Implantación de unidades funcionales de gestión de riesgos en los centros hospitalarios de la red pública del Servicio Canario de la Salud
Cantabria	
Atención primaria	Mejora de la seguridad en atención primaria a través del análisis de la percepción sobre seguridad del paciente en profesionales de atención primaria del Servicio Cántabro de Salud
	Mejora de la seguridad en el uso de medicamentos en atención primaria a través de dos vías simultáneas de actuación: al profesional sanitario y al paciente
	Mejora de la capacitación de los profesionales responsables de las unidades funcionales de seguridad del paciente del Servicio Cántabro de Salud
Sensibilización y cultura	Normalización del transporte de muestras clínicas de los laboratorios clínicos dependientes del SCS

Unidades funcionales de gestión de riesgo	La mejora de la fase preanalítica como mecanismo de seguridad
	Campaña informativa sobre seguridad clínica en las gerencias del SCS
Castilla-La Mancha	
Atención primaria	Curso sobre seguridad clínica de los pacientes (ICS de Talavera de la Reina)
Sensibilización y cultura	Curso de seguridad y gestión de riesgos en pacientes hospitalizados
	Curso de formación en gestión de riesgos clínicos para personal sanitario del Sescam
	Curso de formación para mejorar el desempeño en el programa de lavado de manos del hospital general de Ciudad Real
	Curso sobre errores de medicación (ICS) de Talavera de la Reina
	Formación en lectura crítica de la evidencia científica, mediante talleres Caspe
Asistencia al máster sobre seguridad del paciente organizado por el MSC en colaboración con la universidad Miguel Hernández de Elche	
Unidades funcionales de gestión de riesgo	Creación y puesta en marcha de la unidad de gestión de riesgos para pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo
	Sistema de análisis retrospectivo de sucesos adversos por la unidad funcional de seguridad clínica del Hospital de Ciudad Real
	Prevención de caídas en el anciano en atención primaria
Cataluña	
Atención primaria	Efectividad de una intervención para introducir la cultura de la seguridad entre los profesionales de los equipos de atención primaria. Determinar la efectividad de una intervención específica y multidimensional para introducir la cultura de la seguridad entre los profesionales asistenciales de los equipos de atención primaria (EAP)
Formación, sensibilización y cultura	Seguridad y riesgo del enfermo crítico: identificación de efectos adversos en unidades de cuidados intensivos de Cataluña. Determinar el impacto de la implementación de un paquete de 5 medidas preventivas basadas en la evidencia sobre la incidencia de neumonía asociada a ventilación (NAV)
	Estudio de incidencia de los errores de medicación en los procesos del sistema de utilización de medicamentos: prescripción, validación, preparación, dispensación y administración en el ámbito hospitalario. Determinar la tasa de incidencia global de los errores de medicación en el proceso de utilización de medicamentos
Unidades funcionales de gestión de riesgo	Prototipo de plan de seguridad para el desarrollo de unidades de seguridad en hospitales y centros sanitarios de Cataluña, con el objetivo de desarrollar unas bases que sirvan de referencia a los hospitales para la definición y puesta en marcha de unidades o comisiones de seguridad

Otros	Promoción del lavado de manos y evaluación del impacto de un programa educativo en centros hospitalarios de Cataluña
	Implantación de un programa de colaboración en seguridad clínica, para la introducción de prácticas seguras en los pacientes quirúrgicos de los hospitales de Cataluña
	La utilización de los <i>triggers</i> como herramienta para detectar problemas de seguridad relacionados con la medicación
	Prevención de los errores de medicación: coordinación de la medicación
	Proyecto de mejora de la cultura de la seguridad y disminución de riesgos en servicios de medicina intensiva
	Proyecto de mejora de la cultura de la seguridad en servicios de urgencia en hospitales de Cataluña
	Implantación de un programa de colaboración en seguridad clínica para la introducción de prácticas seguras en pacientes politraumatizados atendidos en urgencias en hospitales de Cataluña
	Proyecto de mejora de la seguridad en servicios de ginecología y obstetricia de hospitales de Cataluña
	Implantación de un programa de colaboración en seguridad clínica para la introducción de prácticas seguras en el ámbito de anestesia en los pacientes quirúrgicos de los hospitales de Cataluña
	Implantación de un programa de colaboración en seguridad clínica para la prevención de caídas en pacientes posquirúrgicos de los hospitales de Cataluña
	Intervención específica en pacientes con conductas suicidas identificados en los servicios de urgencias de los hospitales generales
	Prescripción farmacológica orientada a la seguridad (Prefaseg)
Comunidad Valenciana	
Sensibilización y cultura	Estrategias para favorecer la implantación por los profesionales sanitarios de guías y documentación de actuación clínica basados en evidencia científica
	Sensibilización e información sobre seguridad de los medicamentos al alta hospitalaria
Unidades funcionales de gestión de riesgo	Configuración de unidades funcionales de referencia para la gestión de la seguridad y calidad asistencial
Extremadura	
Atención primaria	Formación en seguridad del paciente para profesionales del SES
	Plan de seguridad en la práctica enfermera
Sensibilización y cultura	Plan de seguridad de la asistencia sanitaria del paciente quirúrgico programada
Unidades funcionales de gestión de riesgo	Seguridad de pacientes en los procedimientos de esterilización y extracciones en atención primaria

Galicia	
Atención primaria	Os pacientes na seguridade de pacientes Plan de Actuación en Atención Primaria para la mejora de la calidad y seguridad de la atención a pacientes con limitaciones en la comprensión de las instrucciones terapéuticas
Sensibilización y cultura	Prácticas seguras en úlceras en atención primaria
Madrid (Comunidad de)	
Atención primaria	Impacto del uso de guías de práctica clínica en la atención a las enfermedades cardiovasculares en atención primaria
	Programa de formación continuada 2007 en gestión de riesgos sanitarios y seguridad del paciente
	Mejora de la sensibilización y cultura sobre seguridad para pacientes y profesionales
	El papel de los profesionales sanitarios en la prevención y control de las enfermedades transmisibles de difusión comunitaria sometidas a vigilancia epidemiológica
Sensibilización y cultura	Portal de notificación e información profesional de hemovigilancia
	Formación y sensibilización en vigilancia y control de la infección nosocomial en la Comunidad de Madrid
	Difusión de material informativo para sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre su papel clave en la prevención y control de las enfermedades transmisibles de difusión comunitaria sometidas a vigilancia epidemiológica
	Diseño de un interfaz bidireccional que permita la comunicación entre farmacéuticos de la dirección general de farmacia y los pacientes de la Comunidad de Madrid, con el fin de implantar estrategias educativas orientadas a la mejora de la eficacia y la seguridad en la utilización de los medicamentos
	Mejora y adaptación de las herramientas informáticas para la vigilancia de la infección nosocomial en los hospitales públicos y privados de la Comunidad de Madrid a los requerimientos de información de las redes europeas
	Consolidación de las unidades funcionales de gestión de riesgo en los hospitales de media-larga estancia: prevención de efectos adversos mediante un sistema electrónico integral de seguridad clínica
	Seguridad del paciente
Unidades funcionales de gestión de riesgo	Estrategias para favorecer la implantación por los profesionales sanitarios de guías y documentación de actuación clínica basados en evidencia científica
	Sensibilización e información sobre seguridad de los medicamentos al alta hospitalaria
Murcia (Región de)	
Atención primaria	Configuración de unidades funcionales de referencia para la gestión de la seguridad y calidad asistencial
Sensibilización y cultura	
Unidades funcionales de gestión de riesgo	

Rioja (La)	
Atención primaria	Creación e implantación de unidades funcionales de gestión de riesgos clínicos a nivel hospitalario y en atención primaria
Sensibilización y cultura	Grado de comprensión de los usuarios sobre la información facilitada por los profesionales sanitarios de atención primaria respecto a las prescripciones médicas
Unidades funcionales de gestión de riesgo	Acciones de seguridad clínica en el ámbito de la atención primaria de la Comunidad Autónoma de La Rioja
	Plan de Información, Formación, Sensibilización y Cultura en Gestión de Riesgos Clínicos en la Comunidad Autónoma de La Rioja
Ingesa Ceuta	
Atención primaria	Formación, sensibilización y cultura sobre seguridad de pacientes para pacientes y profesionales en el área sanitaria del Ingesa de Ceuta
	Creación de la unidad funcional de gestión de riesgo del Hospital Ingesa de Ceuta (UFGR-AE)
Sensibilización y cultura	Creación de una Unidad Funcional de Gestión de Riesgo en Atención Primaria de Ceuta
SCS, Servicio Cántabro de Salud; SES, Servicio Extremeño de Salud; Sescam, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.	

Participación

Conceptuar la participación

Existe gran variedad de definiciones sobre el significado de participación que dificulta la tarea de limitar dicho concepto a una sola definición. Sin embargo, a partir de los puntos en común de todas ellas y enmarcando la participación ciudadana en el contexto de los sistemas de salud, podría afirmarse que se trata de un derecho fundamental regulado en la legislación vigente, en el cual tanto ciudadanos como pacientes pueden determinar, bajo su voluntad, los objetivos del sector sanitario en una sociedad democrática y libre.

Profundizando un poco más, la participación es un proceso que implica corresponsabilidad, voluntaria y activa, de las individualidades como parte integrante dentro del proceso de desarrollo u organización de la salud pública. Significa compromiso y cooperación de todos los actores que intervienen en el sistema sanitario.

El sistema sanitario, a su vez, podría resumirse como un espacio que ofrece una atención de calidad y abarca la salud globalmente –no sólo la asistencia médica–, dirigida a toda la población sin ningún tipo de discriminación. No obstante, en tanto que individuos que ejercen su derecho en el uso de los servicios sanitarios, la participación puede entenderse desde diferentes puntos de vista, en función de si se detenta el rol de ciudadanos, consumidores (de productos relacionados con la industria sanitaria), personas usuarias o pacientes o, tal y como ocurre a menudo, cada persona ejerce más de un rol a la vez.

Participación en el sistema de salud actual: hacia un nuevo tipo de relación

En los últimos años, se ha asistido a importantes cambios en la relación entre los distintos actores que intervienen en el sistema sanitario. A pesar del desarrollo de un marco jurídico que refleja unos primeros intentos de tratar la participación como un elemento vital de la sociedad, hasta hace poco no ha comenzado a replantearse la relación entre el sistema sanitario, profesionales, personas usuarias y pacientes gracias al desarrollo de estudios de satisfacción de éstos con la atención sanitaria recibida, entre otros factores.

El modelo tradicional se basaba en una relación jerarquizada, unidireccional, paternalista del profesional médico al paciente, en la cual el médico

tomaba las decisiones en nombre de éste último, quien delegaba en él toda responsabilidad. De este modo, se asumía que el personal facultativo tomaba siempre la mejor decisión por poseer los conocimientos técnicos y científicos necesarios para la curación de enfermedades y, en consecuencia, el paciente no se implicaba, aceptando el tratamiento propuesto. Sin embargo, este modelo va relegándose cada vez más a un segundo plano.

Asimismo, las Administraciones públicas tienen estructuras cada vez más complejas y más burocratizadas, y las decisiones que se toman se alejan del contacto directo con la ciudadanía. También cambian las expectativas y demandas de pacientes, quienes, teniendo mayor concienciación de sus derechos y deberes, no sólo exigen que se les escuche, sino también mayor participación en el proceso de asistencia –posiblemente más directa, permanente y, sobre todo, adaptada al contexto actual–.

Un mayor acceso a la información, al conocimiento y a los servicios, y una mejora sustancial en la calidad de la asistencia sanitaria permiten que los pacientes vayan adoptando un papel cada vez más activo en la toma de decisiones que les conciernen.

Estos aspectos van rediseñando la relación entre profesionales y pacientes hacia un nuevo modelo en el cual, tal y como se ha afirmado, la persona paciente-usuaria reivindique mayor protagonismo en la gestión de los recursos y de los servicios públicos de sanidad. En consecuencia, tanto pacientes como el personal de este sector buscan implicarse activamente en el gobierno de las instituciones sanitarias. Este cambio de perspectiva en la gestión de las políticas sanitarias concebiría al paciente, pues, como un sujeto en la toma de decisiones sobre temas de atención sanitaria que reclama que se tenga en cuenta su opinión, más que un mero objeto consumidor de servicios.

Así pues, puede afirmarse que en la actualidad coexisten dos tipos de paciente: por un lado, aquel que, consciente de su derecho a decidir, se responsabiliza de su salud, y por otro lado, aquel que opta por delegar cualquier responsabilidad en el sistema de salud, considerado como agente principal en quien confiar.

Dificultad de medición de la participación

Uno de los problemas con el cual nos encontramos es la medición de un concepto tan abstracto y complejo como el de participación: ¿cómo medir el grado de participación ciudadana en el sistema sanitario?, ¿a qué nivel? y ¿hasta qué punto se involucra la población?

Numerosos estudios sobre procesos de participación se basan en las siguientes teorías, que sirven como instrumento de orientación a la hora de

medir el estado de participación comunitaria en las comunidades autónomas. Se considera interesante partir de la escala de Arnstein y de sus niveles de participación⁶⁴, pasando por el *continuum* de participación de Brager y Specht⁶⁵, y el *spectrum* de participación de la International Association for Public Participation (IAP2), cuya clasificación empieza con el nivel básico de información, siguiendo con el de la consulta, la participación, la colaboración y, finalmente, con la atribución de poderes o *empowerment*, en cuyo sistema se traspasaría el poder de la toma de decisiones a la ciudadanía.

En todas estas teorías, independientemente de los matices que las distinguen, la información y la consulta se agruparían en los peldaños más bajos de participación, reflejando una ausencia de poder real por parte del ciudadano/consumidor/paciente. En cambio, la participación ideal equivaldría al control del poder por parte de éste en la gestión y planificación del sistema de salud.

Se anotan, brevemente también, los niveles de participación en la toma de decisiones políticas que hace la OCDE según las categorías de información, de consulta y de participación activa. La primera consistiría en la valoración y opinión que la población hace sobre las políticas que se están llevando a cabo. En el siguiente nivel, la participación (consulta) se limita a un *feedback* de ciudadanos y ciudadanas previo a las decisiones definitivas. Finalmente, la OCDE define la participación activa como el máximo nivel en el cual las personas están implicadas en todas las fases de un proceso político.

A pesar de que la salud y, por extensión, el sistema sanitario son conceptos siempre mejorables, el modelo ideal consideraría a pacientes y profesionales como principales agentes del sistema de salud. Rodrigo Gutiérrez Fernández lo denominó *el gobierno de los ciudadanos*⁶⁶, basado en mecanismos reales de participación ciudadana y del personal en el gobierno de las organizaciones e instituciones sanitarias, como la confianza mutua y el *empowerment*⁶⁷ o capacitación de profesionales y pacientes. Permitiría no

64 Arnstein, S. A Ladder of Citizen Participation. AIP Journal, July 1969; 216-224. Estudio sobre formas participativas clasificadas en 8 niveles, en función de la ausencia de participación, la participación simbólica y la participación plena de los ciudadanos para autogestionarse.

65 Adaptación de la escala de Arnstein a un *continuum* en el cual se parte de la recepción de la información (bajo nivel de participación) hasta la planificación conjunta (derecho a ejercer el control y a decidir).

66 Mesa redonda: “Nuevas Demandas en la Sociedad”, XIV Congreso Nacional de Hospitales, Zaragoza, 17-20 de mayo de 2005.

67 Se define como “un sistema de incorporación conjunta de los profesionales y pacientes en los procesos de toma de decisiones sanitarias”. *Empowerment* “no significa otorgar y transferir a las personas nuevas autoridades y nuevas responsabilidades y luego retirarse. *Empowerment* significa retirar las barreras que nos separan”, según John P. Kotter.

sólo la corresponsabilidad sino también la defensa activa de sus derechos, en un contexto de democracia deliberativa, en el cual se desarrollarían espacios de discusión pública para participar activamente en la toma de decisiones.

Procesos participativos en las comunidades autónomas

Con el fin de comprobar la evolución de los progresos de las distintas comunidades autónomas en el año 2007, en el ámbito de la participación –tanto individual como colectiva– se ha tenido en cuenta la *Recomendación Rec(2000) 5*⁶⁸ adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa sobre “El desarrollo de estructuras para la participación ciudadana y pacientes en los procesos de toma de decisiones que afectan la atención de la salud” en los Estados miembros.

En ella, recomienda a los Estados que tomen medidas para que las directrices sobre participación democrática, información, apoyo e instrumentos de participación se vean reflejadas en su legislación, concretamente en relación con el sistema de salud.

En el caso de las distintas comunidades autónomas dentro del Estado español, se ha asistido a la aparición, el desarrollo y la aplicación de un elevado número de leyes que enmarcan a nivel autonómico tanto los organismos encargados de la participación ciudadana en el sector sanitario y sus funciones, como los derechos y deberes de individuos en tanto que personas usuarias o pacientes, a través de la *Ley 41/2000, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*⁶⁹.

A modo de recordatorio, las principales normas que se han desarrollado con referencia a la promoción de la participación del paciente son las siguientes: libre elección de médico, como mecanismo de influencia directa de la ciudadanía sobre la provisión de servicios de salud, acceso a una segunda opinión, acceso a la historia clínica, consentimiento informado, existencia de procedimientos para establecer instrucciones previas/últimas voluntades, guía o carta de servicios, información en el SNS y garantías para pacientes con necesidades especiales de información asociadas con la discapacidad. La tabla 61 recoge la legislación desarrollada por las comunidades autónomas en materia de participación individual.

68 Recomendación Rec(2000) 5, de 24 de febrero de 2000, del Comité de Ministros del Consejo de Europa (órgano internacional independiente cuyo objetivo es la defensa de los derechos humanos y las democracias parlamentarias, así como potenciar la identidad europea entre todos los ciudadanos y ciudadanas de Europa).

69 BOE núm. 274, 15/11/2002, pp. 40.126-40.132.

TABLA 61. Participación. Respuesta a la legislación desarrollada por las comunidades autónomas, 2007

	Sí	No	No contesta	Total
Libre elección de profesional médico	12	3	3	18
Segunda opinión	14	1	3	18
Acceso a la historia clínica	14	0	4	18
Consentimiento informado	12	3	3	18
Instrucciones previas/últimas voluntades	13	2	3	18
Guía o carta de servicios	10	3	5	18
Información en el Sistema Nacional de Salud (información de carácter administrativo relativa a servicios y unidades asistenciales disponibles y a los requisitos de acceso a éstos: libertad de elección de médico y centro, conocimiento de listas de espera, etc.)	10	1	7	18
Garantías a pacientes con necesidades especiales de información asociadas con la discapacidad	6	1	11	18
Figura o institución de defensa de los derechos de los pacientes	11	3	4	18

Elaboración propia a partir de los datos recibidos de las comunidades autónomas.

Sin embargo, ni los derechos ni el desarrollo normativo han evolucionado conjuntamente, lo que refleja una situación heterogénea entre regiones. En algunos casos, se ha ampliado el marco legislativo respecto a la segunda opinión y al acceso a la historia clínica en el año 2007.

No obstante, el hecho de que haya un contexto jurídico cada vez más desarrollado en temas de participación no implica necesariamente que se estén llevando a cabo actuaciones concretas con el fin de consolidar una participación real y efectiva de la sociedad. Sería necesario elaborar un análisis más detallado que tuviera en cuenta todas las medidas ejecutadas por cada comunidad autónoma y los resultados obtenidos en relación con la participación ciudadana en la salud pública.

En términos generales, las cuestiones más tratadas son de naturaleza informativa, consultiva y, en algunos casos, de asesoramiento. Con ello se busca promover la salud mediante la elaboración de guías de servicios a la persona usuaria, el acceso a la documentación clínica, el consentimiento informado, el acceso a la información en el SNS o mediante la garantía a pacientes con necesidades especiales de información asociada con la discapacidad. No representan un nivel de participación activa, según las teorías anteriormente citadas. Como receptor de información sobre dichas acciones,

al ciudadano-persona usuaria-paciente se le da a conocer el plan que la institución ha elaborado con el objetivo de afianzar su cumplimiento, tal y como describen Brager y Specht en su *continuum*. En ningún caso, este tipo de participación parece que afecta la determinación de políticas sanitarias.

A pesar de que la comunicación en este nivel sea unidireccional y la participación de la sociedad en la toma de decisiones es mínima, los procesos informativos de promoción de la salud y de obtención de conocimiento (mediante campañas de sensibilización y de educación sanitaria) son indispensables para acceder a otros niveles de participación. Teniendo en cuenta las afirmaciones de Rodrigo Gutiérrez Fernández, recogidas en la mesa redonda “Nuevas Demandas en la Sociedad”⁷⁰, se ha constatado que “una información de calidad disminuye la ansiedad del paciente, incrementa la capacidad de autocuidado (responsabilidad de la propia persona en la curación de la enfermedad), la implicación de la familia [...] y facilita una mejor utilización de los recursos y servicios por parte de la población”.

Cabe destacar el importante desarrollo tecnológico en los procesos informativos que llevan a cabo algunas comunidades autónomas para facilitar la información a las personas usuarias y favorecer su accesibilidad de manera inmediata. Vale la pena anotar la utilización de un buzón virtual y del telefax en Castilla y León, y la potenciación de las nuevas tecnologías en el área de atención al paciente en la Comunidad Autónoma del País Vasco, mediante la *web* del portal sanitario de Euskadi-Osanet, y el uso de la firma electrónica a través de la tarjeta sanitaria electrónica con usos ciudadanos (ONA). En esta comunidad autónoma también se está llevando a cabo el desarrollo de una plataforma informática compartida en el ámbito de atención a la ciudadanía para mejorar la accesibilidad a los recursos. En Andalucía en 2007 hay que destacar la extensión del servicio de Salud Responde y el sistema de cita previa mediante internet, a través de la oficina virtual InterS@S, y el servicio de Información y Consejo Sanitario 24 horas. También se ha incorporado el canal SMS como una nueva posibilidad para obtener la cita con el médico de atención primaria. En marzo de 2007 se puso en marcha el proyecto *informarse.es.salud*, servicio que consiste en un sistema multicanal por el cual se distribuyen contenidos de interés sanitario para los ciudadanos a través de pantallas ubicadas en salas de espera de centros sanitarios, internet y móviles de tercera generación, y dichos contenidos están adaptados al canal de emisión.

Asimismo, cumpliendo con las recomendaciones del Consejo de Europa a los Estados miembros, cada comunidad autónoma debe asegurar la aplicación de la participación comunitaria a todos los niveles y ámbitos de

70 XIV Congreso Nacional de Hospitales, Zaragoza, 17-20 de mayo de 2005.

los sistemas de salud. De este modo, para impulsar la participación, las Administraciones sanitarias deben facilitar canales de participación regulados para posibilitar que el amplio sector de la ciudadanía no organizada pueda incluirse en los procesos participativos.

Uno de los principales mecanismos continúan siendo los consejos regionales de salud en los sistemas sanitarios públicos de las comunidades autónomas.

Se estructuran en función del ámbito territorial, mediante la creación y ampliación de consejos de área y de zona (mencionadas en las comunidades autónomas de Canarias, Castilla y León, Cataluña, Extremadura y la Rioja⁷¹) y sectorial (p. ej., los consejos asesores sobre trasplantes, bioética, inmigración, etc., o los consejos asesores profesionales sobre medicina y enfermería, en Cataluña).

Están representados en ellos unidades administrativas, actores sociales, sindicales y sanitarios. A pesar de la variedad en su representación, no deja de tener un carácter consultivo y de asesoramiento. Esto es, al ser la comunicación bidireccional en este caso, se permite a los participantes escuchar, valorar y opinar, pero no se les garantiza que se vaya a tener en cuenta sus ideas, críticas o propuestas. Según Brager y Specht, la consulta, aun siendo a nivel básico, se traduce por la búsqueda de apoyo de la organización (sanitaria) para que sus objetivos sean aceptados y legitimados.

En el año 2007 aumentó considerablemente el número de asociaciones representativas de pacientes/personas usuarias de las cuales se informó respecto a años anteriores, asegurando que todos estos grupos sociales tienen la posibilidad de dar voz a sus opiniones y defender sus derechos en la atención sanitaria. Sin embargo, las subvenciones a asociaciones de pacientes no han acompañado dicho incremento. En la tabla 62 figura la aportación económica que las comunidades autónomas han otorgado a las asociaciones de pacientes durante el año 2007.

Un aumento en la subvención no necesariamente implica mayor participación (activa) de las asociaciones. Normalmente contribuyen a mejorar los servicios sanitarios en el trato de enfermedades, en programas de prevención o en la promoción de la salud, es decir, están destinadas a actividades informativas y educativas. Una vez más, el paciente recibe conocimiento, pero interviene poco en su producción.

71 A partir de la información recibida para el año 2007, otras comunidades autónomas disponen probablemente de ellos aunque no se mencionan en las respuestas analizadas.

TABLA 62. Aportación económica de las comunidades autónomas a asociaciones de pacientes, 2007

	Sí	No contesta	Número de asociaciones en 2007	Número de asociaciones en 2006	Cantidad total en 2007 (euros)	Cantidad total en 2006 (euros)	Diferencia 2007-2006 (euros)
Andalucía	X		176	157	600.000,00	522.172,34	77.827,66
Aragón	X		42	46	525.750,00	504.895,00	20.855,00
Asturias (Principado de)	X		80	60	100.000,00	70.000,00	30.000,00
Baleares (Islas)	X		5	6	94.000,00	50.000,00	44.000,00
Canarias	X		17		284.729,44		284.729,44
Cantabria	X		13		186.692,24		186.692,24
Castilla y León		X					0,00
Castilla-La Mancha	X		147	141	1.500.000,00	1.591.700,00	-91.700,00
Cataluña	X		71	65	1.786.063,34	1.731.967,65	54.095,69
Comunidad Valenciana		X		138		870.307,79	-870.307,79
Extremadura		X					0,00
Galicia	X		122	95	12.858.323,31	10.372.462,00	2.485.861,31
Madrid (Comunidad de)	X		161		385.780,00		385.780,00
Murcia (Región de)	X		45	19	225.000,00	129.526,91	95.473,09
Navarra (Comunidad Foral de)	X		39		621.342,00		621.342,00
País Vasco	X		77	78	498.480,00	587.000,00	-88.520,00
Rioja (La)	X		12	12	667.626,76	710.659,21	-43.032,45
Ceuta y Melilla		X					0,00
Total			1.007	817	20.333.787,09	17.140.690,90	3.193.096,2

También se han ampliado los cauces de participación mediante la creación de otros organismos, como el Consejo de Participación y Administración en Castilla-La Mancha, por ejemplo. En términos más generales, el Foro del Paciente, creado en 2004, continúa reivindicando mayor implicación del paciente –e implícitamente la de sus familiares y personas usuarias de servicios– en el proceso de toma de decisiones del sistema sanitario.

Tal y como muestra la tabla 62, en casi todas las comunidades autónomas existe, además, una institución o figura reglamentada del defensor de los derechos de los pacientes. A pesar de ser un dato positivo, sería objeto de otro estudio el hecho de analizar si desempeña un papel activo en la participación real de la comunidad afectada.

Puede percibirse el esfuerzo por asegurar la participación mediante el establecimiento de debates en los cuales tanto personas usuarias y pacientes como asociaciones que los representan pueden asesorar, determinar sus prioridades y discutir aquellos problemas que más les afectan aunque no se garantice que se vayan a tener en cuenta posteriormente en los planes finales.

Cabe destacar la organización de foros de discusión con la intervención de profesionales, gestores, sindicatos, personas usuarias y asociaciones en torno a cuestiones que afectan a la persona usuaria para mejorar la gestión de la participación en la nueva Dirección General de Atención al Usuario en Aragón o la creación del Foro Participativo y del Foro Virtual en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

Estas nuevas medidas no dejan de ser de tipo consultivo; no se ha obtenido más información acerca de su funcionamiento, por lo que no puede comprobarse si los resultados recogidos en dichos foros modifican los planes originales.

Los procedimientos formales de sistemas de reclamaciones, quejas y sugerencias constituyen otro mecanismo de participación que la mayoría de comunidades autónomas se esfuerza en mejorar. La recogida y el análisis de los datos obtenidos deben servir para recopilar información sobre la calidad de los servicios de salud, pero también como indicador sobre las áreas y aspectos que necesitan ser mejorados.

Otras medidas de participación comunitaria –tanto individual como colectiva– de las comunidades autónomas para superar el modelo tradicional de consulta y asesoramiento y para obtener mayor acceso a la toma de decisiones en 2007 fueron: la Primera Jornada de Participación en Aragón, en la cual mediante grupos focales se reunió a los principales representantes de las unidades de participación (implica participación indirecta) para orientar las estrategias y las líneas de trabajo de la nueva Dirección General de Atención al Usuario anteriormente citada. También se resaltan en Castilla-La Mancha actuaciones para llegar a la coparticipación de la ciudadanía en la implantación de los nuevos órganos y en el presupuesto anual del área de salud (mediante la creación e intervención de un grupo de trabajo formado por representantes de varias asociaciones ciudadanas y de pacientes).

Habría que anotar, además, el avance de la gran mayoría de comunidades autónomas al haber incluido y regulado mecanismos como la libre elección del médico, el derecho a la segunda opinión y a las instrucciones previas y últimas voluntades, que permiten a la ciudadanía ser responsable de su salud, más allá de ser receptora de información.

En resumen, la participación es un derecho legítimo, pero también una “necesidad vital para el propio sistema⁷²”, cuya mejora pasa por la optimización de los recursos disponibles.

A lo largo de los años, se ha ido observando que una mayor integración del paciente en los procesos participativos ha contribuido a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria⁷³.

Por tanto, es importante tener en cuenta la perspectiva del paciente (y por extensión, la de la persona usuaria) en la toma de decisiones y en la elaboración de medidas de mejora.

En el sistema de salud actual, el paciente ha dejado de ser un mero receptor de información que delega su confianza en el facultativo para convertirse en sujeto activo consciente de sus actos. Esta actitud proactiva ha modificado la relación tradicional entre el médico y el paciente hacia una relación más igualitaria y horizontal en la cual éste último se responsabiliza de su salud.

El modelo actual de participación reglamentado continúa siendo de carácter informativo, consultivo y de asesoramiento aunque se están tomando medidas en algunas comunidades autónomas para alcanzar un grado de implicación mayor de personas usuarias, de pacientes y de las organizaciones que los representan en la planificación, funcionamiento y evaluación de servicios.

Puesto que la calidad de la información y de la educación está estrechamente vinculada con la participación activa real de la población en todos los ámbitos del sector sanitario, se genera corresponsabilidad tanto de profesionales como de usuarios y pacientes en la optimización de la atención médica, resultado de la conjunción de conocimientos científicos y técnicos, por un lado, y de experiencias vividas y valores, por el otro⁷⁴. La necesidad de valorar su percepción subjetiva, es decir, sus expectativas, sus prioridades y el grado de satisfacción con la atención sanitaria recibida, va adquiriendo mayor importancia hasta nuestros días.

72 Véase el artículo de Sánchez Legrán, F., presidente de la Federación de Asociaciones de Consumidores y Usuarios de Andalucía (FACUA), La mejora de la atención primaria y la participación de los usuarios. *Medicina de Familia (And)*, vol. 1, n.º 1, junio 2000.

73 Véase Lindström, A. Implicación y coparticipación del ciudadano en las decisiones de políticas sectoriales: el caso de la salud y los servicios sanitarios. Fundación Salud, Innovación y Sociedad, 2007. Documento de trabajo n.º 31. Disponible en: www.fundsis.org/docs_act/109_Documento-de-trabajo-31.pdf

74 Es la suma de *efectividad* y *afectividad*, a la cual se refiere Astrid Lindström en su Implicación y coparticipación del ciudadano en las decisiones de políticas sectoriales: el caso de la salud y los servicios sanitarios, Fundación Salud, Innovación, y Sociedad, 2007. Documento de trabajo n.º 31.

Descripción de experiencias innovadoras

La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad establece acciones de coordinación y cooperación entre las Administraciones públicas sanitarias, como medio para asegurar el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.

El proceso de descentralización del Sistema Nacional de Salud ha posibilitado el desarrollo de iniciativas o reformas en el diseño, planificación y gestión de programas sanitarios, tributarios de ser considerados innovaciones dentro del ámbito de cada comunidad autónoma. En este nuevo escenario surge la necesidad de fomentar la cooperación y coordinación entre los diferentes servicios de salud de las comunidades autónomas.

Los servicios de salud de cada comunidad autónoma disponen de un conjunto de recursos y conocimientos para desarrollar sus competencias sanitarias. En función de las necesidades de atención sanitaria y las prioridades fijadas, se ha ido desarrollando un amplio conjunto de iniciativas en el ejercicio de su autonomía. Este proceso de innovación, con el tiempo, conducirá a diferentes niveles de desarrollo y conocimiento valioso generado en el seno del Sistema Nacional de Salud (SNS), que repercutirá en su mejora en conjunto. Introducir la gestión del conocimiento y el aprendizaje organizativo entre los diferentes servicios de salud para esta mejora conjunta es uno de los retos que el Sistema Nacional de Salud ha afrontado como tarea en estos últimos años y que se está desarrollando con la participación de los servicios de salud en el seno de las comisiones y grupos de trabajo del Consejo Interterritorial del SNS y a través de los diferentes comités institucionales y de seguimiento de las estrategias de salud del SNS, generando una nueva cultura de trabajo que fomenta la corresponsabilidad y cohesión entre los diferentes servicios de salud.

Gestión del conocimiento

Las organizaciones sanitarias pueden ser caracterizadas como organizaciones intensivas en conocimientos (KIF). El conocimiento se puede definir como información cuya validez ha sido probada y que permite establecer relaciones predecibles de causalidad.

Otra forma alternativa consiste en definir el conocimiento como una combinación de experiencias estructuradas, valores, información contextual e interiorización experta, que proporciona un marco para la evaluación e incorporación de nuevas experiencias e información⁷⁵.

Las organizaciones sanitarias están altamente involucradas en los procesos de cambio e innovación al tener que absorber de forma continua nuevos conocimientos, en gran medida generados extramuros, conocimientos que deberán ser adaptados en un proceso de gran complejidad con la participación de diferentes “grupos de interés”, entre los cuales cabe destacar los grupos políticos, de gestión, profesionales y ciudadanía.

La gestión del conocimiento consiste en transferir conocimientos desde quien los tiene hacia quien los necesita para crear valor en una organización.

En este sentido, para crear esta cultura de gestión del conocimiento en el seno del SNS, cada servicio de salud deberá identificar los conocimientos relevantes que genera y los que precisa para cumplir su misión (satisfacer las necesidades y demandas de salud y atención sanitaria de la ciudadanía), adquirir el conocimiento, identificando la fuente y el método utilizado, y desarrollar o adaptar nuevos conocimientos mediante procesos internos propios.

Dentro de los estilos de aprendizaje entre organizaciones, el *benchmarking* tiene gran importancia en el ámbito de la gestión sanitaria ya que se trata de aprender averiguando cómo funcionan otras organizaciones para adoptar y adaptar ese conocimiento a las características de nuestra organización. Para ello se compara y aprende de organizaciones “excelentes” en alguna competencia concreta.

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 el hecho de compartir aquellas iniciativas (innovaciones) con potencial para ser adaptadas entre comunidades. Sin embargo, para desarrollar esta tarea se plantean algunos retos como:

- La dificultad para identificar en los servicios sanitarios aquellas innovaciones de interés que podrían ser adoptadas por otros (buenas prácticas).
- Las relaciones de causalidad, basadas en la evidencia científica, entre innovaciones y resultados esperables, tarea compleja que requiere recursos y esfuerzo. En muchas ocasiones existe gran ambigüedad causal sobre la efectividad de la innovación.
- Se requiere la existencia de incentivos adecuados para compartir conocimientos ya que dicho proceso implica un esfuerzo adicional

75 Davenport y Prusak (2001).

de estructuración y sistematización teórica de la experiencia y resultados que no siempre está suficientemente reconocido.

- Se requiere que la parte receptora tenga la motivación intrínseca para aprender de otras experiencias. El denominado síndrome NIA (no inventado aquí) conduce a no aceptar cualquier innovación procedente de otras organizaciones o ámbitos organizativos, que tiene como efecto no deseable, el “inventar la rueda” o el duplicar esfuerzos.
- Para asimilar o adaptar nuevos conocimientos, se requiere disponer de *capacidad de absorción*, es decir, se requieren conocimientos previos (experienciales y/o teóricos) acerca de la materia de la cual queremos aprender para incorporar el conocimiento de las innovaciones producidas en dicho terreno.

Innovación

Hablar de innovación en el ámbito de los servicios sanitarios es una tarea ciertamente compleja:

- En primer lugar, por tratarse de innovaciones en servicios.
- En segundo lugar, por la unidad de referencia elegida: un sistema sanitario (compuesto por múltiples elementos que interactúan entre sí).
- En tercer lugar porque, al tratarse de sistemas sanitarios públicos, se plantea un escenario en el cual interactúan las autoridades sanitarias, el personal profesional, la industria suministradora de *inputs* esenciales (fármacos, tecnologías, etc.) y la ciudadanía, cuyos conocimientos, demandas, necesidades y expectativas desempeñan, cada vez más, un papel importante como corresponde a una sociedad desarrollada.

La innovación⁷⁶ tiene que ver con la puesta en práctica de nuevas ideas que conduzcan a crear valor para la organización. En consecuencia, se trata de ideas que permitan mejorar la eficiencia y la efectividad de los servicios prestados.

Las innovaciones pueden entenderse como cambios en el comportamiento de las organizaciones. En el caso de las asistenciales, puede ser la in-

⁷⁶ Schumpeter considera que una empresa realiza una innovación en los siguientes casos: introducción de un nuevo producto o servicio, desarrollo de un nuevo método de producción, apertura de nuevos mercados, acceso a nuevas fuentes de suministro y nuevas formas de organizar una actividad económica.

troducción de un nuevo servicio o una clara mejora de los existentes, nuevos procesos, nuevas tecnologías y nuevas formas organizativas.

Las innovaciones se pueden clasificar en función del grado de novedad que comporten y en función de la naturaleza del cambio. Así, se distingue entre las innovaciones de carácter radical o incremental y entre las innovaciones de producto o de proceso si bien nuevas tecnologías o productos conducen a cambios en los procesos.

En términos generales, gran parte de las innovaciones en sentido estricto –una nueva tecnología o un nuevo fármaco– son innovaciones realizadas por la industria, que se incorpora a la práctica médica y que en último término, después de un proceso de evaluación, puede ser incorporada a la cartera de servicios del sistema sanitario. Dicha incorporación puede representar un cambio importante en el conocimiento del personal profesional sanitario (formación y experiencia en el uso de éstos), lo que modifica su capital humano. También puede implicar cambios importantes en las rutinas, procedimientos y formas organizativas para implantarlos (p. ej., la CMA).

Estos cambios para adoptar y adaptar a la organización nuevos conocimientos pueden ser considerados innovaciones, tanto más radicales cuanto más transformen o alteren el capital humano del personal profesional y los procedimientos organizativos necesarios para su implantación.

En otros casos, las innovaciones son de carácter incremental dado que introducen mejoras sobre la base de los conocimientos existentes y tienen como origen los procesos de mejora continua de los procesos existentes.

Además, al tratarse de servicios, puede entenderse como innovaciones la ampliación de la cartera de servicios, los cambios en la organización o gestión de los procedimientos, o las mejoras en la coordinación de actividades que redunden en un beneficio para la población protegida, así como los nuevos programas de salud pública que buscan la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Una experiencia puede ser innovadora específicamente en el territorio de la comunidad autónoma que la ha desarrollado, bien porque resulta menos valiosa fuera de ella, bien porque el conocimiento necesario para su puesta en práctica está insertado en *comunidades de práctica* que presentan dificultades para difundir dicha experiencia y facilitar que sea adoptada en otros territorios (conocimiento tácito sustentado en la práctica).

En otros casos, la experiencia innovadora se puede adoptar por parte de otras comunidades autónomas, 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 síntesis, el Sistema Nacional de Salud debe continuar desarrollando contextos organizativos de gestión de conocimiento y difusión de experien-

cias de carácter innovador –fomentando los que ya están dando buenos resultados y/o creando otros nuevos– donde el intercambio de información y nuevas experiencias entre las comunidades autónomas sea posible.

Para ello se precisa avanzar en lograr una mejora en la accesibilidad al conocimiento, promoviendo canales y redes de comunicación y difusión entre las personas y organizaciones implicadas, entre grupos o equipos de trabajo. Se trata de lograr la mejor accesibilidad a la información relevante y a los nuevos conocimientos, siempre y cuando exista una expectativa favorable de crear valor para la organización mediante los procesos de diálogo y siempre que exista motivación para participar en los procesos de intercambio y búsqueda de consenso.

Tendencias observadas entre 2004 y 2007

El objetivo de este apartado consiste en analizar y sintetizar las experiencias innovadoras que las comunidades autónomas han señalado como tales durante el período 2004-2007 para la elaboración del Informe anual del Sistema Nacional de Salud.

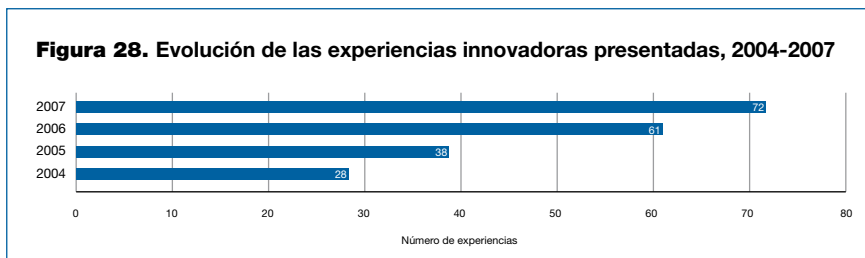
La metodología ha consistido en solicitar a cada comunidad autónoma que incluya aquellas experiencias que consideren especialmente innovadoras, bien sea por su planteamiento, desarrollo, gestión o resultados.

En consecuencia, las respuestas son de carácter subjetivo, basadas en el juicio interpretativo de cada comunidad autónoma acerca de qué se entiende por experiencia especialmente innovadora.

En este período 2004-2007, la metodología⁷⁷ utilizada ha sido modificada. Así, en 2004 y 2005 cada comunidad autónoma decidía qué tipo de innovación aportaba en su informe mientras que en 2006 y 2007 la comunicación se ha correspondido con la petición de una experiencia innovadora en cada uno de los siguientes apartados: promoción de la salud y prevención de la enfermedad, gestión de servicios sanitarios, equidad de género, atención a la salud de las personas inmigrantes y apoyo a la investigación. Este cambio puede dificultar el análisis comparativo durante el período observado.

Como primer resultado se aprecia un incremento de las experiencias innovadoras presentadas por cada comunidad autónoma (fig. 28). En el año 2004 se presentaron 28 experiencias innovadoras, donde predominaban aquéllas relacionadas con los sistemas de información sanitaria. Estas ex-

⁷⁷ Todos los años, el Observatorio del Sistema Nacional de Salud remite una *Guía de cumplimentación* a las comunidades autónomas. Esta guía, que se revisa anualmente, sirve para orientar a los servicios sanitarios sobre el tipo de información requerida para cada apartado, de los 12 en que actualmente se estructura. El apartado 12 se refiere a las experiencias innovadoras.



periencias buscaban facilitar la integración de niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada) y de las prácticas (administrativas y clínicas) que componían los servicios de salud para un mejor acceso a la información tanto para profesionales como para las y los usuarios del sistema (Informe anual del Sistema de Salud 2004).

En 2005 se presentaron 38 experiencias innovadoras, lo que representó un incremento del 35,7 % respecto al año anterior⁷⁸.

En 2006 se presentaron 61 experiencias innovadoras, aunque Asturias y Cantabria no realizaron ninguna aportación, lo que representó un incremento sustantivo respecto el año precedente.

Finalmente, en 2007 se incluyen 72 experiencias innovadoras.

Seguidamente se efectúa una primera comparación de carácter descriptivo⁷⁹ (fig. 29). En ésta se observa claramente la importancia cuantitativa de las innovaciones en dos grandes ámbitos, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como la gestión de servicios sanitarios, teniendo las tres restantes menor número de experiencias innovadoras reseñadas.

En 2006 y 2007, además de la tipología señalada como base para la clasificación, en virtud de la información facilitada por las comunidades autónomas, se ha considerado conveniente para el análisis hacer otras subdivisiones.

En primer lugar, el epígrafe de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se ha subdividido en los siguientes:

- Experiencias dirigidas a estudiantes de educación primaria y secundaria.

78 Cada comunidad autónoma decide el número de experiencias innovadoras en su informe y éstas varían entre una y cinco.

79 Para ello ha sido necesario clasificar las experiencias innovadoras de 2004 y 2005 según los criterios utilizados para 2006 y 2007.

Figura 29. Clasificación de las experiencias innovadoras, 2004-2007

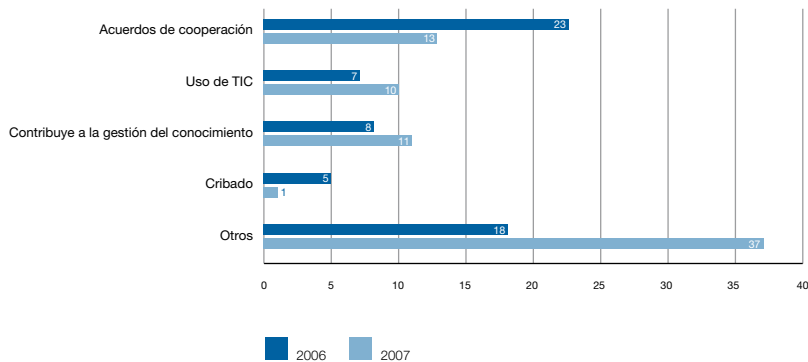


- Experiencias dirigidas a mayores de 60 años.
- Experiencias dirigidas a otros colectivos.

Asimismo, se ha considerado conveniente utilizar otras categorías explicativas que ayuden a entender la naturaleza de la experiencia innovadora:

- Que la experiencia innovadora se realice en colaboración con otras entidades con las cuales se establece algún tipo de acuerdo de colaboración.
- Que la experiencia utilice de forma significativa el uso de las TIC.
- Que la experiencia contribuya a la gestión del conocimiento, bien porque se refuerce el capital humano con programas de formación, se normalicen procesos mediante certificaciones y/o diseño de procesos, se mejore la coordinación entre colectivos con capacidad de crear valor, se facilite el acceso a conocimientos codificados, entre otros.
- Que la experiencia innovadora sea un programa de cribado (*screening*).
- 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 (fig. 30).

Figura 30. Evolución del número de experiencias innovadoras según su característica principal, 2006-2007



TIC, tecnologías de la información y la comunicación.

Con estos dos criterios se ha realizado una tabla de doble entrada que permite una descripción más completa de las experiencias innovadoras presentadas (tablas 63-67).

Tal y como se observa en ella, se constata un ligero incremento en la comunicación de actuaciones relativas a la gestión de los servicios sanitarios, así como de aquellas dirigidas a conseguir mayor equidad de género en la atención a la salud y en la atención de la salud de personas inmigrantes; manteniéndose casi constante, la comunicación de experiencias dirigidas al apoyo de la innovación y sufriendo un leve descenso la referencia a aquellas que tienen como objetivo la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Asimismo, la comunicación de experiencias innovadoras en las cuales el empleo de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) son indispensables es sustancialmente mayor cada año, así como aquellas que contribuyen a la gestión del conocimiento.

Hay que destacar que el descenso significativo en la referencia por parte de las comunidades autónomas a los programas llevados a cabo en colaboración con otras entidades se debe al hecho de que en el año 2006 las comunicaciones realizadas se referían, en la mayoría de los casos, a experiencias dirigidas a promover hábitos saludables entre estudiantes de educación primaria y secundaria, en cooperación con instituciones de educación. Se

entiende que, aunque éstos continuaron ejecutándose durante el año 2007, han dejado de registrarse como experiencias innovadoras al haberse puesto en práctica por primera vez en el año anterior.

TABLA 63. Experiencias innovadoras, 2006-2007

	Acuerdos de cooperación con otras entidades		Uso de TIC		Contribuye a la gestión del conocimiento		Cribado		Otros		Total		Porcentaje	
	06	07	06	07	06	07	06	07	06	07	06	07	06	07
	Promoción y prevención de la salud	16	9	1	-	-	-	4	1	2	9	23	19	38
Promoción y prevención de la salud entre estudiantes de educación primaria y secundaria	9	5	1	-	-	-	1	-	-	-	11	5	18	7
Promoción y prevención de la salud en mayores de 60 años	2	2	-	-	-	-	-	-	1	-	3	2	5	3
Promoción y prevención de la salud entre otros grupos	5	2	-	-	-	-	3	1	1	9	9	12	15	17
Gestión de servicios sanitarios	2	1	5	10	5	6	-	-	12	19	25	35	41	49
Equidad de género y atención a la salud	2	1	-	-	-	5	-	-	1	1	3	7	5	10
Atención a la salud de las personas inmigrantes	2	1	1	-	-	1	-	-	2	5	5	7	8	10
Apoyo a la investigación	1	1	-	-	2	-	-	-	2	3	5	4	8	5
Total	23	13	7	10	8	11	5	1	18	37	61	72	100	
Porcentaje	38	18	12	14	13	15	8	1	29	52	100			

TIC, tecnologías de la información y la comunicación.

TABLA 64. Experiencias innovadoras, por comunidad autónoma, 2006

	Experiencia innovadora
Andalucía	Prevención del tabaquismo
	Cita centralizada de Diraya
	Biblioteca virtual del sistema sanitario público de Andalucía
Aragón	Sistema de atención de alerta en salud pública
	Seminario de salud y medio ambiente
	Programa Cine y Salud
	Programa Focuss
Balears (Islas)	Servicio de receta electrónica
	Sistema de gestión de la calidad según la norma ISO 9001:2000
Canarias	Programa de formación posgraduada en centros sanitarios
	Aulas de salud
	Gestión centralizada de listas de espera
	Atención a la salud de personas inmigrantes
	Proyecto PRETEA
Castilla y León	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 dependencia a personas que están incluidas en el servicio de cartera de atención domiciliaria a enfermos inmovilizados
Castilla-La Mancha	Gerencia única en el Área de Salud de Puertollano
	Aplicación informática Turriano para la gestión en atención primaria
	Registro de voluntades anticipadas
Cataluña	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 contra las mujeres
	Plan Director de Inmigración
	Programa Hivacat
Comunidad Valenciana	Empresas generadoras de salud
	Prevención de lesiones por accidentes 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

Extremadura	Promoción de estilos de vida saludables para la prevención de la diabetes mellitus y de sus complicaciones
	Investigación cualitativa sobre las estrategias desarrolladas y expectativas sobre humanización
	Estudio Delphi sobre la humanización de la atención sanitaria en el sistema sanitario público de Extremadura
	Diseño y elaboración de un estudio entre profesionales del sistema sanitario público de Extremadura, sobre el conocimiento del Plan de Salud de Extremadura 2005-2008
	Programa "El Ejercicio Te Cuida"
Galicia	Oficina de apoyo a la investigación de la Consejería de Sanidad
	Resonancia magnética móvil
	Proyecto Valora-Salud
	Estudio del perfil clínico y social de las personas centenarias en el área de Lugo
Madrid (Comunidad de)	Programa de promoción de la salud con colectivos en situación de especial vulnerabilidad
	Programa de Atención al Mayor Polimedcado para la Mejora en la Utilización de los Medicamentos
	Atención sanitaria integral a los trabajadores masculinos del sexo
	Guía para la atención integral del inmigrante en el área 2
	Jornadas Ficbac
Murcia (Región de)	Proyecto Piloto de Prevención del Cáncer de Colon y Recto
	Plan de Educación para la Salud en la Escuela
Navarra (Comunidad Foral de)	Proyecto MAPPA
País Vasco	Análisis de información gráfica en listas de espera y Osakliniker
	Implantación de un sistema de gestión de calidad en la gestión de transfusión de hemoderivados
	Programa de tención a las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución
Rioja (La)	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
Ceuta y Melilla	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

TABLA 65. Clasificación de las experiencias innovadoras en función de su característica más destacable, 2006

Acuerdos de cooperación con otras entidades	Uso de TIC	Contribuye a la gestión del conocimiento	Cribado	Otros
Promoción y prevención de la salud entre estudiantes de educación primaria y secundaria				
A no fumar me apunto Cine y Salud PRETEA Programa Salud y Escuela Proyectos Valora-Salud Prevención de lesiones por accidentes de tráfico Educación para la Salud en la Escuela Prevención de trastornos de la conducta alimentaria Perseo	Drojnet		Programa de cribado de trastorno del espectro autista	
Promoción y prevención de la salud en mayores de 60 años				
El Ejercicio Te Cuida Atención al mayor polimedcado			Perfil clínico de personas centenarias del área de Lugo	
Promoción y prevención de la salud entre otros grupos				
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 Prevención del cáncer de colon y recto	Aulas de Salud
Gestión de servicios sanitarios				
Valoración integral de dependencia Gobiernos territoriales de salud	Diraya Receta electrónica Gestión centralizada de listas de espera Turriano Selene	Focuss Certificación ISO 9001:2000 Funcis Gerencia única del Área de Salud 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 del contrato de gestión Registro de voluntades anticipadas Conocimiento del Plan de Salud Investigación cualitativa sobre humanización Estudio Delphi Información gráfica sobre listas de espera Transporte a la demanda (accesibilidad) Resonancia magnética móvil (accesibilidad)

Equidad de género y atención a la salud				
Programa de abordaje de violencia de género Atención a las mujeres inmigrantes prostitutas			Salud para la mujer mayor de 40 años	
Atención a la salud de inmigrantes				
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
Apoyo a la investigación				
Programa Hivacat		Biblioteca virtual Ficbac		Oficina de apoyo a la investigación Premios de calidad 2006 del Hospital Cruz Roja de Ceuta
TIC, tecnologías de la información y el conocimiento.				

TABLA 66. Experiencias innovadoras, por comunidad autónoma, 2007

	Experiencia innovadora
Andalucía	Programa de deshabituación tabáquica para reclusas Sistema integral de gestión ambiental Plan de Atención a Cuidadoras de Familiares Panel de comunicación Plan Andaluz de Terapias Avanzadas
Aragón	Solsano Acuerdos de la Mesa Sectorial Programa de atención integral a la mujer Seminarios de formación intercultural dirigidos a profesionales sanitarios
Asturias	Programa de mantenimiento con metadona en oficinas de farmacia Programa de formación en uso adecuado de medicamentos dirigido a médicos de atención primaria con la característica de que los formadores eran profesionales, médicos asistenciales y farmacéuticos de atención primaria, compañeros de trabajo de los disidentes Consolidación del sistema de información en atención primaria e implantación de la herramienta informática ISIS para el análisis de la actividad en atención primaria Inclusión en las recetas del código nacional de medicamento prescrito Proyecto de telemedicina asíncrona (teleoftalmología y teledermatología)
Baleares (Islas)	HANCP Receta electrónica Proyecto H3
Canarias	Sistema de teletraducción del Servicio Canario de la Salud Unidades de hospitalización domiciliaria Consejos de salud como tecnología Proyecto Delta de Educación Nutricional

Cantabria	<p>Mejora de la seguridad en el uso de medicamentos en atención primaria</p> <p>Plan de Fomento de la Lactancia Materna</p> <p>Creación de UFSP</p> <p>Proyecto de apoyo a la gestión por procesos</p> <p>Detección precoz de la violencia de género</p> <p>CAP del personal sanitario y administrativo en relación a la atención a los inmigrantes</p> <p>Uso de mascarillas en salas de espera durante la temporada gripal</p>
Castilla y León	<p>Programa de intervención en personas que han realizado intentos de suicidio</p> <p>Programa de gestión de casos de trastornos mentales graves y prolongados</p> <p>Tramitación automática de la cita en los centros de salud</p> <p>Estudio sobre la prevalencia del TDAH</p> <p>Procedimiento de clasificación de procesos asistenciales en la historia clínica electrónica</p>
Castilla-La Mancha	<p>OCAU</p> <p>Red de telepatología de uso asistencial</p>
Cataluña	<p>Salud y Escuela</p> <p>Salud en los Barrios</p> <p>Logartime</p> <p>Protocolo y circuito de atención a las violencias contra las mujeres</p> <p>Plan Director de Inmigración</p> <p>Programa de investigación en malaria <i>Plasmodium-vivax</i></p>
Extremadura	<p>Programa de Prevención, Tratamiento y Control del Tabaquismo</p>
Galicia	<p>Creative</p> <p>Programa de gestión de la calidad del Plan de Galicia sobre Drogas</p> <p>Plan Integral del Cáncer</p>
Madrid (Comunidad de)	<p>Evaluación de la efectividad de la vacuna neumocócica conjugada heptavalente</p> <p>Cartera de servicios estandarizados de atención primaria</p> <p>Acciones en salud frente a la violencia de pareja hacia las mujeres</p> <p>Proyecto multidisciplinario de intervención para PEP (personas que ejercen la prostitución) en el área 9 del Sermas</p> <p>Actividad investigadora en el personal de enfermería</p>
Murcia (Región de)	<p>Calidad de vida y salud: diabetes mellitus</p> <p>Salud, inmigración y determinantes socioculturales. Estrategias para la acción</p> <p>Proyecto de humanización y naturalización del parto</p> <p>Convenio de colaboración con la asociación Murcia Acoge</p> <p>Integración e información clínica: atención primaria y atención especializada</p> <p>Punto de atención en el área de urgencias a casos de violencia de género</p> <p>Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del TDAH</p>
Navarra (Comunidad Foral de)	<p>Consejos educativos eficaces en estilo de vida</p> <p>Programa de promoción de la lactancia materna</p> <p>Cribado de la retinopatía diabética con retinografía no miótrica en atención primaria</p> <p>Proyecto de mejora organizativa en atención primaria</p> <p>Programa de atención a la salud de las personas inmigrantes</p>
País Vasco	<p>Explorar las utilidades de los ACG</p> <p>Variabilidad en detección y seguimiento de procesos crónicos</p> <p>Interacciones farmacológicas 3s-Osabide</p> <p>Formación virtual sobre uso racional del medicamento</p> <p>Rehabilitación cardíaca</p>
Rioja (La)	<p>Inauguración del Hospital San Pedro, de CARPA y de CIBIR</p> <p>Hospitalización a domicilio</p> <p>Teledermatología</p>

Ceuta y Melilla	Proyecto integral de imagen digital en el área de salud de Melilla Inclusión de la fotografía en TSI Programa marco de actuaciones conjuntas con el Imsero para atención sociosanitaria integral en Melilla Creación de USYR en Ceuta Premios calidad 2007 Hospital Cruz Roja de Ceuta
-----------------	--

ACG, *Adjusted Clinical Groups*. Sistema de clasificación de pacientes en atención primaria que tienen en cuenta la morbilidad, carga de enfermedad de la población atendida, la frecuentación, la carga asistencial y determina el consumo de recursos según dichos factores; **CAP**, Conocimientos, actitudes y prácticas del personal sanitario y administrativo de atención primaria del Servicio Cántabro de Salud en cuanto a la atención a la población inmigrante en Cantabria. El objeto del estudio es investigar las percepciones e interpretaciones de los diferentes colectivos del personal sanitario y administrativo de atención primaria en cuanto a los retos y necesidades de la formación y recursos que enfrentan en la atención a las personas inmigrantes usuarias del sistema; **CARPA**, Centro de Alta Resolución de Procesos Asistenciales; **CIBIR**, Centro de Investigación Biomédica Integral Riojano; **Creative**, programa de prevención selectiva e indicada del consumo de alcohol, *Cannabis*, cocaína y otras drogas en espacios urbanos públicos; **Diraya**, sistema de información corporativo cuyo objetivo es integrar toda la información sanitaria de cada persona, permitiendo que esté disponible en el lugar y momento en que la persona usuaria necesita atención sanitaria; **HANCP**, *Hazard Analysis and Nutritional Control Points*. Proyecto con el cual se pretende implicar a la pequeña y mediana empresa en la reformulación de sus alimentos y comidas preparadas en la lucha contra la obesidad; **OCAU**, oficinas de calidad y atención al usuario; **PERSEO**, Programa Piloto Escolar de Referencia para la Salud y el Ejercicio contra la Obesidad; **Programa Solsano**, Programa de fotoprotección solar en la infancia. Su objetivo es promover comportamientos saludables en las niñas y niños durante sus estancias al aire libre y que estos comportamientos perduren a lo largo de su vida adulta; **Proyecto Delta de Educación Nutricional**, orientado a la prevención de la obesidad desde la infancia; **Proyecto Drojnet** sobre Cooperación Interregional Transfronteriza para el desarrollo de un Servicio de Información sobre Drogas interactivo y adaptado al público joven, que pretende poner en marcha, desarrollar y mejorar la prevención selectiva mediante los diferentes soportes de las nuevas tecnologías de la información; **Proyecto H3**, desarrollado con el objetivo de paliar el déficit de anestesiólogos en Ib-salut; **Proyecto MAPPA**, práctica enfocada a desarrollar e implantar una estrategia de calidad orientada hacia los procesos nucleares de una organización sanitaria, los procesos clínicos de atención; **Proyecto Selene** sobre la historia clínica electrónica, solución orientada a la Red Integrada de Salud que unifica el conocimiento de las diferentes áreas y niveles de atención en un sistema de información complejo y homogéneo. Es la herramienta del personal sociosanitario para mejorar la eficiencia de los procesos y de los flujos de trabajo, la reducción de costes operativos y, sobre todo, la mejora de la calidad asistencial; **TDAH**, trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad; **TSI**, tarjeta sanitaria individual; **UFSP**, Unidades Funcionales de Seguridad de Pacientes. Unidades dedicadas a actividades de prevención y monitorización de riesgos clínicos. Su misión es fomentar la cultura de seguridad en el Servicio Cántabro de Salud; **USYR**, Unidad Funcional de Seguridad de Pacientes y Gestión de Riesgos Clínicos.

TABLA 67. Clasificación de las experiencias innovadoras en función de su característica más destacable, 2007

Acuerdos de cooperación con otras entidades	Uso de TIC	Contribuye a la gestión del conocimiento	Cribado	Otros
Promoción y prevención de la salud entre estudiantes de educación primaria y secundaria				
Solsano Delta Estudio sobre la prevalencia del TDAH Salud y Escuela Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico de TDAH				

Promoción y prevención de la salud en mayores de 60 años				
Salud en los Barrios Programa marco de actuación conjunta con el Imsero para atención sociosanitaria integral en Melilla				
Promoción y prevención de la salud entre otros grupos				
Programa de deshabituación tabáquica para reclusas HANCP			Evaluación de la efectividad de la vacuna neumocócica conjugada heptavalente	Consejos de salud como tecnología Plan de Fomento de la Lactancia Materna Uso de mascarillas en salas de espera durante la temporada gripal Programa de prevención, tratamiento y control del tabaquismo Creative Calidad de vida y salud: diabetes mellitus Programa Consejos educativos eficaces en estilo de vida Programa de promoción de la lactancia materna Rehabilitación cardíaca
Gestión de servicios sanitarios				
Receta electrónica	Sistema de teletraducción Tramitación automática de cita en los centros de salud Procedimiento de clasificación de procesos asistenciales en la historia clínica electrónica Red de telepatología de uso asistencial Integración e información clínica: atención primaria y atención especializada Interacciones farmacológicas en 3s-Osabide Formación virtual sobre uso racional de medicamentos en atención primaria Teledermatología Proyecto integral de imagen digital en el área de salud de Melilla Inclusión de la fotografía en TSI	Creación de UFSP Proyecto de Gestión por Procesos Programa de gestión de la calidad del Plan Galicia sobre Drogas Cartera de servicios estandarizados de atención primaria Cribado de la retinopatía diabética con retinografía no midriática en atención primaria		Sistema integral de gestión ambiental Acuerdos de la Mesa Sectorial Proyecto H3 Unidades de hospitalización domiciliaria Mejora de la seguridad en el uso de medicamentos en atención primaria Programa de intervención en personas que han realizado intentos de suicidio Programa de gestión de casos de trastornos mentales graves y prolongados OCAU Logaritme Plan Integral del Cáncer Proyecto de humanización y naturalización del parto Proyecto de mejora organizativa en atención primaria Explorar las utilidades de los ACG Variabilidad en la detección y seguimiento de enfermos crónicos en atención primaria Inauguración del Hospital San Pedro de Logroño Inauguración de CARPA Hospitalización a domicilio Creación de la USYR en Ceuta Premios calidad 2007 del Hospital Cruz Roja de Ceuta

Equidad de género y atención a la salud				
Proyecto multidisciplinario de intervención para PEP en el área 9 del Sermas		Programa de atención integral a la mujer Detección precoz de violencia de género Protocolo de atención a la violencia contra las mujeres Acciones en salud frente a la violencia de pareja hacia las mujeres Punto de atención en el área de urgencias a casos de violencia de género		Plan de atención a cuidadoras de familiares
Atención a la salud de las personas inmigrantes				
Convenio de colaboración con la asociación Murcia Acoge		Seminarios de formación intercultural a profesionales de salud		Panel de comunicación CAP del personal sanitario y administrativo en relación con la atención a los inmigrantes Plan Director de Inmigración Salud, inmigración y determinantes socioculturales Estrategias para la acción Programa de atención a la salud de inmigrantes
Apoyo a la investigación				
Programa de investigación en malaria <i>Plasmodium vivax</i>				Plan Andaluz de Terapias Avanzadas Actividad investigadora en el personal de enfermería Inauguración de CIBIR
<p>ACG, <i>Adjusted Clinical Groups</i>; CAP, Conocimientos, actitudes y prácticas; CARPA, Centro de Alta Resolución de Procesos Asistenciales; CIBIR, Centro de Investigación Biomédica Integral Riojano; HANCP, <i>Hazard Analysis and Nutritional Control Points</i>; OCAU, Oficinas de calidad y atención al usuario; PEP, personas que ejercen la prostitución; TDH, trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad; TIC, tecnologías de la información y la comunicación; TSI, tarjeta sanitaria individual; UFSP, Unidades Funcionales de Seguridad de Pacientes; USYR, Unidad Funcional de Seguridad de Pacientes y Gestión de Riesgos Clínicos.</p>				



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

www.mspes.es