

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2008

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2008

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

CAPÍTULO 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, Política Social e Igualdad, 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, Política Social e Igualdad al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Edita y distribuye:

©2010 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Secretaría General Técnica

Centro de Publicaciones

Paseo del Prado, 18 – 28014 Madrid

NIPO papel: 840-10-085-8

NIPO CD: 840-10-084-2

NIPO en línea: 840-10-087-9

Depósito legal: M-50992-2010

Impresión: Artes Gráficas Gala, S. L.

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

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2008



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

Plan de **Calidad**
para el Sistema Nacional
de Salud



Coordinación

Carnicero Giménez de Azcárate, Javier

Director del Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social

Abad Bassols, Ángel

Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social

López Rodríguez, Alicia

Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social

Colaboración

Abad Bassols, Ángel

Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social

Andrés (de) Rivera, Ángel

Subdirección General de cartera de Servicios y Nuevas Tecnologías. Ministerio de Sanidad y Política Social

Alfaro Latorre, Mercedes

Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Política Social

Alonso Capitán, Marga

Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Ministerio de Sanidad y Política Social

Benedí González, Alicia

Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Política Social

Caballo Diéguez, Covadonga

Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Ministerio de Sanidad y Política Social

Calvente Cestafe, Natividad

Dirección General de Terapias Avanzadas y Trasplantes. Ministerio de Sanidad y Política Social

Campos Esteban, Pilar

Subdirección General de Promoción y Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Política Social

Carbajo Arias, Pilar

Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad y Política Social

Carnicero Giménez de Azcárate, Javier

Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social

Castillo Soria, Olivia

Secretaría del Plan Nacional del SIDA. Ministerio de Sanidad y Política Social

Díez Ruz-Navarro, Mercedes

Secretaría del Plan Nacional del SIDA. Ministerio de Sanidad y Política Social

Espiga López, Isabel

Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Política Social

Esteban Gonzalo, Santiago

Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Política Social

Etreros Huerta, Javier

Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Política Social

Fernández Quintana, Ana Isabel

Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Política Social

García Calatayud, María Luisa

Subdirección de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Ministerio de Sanidad y Política Social

García Gofí, Manuel

Economía Aplicada. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad Complutense de Madrid

Garrido García, Marta

Subdirección General de Sanidad Exterior. Ministerio de Sanidad y Política Social

Gogorcena Aoiz, María Ángeles

Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Política Social

Gutiérrez Fisac, Juan Luis

Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Política Social

Ichaso Hernández-Rubio, María de los Santos

Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Política Social

Infanta (de la) Pérez, Lourdes

Subdirección General de Alta Inspección. Ministerio de Sanidad y Política Social

Jiménez Rosado, Pilar

Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Política Social

Koerting de Castro, Ana

Secretaría del Plan Nacional del SIDA. Ministerio de Sanidad y Política Social

Lens Cabrera, Carlos

Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Política Social

Lizarbe Astorga, Vicenta María

Subdirección General de Promoción y Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Política Social

López Rodríguez, Alicia

Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social

Merino Merino, Begoña

Subdirección General de Promoción y Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Política Social

Moro Domingo, Elena

Subdirección General de Promoción y Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Política Social

Neira León, Montserrat

Secretaría del Plan Nacional del SIDA. Ministerio de Sanidad y Política Social

Oliva Moreno, Juan

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

Palau Miguel, Margarita

Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Ministerio de Sanidad y Política Social

Pallarés Neila, Luis

Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad y Política Social

Pérez Fernández, Silvia

Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad y Política Social

Pérez López, Rosa Blanca

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social

Polo Rodríguez, Rosa

Secretaría del Plan Nacional del SIDA. Ministerio de Sanidad y Política Social

Regidor Poyatos, Enrique

Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Política Social

Relaño Toledano, Jorge

Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Ministerio de Sanidad y Política Social

Robledo de Dios, Teresa

Secretaría del Plan Nacional del SIDA. Ministerio de Sanidad y Política Social

Sánchez Núñez-Arenas, Víctor

Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Ministerio de Sanidad y Política Social

Soriano Ocón, Raúl

Secretaría del Plan Nacional del SIDA. Ministerio de Sanidad y Política Social

Suárez Alonso, Andrés Gerardo

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Política Social

Tapia Raya, Ángela María

Secretaría del Plan Nacional del SIDA. Ministerio de Sanidad y Política Social

Valcarce de Angulo, Elina

Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Ministerio de Sanidad y Política Social

Vargas Marcos, Francisco

Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Ministerio de Sanidad y Política Social

Vázquez Torres, María

Secretaría del Plan Nacional del SIDA. Ministerio de Sanidad y Política Social

Vitoria Isusi, Amaia

Secretaría del Plan Nacional del SIDA. Ministerio de Sanidad y Política Social

Comité Institucional

Abad Díez, José M^º.

Aragón

Alzuela Fernández, Ángel M.

Asturias

Blanco Galán, M^º. Antonia

INGESA (Ceuta y Melilla)

Calvo Pérez, Pilar

Madrid (Comunidad de)

Castaño Riera, Eusebio

Baleares (Islas)

Cestafe Martínez, Adolfo

Rioja (La)

Cuadrado Domínguez, M^º. Luisa

Castilla y León

Esnaola, Santiago

País Vasco

García Sánchez, Miguel Ángel

Castilla-La Mancha

Gómez Soriano, Gregorio

Comunidad Valenciana

Guiu Ribé, Gerard

Cataluña

Lasanta Sáez, M^a. José

Navarra (Comunidad Foral de)

O'Shanahan Juan, José Joaquín

Canarias

Ortega Mendi, Manuel

Cantabria

Palomar Rodríguez, Joaquín

Murcia (Región de)

Paneque Sosa, Pilar

Andalucía

Vázquez Mourelle, Raquel

Galicia

Zarallo Barbosa, Tomás

Extremadura

Comité Editorial

Abad Bassols, Ángel

Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social

Benedí González, Alicia

Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Política Social

Calvente Cestafe, Natividad

Dirección General de Terapias Avanzadas y Trasplantes. Ministerio de Sanidad y Política Social

Carbajo Arias, Pilar

Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad y Política Social

Carnicero Giménez de Azcárate, Javier

Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social

Espiga López, Isabel

Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Política Social

Freire Campo, José Manuel

Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III

Oliva Moreno, Juan

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

Pallarés Neila, Luis

Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad y Política Social

Pérez Fernández, Silvia

Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad y Política Social

Oriol Ramis, Juan

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

Regidor Poyatos, Enrique

Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Política Social

Relaño Toledano, Jorge

Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Ministerio de Sanidad y Política Social

Rivera Castiñeira, Berta

Facultad de Ciencias Económicas. Universidad A Coruña

Sánchez Núñez-Arenas, Víctor

Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Ministerio de Sanidad y Política Social

Segura I Benedicto, Andreu

Instituto de Estudios de la Salud. Generalitat de Catalunya

Urbanos Garrido, Rosa M^a.

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad Complutense

Vargas Marcos, Francisco

Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Ministerio de Sanidad y Política Social

Vida Fernández, José

Dpto. de Derecho Público del Estado. Universidad Carlos III de Madrid

Vidales Lombó, Rosa

Subdirección General de Normativa. Ministerio de Sanidad y Política Social

Apoyo administrativo y logístico

Manzano Ballesteros, María Pilar

Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social

Bris Coello, María del Rosario

Subdirección General de Promoción y Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Política Social

Apoyo editorial

Blanco Ramos, Oscar

CRV Consultoría & Servicios

Elicegui Maestro, Ignacio

CRV Consultoría & Servicios

Rojas de la Escalera, David

CRV Consultoría & Servicios

Índice

Índice de tablas	17
Índice de figuras	25
Prólogo	29
Resumen	31
Introducción	45
1 Estado de salud de la población	
1.1 Características demográficas de la población española	47
1.2 Determinantes sociales y económicos de la salud	50
1.3 Esperanza de vida	55
1.4 Mortalidad	58
1.5 Accidentes	60
1.6 Percepción subjetiva de la salud	62
1.7 Incapacidad	63
1.8 Hábitos de vida no saludables	64
1.9 Obesidad	67
2 Descripción y análisis institucional	
2.1 Organización y fórmulas de gestión del Sistema Sanitario	69
2.2 Políticas y Planes Sanitarios	76
2.3 Gasto sanitario	83
2.4 Fondo de cohesión sanitaria	95
3 Recursos y actividad asistencial	
3.1 Atención Primaria	101
3.2 Atención Especializada	112
4 Salud Pública	
4.1 Epidemiología. Actuaciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades	130
4.2 Sanidad exterior	147

4.3	Plan Nacional sobre el SIDA	155
4.4	Sanidad Ambiental	166
5	Medicamentos y productos sanitarios	
5.1	Prestación farmacéutica	175
5.2	Análisis del consumo farmacéutico a través de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud	178
5.3	Medicamentos y productos sanitarios financiados por el Sistema Nacional de Salud	194
5.4	Políticas y medidas de uso racional de medicamentos	204
5.5	Vigilancia de la seguridad de los medicamentos y productos sanitarios	209
5.6	Ensayos clínicos con medicamentos	215
6	Calidad	
6.1	Plan de calidad	221
6.2	Premios a la Calidad	223
6.3	Seguridad del paciente	224
6.4	Excelencia clínica	226
6.5	Estándares, acreditación y auditorias	228
6.6	Estrategias de salud en procesos asistenciales	230
6.7	La Calidad en el Sistema Nacional de Salud	237
7	Equidad	
7.1	Disminuir las desigualdades en salud en la población española	249
7.2	Género y salud	261
8	Gestión de la información clínica en el Sistema Nacional de Salud	
8.1	Proyecto Historia Clínica Digital	279
8.2	Proyecto epSOS	282
8.3	Desarrollo de la historia clínica electrónica en las CCAA	284

9	Ordenación profesional y formación sanitaria	
9.1	Ordenación profesional	291
9.2	La formación sanitaria especializada	295
9.3	Formación continuada	307
9.4	Principales actuaciones relacionadas con la formación continuada y con el sistema acreditador	311
10	Investigación	
10.1	Plan Nacional de Investigación (I+D+i)	314
10.2	Estructuras y centros de investigación	325
10.3	Proyectos de Investigación	327
11	Innovación	
11.1	La innovación en el Sistema Nacional de Salud	332
	Anexo: Abreviaturas, acrónimos y siglas	343

Índice de Tablas

1 Estado de salud de la población

Tabla 1.1.	Población residente en España en 2001 y en 2008	47
Tabla 1.2.	Tasa de natalidad, tasa de mortalidad y saldo vegetativo por 1.000 habitantes. España, 2001-2007	48
Tabla 1.3.	Población extranjera residente en España en 2001 y en 2008 e incremento en 2008 con respecto a 2001	48
Tabla 1.4.	Población residente en España, según comunidad autónoma de residencia. Año 2008	49
Tabla 1.5.	Tasa de fecundidad según comunidad autónoma. España 2001 y 2007	50
Tabla 1.6.	Distribución de la población de 16 y más años, según el nivel de estudios terminados. España, 1991-2007	51
Tabla 1.7.	Distribución de hombres y mujeres de 16 y más años, según el nivel de estudios terminados. España, 1991-2007	51
Tabla 1.8.	Porcentaje de población de 25 a 64 años con al menos estudios de segundo grado segundo ciclo. España, 1991-2007	52
Tabla 1.9.	Porcentaje de población de 16 y más años con estudios superiores, según comunidad autónoma. España, 2007	53
Tabla 1.10.	Tasa de actividad, en porcentaje. España, 1991-2007	53
Tabla 1.11.	Tasa de paro, en porcentaje. España, 1991-2007	54
Tabla 1.12.	Tasa de actividad y tasa de paro según comunidad autónoma. España, 2007	54
Tabla 1.13.	Esperanza de vida y esperanza de vida en buena salud al nacer y a los 65 años por sexo. España, 2000 y 2007	55
Tabla 1.14.	Esperanza de vida y esperanza de vida en buena salud al nacer por comunidad autónoma. España, 2000 y 2007	57
Tabla 1.15.	Tasa de mortalidad infantil según comunidad autónoma. España, 2001 y 2007	58
Tabla 1.16.	Defunciones según causa de muerte, mortalidad proporcional en porcentaje y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes. España, 2001 y 2007	59

Tabla 1.17.	Distribución porcentual por edad de las defunciones por las principales causas de muerte. España, 2007	60
Tabla 1.18.	Número de víctimas totales y de fallecidos por accidente de tráfico, tasas por 1.000 accidentes y tasas por 100.000 habitantes. España 2001-2008	61
Tabla 1.19.	Índice de frecuencia de accidentes de trabajo en jornada de trabajo según sector de actividad. España 2001 y 2008	62
Tabla 1.20.	Percepción subjetiva de la salud por edad y sexo. España, 2001 y 2006/07	63
Tabla 1.21.	Población total y población de 75 y + años con alguna discapacidad por 1000 habitantes, por sexo. España, 1999 y 2008	64
Tabla 1.22.	Porcentaje de población fumadora y porcentaje de población consumidora de alcohol por edad y sexo. España, 2001 y 2006-2007	65
Tabla 1.23.	Porcentaje de población de 14 a 18 años y de 15 a 64 años que declaran haber consumido en los últimos doce meses diferentes tipos de sustancias psicoactivas. España, 2000-2007	66
Tabla 1.24.	Porcentaje de población sedentaria y porcentaje de población obesa por edad y sexo. España, 2001 y 2006/07	67

2 Descripción y análisis institucional

Tabla 2.1.	Fórmulas de gestión empleadas en el Sistema Nacional de Salud	75
Tabla 2.2.	Evolución del gasto sanitario y del producto interior bruto (PIB)	84
Tabla 2.3.	Distribución del gasto sanitario por proveedores y financiadores	87
Tabla 2.4.	Gasto sanitario público 2003-2007. Clasificación funcional en miles de €	88
Tabla 2.5.	Gasto sanitario público 2003-2007. Clasificación económica	90
Tabla 2.6.	Gasto sanitario público consolidada por CCAA	92
Tabla 2.7.	Gasto sanitario público como porcentaje del producto interior bruto (PIB).	94
Tabla 2.8.	Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS). Periodo 2002-2008	96

Tabla 2.9.	Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria. Desplazados residentes en España	98
Tabla 2.10.	Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria. Desplazados a España en estancia temporal a cargo de otro estado	99

3 Recursos y Actividad Asistencial

Tabla 3.1.	Distribución de Población por área de salud (valores máximos, medios y mínimos)	103
Tabla 3.2.	Distribución de recursos estructurales por área de salud (valores máximos, medios y mínimos)	104
Tabla 3.3.	Distribución de recursos estructurales por comunidad autónoma	105
Tabla 3.4.	Distribución de recursos humanos por comunidad autónoma	107
Tabla 3.5.	Recursos humanos y población asignada según Tarjeta Sanitaria Individual	107
Tabla 3.6.	Distribución de los ratios de población Tarjeta Sanitaria Individual/profesionales existentes	109
Tabla 3.7.	Distribución de la dotación de camas instaladas por comunidad autónoma. Hospitales SNS. Año 2007	114
Tabla 3.8.	Evolución número de camas instaladas por dependencia y finalidad. Años 2000-2007	115
Tabla 3.9.	Distribución dotación tecnológica por comunidades autónomas. Hospitales SNS. Año 2007	117
Tabla 3.10.	Evolución indicadores de actividad. Hospitales de agudos SNS. Años 2000-2007	119
Tabla 3.11.	Distribución de altas por grandes causas de hospitalización. Hospitales de agudos SNS. Año 2007	121
Tabla 3.12.	Distribución 25 procesos más frecuentes de hospitalización. Hospitales SNS. Año 2007	123
Tabla 3.13.	15 GRD quirúrgicos más frecuentes. Hospitales SNS Año 2007	124
Tabla 3.14.	Distribución de los 15 GRD quirúrgicos más frecuentes. Cirugía ambulatoria. Hospitales SNS. Año 2007	126

4 Salud Pública

Tabla 4.1.	Actuaciones y avances para implementar planes y programas de prevención de consumo de alcohol en 2008	135
Tabla 4.2.	Actuaciones y avances para implementar planes y programas de tabaquismo en 2008	141
Tabla 4.3.	Tabla I.V.E. Número según grupo de edad y CCAA de residencia. Año 2007	145
Tabla 4.4.	Tabla I.V.E. Tasas por 1.000 mujeres de cada grupo de edad. Periodo 1998-2007	146
Tabla 4.5.	I.V.E en mujeres menores de 20 años. Según Comunidad Autónoma de residencia	146
Tabla 4.6.	Empresas autorizadas para exportación	150
Tabla 4.7.	Inspecciones rutinarias (2007)	153
Tabla 4.8.	Estimadores de la epidemia de VIH y sida en España. Año 2007	158
Tabla 4.9.	Presupuesto total en euros destinado a la prevención del VIH y al apoyo psicológico y social de las personas afectadas. Periodo 1999-2007	162
Tabla 4.10.	Proyectos e importe solicitados/concedidos, según prioridad. Año 2008	163
Tabla 4.11.	Programas de apoyo social a personas afectadas por el VIH/sida gestionados a cargo de IRPF. Año 2008	163
Tabla 4.12.	Actuaciones y avances para implementar planes y programas de VIH/SIDA	164
Tabla 4.13.	Sustancias químicas nuevas (Unión Europea)	168
Tabla 4.14.	Evaluaciones realizadas según Real Decreto 3349/83. Año 2008	169

5 Medicamentos y productos sanitarios

Tabla 5.1.	Evolución del gasto farmacéutico como porcentaje del gasto sanitario total. Periodo 1995-2008	179
Tabla 5.2.	Total gasto sanitario y total del gasto farmacéutico. Periodo 2004-2008	180
Tabla 5.3.	Evolución de los principales datos de la facturación de recetas médicas del SNS	181

Tabla 5.4.	Evolución de los principales datos de la facturación de recetas médicas del SNS por comunidades autónomas. Año 2008	182
Tabla 5.5.	Gasto medio por receta y gasto y recetas por persona protegida. Periodo 2003-2008	183
Tabla 5.6.	Gasto medio por receta y gasto y recetas por persona protegida por comunidades autónomas. Año 2008	184
Tabla 5.7.	Consumo de medicamentos genéricos a través de recetas médicas del SNS. Periodo 2003-2008	186
Tabla 5.8.	Cinco primeros subgrupos terapéuticos de mayor consumo de envases. Año 2008	188
Tabla 5.9.	Cinco primeros subgrupos terapéuticos de mayor consumo en importe a PVP. Año 2008	188
Tabla 5.10.	Cinco primeros subgrupos terapéuticos de mayor consumo de envases e importe por comunidades autónomas. Año 2008	189
Tabla 5.11.	Diez primeros principios activos de mayor consumo en envases. Año 2008	191
Tabla 5.12.	Diez primeros principios activos de mayor consumo en importe a PVP. Año 2008	192
Tabla 5.13.	Consumo de envases de productos sanitarios. Año 2008	193
Tabla 5.14.	Importe a PVP del consumo de productos sanitarios. Año 2008	193
Tabla 5.15.	Medicamentos financiados por el SNS a 31/12/2008	195
Tabla 5.16.	Medicamentos (genéricos y no genéricos) financiados por el SNS a 31/12/2008	196
Tabla 5.17.	Medicamentos incluidos en el Nomenclátor de Productos Farmacéuticos facturables a 31/12/2008	197
Tabla 5.18.	Medicamentos incluidos en la financiación pública del SNS en el año 2008	198
Tabla 5.19.	Medicamentos (genéricos y no genéricos) incluidos en la financiación pública del SNS en el año 2008	199
Tabla 5.20.	Medicamentos incluidos en el Nomenclátor de Productos Farmacéuticos facturables en el año 2008	200

Tabla 5.21.	Principios Activos incluidos por primera vez en la financiación del SNS en el año 2008	201
Tabla 5.22.	Productos Sanitarios financiados por el SNS a 31/12/2008	203
Tabla 5.23.	Reacciones adversas a medicamentos de uso humano recibidas	209
Tabla 5.24.	Notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos enviadas a organismos internacionales e industria farmacéutica	210
Tabla 5.25.	Informes periódicos de seguridad de medicamentos	210
Tabla 5.26.	Estudios postautorización de medicamentos	210
Tabla 5.27.	Modificaciones de seguridad de medicamentos	211
Tabla 5.28.	Gestión de riesgos de medicamentos	211
Tabla 5.29.	Farmacovigilancia de medicamentos autorizados por procedimiento centralizado y reconocimiento mutuo/descentralizado que España realiza para toda la Unión Europea	212
Tabla 5.30.	Actividad del Proyecto de base de datos para la investigación farmacoepidemiológica en atención primaria (BIFAP)	213
Tabla 5.31.	Sistema de vigilancia de productos sanitarios	214
Tabla 5.32.	Distribución porcentual de los ensayos clínicos por fases	216
Tabla 5.33.	Distribución porcentual de los ensayos clínicos por tipo de promotor	216
Tabla 5.34.	Distribución porcentual de los ensayos clínicos por tipo de centro	216
Tabla 5.35.	Número de ensayos clínicos con terapias avanzadas autorizados por la AEMPS	217
Tabla 5.36.	Actividad del centro coordinador de los comités éticos de investigación clínica (CC-CEIC) durante 2008	219

6 Calidad

Tabla 6.1.	Auditorías docentes. Año 2008	230
Tabla 6.2.	Actuaciones y avances para implantar los planes y programas sobre el cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes, salud mental y cuidados paliativos	232

7 Equidad

Tabla 7.1.	Medidas adoptadas por las CCAA y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla para disminuir las desigualdades en salud en la población	256
Tabla 7.2.	Actuaciones y avances para implementar protocolos contra la violencia de género en 2008	264
Tabla 7.3.	Medidas adoptadas por las CCAA y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla sobre género y salud	272
Tabla 7.4.	Actuaciones y avances para implementar planes y programas de atención a la mujer y parto normal	276

8 Gestión de la información clínica en el Sistema Nacional de Salud

Tabla 8.1.	Otros contenidos generales implantados en la Historia Clínica Electrónica (según CCAA)	286
Tabla 8.2.	Contenidos relativos a medicamentos implantados en la Historia Clínica Electrónica (según CCAA)	287
Tabla 8.3.	Contenidos relativos a petición de pruebas implantados en la Historia Clínica Electrónica (según CCAA)	288
Tabla 8.4.	Integración de resultados (I) en la Historia Clínica Electrónica (según CCAA)	289
Tabla 8.5.	Otros contenidos en la Historia Clínica Electrónica (según CCAA)	290

9 Ordenación profesional y formación sanitaria

Tabla 9.1.	Necesidades de especialistas de medicina en España. Periodo 2008-2025	293
Tabla 9.2.	Porcentaje de especialistas necesarios en 2008 sobre el total de la especialidad	294
Tabla 9.3.	Convocatoria de plazas de formación sanitaria especializada 2007/2008	299
Tabla 9.4.	Evolución de la oferta y adjudicación de plazas de formación sanitaria especializada de medicina en las convocatorias de 2003/04 a 2007/08	300
Tabla 9.5.	Resumen de los datos más significativos de las pruebas selectivas 2007/2008	303

Tabla 9.6.	Residentes en formación sanitaria especialidad en septiembre de 2008	305
Tabla 9.7.	Especialistas en formación sin nacionalidad española	306
Tabla 9.8.	Total de actuaciones realizadas en formación continuada y sistema acreditador en 2008	311

10 Investigación

Tabla 10.1.	Proyectos de I+D por CCAA. Convocatoria año 2008	316
Tabla 10.2.	Proyectos de investigación clínica independiente por CCAA. Convocatoria año 2008	318
Tabla 10.3.	Proyectos de investigación sobre evaluación de tecnologías sanitarias y servicios de salud. Convocatoria año 2008	319
Tabla 10.4.	Ayudas para Infraestructuras. Convocatoria año 2008	320
Tabla 10.5.	Financiación de los CIBER	321
Tabla 10.6.	Financiación de las RETICS	322
Tabla 10.7.	Distribución de solicitudes y concesiones del sistema CAIBER. Convocatoria año 2008	323
Tabla 10.8.	Acciones de dinamización del entorno investigador y tecnológico del SNS. Convocatoria año 2008	324
Tabla 10.9.	Distribución de la financiación del sistema CAIBER. Convocatoria 2008	325

11 Innovación

Tabla 11.1.	Experiencias innovadoras de las CCAA en gestión de servicios sanitarios	333
Tabla 11.2.	Experiencias innovadoras de las CCAA en tecnologías de la información y la comunicación (TIC)	334
Tabla 11.3.	Experiencias innovadoras de las CCAA en proyectos asistenciales	335
Tabla 11.4.	Experiencias innovadoras de las CCAA en formación e investigación, equidad y otras experiencias	335

Índice de Figuras

1 Estado de salud de la población

2 Descripción y análisis institucional

Figura 2.1. Composición del gasto sanitario. Periodo 2003-2007	85
Figura 2.2. Composición del gasto sanitario. Año 2007	86
Figura 2.3. Gasto sanitario público 2007. Distribución funcional	88
Figura 2.4. Gasto sanitario público 2003-2007. Variaciones en la distribución funcional	89
Figura 2.5. Gasto sanitario público 2007. Distribución económica	90
Figura 2.6. Gasto sanitario público 2003-2007. Variaciones en la distribución económica	91
Figura 2.7. Porcentajes de población y gasto sanitario público	93
Figura 2.8. Variaciones 2003-2007 en la participación del gasto sanitario público corriente en el producto interior bruto (PIB)	95
Figura 2.9. Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS). Periodo 2002-2008	97

3 Recursos y Actividad Asistencial

Figura 3.1. Algunos ejemplos de distribución de la población protegida por el SNS	102
Figura 3.2. Áreas de salud según Población asignada	103
Figura 3.3. Proporción centros de Salud/consultorios locales	105
Figura 3.4. Ratio población/profesional sanitario	108
Figura 3.5. Frecuentación declarada a medicina en Atención Primaria	110
Figura 3.6. Evolución número de camas instaladas y plazas de hospital de día en hospitales del SNS Años 2000-2007	116
Figura 3.7. Distribución de profesionales de medicina por especialidades. Hospitales SNS. Año 2007	118

4 Salud Pública

Figura 4.1. Porcentaje de fumadores por grupos de población (hombres)	138
---	-----

Figura 4.2. Porcentaje de fumadores por grupos de población (mujeres)	138
Figura 4.3. Estructura de la Red Transfusional en España	142
Figura 4.4. Control de partidas de productos destinados a consumo humano	149
Figura 4.5. Motivos de rechazo en control de partidas de productos destinados a consumo humano	149
Figura 4.6. Estadística de número de actuaciones en los Centros de Vacunación Internacional. Periodo 2005-2008	151
Figura 4.7. N de Alertas sanitarias internacionales. Periodo 2000-2008	152
Figura 4.8. Alertas sanitarias activas. Periodo 2000-2008	153
Figura 4.9. Brotes de enfermedades infecto-contagiosas en buques y Aeronaves 2007	155
Figura 4.10. Incidencia anual de Sida en España corregida por retraso en la notificación. Registro Nacional de Sida. Actualización a 31 de diciembre de 2008	156
Figura 4.11. Nuevos diagnósticos de VIH anuales por categorías de transmisión y sexo, 2003-2007. Datos de 8 CCAA	157
Figura 4.12. Número de preservativos financiados por los planes autonómicos de Sida, SGIP y el CJE España 1995-2007. Registro Nacional de Sida. Actualización a 31 de diciembre de 2008	159
Figura 4.13. Programas de prevención de VIH para hombres con prácticas homosexuales. Periodo 1997-2007	160
Figura 4.14. Material de inyección estéril distribuido desde los programas de intercambio de jeringas (PIJ) y farmacias. Periodo 1997-2007	160
Figura 4.15. Número de CA con programas de prevención del VIH en inmigrantes según área geográfica de procedencia. Periodo 2000-2007	161
Figura 4.16. Resoluciones de nueva inscripción o renovaciones	167
Figura 4.17. Evaluaciones realizadas según Real Decreto 2163/94. Año 2008	170

Figura 4.18. Distribución de comunicaciones por CCAA, a través de la Red de Intercambio de Información de Productos Químicos. Año 2008	171
Figura 4.19. Evolución de los datos del Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo (SINAC). Periodo 2003-2008	172
Figura 4.20. Evolución del mapa de niveles de alerta. Año 2008	174

5 Medicamentos y productos sanitarios

Figura 5.1. Gasto medio por receta (euros) por comunidades autónomas. Año 2008	185
Figura 5.2. Consumo porcentual en envases de Especialidad Farmacéutica Genérica por comunidades autónomas. Año 2008	186
Figura 5.3. Consumo porcentual en importe a Precio Venta Público de Especialidad Farmacéutica Genérica por comunidades autónomas. Año 2008	187
Figura 5.4. Incidentes adversos notificados al Sistema de Vigilancia de Productos Sanitarios	214
Figura 5.5. Evolución del número de ensayos clínicos (EC) y productos en fase de investigación clínica (PEI) autorizados por la AEMPS	215

6 Calidad

7 Equidad

Figura 7.1. Distribución porcentual de mujeres y hombres por categorías profesionales en algunas especialidades sanitarias	267
Figura 7.2. Distribución porcentual de personal investigador por grupos de edad y sexo. Año 2006	268
Figura 7.3. Porcentaje de proyectos FIS concedidos según investigador/a principal. Años 1995 y 2006	268
Figura 7.4. Distribución de los Comités de Dirección y Científicos de revistas españolas de ciencias de la salud por sexo. 2007	269
Figura 7.5. Distribución de personal sanitario que presta servicios en establecimientos sanitarios. (Resultados inferiores a 40% de representación de mujeres)	270
Figura 7.6. Distribución de personal sanitario que presta servicios en establecimientos sanitarios. (Resultados entre 40% y 60% de representación de mujeres)	270

Figura 7.7. Distribución de personal sanitario que presta servicios en establecimientos sanitarios. (Resultados superiores al 60% de representación femenina)	271
Figura 7.8. Nivel de satisfacción con el funcionamiento del Sistema Sanitario, 2006-2007	272
8 Gestión de la información clínica en el Sistema Nacional de Salud	
9 Ordenación profesional y formación sanitaria	
Figura 9.1. Nuevas plazas acreditadas en 2008 por especialidad	298
Figura 9.2. Incremento de plazas de formación, 2003/4-2008/9	298
10 Investigación	
Figura 10.1. Ensayos clínico con medicamentos de uso humano 2002-2008	328
Figura 10.2. Promotores de ensayos clínicos en 2008	328
Figura 10.3. Porcentaje de participación de las comunidades autónomas en los ensayos clínicos	329
11 Innovación	
Figura 11.1. Nº experiencias según área de innovación en 2008	332

Prólogo

Por sexto año consecutivo el Observatorio del Sistema Nacional de Salud (SNS) presenta el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, según mandato de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. El Informe, que es una síntesis de los hechos relevantes del año 2008, aglutina datos, información y análisis muy valiosos para los administradores, estudiosos y ciudadanos en general.

En la edición de este año se han incorporado nuevas secciones, como son la Organización y fórmulas de gestión del Sistema Sanitario; el Gasto sanitario y Fondo de Cohesión; la Salud Pública; la Gestión de la Información clínica y la Ordenación profesional. Otros apartados, como los referidos al estado de salud de la población, medicamentos y productos sanitarios, calidad y equidad se han refundido o modificado.

El Informe pretende responder a algunas preguntas, tales como a qué población sirve el SNS y qué resultados se obtienen; cómo se organizan los servicios de salud y con qué recursos; cuál es su estrategia; qué servicios se prestan (atención primaria, especializada, salud pública, medicamentos) y cómo se trabaja para mejorar la calidad, la equidad, la gestión de la información clínica, la innovación y la investigación.

El panorama del SNS que presenta el Informe es el de una población con una esperanza de vida de 81,1 años y una tasa de mortalidad infantil de 3,5 por 1.000 nacidos vivos. El SNS cuenta con una dotación de 325 hospitales, 2.914 centros de salud y 10.202 consultorios locales. Pero, además, también se utilizan recursos del sector privado: más del 40% de las altas de los hospitales privados son financiadas por el sistema público.

Las Comunidades Autónomas se organizan diferenciando las funciones de planificación, financiación y autoridad sanitaria, de las de provisión de servicios. A pesar de que la mayor parte de los servicios se prestan con recursos de gestión directa, varias Comunidades han introducido otras fórmulas de gestión, como las empresas públicas, consorcios, fundaciones, concesiones y conciertos. En 2007 el gasto sanitario total en nuestro país alcanzaba el 8,46 del PIB, siendo el gasto sanitario público el 6,07%. Un 45,4% del gasto de los servicios de salud corresponde a las retribuciones del personal y un 21% a las transferencias corrientes, que en su mayor parte se debe a la prestación farmacéutica. En 2008 se formaban 23.763 residentes, de los que un 10% eran extranjeros; se acreditaron 18.307 actividades de formación continuada y se financió la investigación con más de 180 millones de euros.

El Informe Anual del SNS de 2008 es el fruto del trabajo conjunto de todas las Comunidades Autónomas, el INGESA y técnicos del Ministerio

de Sanidad y Política Social. Desde aquí mi más sincero agradecimiento a todos ellos por la excelente labor realizada, que nos permite hoy disponer de este instrumento clave para el estudio, la planificación y la gestión sanitaria.

Trinidad Jiménez García-Herrera
Ministra de Sanidad y Política Social

Resumen

Estado de salud de la población

Los datos demográficos del año 2008 reflejan la continuidad del crecimiento de la población española, que cuenta con más de 46 millones de habitantes, de los que un 49,5% son hombres y un 50,5% son mujeres. Este crecimiento se ve reflejado en todos los grupos de edad, salvo en el tramo entre 15 y 24 años, producto del descenso de la natalidad en los últimos años del siglo pasado. En los grupos de menor edad, el crecimiento se debe al aumento de las tasas de fecundidad y de natalidad. El saldo vegetativo – nacimientos menos defunciones – que experimentó un descenso en el último cuarto de la pasada centuria, ha invertido esta tendencia, pasando del 1 por 1.000 habitantes en 2001 a 2,4 en 2007. Todo ello ha permitido frenar el proceso de envejecimiento de la población ya que, si bien la cantidad de habitantes mayores de 65 años ha aumentado, su porcentaje respecto de la población total ha disminuido.

La población extranjera residente en España es de 5.268.762 personas en 2008, un 11,4% del total.

Se ha incrementado el porcentaje de personas con estudios terminados de educación secundaria o superiores que alcanzan el 70,6% de los hombres y el 64,6% de las mujeres. En 2001 eran el 45,4% y el 38,9% respectivamente. En 2007 la mitad de la población española tenía estudios de segundo grado, segundo ciclo (bachillerato) mientras que en 1991 la proporción era del 38%.

Un indicador básico para la evaluación del estado de salud de la población es la esperanza de vida, que continúa en aumento y sigue siendo mayor en el caso de la mujer. En cuanto a la esperanza de vida en buena salud, se observa un leve incremento de la media nacional.

Esperanza de vida y esperanza de vida en buena salud al nacer y a los 65 años por sexo. Estimación general realizada con datos de 2007

	Esperanza de vida	Esperanza de vida en buena salud
Al nacer		
Hombres	77,8	57,2
Mujeres	84,3	53,4
A los 65 años		
Hombres	17,8	8,6
Mujeres	21,9	7,2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social

Las principales causas de muerte fueron, de mayor a menor, enfermedades vasculares, cáncer, enfermedades respiratorias, enfermedades digestivas y causas externas. Se mantiene la tendencia decreciente de la tasa de mortalidad infantil, en 2007 esta tasa era de 3,5.

Distribución porcentual por edad de las defunciones por las principales causas de muerte. España, 2007

Edad	Ap. circulatorio	Cáncer	Ap. respiratorio	Ap. digestivo	Causas externas
<15	0,0	0,2	0,2	0,1	1,7
15-44	1,4	3,2	1,6	3,6	33,6
45-74	20,9	47,7	17,7	34,4	32,1
>75	77,7	48,9	80,6	61,9	32,6

Fuente: Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social

Debe destacarse la reducción de víctimas por accidentes de tráfico (40% de reducción entre 2001 y 2007) y laborales (el índice de frecuencia pasa de 42,8 a 30,8 entre 2001 y 2007), concentrándose estos últimos en los sectores de la construcción y la industria.

En el año 2007, el 72,6% de los hombres y el 60,6% de las mujeres de 16 y más años de edad, declararon que su salud era buena o muy buena. El 6,9% y el 10,4% de hombres y mujeres respectivamente declararon que su salud era mala o muy mala,

Los hábitos de vida no saludables reflejan un descenso del consumo de tabaco y un ligero aumento del consumo de alcohol, siendo los hombres los mayores consumidores en ambos casos. En lo referente al consumo de drogas, descende el consumo de sustancias psicoactivas, con la excepción del cannabis y la cocaína, que presentan un ligero aumento. Por otra parte, los niveles de sedentarismo son elevados entre la población adulta, en especial entre los jóvenes y los mayores, y mayores entre la población femenina, aunque la tendencia en los últimos años es descendente. Por último, se incrementa el índice de obesidad de la población, algo mayor entre los hombres y creciente con la edad.

Descripción y análisis institucional

El marco jurídico del Sistema Nacional de Salud, además de la Constitución Española de 1978, lo forman las Leyes General de Sanidad y la de Cohesión y Calidad, así como las leyes que han promulgado las Comunidades

Autónomas(CCAA) en el marco de sus competencias. Los modelos de organización de las Comunidades son bastante similares, con una Consejería que ejerce las funciones de fijar la política sanitaria y de administración en sentido estricto, y un servicio de salud que lleva a cabo la prestación asistencial, previo establecimiento de objetivos en un contrato de gestión o contrato programa. De este modo, quedan claramente diferenciadas en casi todas las Comunidades Autónomas las competencias entre planificación y provisión de servicios.

La definición de políticas sanitarias se basa fundamentalmente en la elaboración de Planes de Salud, que pueden derivar a su vez en planes estratégicos, directores y de infraestructuras, entre otros. Los aspectos de estas políticas que con más frecuencia se presentan en 2008 son la protección de los derechos del paciente; la atención específica a enfermedades de alta prevalencia, cronicidad o carga de invalidez, y programas de prevención orientados a sectores poblacionales concretos; la investigación; la aplicación de las nuevas tecnologías al ámbito sanitario como instrumento de trabajo del profesional; y la gestión de recursos humanos.

Aunque la provisión de servicios sanitarios es de carácter mayoritariamente público, existen diversas fórmulas de gestión que se emplean en las Comunidades Autónomas algunas de las cuales son las siguientes:

- Empresas públicas para la gestión de hospitales, urgencias, emergencias y centros de alta resolución.
- Entidades públicas de derecho privado.
- Consorcios.
- Fundaciones.
- Entidades de Base Asociativa (EBA), formadas por profesionales sanitarios que se constituyen como persona jurídica para la autogestión de equipos asistenciales.
- Centros y servicios sanitarios en régimen de concesión, según un modelo de contrato de servicios públicos.
- Centros y servicios sanitarios construidos bajo el modelo de contrato administrativo de obra pública.
- Concursos con instituciones públicas o privadas para el complemento de la oferta de servicios.
- Concursos singulares o específicos con entidades públicas o privadas.
- El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), es una entidad gestora de la Seguridad Social.

Uno de los indicadores habituales para establecer la dimensión del sistema de salud es el gasto sanitario, con un crecimiento medio en el periodo 2003-2007 del 8,6%, siendo un 9,1% en el ámbito público y un 7,4% en el privado. El gasto sanitario cobra cada vez mayor importancia dentro del Producto Interior Bruto nacional, siendo las Comunidades Autónomas las

que soportan la mayor carga financiadora en la sanidad pública, concentrada mayoritariamente en los hospitales, y los hogares en el caso de la sanidad privada, donde la atención ambulatoria acumula el 50% del gasto. En 2007 el gasto sanitario total alcanzaba el 8,46% del PIB, siendo el gasto sanitario público el 6,07% del PIB.

Los conceptos de gasto más importantes son la remuneración de los profesionales sanitarios, con un 45% del presupuesto total, seguida de los gastos en transferencias corrientes, con un 21% que corresponde casi en su totalidad a gasto farmacéutico. El tercer y cuarto puesto lo ocupan los gastos en consumos intermedios, con un 17,5%, y las compras al sector privado, con un 11,3%. Estos cuatro conceptos acumulan, por lo tanto, un 94,8% del gasto sanitario.

La distribución del gasto, en valores absolutos, por Comunidades Autónomas revela, como es lógico, la concentración del gasto en las comunidades que tienen mayor población.

Recursos y actividad asistencial

En el ámbito asistencial de la Atención Primaria (AP), la planificación y asignación de recursos se basa en la delimitación de zonas básicas de salud y en la asignación de un centro sanitario a cada una de dichas zonas. Lógicamente, existe una gran variabilidad entre áreas de salud, ya que en función de su población y de la dispersión geográfica de la misma se establece la planificación y asignación de recursos correspondientes. La proporción media nacional entre centros de salud y consultorios locales es de 1 a 4, pero este dato varía considerablemente al estudiar las diferentes Comunidades Autónomas. Lo mismo sucede con los profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, que representan un total de más de 80.000 trabajadores. El Sistema Nacional de Salud se organiza territorialmente en 156 Áreas y 2.688 zonas básicas de salud, que cuentan con 2.914 centros de salud y 10.202 consultorios locales.

En Atención Primaria, el promedio de personas adscritas por profesional es de 1.410 por Médico de familia, 1.209 por pediatra, 1.663 por profesional de enfermería y 3.102 por auxiliar administrativo. El promedio de número de consultas por habitante y año (frecuentación) es de 5,65.

En el ámbito asistencial de la Atención Especializada (AE), el Sistema Nacional de Salud dispone de 325 de los 800 hospitales en funcionamiento de nuestro país, aunque debe destacarse que el 40% de las altas de los hospitales privados españoles están financiadas por el Sistema Nacional de Salud. Los hospitales públicos concentran la mayor parte de la asistencia a pacientes agudos, sobre todo en las áreas de hospitalización, obstetricia, consultas y urgencias, mientras que en el sector privado predomina la atención a pacientes con patología psiquiátrica y a pacientes de larga estancia.

La progresiva atención ambulatoria de algunos procesos que antes requerían hospitalización, ha permitido la aparición de áreas de actividad sin internamiento, como los hospitales de día. Asimismo, se ha efectuado una importante inversión en equipamiento tecnológico, siendo la resonancia magnética el dispositivo que más ha aumentado en los últimos años.

La tendencia de los últimos años se ha caracterizado por el envejecimiento de la población atendida, menor peso del recurso cama y desplazamiento de la actividad a áreas ambulatorias, respondiendo a factores demográficos, de evolución tecnológica, de expectativas y usos de la población. De todos los factores asociados, el único que ve alterada su tendencia durante las dos décadas anteriores es la tasa de natalidad, que vuelve a crecer tras una marcada disminución.

Salud Pública

Las actuaciones relacionadas con la promoción de la salud se han basado en la actividad de varios grupos de trabajo interterritoriales y en el fomento de la intersectorialidad, con programas de promoción en escuelas, universidades e incluso ciudades. Por su parte, las iniciativas de prevención se han concentrado en los problemas derivados del consumo de alcohol, de gran incidencia en toda la Unión Europea; en las lesiones, entendidas como aquellas no intencionales, que representan la primera causa de mortalidad entre la población joven, y entre las que destacan las provocadas por accidentes de tráfico; en los problemas cardiovasculares; y en el tabaquismo, al que se atribuye la causa de un 14% de las muertes producidas en España.

Asimismo, se están realizando proyectos orientados a la seguridad transfusional, como la creación de un Comité Científico de Seguridad Transfusional y un Sistema Estatal de Hemovigilancia, con el objetivo de asegurar la implantación y seguimiento de sistemas de calidad y buenas prácticas, que permitan por ejemplo prevenir el contagio de virus como el VIH o el de la hepatitis C. Otros programas se enfocan a la protección de la salud de la mujer embarazada, en particular en el caso de interrupciones voluntarias del embarazo, que aumentan año tras año, y del recién nacido o infante.

En el ámbito de la sanidad exterior, se controlan los riesgos que para la salud de la población representan la importación, exportación y tráfico internacional de viajeros y mercancías. También el tráfico internacional de cadáveres y restos cadavéricos; órganos para transplantes; preparaciones anatómicas destinadas a la investigación; muestras biológicas; y productos destinados a uso y consumo humano, tanto en el caso de importaciones como de exportaciones. Además, se gestionan las vacunaciones internacionales y los consejos a viajeros

internacionales, con el objetivo de prevenir el contagio de enfermedades como la fiebre amarilla, fiebre tifoidea, difteria, etc., prácticamente erradicadas en los países desarrollados, pero presentes en otros países. Se dispone también de una Red de Alerta Sanitaria para la gestión de posibles situaciones de enfermedades como el cólera, el dengue, gripe aviar, malaria, etc. Por último, se llevan a cabo diversas actividades de control higiénico-sanitario en instalaciones fronterizas y medios de transporte internacional, que tienen lugar fundamentalmente en puertos y aeropuertos internacionales.

En lo relativo al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, el Plan Nacional para la prevención del contagio de la enfermedad y la atención especial a los ciudadanos afectados, tiene entre sus objetivos salvaguardar su calidad de vida, incluyendo medidas contra la discriminación y labores de apoyo social a personas infectadas. El estudio de la evolución histórica del SIDA en España sitúa el pico de casos nuevos detectados cada año a finales de la década de los 80, para iniciar un descenso ininterrumpido que continúa en la actualidad, y que viene motivado por las medidas de prevención adoptadas por la población. En los últimos años, se aprecian dos hechos importantes: la consolidación del contacto sexual como principal vía de transmisión del virus, y la influencia de la inmigración, que presenta una elevada tasa de casos detectados.

Las actividades de prevención contempladas en el Plan Nacional sobre el SIDA representan la partida presupuestaria más importante del mismo, con más de un 75% de los fondos, e incluyen iniciativas como la distribución gratuita de preservativos o la realización de programas de intercambio de jeringuillas. El Plan incluye también áreas para la mejora de la calidad asistencial, la investigación y la cooperación internacional.

En el campo de la sanidad ambiental, se controla el registro y autorización de productos biocidas y la evaluación de los riesgos que para la salud de la población pueden suponer los productos químicos y fitosanitarios. A tal fin, se cuenta con una Red Nacional para la Vigilancia, Inspección y Control de Productos Químicos, con Sistemas de Información de Calidad Sanitaria del Agua y con Programas de Riesgos Ambientales Físicos.

Medicamentos y productos sanitarios

La prestación farmacéutica en España viene regulada por la siguiente normativa:

- Ley General de la Seguridad Social.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, que sustituye a la Ley 25/1990 del Medicamento.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.

Previamente a su inclusión en la financiación pública, los medicamentos y productos sanitarios deben ser aprobados por las Agencias Española o Europea del Medicamento, con arreglo a lo dispuesto en la normativa vigente. El Ministerio de Sanidad y Política Social a través de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios decide la inclusión o no de los medicamentos en la prestación farmacéutica del SNS, teniendo en cuenta los criterios establecidos en la Ley 29/2006. A través de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos se fija el precio de los productos sanitarios y medicamentos que van a ser incluidos en la prestación farmacéutica del SNS. Durante el año 2008, se aprobó la inclusión de 1.371 medicamentos, de los cuales 972 corresponden a especialidades farmacéuticas genéricas, admitiéndose un total de 23 nuevos principios activos. A finales de año se contaba con un total de 18.976 medicamentos aprobados e incluidos en el sistema de financiación pública. De ellos, 7.023 corresponden a especialidades farmacéuticas genéricas. En el ámbito de los productos sanitarios, se incluyeron 6 nuevos, ofreciendo a finales de 2008 un total de 5.205 productos.

El análisis del consumo farmacéutico se realiza a través de las recetas médicas del SNS facturadas por los servicios de salud. Desde el punto de vista cuantitativo, se aprecia la tendencia a la moderación desde el año 2004 en los principales datos de la facturación de recetas médicas del SNS, debido a los programas de uso racional de los medicamentos llevados a cabo por el conjunto de las administraciones sanitarias, al sistema de precios de referencia, a la política de precios del Ministerio de Sanidad y Política Social, así como a las modificaciones de los márgenes comerciales de distribución y dispensación de medicamentos. El incremento del gasto farmacéutico en 2008 sobre el año anterior ha sido de un 6,97%, muy por debajo del incremento interanual de 2003 que se situó en el 12,14%. El número de recetas se ha incrementado en 2008 un 5,53%, incremento inferior al 5,95% del año 2007. Y el gasto medio por receta ha crecido únicamente un 1,36% en 2008. En el conjunto del SNS el gasto ascendió a 11.970,96 millones de euros en 2008. En cuanto a la distribución por productos, los medicamentos concentraron el 93% del gasto y el 97% de las recetas.

En el análisis cualitativo, hay que destacar el aumento del uso de los medicamentos genéricos, ya que desde el año 2003 al 2008 se ha incrementado casi en dos veces y media el porcentaje de consumo, de un 8,85% de envases de medicamentos genéricos respecto al total en el año 2003 se ha pasado a un 21,81% en el año 2008. En relación al consumo por principios activos, el omeprazol es el que tiene mayor consumo en envases en 2008 y la atorvastatina el de mayor consumo en importe. En los productos sanitarios, los absorbentes para la incontinencia de orina son los productos de mayor consumo tanto en envases como en importe.

Por último, se llevan a cabo diferentes actuaciones para la vigilancia de la seguridad de medicamentos y productos sanitarios, a cargo de la Agencia

del Medicamento, a fin de garantizar a la población la calidad, seguridad, eficacia y correcta información sobre los mismos. Asimismo, se ha mejorado la gestión y tramitación de las solicitudes de ensayos clínicos a través de la implantación de un sistema informático, facilitando así el trabajo del Centro Coordinador de Comités Éticos de investigación Clínica (CC-CEIC), entidad competente para la regulación de la realización de ensayos clínicos. Durante 2008 se autorizaron 675 ensayos clínicos.

Calidad

Las principales actuaciones en materia de calidad se recogen en el Plan de Calidad 2006-2010 del Sistema Nacional de Salud. Entre estas actuaciones cabe destacar la mejora de la seguridad de los pacientes, el desarrollo de herramientas para el impulso de la excelencia clínica y las estrategias para enfermedades de gran prevalencia y coste social y económico.

El Plan de Calidad del SNS consta de seis grandes áreas de actuación y se ordena mediante doce estrategias, subdivididas a su vez en una serie de objetivos y proyectos de acción. Su ejecución se lleva a cabo en colaboración con organizaciones de diversa naturaleza, como sociedades científicas, asociaciones de pacientes y los propios servicios de salud de las Comunidades Autónomas.

En el ámbito de la seguridad del paciente, se ha continuado con la estrategia iniciada en 2005, promoviéndose actividades formativas y divulgativas orientadas tanto a profesionales como a la población en general, el desarrollo de sistemas de información sobre efectos adversos y la implantación de prácticas seguras en los centros asistenciales. Asimismo, se ha participado en reuniones y foros, tanto nacionales como internacionales, para dinamizar el intercambio de conocimiento y experiencias.

En la promoción de la Excelencia Clínica, destacan las siguientes iniciativas:

- Estudios de validación de indicadores de calidad de la Seguridad de Pacientes y de Hospitalización Evitable.
- Financiación de proyectos de investigación y evaluación de tecnologías sanitarias en el Instituto Carlos III.
- Financiación del acceso en español a la Biblioteca Cochrane y la Biblioteca Joanna Briggs.
- Puesta en marcha del metabuscador Excelencia Clínica.
- Elaboración de Guías de Práctica Clínica vinculadas a las estrategias de salud.

La Agencia de Calidad del SNS realizó cinco informes sobre estándares y recomendaciones en calidad y seguridad, en colaboración con grupos de expertos y representantes de las asociaciones profesionales directamente vinculadas a cada una de las unidades de estudio, que fueron las siguientes:

- Atención hospitalaria al parto.
- Bloque quirúrgico.
- Unidad de pacientes pluripatológicos.
- Cirugía mayor ambulatoria.
- Hospital de día.

Asimismo, se cuenta con planes específicos de auditorías para la acreditación de centros y servicios sanitarios, tanto para la designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) como para garantizar el cumplimiento de sus funciones docentes de formación especializada en ciencias de la salud. En estos planes se contemplan tanto los procesos de auditoría y acreditación como de formación de los auditores encargados de su ejecución.

Por último, se elaboraron estrategias para mejorar la asistencia sanitaria del SNS en determinadas enfermedades de gran prevalencia y coste social y económico, optimizando la coordinación con los servicios de salud de las Comunidades Autónomas y garantizando el cumplimiento de los principios de equidad y cohesión. Entre los proyectos relacionados con la implantación de estrategias se incluyen el cáncer, la cardiopatía isquémica, la diabetes, la salud mental y los cuidados paliativos.

Equidad

Para abordar las desigualdades sociales en materia de salud, se han llevado a cabo las siguientes iniciativas:

- Creación de un Grupo Nacional de Expertos, con el objetivo de desarrollar propuestas para la reducción de estas desigualdades.
- Promoción de la Red Española de Ciudades Saludables, mediante la implantación de planes de salud con la equidad como eje transversal.
- Desarrollo de estrategias nacionales de equidad, con el fin de eliminar las barreras de acceso a los servicios sanitarios y la utilización ineficaz de los mismos por razones de inadaptación o discriminación.

En este último punto, destaca la estrategia de equidad dirigida a población gitana, sustentada en la realización de una encuesta nacional de salud a este colectivo y en acuerdos con asociaciones de representación del mismo, y que potencia el asesoramiento, acompañamiento y capacitación de los profesionales y administraciones. Además, se han editado varias publicaciones, se han creado foros de debate y se ha promovido la cooperación internacional con otros países europeos en situación similar.

Por otra parte, se ha trabajado en la misma línea con respecto a la población inmigrante, dada su creciente importancia en los últimos años, en los que España se ha convertido rápidamente en uno de los países con mayores índices de inmigración. En este ámbito, se han planteado varias estrategias para que el acceso al sistema sanitario público y la asistencia recibida se desarrollen

en condiciones de igualdad y contribuyan a la integración de la población inmigrante en la sociedad española. Se han elaborado también estudios sobre las enfermedades infecciosas importadas como resultado de la inmigración o de viajes internacionales a los trópicos.

Estas iniciativas se han desarrollado en colaboración o como complemento a las actuaciones de las propias Comunidades Autónomas, que incluyen acciones de fomento de la accesibilidad, apoyo a las personas con discapacidad y por supuesto, atención a la población inmigrante o de determinadas etnias, entre ellas la gitana.

Uno de los componentes fundamentales del fomento de la equidad es la regulación de la igualdad entre hombres y mujeres, a raíz de la formulación de varias disposiciones europeas, estatales y autonómicas. En este ámbito se ha desarrollado un Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género, se han potenciado los instrumentos necesarios para la definición y difusión de buenas prácticas, y se han puesto en práctica programas específicos para la promoción de la salud de la mujer, en especial la atención al parto. Por último, se ha estudiado la equidad en el ejercicio de las profesiones sanitarias, tanto en el ámbito asistencial como investigador y docente, e incluso gestor.

Gestión de la información clínica en el Sistema Nacional de Salud

Con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial de los ciudadanos en todo el territorio nacional, se está desarrollando el proyecto de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud, cuyo objetivo es permitir compartir información clínica entre los servicios de salud de las diferentes Comunidades Autónomas, a través de un nodo central gestionado por el Ministerio. Durante 2008 han participado varios grupos de trabajo:

- Estándares y requerimientos técnicos, para la realización del diseño tecnológico del sistema y la garantía de la compatibilidad con los sistemas de información de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas.
- Grupo asesor de interoperabilidad semántica, para la propuesta de recomendaciones que garanticen la misma.
- Comunidades Autónomas para el pilotaje del proyecto, integrado por aquellas que han decidido participar de forma activa en la primera fase del mismo.

Asimismo, se han considerado las necesidades de seguridad de la información, de participación de los ciudadanos, y de integración con los proyectos de Historia Clínica Electrónica de la Unión Europea y de las Comunidades Autónomas.

También se participa en el proyecto eSOS, financiado por la Comisión Europea, y de naturaleza similar al anterior. Este proyecto se concentra en dos grandes líneas de actuación: la Historia Clínica Resumida con los datos

sanitarios esenciales del paciente, y la Receta Electrónica. Se cuenta con la participación de doce estados miembros de la UE, siendo la representación española a cargo del Ministerio y de las Comunidades de Andalucía, Cataluña y Castilla-La Mancha en el piloto.

Todas las comunidades autónomas han continuado el desarrollo de proyectos de historia clínica electrónica o digital. Es una constante en todos los proyectos el acceso a antecedentes del paciente, lista de problemas, alergias y codificación de diagnósticos y procedimientos. En lo referente a sistemas de información específicos, las líneas generales son: identificación del paciente; gestión de peticiones y resultados de laboratorios; diagnóstico por imagen médica digital; receta electrónica; prescripción electrónica; gestión de citas; puesto clínico; telemedicina, y otras iniciativas, como el proyecto de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud, mecanismos de seguridad de la información, y acceso del ciudadano a su información clínica entre otros.

Ordenación profesional y formación sanitaria

En un contexto de déficit de profesionales en algunas especialidades en el Sistema Nacional de Salud, las administraciones públicas han trabajado en la regulación de los diferentes niveles de organización y ordenación de los profesionales, la creación de sistemas de registro, la adaptación del número de plazas en los estudios de grado y de formación sanitaria especializada, la incentivación del desarrollo profesional continuo, la contratación de trabajos de consultoría sobre planificación de las necesidades a medio y largo plazo y la regulación de la entrada de profesionales extracomunitarios.

Necesidades de especialistas de medicina en España 2008-2025			
	2008	2015	2025
Habitantes (mill)	44.3	46.3	48.0
Especialistas necesarios por cien mil habitantes	319	323	317
Estimación del número total de especialistas	161.966	171.100	174.071
Estimación del número especialistas necesarios	165.205	180.169	198.962
Porcentaje de especialistas necesarios	2%	5,3%	14,3%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio de la Oferta y Necesidades de Especialistas Médicos en España (2008-2025)

La información y los datos disponibles muestran un sistema de formación sanitaria especializada muy desarrollado y regulado, con capacidad para ofrecer una formación de calidad a un numeroso colectivo de residentes, provenientes de siete

titulaciones universitarias, en 54 especialidades diferentes. Este sistema se encuentra además en plena expansión, tanto en el número de plazas acreditadas y ofertadas como en el de aspirantes de todas las titulaciones, que ha renovado en los últimos cuatro años la mayor parte de sus programas formativos y trabaja en la definición de los programas de las nuevas especialidades de Enfermería aprobadas según Real Decreto 450/2005, de 22 de abril.

A pesar de sus logros, el sistema se encuentra inmerso en una profunda transformación, que está afectando fundamentalmente a la propia sistematización de las especialidades, al sistema de selección de los aspirantes, a la estructura de la formación a través de la definición de periodos iniciales comunes entre especialidades afines, a la potenciación y reconocimiento de las estructuras docentes y al sistema de evaluación. La publicación del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, constituye un paso fundamental en este proceso de renovación, introduce los nuevos conceptos, adapta el sistema al Estado de las autonomías y prevé las modificaciones que tendrán lugar en los próximos años.

La oferta de plazas de formación especializada en 2008 fue de 7.866. El número de residentes en formación de 23.763, de los que 2.338 eran de nacionalidad distinta a la española.

Con el objetivo de coordinar las acciones de formación y armonizar las actuaciones de las diferentes administraciones sanitarias, la Comisión de Formación Continuada ha llevado a cabo las siguientes actividades durante 2008:

- Reafirmar la vigencia del Sistema Acreditador utilizado desde febrero de 1998.
- Elaborar la propuesta del Reglamento de Régimen Interno.
- Constituir la Comisión Técnica de Acreditación.
- Proponer el Reparto Competencial en la Acreditación de actividades de formación continuada.
- Estudiar el procedimiento para la evaluación de actividades formativas a distancia.
- Colaborar en el desarrollo de las Comisiones de Formación Continuada de las Comunidades Autónomas.
- En 2008 se recibieron 20.365 solicitudes de acreditación y se acreditaron 18.307 actividades.

Investigación

En el año 2008 se inició la ejecución del Plan Nacional de I+D+i 2008-2011, que cuenta con varias líneas instrumentales de actuación, dentro de las cuales se encuentra la Acción Estratégica en Salud (AES), con el fin de generar conocimiento para preservar la salud y el bienestar de la ciudadanía, potenciar la innovación científica en materia biosanitaria, e incorporar los avances de la investigación a los pacientes del SNS. Para ello se pretende aumentar la inversión, tanto pública como

privada, la cantidad y calidad de recursos humanos, la producción científica y la dimensión internacional de la I+D+i en salud, así como aumentar la transferencia de conocimiento y tecnología en salud.

La AES se estructura en cinco áreas principales:

- Tecnologías moleculares y celulares de aplicación a la salud humana.
- Investigación translacional sobre la salud humana.
- Fomento de la investigación en Salud Pública, Salud Ambiental y Salud Laboral, Dependencia y Servicios de Salud, para la mejor calidad de vida funcional de la población española.
- Fomento de la investigación farmacéutica en medicamentos y desarrollo de tecnologías farmacéuticas. Investigación, Desarrollo e Innovación en fármacos para el tratamiento de las enfermedades más relevantes.
- Consolidación del SNS como plataforma de desarrollo de investigación científica y técnica con el entorno industrial y tecnológico.

Las líneas de actuación de la AES son las siguientes:

- Programas de formación y movilidad, de contratación e incorporación.
- Actuación de proyectos, con tres subprogramas: investigación en Salud, investigación clínica no comercial e investigación en evaluación de tecnologías sanitarias y servicios de salud.
- Promoción de infraestructuras científicas y tecnológicas, priorizando la adquisición de infraestructuras y equipamiento de uso comunitario para los equipos de investigación de los centros del SNS.
- Potenciación de estructuras estables de investigación cooperativa, mediante los CIBER (Centros de Investigación Biomédica en Red), RETICS (Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud) y CAIBER (Consortio de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red).
- Financiación de acciones complementarias de refuerzo: dinamización del entorno investigador y tecnológico del SNS, formación en medicina basada en la evidencia y en evaluación de tecnologías sanitarias, y acciones específicas en salud, deporte y actividad física.

La financiación procedente de la AES se ha complementado con otras fuentes, como las administraciones autonómicas, europeas (VII Programa Marco IDT), e incluso el sector privado.

Durante 2008 se ha concedido prioridad a la adquisición de infraestructuras y equipamiento de uso comunitarios para los equipos de investigación de los centros del SNS y se han potenciado las estructuras estables de investigación cooperativa. Para estimular la realización de proyectos de investigación en el ámbito del SNS se han financiado más de 900 proyectos por un importe mayor de 95.000.000 de euros en total. Para potenciar la mejor utilización y rendimiento de las infraestructuras científicas, se financiaron más de 50 proyectos con un importe mayor de 11.000.000 de euros. Se financiaron, por un importe aproximado de

33.000.000 de euros, proyectos de dinamización del entorno investigador y tecnológico del SNS para fomentar la cooperación público privada de acciones orientadas a la praxis clínica en investigación. También debe destacarse el apoyo y financiación de las estructuras estables de investigación con una dotación de más de 50.000.000 de euros. Finalmente, debe mencionarse el impulso inicial que se ha querido realizar para la potenciación de unidades centrales de investigación clínica y ensayos clínicos a través del CAIBER.

Innovación

La innovación es una de las prioridades estratégicas del Sistema Nacional de Salud. Las experiencias innovadoras de las comunidades autónomas se articulan en torno a las siguientes líneas de actuación:

- Gestión de servicios sanitarios: carteras de servicios, registros de voluntades previas, directorios de profesionales, acreditación y reconocimiento de excelencia, reordenación de servicios y hospitalización a domicilio entre otros.
- Aplicación de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC): implantación de sistemas de historia clínica electrónica.
- Proyectos asistenciales: mejora de la calidad en el abordaje de los trastornos mentales en Atención Primaria, coordinación entre AP y AE en prevención cardiovascular, atención sociosanitaria a las personas con trastornos mentales, atención hospitalaria al paciente celíaco y atención a la salud sexual y reproductiva.
- Formación e investigación: simulación médico-quirúrgica, ensayos clínicos, apoyo y fomento de la investigación, transferencia tecnológica y comercialización, etc.
- Equidad en la atención sanitaria: mejora de la accesibilidad geográfica y de acceso a servicios de calidad.

Introducción

El artículo 63 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud dispone que el Observatorio del Sistema Nacional de Salud (SNS) redactará anualmente un informe sobre el estado del SNS, que se presentará por el Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) al Consejo Interterritorial del SNS.

Para el informe correspondiente al año 2008 se contó, como en años anteriores, con la participación de las comunidades autónomas y la colaboración de un comité editorial formado por expertos en las diferentes materias. Sin embargo, el Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2008 introduce algunas novedades respecto a los de años anteriores, tanto en su contenido como en el método de trabajo.

El informe de este año también se organiza en una parte general, que pretende analizar el conjunto del SNS, y otra correspondiente a cada una de las comunidades autónomas e INGESA, que ha sido redactado por ellas. No obstante, este año los índices de las dos secciones no son iguales. El Comité Institucional del Informe Anual del SNS 2008 acordó que el bloque correspondiente a las comunidades debería referirse exclusivamente a aquellos aspectos en los que más se diferenciaban, y que el general debía consolidar aquellos otros que eran comunes a todas ellas. Por ello, en la sección correspondiente a las Comunidades autónomas el índice ha quedado reducido a tres puntos, precedidos por una introducción:

1. Descripción del Sistema de Salud de la Comunidad o Ciudades Autónomas.
2. Aspectos más destacados, tendencias y perspectivas de futuro.
3. Innovación.

El índice de la parte general también fue objeto de una larga y provechosa discusión tanto en el Comité Editorial como en el Institucional, que acordaron el siguiente:

1. Estado de salud de la población.
2. Descripción y análisis institucional.
3. Recursos y actividad asistencial.
4. Salud Pública.
5. Medicamentos y productos sanitarios.
6. Calidad.
7. Equidad.
8. Gestión de la información clínica en el Sistema Nacional de Salud.
9. Ordenación profesional y formación sanitaria.
10. Investigación.
11. Innovación.

Para la redacción de la parte general en esta ocasión se ha primado la participación de los expertos del MSPS, que son los funcionarios adscritos a las direcciones generales responsables de las diferentes materias. Con carácter general, las fuentes de información empleadas son las del Instituto Nacional de Estadística, Instituto de Información Sanitaria, fuentes propias del MSPS e información facilitada por las comunidades autónomas para la confección del Informe. En algunas secciones, como en el apartado del gasto sanitario, los datos que se emplean son los correspondientes a 2007, por ser estos los últimos disponibles.

Los comités Institucional y Editorial acordaron que el informe tendrá a partir de ahora algunos capítulos que serán fijos y otros discontinuos, por considerar que éste tiene que tener un carácter dinámico, reflejando tanto los acontecimientos más novedosos del año, como aquellos otros aspectos que, por su menor variabilidad, sólo deben figurar de forma plurianual.

Siguiendo este criterio, el Informe 2008 introduce algunas secciones nuevas como la Descripción y análisis institucional, que este año revisa la organización del SNS y el gasto sanitario, o la Ordenación profesional y formación sanitaria, que incluye la formación especializada, continuada y su acreditación. En el Informe 2008 se revisa de forma exhaustiva los recursos y actividad asistencial del SNS. También se ha incluido un apartado que describe las actividades de Salud Pública: Epidemiología, Plan Nacional sobre el SIDA y Sanidad Ambiental. En la sección correspondiente a la gestión de la información clínica se describe los avances en los proyectos de historia clínica digital del SNS y el proyecto europeo epSOS.

En el Informe se mantienen las secciones de Farmacia, ahora de Medicamentos y productos sanitarios, Calidad, Equidad, Investigación e Innovación, y se fusionan otras en el capítulo Estado de Salud de la Población.

1 Estado de salud de la población

1.1 Características demográficas de la población española

La población residente en España el 1 de enero de 2008 era 46.157.822 habitantes, según el padrón municipal de habitantes: 49,5% eran hombres y 50,5% eran mujeres. Con respecto a 2001 la población ha crecido en algo más de 5 millones de habitantes, lo que supone un crecimiento del 12,3%, como se observa en la Tabla 1.1.

Esa tabla también pone de manifiesto que en todos los grupos de edad se incrementó la población a lo largo de la presente década, excepto en el grupo de 15 a 24 años que disminuyó un 11,5%. Esta disminución refleja el descenso continuado de la tasa de natalidad en la población residente en España en el último cuarto del siglo pasado, cuya magnitud pasó de 18,8 nacimientos por 1.000 habitantes en 1975 a 9,9 nacimientos por 1.000 habitantes en 2000. Por su parte, el crecimiento mayor entre 2001 y 2008 se ha producido en el grupo de menores de cinco años, cuyo incremento fue 36%. Ese incremento refleja el aumento continuado de la tasa de natalidad en la presente década, que pasó de 10,0 nacimientos por 1.000 habitantes en 2001 a 11,0 nacimientos por 1.000 habitantes en 2007.

El porcentaje de población de 65 y más años, en 2008, representaba el 16,5% de la población. Este porcentaje es inferior al observado en 2001, que era 17,1%. Aunque la población de 65 y más años se incrementó en un 8,5% entre 2001 y 2008, el incremento porcentual ha sido mayor en la población menor de esa edad y, por ello, el peso que representa la población de 65 y más años en el conjunto ha disminuido.

Tabla 1.1. Población residente en España en 2001 y en 2008

Edad	2001	2008	Incremento porcentual
Total	41.116.843	46.157.822	12,3
0-4	1.719.673	2.339.646	36,1
5-14	4.130.199	4.316.243	4,5
15-24	5.869.991	5.193.642	-11,5
25-44	13.204.784	15.494.483	17,3
45-64	9.1546.43	11.180.883	22,1
65 y más	7.037.553	7.632.925	8,5

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Explotación estadística del Padrón Municipal de Habitantes

El saldo vegetativo –nacimientos menos defunciones– experimentó un importante y continuado descenso a lo largo del último cuarto de la pasada centuria: de 10,4 por 1.000 habitantes en 1975 se pasó a 0,9 por 1000 habitantes en 2000. No obstante, a partir del presente siglo se ha invertido la tendencia, de tal forma que el saldo vegetativo se ha incrementado del 1 por 1.000 habitantes en 2001 a 2,4 en 2007 (Tabla 1.2). Una parte importante de este incremento hay que atribuirlo a la llegada masiva de población de otros países que presentan unas tasas de natalidad superiores a las tasas de natalidad de la población nacida en España.

Tabla 1.2. Tasa de natalidad, tasa de mortalidad y saldo vegetativo por 1.000 habitantes. España, 2001-2007

Año	Tasa de natalidad	Tasa de mortalidad	Saldo vegetativo
2001	9,98	8,84	1,14
2002	10,14	8,92	1,22
2003	10,52	9,16	1,36
2004	10,65	8,71	1,94
2005	10,75	8,93	1,82
2006	10,96	8,43	2,53
2007	10,98	8,59	2,39

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

En efecto, la población extranjera residente en España era 1.370.657 en 2001 y 5.268.762 en 2008. Es decir, en 2001 representaba el 3,3% del total, mientras que en 2008 representaba el 11,4% del total. Estas cifras reflejan el extraordinario incremento de la población extranjera en España, ya que entre 2001 y 2008 su número se multiplicó casi por 4 (Tabla 1.3). El 50% de la población extranjera residente en España en 2008 tenía entre 25 y 44 años de edad y sólo un 5% tenía 65 años o más.

Tabla 1.3. Población extranjera residente en España en 2001 y en 2008 e incremento en 2008 con respecto a 2001

Edad	2001	2008	2008/2001
Total	1.370.657	5.268.762	3,8
0-4	50.888	251.367	4,9
5-14	121.415	492.992	4,1
15-24	199.563	785.860	3,9
25-44	651.107	2.625.947	4,0
45-64	236.216	856.817	3,6
65 y más	111.468	255.779	2,3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Explotación estadística del Padrón Municipal de Habitantes

En cualquier caso, hay que destacar que, dependiendo de la comunidad autónoma, existe una gran variación en el porcentaje de población extranjera que reside en España (Tabla 1.4). Las comunidades que en 2008 tenían mayor porcentaje eran Baleares, Comunidad Valenciana, Madrid, Murcia y Cataluña, con un porcentaje de población extranjera entre el 15% y el 20%. En cambio, en Extremadura, Galicia y Asturias el porcentaje de población extranjera era inferior al 4%.

Tabla 1.4. Población residente en España, según comunidad autónoma de residencia. Año 2008

	Total	Población extranjera	Porcentaje
Total	46.157.822	5.268.762	11,4
Andalucía	8.202.220	623.279	7,6
Aragón	1.326.918	154.892	11,7
Asturias	1.080.138	40.804	3,8
Baleares	1.072.844	223.036	20,8
Canarias	2.075.968	283.847	13,7
Cantabria	582.138	33.242	5,7
Castilla y León	2.557.330	154.802	6,1
Castilla-La Mancha	2.043.100	206.008	10,1
Cataluña	7.364.078	1.103.790	15,0
Comunidad Valenciana	5.029.601	847.339	16,8
Extremadura	1.097.744	35.315	3,2
Galicia	2.784.169	95.568	3,4
Madrid	6.271.638	1.005.381	16,0
Murcia	1.426.109	225.625	15,8
Navarra	620.377	65.045	10,5
País Vasco	2.157.112	117.337	5,4
La Rioja	317.501	43.856	13,8
Ceuta	77.389	3.124	4,0
Melilla	71.448	6.472	9,1

Observaciones: Los servicios de salud de las comunidades autónomas disponen de sus propios registros de población (tarjeta sanitaria, población asegurada u otras denominaciones)

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Explotación estadística del Padrón Municipal de Habitantes

La evolución de la natalidad puede estudiarse de manera más precisa mediante la tasa de fecundidad, que muestra el número de nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 49 años. La tendencia fue similar a la observada en el caso de la tasa de natalidad: una importante disminución desde 1975, que pasó de 79,2 nacimientos por 1.000 mujeres de 15 a 49 años ese año, a 38,1 en el año 2.000. Posteriormente, la tendencia se invirtió, pasando de 38,5 nacimientos por 1.000 mujeres de 15 a 49 años en 2001 a 43,3 en 2007 (Tabla 1.5).

No obstante, hay que destacar, una gran heterogeneidad en la tasa de fecundidad a lo largo de la geografía española. En 2007, la magnitud de la tasa oscilaba entre alrededor de 60 por 1.000 mujeres de 15 a 49 años en Ceuta y Melilla, alrededor de 50 en Cataluña y Murcia y alrededor de 30-35 en Asturias, Galicia, Castilla y León y Canarias.

Tabla 1.5. Tasa de fecundidad según comunidad autónoma. España 2001 y 2007

	2001	2007
Total Nacional	38,5	43,3
Andalucía	41,9	45,9
Aragón	36,0	42,4
Asturias	25,6	30,9
Baleares	42,9	44,0
Canarias	39,0	35,6
Cantabria	30,9	38,0
Castilla y León	30,0	34,3
Castilla-La Mancha	39,8	43,0
Cataluña	40,1	47,1
Comunidad Valenciana	39,6	44,4
Extremadura	38,6	37,6
Galicia	28,9	32,8
Madrid	40,5	46,5
Murcia	48,0	51,4
Navarra	41,1	45,4
País Vasco	32,8	39,9
La Rioja	35,6	43,4
Ceuta	51,2	61,1
Melilla	63,4	62,3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Explotación estadística del Padrón Municipal de Habitantes

1.2 Determinantes sociales y económicos de la salud

Una de las características de las personas más fuertemente relacionada con la salud es la educación, medida normalmente a través del mayor nivel de estudios terminados. En las últimas dos décadas, se ha producido en España un importante incremento en el nivel medio de educación de la población. Por ejemplo, entre 1991 y 2007, el porcentaje de personas de 16 y más años con

estudios terminados de educación secundaria o superiores se incrementó de 42% en 1991 a 67,5% en 2007, tal y como se observa en la Tabla 1.6.

Tabla 1.6. Distribución de la población de 16 y más años, según el nivel de estudios terminados. España, 1991-2007

Nivel de estudios	1991	1997	2001	2007
Analfabetos	4,9	3,7	3,3	2,2
Sin estudios	15,4	13,1	12,2	8,9
Educación primaria	37,7	31,6	25,8	20,8
Educación secundaria	33,9	36,1	40,1	44,7
1 ^{er} ciclo	..	20,7	23,0	29,7
2 ^o ciclo	..	15,4	17,1	20,0
Educación superior	8,1	13,8	18,6	22,8
Universitarios	8,1	9,7	13,1	15,9
Otros superiores	..	4,1	5,6	6,9

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

El porcentaje de personas con estudios terminados de educación secundaria o superiores, se incrementó de 45,4% en 2001 a 70,6% en 2007 en hombres y de 38,9% en 2001 a 64,6% en 2007 en mujeres (Tabla 1.7). En 2007, el porcentaje de hombres y de mujeres con estudios superiores era muy similar -23,3% en hombres y 22,4% en mujeres-, sin embargo el porcentaje de personas con estudios de educación secundaria era más alto en hombres -47,3%- que en mujeres -42,3%-.

Tabla 1.7. Distribución de hombres y mujeres de 16 y más años, según el nivel de estudios terminados. España, 1991-2007

Nivel de estudios	1991	1997	2001	2007
Hombres				
Analfabetos	2,8	2,2	2,0	1,4
Sin estudios	14,0	11,6	10,6	8,1
Educación primaria	37,9	31,6	25,2	19,9
Educación secundaria	36,7	38,1	42,4	47,3
Educación superior	8,7	14,8	19,5	23,3
Mujeres				
Analfabetas	6,9	4,9	4,4	3,0
Sin estudios	16,7	14,3	13,7	10,7
Educación primaria	37,5	30,5	26,5	21,7
Educación secundaria	31,3	35,9	37,7	42,3
Educación superior	7,6	14,3	17,8	22,4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

No obstante, un indicador más válido del aumento del nivel medio de estudios en la población es el porcentaje de población de 20 a 64 años que tiene al menos estudios de segundo grado, segundo ciclo -esto es, bachillerato-. En 2007, la mitad de la población de esa edad tenía estudios de bachillerato o superiores, mientras que en 1991 era el 38% (Tabla 1.8).

Tabla 1.8. Porcentaje de población de 25 a 64 años con al menos estudios de segundo grado segundo ciclo. España, 1991-2007

Grupos de edad	1991	1997	2001	2007
25-64 años	38,2	33,5	40,4	50,7
25-34 años	69,1	51,2	57,5	64,8
35-44 años	38,3	38,5	45,3	56,4
45-54 años	20,6	21,9	29,5	43,7
55-64 años	12,0	11,9	17,5	28,3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

El nivel de estudios de la población muestra gran variación geográfica. Mientras que en Navarra, Madrid y País Vasco, el porcentaje de población de 16 y más años con estudios superiores en 2007 oscilaba alrededor del 30%, en Extremadura, Castilla-La Mancha y Melilla estaba alrededor del 16% y en Ceuta era del 12% (Tabla 1.9).

Tabla 1.9. Porcentaje de población de 16 y más años con estudios superiores, según comunidad autónoma. España, 2007

	2007
Total Nacional	22,8
Andalucía	18,8
Aragón	24,9
Asturias	22,8
Baleares	17,2
Canarias	19,8
Cantabria	25,2
Castilla y León	22,0
Castilla-La Mancha	16,7
Cataluña	22,6
Comunidad Valenciana	21,1
Extremadura	16,2
Galicia	21,7
Madrid	31,1
Murcia	18,8
Navarra	30,1
País Vasco	33,9
La Rioja	23,7
Ceuta	12,3
Melilla	16,7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Explotación estadística del Padrón Municipal de Habitantes

La tendencia similar en el incremento del nivel de estudios en hombres y en mujeres, contrasta con la tendencia diferente en la tasa de actividad según el género. En efecto, uno de los hechos socioeconómicos más relevantes en las dos últimas décadas ha sido el aumento de la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, mientras que en el caso del hombre la tasa de actividad se ha mantenido estable. En mujeres, la tasa de actividad pasó de 34,7% en 1991 a 48,9% en 2007, mientras que en los hombres en esos dos años se mantuvo alrededor del 69% (Tabla 1.10).

Tabla 1.10. Tasa de actividad, en porcentaje. España, 1991-2007

	1991	1997	2001	2007
Ambos sexos	50,8	51,6	53,0	58,9
Hombres	68,0	65,1	66,2	69,3
Mujeres	34,7	38,9	40,4	48,9

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Otro hecho socioeconómico relevante, es el importante descenso en la tasa de paro desde la segunda mitad de los años noventa. De casi el 21% en 1997 se pasó al 8% en 2007 (Tabla 1.11). La Tabla 1.11 también muestra que el paro afecta en mayor proporción a mujeres que a hombres. En 2007, la tasa de paro era 6,4% en hombres y 10,9% en mujeres.

Tabla 1.11. Tasa de paro, en porcentaje. España, 1991-2007

	1991	1997	2001	2007
Ambos sexos	16,3	20,6	10,6	8,3
Hombres	12,1	15,8	7,5	6,4
Mujeres	24,1	28,2	15,2	10,9

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

En 2007, Baleares, Madrid y Cataluña presentaban la cifras más altas de tasa de actividad, mientras que Asturias, Ceuta y Extremadura presentaban la tasa de actividad más baja. En ese año, las mayores tasas de paro se observaron en Ceuta (20,3%), Melilla (18,2%), Extremadura (13,1%) y Andalucía (12,8%) y las menores tasas de paro se observaron en Navarra, Aragón, La Rioja y Cantabria, cuya tasa de paro fue inferior a 6% (Tabla 1.12).

Tabla 1.12. Tasa de actividad y tasa de paro según comunidad autónoma. España, 2007

	Tasa de actividad	Tasa de paro
Total Nacional	58,9	8,3
Andalucía	56,2	12,8
Aragón	58,8	5,2
Asturias	50,5	8,5
Baleares	64,1	7,0
Canarias	61,0	10,4
Cantabria	56,2	5,9
Castilla y León	53,7	7,2
Castilla-La Mancha	56,0	7,6
Cataluña	62,5	6,5
Comunidad Valenciana	60,1	8,8
Extremadura	52,9	13,1
Galicia	54,3	7,6
Madrid	63,9	6,3
Murcia	60,5	7,6
Navarra	60,8	4,8
País Vasco	57,6	6,1
La Rioja	58,9	5,7
Ceuta	51,6	20,3
Melilla	54,1	18,2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

1.3 Esperanza de vida

Esperanza de vida

La Esperanza de vida (EV) es el indicador con mayor tradición y uso en la valoración del estado de salud de la población. Está relacionado no solamente con el nivel de salud, sino también con las circunstancias sociales y económicas de la población. Su cálculo se basa en el uso de las tablas de vida y el resultado de la esperanza de vida al nacer indica el número medio de años que espera vivir desde su nacimiento un individuo, si se mantienen las actuales tasas de mortalidad por edad. Se trata, por lo tanto, de una medida hipotética, ya que las tasas de mortalidad están lógicamente sometidas a cambios en el tiempo, pero al mismo tiempo es independiente de la estructura por edad de la población, por lo que puede usarse para comparar diferentes países o regiones y para estudiar la evolución en el tiempo.

La EV al nacer en España en 2007 fue de 81,1 años, 77,8 en los hombres y 84,3 en las mujeres (Tabla 1.13). La EV en 2007 aumentó en 1,7 años desde el año 2000, aumento que fue ligeramente superior en los hombres (1,7) que en las mujeres (1,5). Por su parte, la EV a los 65 años fue de 20 años, 17,8 y 21,9 en hombres y mujeres respectivamente. Comparada con la del año 2000, la EV a los 65 años en 2007 aumentó en 1,2 años, incremento que fue mayor entre las mujeres (Tabla 1.13).

Tabla 1.13. Esperanza de vida y esperanza de vida en buena salud al nacer y a los 65 años por sexo. España, 2000 y 2007

	Esperanza de vida		Esperanza de vida en buena salud	
	2000	2007	2002	2007
Al nacer				
Total	79,4	81,1	55,1	55,3
Hombres	76,1	77,8	56,3	57,2
Mujeres	82,8	84,3	53,9	53,4
A los 65 años				
Total	18,8	20,0	7,0	7,9
Hombres	16,7	17,8	7,4	8,6
Mujeres	20,6	21,9	6,6	7,2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social

En la Tabla 1.14 pueden verse las estimaciones de la EV para los años 2000 y 2007 en las diferentes comunidades autónomas españolas. En el año 2007, la diferencia entre la mayor y la menor EV fue de 3,1 años. Navarra y Madrid (82,5 años), seguidas de Castilla y León (82,1), La Rioja (81,8) y Aragón (81,7) fueron las comunidades con una EV más alta, mientras que Ceuta y Melilla ((79,5), Andalucía (79,8) y Canarias y Asturias (ambas con 80,4) fueron las comunidades con menor EV.

Entre el año 2000 y el 2007, la EV al nacer aumentó en todas las comunidades autónomas. Este incremento fue mayor en Baleares, donde la EV pasó de 78,7 años en 2000 a 81,6 en 2007. Incrementos superiores a 2 años se observaron en Canarias, Cataluña y Madrid. Asturias, con 1,2 años de aumento, y La Rioja, Castilla y León y Cantabria, con 1,3 años, fueron las comunidades con menor crecimiento de la EV entre 2000 y 2007.

Esperanza de vida en buena salud

El importante aumento relativo de las personas de más avanzada edad y el predominio de las enfermedades crónicas y la incapacidad, como consecuencia del aumento de la EV, hacen que los indicadores de salud basados exclusivamente en la mortalidad sean insuficientes para describir la evolución del estado de salud de la población en los países desarrollados. Por ello, desde la década de los años 70, y especialmente desde los años 80, se han venido desarrollando una serie de indicadores que junto a la mortalidad tienen en cuenta alguna medida de la salud o la incapacidad de la población. Entre estos indicadores está la Esperanza de vida en buena salud (EVBS), que pondera los años de vida por la percepción subjetiva de la salud. Así, la EVBS al nacimiento indicaría el número medio de años que esperaría vivir, con buena salud, un individuo de esa población si se mantuvieran las tasas de mortalidad y de percepción de la salud actuales.

La EVBS al nacer en España en 2007 fue de 55,3 años, 57,2 y 53,4 en hombres y mujeres respectivamente (Tabla 1.13). Respecto al año 2002, la EVBS en 2007 aumentó en los hombres en 0,9 años, mientras que en las mujeres se observó durante ese mismo periodo una disminución de medio año. Por su parte, la EVBS a los 65 años fue de 7,9 años, 8,6 y 7,2 en hombres y mujeres respectivamente (Tabla 1.13). Comparada con la del año 2002, la EVBS a los 65 años en 2007 aumentó en 0,9 años, aumento que fue mayor entre los hombres (1,2 años) que entre las mujeres (0,6).

Según la comunidad autónoma, la diferencia entre la mayor y la menor EVBS al nacer en el año 2007 fue de 15 años. La Rioja (62,8), Castilla y León (61,3), País Vasco (59,8) y Cantabria (59,6) fueron las comunidades con mayor EVBS, mientras que Galicia (47,8), Murcia (50,7), Comunidad Valenciana (52,5) y Extremadura (52,6) fueron las comunidades con menor EVBS al nacer.

Entre el año 2002 y el 2007, la EVBS aumentó en la mayoría de las comunidades autónomas. Este incremento fue mayor en Canarias y Baleares, donde la EVBS al nacer creció en más de 6 años. Por su parte, la EVBS entre 2002 y 2007 disminuyó en varias comunidades autónomas, siendo este descenso de mayor magnitud en la Comunidad Valenciana, Murcia y Navarra, donde la EVBS descendió más de dos años durante el periodo estudiado (Tabla 1.14).

Tabla 1.14. Esperanza de vida y Esperanza de vida en buena salud al nacer por comunidad autónoma. España, 2000 y 2007

	Esperanza de vida		Esperanza de vida en buena salud	
	2000	2007	2002	2007
España	79,4	81,1	55,1	55,3
Andalucía	78,3	79,8	51,2	54,8
Aragón	80,1	81,7	60,3	59,1
Asturias	79,2	80,4	50,9	53,8
Baleares	78,7	81,6	51,4	57,8
Canarias	77,7	80,4	47,5	54,5
Cantabria	79,8	81,1	54,7	59,6
Castilla y León	80,8	82,1	59,5	61,3
Castilla-La Mancha	80,1	81,5	51,3	55,2
Cataluña	79,1	81,6	56,0	55,2
Comunidad Valenciana	78,8	80,6	59,3	52,5
Extremadura	79,0	80,6	52,9	52,6
Galicia	79,5	81,0	48,6	47,8
Madrid	80,4	82,5	57,7	58,6
Murcia	78,6	80,5	54,0	50,7
Navarra	80,7	82,5	60,2	57,6
País Vasco	79,9	81,6	59,5	59,8
La Rioja	80,5	81,8	62,3	62,8
Ceuta y Melilla	78,0	79,5	51,2	52,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social

1.4 Mortalidad

Mortalidad infantil

A pesar de que en los países económicamente desarrollados la tasa de mortalidad infantil ha perdido sensibilidad, para indicar el nivel socioeconómico de la población y su estado de salud, este indicador sigue siendo imprescindible en cualquier evaluación de la situación sanitaria de una población.

La mortalidad infantil en España ha continuado reduciéndose a lo largo de la presente década, a pesar incluso de la baja tasa observada: si en el año 2001 esta tasa era de 4,1 defunciones en menores de un año por 1.000 nacidos vivos, en el año 2007 fue de 3,5 (Tabla 1.15). La magnitud de la tasa de mortalidad infantil muestra variación geográfica: Navarra -con 2,3 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos- Cataluña y Baleares -con 2,6 y 2,7 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos- fueron las comunidades con menor mortalidad infantil en 2007, mientras que en Ceuta (8,8), Asturias (5,9) y País Vasco (4,3) fue donde se registró la mayor mortalidad infantil.

Tabla 1.15. Tasa de mortalidad infantil según comunidad autónoma. España, 2001 y 2007

	2001	2007
Total	4,1	3,5
Andalucía	4,6	4,1
Aragón	5,0	3,8
Asturias	5,4	5,9
Baleares	5,4	2,7
Canarias	5,2	4,0
Cantabria	1,9	3,5
Castilla y León	2,6	3,2
Castilla-La Mancha	4,0	3,4
Cataluña	3,3	2,6
Comunidad Valenciana	3,7	3,5
Extremadura	4,4	3,3
Galicia	3,6	3,3
Madrid	3,8	2,8
Murcia	5,5	3,9
Navarra	3,0	2,3
País Vasco	3,4	4,3
La Rioja	5,4	3,4
Ceuta	3,1	8,8
Melilla	7,9	2,7

Fuente: Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social

Defunciones según causa de muerte

En 2007 se produjeron 385.361 defunciones en España, lo que supone unas veinticinco mil más que al inicio de la década. Alrededor del 80% de las defunciones se debían a cinco grandes grupos de causas de muerte: enfermedades del aparato circulatorio, cáncer, enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades del aparato digestivo y causas externas de traumatismos y envenenamientos (Tabla 1.16).

Tabla 1.16. Defunciones según causa de muerte, mortalidad proporcional en porcentaje y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes. España, 2001 y 2007

	Defunciones	Porcentaje	Tasa de mortalidad
Año 2001			
Total	360.131	100,0	884,4
Enfermedades del aparato circulatorio	124.389	34,5	305,5
Cáncer	94.363	26,2	231,7
Enfermedades del aparato respiratorio	37.362	10,4	91,8
Enfermedades del aparato digestivo	18.407	5,1	45,2
Causas externas	15.999	4,4	39,3
Año 2007			
Total	385.361	100,0	858,8
Enfermedades del aparato circulatorio	124.126	32,2	276,6
Cáncer	99.994	25,9	222,8
Enfermedades del aparato respiratorio	44.029	11,4	98,1
Enfermedades del aparato digestivo	19.650	5,1	43,8
Causas externas	15.916	4,1	35,5
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social			

Alrededor de un tercio de las defunciones se debieron a enfermedades del aparato circulatorio y alrededor de un cuarto de las defunciones se debieron al cáncer. Además, la tasa de mortalidad por ambas enfermedades muestra un continuado descenso: desde hace tres décadas en el caso de las enfermedades del aparato circulatorio y desde los años noventa en el caso del cáncer. En 2007, la tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio y por cáncer era 276,6 y 222,8 por 100.000 habitantes, respectivamente.

La distribución por edad de esas causas de muerte varía, como se observa en la Tabla 1.17. Alrededor del 80% de las defunciones por enfermedades del aparato circulatorio y por enfermedades del aparato respiratorio se produjeron en las personas mayores de 74 años y el resto se concentró fundamentalmente en el grupo de 45 a 74 años. En el caso del cáncer, aproximadamente la mitad se produjeron por encima de esa edad y prácticamente la otra mitad estuvo concentrada en el grupo de 45 a 74 años. Un 62% de las defunciones por enfermedades del aparato digestivo se produjeron en las personas mayores de 74 años y un 34% en el grupo de 45 a 74 años. En cuanto a las defunciones por causas externas, un tercio se produjeron en el grupo de 15 a 44 años, otro tercio en el grupo de 45 a 74 años y el otro tercio en el grupo de mayores de 74 años.

Tabla 1.17. Distribución porcentual por edad de las defunciones por las principales causas de muerte. España, 2007

Edad	Enfermedades del aparato circulatorio	Cáncer	Enfermedades del aparato respiratorio	Enfermedades del aparato digestivo	Causas externas
<15	0,0	0,2	0,2	0,1	1,7
15-44	1,4	3,2	1,6	3,6	33,6
45-74	20,9	47,7	17,7	34,4	32,1
75 y más	77,7	48,9	80,6	61,9	32,6

Fuente: Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política SocialFuente Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social

1.5 Accidentes

Víctimas de accidentes de tráfico

A lo largo de la presente década, las víctimas por accidente de tráfico han experimentado un continuo descenso. En 2008, se produjeron en España 134.047 víctimas por accidentes de tráfico, lo que supuso veintiún mil menos que en 2001. La tasa de víctimas por 1.000 accidentes y la tasa de víctimas por 100.000 habitantes descendieron un 7 y un 23%, respectivamente (Tabla 1.18).

En la Tabla 1.18, también se observa que las defunciones por accidente de tráfico mostraron un descenso más importante: de 5.517 en 2001 se pasó a 3.100 en 2008, lo que supone una disminución del 40% en la tasa de fallecidos por 1.000 accidentes y del 50% en la tasa de fallecidos por 100.000 habitantes.

Tabla 1.18. Número de víctimas totales y de fallecidos por accidente de tráfico, tasas por 1.000 accidentes y tasas por 100.000 habitantes. España 2001-2008

Año	Víctimas totales			Fallecidos		
	Total	Tasa por 1.000 accidentes	Tasa por 100.000 habitantes	Total	Tasa por 1.000 accidentes	Tasa por 100.000 habitantes
2001	155.116	1.545	381	5.517	55,0	13,5
2002	152.264	1.547	369	5.347	54,3	12,9
2003	156.034	1.561	371	5.399	54,0	12,9
2004	143.124	1.522	335	4.741	50,4	11,1
2005	137.251	1.505	316	4.442	48,7	10,2
2006	147.554	1.479	335	4.104	41,1	9,3
2007	146.344	1.456	326	3.823	38,0	8,5
2008	134.047	1.439	294	3.100	33,3	6,8

Fuente: Dirección General de Tráfico e Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social

Víctimas de accidentes de trabajo

En el año 2008, se produjeron 804.959 accidentes de trabajo durante la jornada de trabajo, lo que supuso un descenso de ciento cuarenta mil accidentes con respecto al año 2001. Los años de la presente década se han caracterizado por un descenso continuado en la frecuencia de accidentes. Así, como se observa en la Tabla 1.19, la frecuencia de accidentes de trabajo durante la jornada de trabajo pasó de 42,8 por millón de horas trabajadas en 2001 a 30,8 en 2008. De igual forma, la frecuencia de accidentes de trabajo mortales durante la jornada de trabajo pasó de 4,7 por cien millones de horas trabajadas en 2001 a 3,1 en 2008.

El sector con mayor frecuencia de accidentes de trabajo es el de la construcción. No obstante, en este sector es en el que el índice de frecuencia de accidentes experimentó un mayor descenso: de 102,7 accidentes por millón de horas trabajadas en 2001 se pasó a 62,4 en 2008. La industria es el segundo sector con elevada frecuencia de accidentes: en 2008 el índice de frecuencia fue 52,7 (Tabla 1.19).

Tabla 1.19. Índice de frecuencia de accidentes de trabajo en jornada de trabajo según sector de actividad. España 2001 y 2008

	2001	2008
Todos los accidentes *		
Total	42,8	30,8
Agrario	14,6	14,9
No agrario	46,7	32,3
Industria	64,1	52,7
Construcción	102,7	62,4
Servicios	30,4	22,1
Accidentes mortales *		
Total	4,7	3,1
Agrario	4,1	3,4
No agrario	4,7	3,1
Industria	5,2	4,0
Construcción	11,0	8,5
Servicios	3,4	1,9

Observaciones:* Número de accidentes por millón de horas trabajadas

Fuente: Ministerio de Trabajo

1.6 Percepción subjetiva de la salud

Una de las medidas de salud más utilizadas es la percepción subjetiva que el individuo tiene de su propia salud, medida que ha mostrado su validez y capacidad predictiva sobre el uso de servicios y sobre la mortalidad.

En el año 2007, el 72,6% de los hombres y el 60,6% de las mujeres de 16 y más años de edad declararon que su salud era buena o muy buena, mientras que el 6,9% y el 10,4% de hombres y mujeres respectivamente declaró su salud como mala o muy mala (Tabla 1.20). El porcentaje de población que valoró su salud como buena o muy buena disminuyó en 2006/07 respecto al año 2001. Este descenso fue mayor entre las mujeres, en las que ese porcentaje disminuyó más de un 3%.

Tabla 1.20. Percepción subjetiva de la salud por edad y sexo. España, 2001 y 2006/07

	2001		2006/07	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
16 y + años				
Muy bueno o bueno	75,4	64,0	72,6	60,6
Regular	18,6	27,2	20,5	28,9
Malo o muy malo	6,0	8,8	6,9	10,4
65 y + años				
Muy bueno o bueno	47,4	36,3	48,4	33,2
Regular	38,3	45,3	38,4	44,0
Malo o muy malo	14,3	18,4	13,2	22,8

Fuente: Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social

En el año 2006/07, un 48,4% de los hombres y un 33,2% de las mujeres de 65 y más años de edad valoraron su salud como buena o muy buena. Ese mismo año, el 22,8% de las mujeres y el 13,2% de los hombres declararon que su salud era mala o muy mala. Con respecto al año 2001, la valoración positiva de la salud en personas de 65 y más años en 2006/07 aumentó en los hombres y se redujo en las mujeres.

1.7 Incapacidad

El actual patrón epidemiológico de morbilidad y mortalidad, caracterizado por un predominio de las enfermedades y condiciones crónicas, hacen que los indicadores relacionados con las consecuencias de la enfermedad adquieran una especial relevancia. La monitorización de la incapacidad puede realizarse en España por la existencia de dos encuestas específicas llevadas a cabo durante los años 1999 y 2008 por el Instituto Nacional de Estadística.

En el año 2008, el 85,5 % de la población española sufría algún tipo de discapacidad. Como puede verse en la Tabla 1.21, la tasa de discapacidad por 1.000 habitantes fue mayor en las mujeres (101) que en los hombres (69,5). Esta tasa de incapacidad disminuyó en relación al año 1999 en más de un 4%, reducción que fue mayor entre los hombres, en los que la tasa se redujo un 7%, que entre las mujeres, en las que disminuyó menos de un 2%.

Tabla 1.21. Población total y población de 75 y + años con alguna discapacidad por 1000 habitantes, por sexo. España, 1999 y 2008

	Población total		Población 75 y + años	
	1999	2008	1999	2008
Ambos sexos	89,9	85,5	459,7	422,0
Hombres	76,6	69,5	404,3	342,0
Mujeres	102,7	101,0	492,8	473,4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social

La tasa de discapacidad aumentó mucho en la población de 75 años y más, entre los que 422 de cada mil tuvieron en el año 2008 algún tipo de limitación (Tabla 1.21). Igual que ocurría en el conjunto de la población, en las personas de 75 y más años la discapacidad es más frecuente en las mujeres y, tanto en uno como en otro sexo, ha venido disminuyendo desde 1999.

1.8 Hábitos de vida no saludables

Consumo de tabaco

En el año 2006/07, un 29,5% de la población española de 16 y más años era fumadora. Este porcentaje, que ha venido disminuyendo desde hace dos décadas, era de 34,5% en 2001. La Tabla 1.22 muestra estos porcentajes por edad y sexo. Un 35,3% de los hombres y un 23,9% de las mujeres eran fumadores en 2006/07. Por edad, tanto en uno como en otro sexo, el grupo con mayor porcentaje de fumadores fue el de 25 a 44 años (43,6% en hombres y 33,9% en mujeres). La prevalencia del consumo de cigarrillos es mayor entre los hombres que entre las mujeres en todos los grupos de edad, excepto en el de 16 a 24 años.

Desde el año 2001, la prevalencia del consumo de cigarrillos ha disminuido tanto en hombres como en mujeres, si bien el descenso fue ligeramente mayor en aquellos que en éstas. La disminución en la prevalencia de tabaquismo entre 2001 y 2006/07, se observó en todos los grupos de edad en los hombres mientras que en las mujeres de 45 a 64 y de 65 y más años se produjo un aumento del porcentaje de fumadoras entre esos dos años.

Tabla 1.22. Porcentaje de población fumadora y porcentaje de población consumidora de alcohol por edad y sexo. España, 2001 y 2006-2007

	Hombres		Mujeres	
	2001	2006/07	2001	2006/07
Consumo de cigarrillos				
Total	42,2	35,3	27,3	23,9
16-24	40,9	31,1	42,7	32,7
25-44	52,8	43,6	43,6	33,9
45-64	42,8	37,0	17,5	22,8
65 y +	19,2	15,4	2,0	3,1
Consumo de alcohol *				
Total	68,5	70,2	37,2	41,8
16-24	61,8	61,9	47,4	46,5
25-44	75,0	72,6	45,1	47,1
45-64	72,4	73,6	36,6	44,1
65 y +	54,4	65,1	18,4	26,9

Observaciones: *Consumo de bebidas alcohólicas en las dos últimas semanas
Fuente: Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social

Consumo de alcohol

Alrededor de un 56% de la población española de 16 y más años declaró en 2006/07 haber consumido bebidas alcohólicas en las dos últimas semanas. Este porcentaje fue mayor en los hombres, 70% de consumidores, que en las mujeres, 42% de consumidoras (Tabla 1.22). En cuanto a la edad, mientras que en los hombres el grupo con mayor porcentaje de consumidores fue el de 45 a 64 años (73,6%), en las mujeres fue el de 25 a 44 (47,1%). En relación a 2001, el porcentaje de bebedores aumentó ligeramente en 2006/07, tanto en uno como en otro sexo y en todos los grupos de edad excepto en los hombres de 25 a 44 años y en las mujeres de 16 a 24.

Consumo de otras drogas

En el año 2006, un 30% de la población española de 14 a 18 años declaró haber consumido cannabis en los últimos doce meses. En esa misma población, un 4,8% declaró haber consumido tranquilizantes y pastillas para dormir sin receta médica, un 4,1% cocaína y un 2,8% alucinógenos (Tabla 1.23). En cuanto a la tendencia del consumo de sustancias psicoactivas en la población de 14 a 18 años, desde el año 2000, excepto el cannabis y la heroína, que aumentaron ligeramente, se observó un descenso en el porcentaje de consumidores.

En el año 2007, también fue el cannabis la sustancia más frecuentemente consumida (10%) por la población de 15 a 64 años. Un 3% de esta población declaró haber consumido cocaína en los doce meses anteriores, y un 1,3% hipnosedantes. Excepto el cannabis y la cocaína, que aumentaron ligeramente, el consumo de sustancias se redujo entre el año 2001 y el 2007 en la población española de 15 a 64 años (Tabla 1.23).

Tabla 1.23. Porcentaje de población de 14 a 18 años y de 15 a 64 años que declaran haber consumido en los últimos doce meses diferentes tipos de sustancias psicoactivas. España, 2000-2007

	Población 14 a 18 años		Población 15 a 64 años	
	2000	2006	2001	2007
Hipnosedantes *	5,0	4,8	2,8	1,3
Cannabis	28,8	29,8	9,2	10,1
Éxtasis	5,2	2,4	1,8	1,1
Alucinógenos	4,2	2,8	0,7	0,6
Anfetaminas	3,5	2,6	1,1	0,9
Cocaína	4,8	4,1	2,5	3,0
Heroína	0,4	0,8	0,1	0,1
Inhalables volátiles	2,5	1,8	0,1	0,1

Observaciones: *Tranquilizantes y pastillas para dormir sin receta médica
Fuente: Plan Nacional Sobre Drogas

Sedentarismo

En el año 2006/07, alrededor de un 40% de la población española de 16 y más años declaró no realizar actividad física alguna durante su tiempo libre. Este porcentaje de población adulta sedentaria fue mayor en las mujeres (42%) que en los hombres (36%). Por grupos de edad, el sedentarismo fue mayor en los hombres de 25 a 44 y 45 a 64 años, mientras que en las mujeres, los mayores porcentajes de sedentarias se observaron entre los 16 y los 44 años (Tabla 1.24). El sedentarismo fue mayor entre las mujeres que entre los hombres en todos los grupos de edad, si bien estas diferencias fueron más importantes en los más jóvenes y los mayores: si alrededor de un 28% de los hombres de 16 a 24 años y de 65 y más años se declararon sedentarios, estos porcentajes fueron de alrededor del 44% en las mujeres de esos mismos grupos de edad.

A pesar de esos altos porcentajes de población sedentaria, la tendencia parece ser descendente en los últimos años. Este descenso es algo mayor en las mujeres, en las que el porcentaje de sedentarias se redujo un 10% entre 2001 y 2006/07, que en los hombres, en los que se redujo apenas un 5%. Por

edad, excepto en los hombres más jóvenes, en los que la prevalencia de sedentarismo podría estar aumentando, el porcentaje de población sedentaria disminuyó entre 2001 y 2006/07. Este descenso fue de mayor magnitud en los individuos de 65 y más años, en los que el porcentaje de sedentarios se redujo un 13 y un 18% en hombres y mujeres respectivamente entre esos dos años.

1.9 Obesidad

En el año 2007, algo más de un 15% de la población española de 18 y más años era obesa (Tabla 1.24). Este porcentaje fue ligeramente mayor en los hombres (15,6%) que en las mujeres (15,1%). Tanto en uno como en otro sexo, el porcentaje de población obesa aumentó con la edad: si alrededor de un 5% de hombres y mujeres de 18 a 24 años eran obesos, estos porcentajes fueron del 21 y el 26% en hombres y mujeres de 65 y más años respectivamente.

La frecuencia de la obesidad ha venido aumentando en España desde hace dos décadas. Entre 2001 y 2007, el incremento en la prevalencia de la obesidad fue mayor en los hombres, en los que creció un 3,2%, que en las mujeres, en las que aumentó un 1% (Tabla 1.24). En todos los grupos de edad, con la excepción de las mujeres de 45 y más años, la frecuencia de la obesidad aumentó en el periodo estudiado, incremento que fue de mayor magnitud entre los hombres de 45 a 64 años, en los que la prevalencia aumentó en un 5% entre 2001 y 2007 (Tabla 1.24).

Tabla 1.24. Porcentaje de población sedentaria y porcentaje de población obesa por edad y sexo. España, 2001 y 2006/07				
	Hombres		Mujeres	
	2001	2006/07	2001	2006/07
Sedentarismo				
Total	41,2	36,4	52,2	42,4
16-24	25,9	28,2	49,9	44,5
25-44	42,9	39,5	50,2	45,1
45-64	48,0	40,2	48,0	36,8
65 y +	41,7	28,6	61,9	43,9
Obesidad *				
Total	12,4	15,6	14,1	15,1
16-24	3,7	5,4	2,1	5,3
25-44	10,5	12,1	7,0	10,1
45-64	16,3	21,3	21,5	19,0
65 y +	17,4	21,0	26,9	26,0
Observaciones: *Índice de masa corporal ≥ 30 kg/m ²				
Fuente: Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social				

2 Descripción y análisis institucional

2.1 Organización y fórmulas de gestión del Sistema Sanitario

Antecedentes y características generales

El Sistema Nacional de Salud tiene como marco jurídico la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley de Cohesión y Calidad¹; y las leyes que han promulgado las Comunidades Autónomas en el ejercicio de las competencias previstas en sus respectivos estatutos de autonomía.

Conforme con estas disposiciones, todas las comunidades tienen un patrón común de organización de su sistema de salud basado en la existencia de una Consejería o Departamento de Sanidad, o de Salud, que además de fijar la política sanitaria, ejerce las funciones de administración en sentido estricto. Entre estas funciones se encuentran las propias del ejercicio de autoridad sanitaria. Las Consejerías son también las responsables de la planificación y ordenación de los servicios. Además, algunas comunidades especifican entre las competencias de las Consejerías las de financiación y compra de servicios asistenciales.

La provisión de servicios se lleva a cabo por los servicios de salud, generalmente organismos autónomos de carácter administrativo y dependientes de las consejerías. Sin embargo, las comunidades también contratan con entidades públicas o privadas la prestación de servicios asistenciales. Desde el punto de vista territorial los servicios de salud se organizan en áreas sanitarias, que incorporan tanto la atención primaria como la especializada, que suelen tener gerencias diferenciadas para cada nivel asistencial dentro de cada área.

El instrumento de gestión que se utiliza con carácter general es el contrato programa o de gestión². Por medio de este contrato se fijan los objetivos cuantitativos y de calidad, el presupuesto y el sistema de evaluación. El periodo de tiempo al que se refieren los contratos suele ser un año. Los

1 Ley General de Sanidad:

http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=1986/10499

Ley de Cohesión y Calidad:

http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2003/10715

2 Los contratos programa también se denominan, según las distintas comunidades, contrato de gestión, programa de gestión convenida y plan de gestión, entre otros.

contratos de gestión se fijan entre las consejerías y los servicios de salud, y entre las direcciones de estos y las áreas de salud o centros sanitarios.

Por lo tanto, la organización del sistema sanitario, tiene las siguientes características generales:

- Las funciones de planificación y de autoridad se atribuyen a las consejerías o departamentos,
- La provisión de servicios se lleva a cabo por los servicios de salud, dependientes de las consejerías, que se organizan en áreas de salud.
- El instrumento de gestión es el contrato programa, que fija los objetivos, el presupuesto y el sistema de evaluación.

Sin embargo existen algunas diferencias en la manera en que las comunidades llevan a la práctica esta organización, que se resumen a continuación.

Funciones de planificación, financiación, contratación y provisión de servicios de salud

Casi todas las consejerías, como ya se ha indicado, distinguen entre planificación y provisión de servicios. En la comunidad de Cataluña esta separación se amplía a la planificación, financiación, contratación y provisión de servicios:

- Financiación: el Departamento de Salud además de definir la política sanitaria, asigna y fija las prioridades del presupuesto que le ha sido concedido por el Gobierno Autónomo.
- Contratación: el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) actúa como un ente asegurador que contrata los servicios con distintos proveedores, tanto públicos como privados.
- Provisión de servicios: la red sanitaria de utilización pública está formada por los distintos proveedores públicos y privados que se contratan por el CatSalut.

Entre los proveedores de servicios de salud están los gestionados directamente por la administración autonómica, que están adscritos al Instituto Catalán de la Salud (ICS), y centros e instituciones pertenecientes a fundaciones privadas, sociedades municipales, consorcios, órdenes religiosas, mutualidades, sociedades privadas y entidades de base asociativas (EBA), que son agrupaciones de profesionales que se constituyen para gestionar un equipo de atención primaria.

El Sistema Sanitario Madrileño también separa las funciones de compra y provisión. A la consejería se le atribuyen la función de dirección de la política sanitaria y al Servicio Madrileño de Salud la de compra de servicios. Sin embargo, el Servicio Madrileño no sólo ejerce esta función de compra, sino que también ejerce la función de provisión de servicios a través de los

centros y servicios que tiene adscritos. Al Servicio Madrileño de Salud se le atribuyen también las funciones de configuración y asignación de presupuesto.

Fórmulas de gestión

En el Sistema Nacional de Salud la mayor parte de los servicios son de provisión pública. Como ya se ha indicado, los servicios de salud se organizan en áreas sanitarias donde se presta tanto la atención especializada como la primaria, con gerencias que pueden ser separadas o únicas. Ejemplos de gerencias integradas o únicas son las de las áreas de Menorca y Eibissa-Formentera, las de las islas no capitalinas en Canarias, la gerencia de área de Ferrol en Galicia, o las de las áreas de Estella y Tudela en Navarra. La provisión de servicios de forma directa se hace también a través de entidades públicas con distintos regímenes jurídicos. Sin embargo, algunas comunidades, en el caso de Cataluña de forma mayoritaria, también utilizan fórmulas de gestión basadas en contratos con entidades públicas o privadas como forma de prestar los servicios asistenciales (Tabla 2.1):

- En Andalucía la provisión de servicios sanitarios se hace a través de la red de centros de Atención Primaria y Hospitales del servicio Andaluz de Salud, así como de los centros hospitalarios de alta resolución adscritos a Empresas públicas (Empresa Pública Hospital Costa del Sol, Poniente, Alto Guadalquivir y Bajo Guadalquivir). En esta comunidad la atención a las emergencias sanitarias, así como la coordinación de las urgencias se realiza a través de la Empresa Pública de Emergencias sanitarias, EPES.
- En Aragón debe resaltarse el Consorcio de Salud de Aragón, que es una entidad jurídica pública de carácter asociativo y voluntario, integrada por el Departamento de Salud, los ayuntamientos de Ejea de los Caballeros, Fraga, Jaca y Tarazona, y la Mutua de Accidentes de Zaragoza. Este consorcio gestiona el hospital de Jaca y los Centros de Alta Resolución de Ejea, Fraga y Tarazona. En Aragón también deben destacarse los convenios suscritos con otras administraciones públicas, como el del Hospital de la Defensa y el del hospital de la Mutua de Accidentes de Zaragoza.
- En Baleares, aunque todos los servicios asistenciales se rigen por un modelo de gestión directa dependiente del Servicio de Salud de las Illes Balears, los hospitales de Son Llàtzer, Inca y Manacor, son Fundaciones Públicas Sanitarias con personalidad jurídica propia. En esta comunidad se cuenta también con GESMA (Gestión Sanitaria de Mallorca), empresa pública adscrita al Servicio de Salud que gestiona los hospitales General de Palma, Psiquiátrico de Palma y Joan March en Bunyola.
- Canarias utiliza la fórmula de empresa pública del Gobierno de Canarias, Gestión de servicios para la salud y seguridad en Canarias, para la gestión de actividades como urgencias y transporte sanitario,

- coordinación de emergencias, formación para la salud y seguridad pública, o la gestión económica y recaudación sanitaria.
- En Cataluña se utilizan diversas fórmulas de gestión: directa, indirecta y compartida. Como ya se ha indicado, es el CatSalut quien contrata con los distintos proveedores de servicios. Por otra parte, el CatSalut al amparo de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña puede crear entidades o participar en ellas para la gestión de servicios del sistema sanitario público. Por ello existen empresas adscritas al CatSalut como el Instituto de Diagnóstico por la Imagen, el Sistema de Emergencias Médicas y el Parque Sanitario Pere Vigilí, entre otros. Otras empresas públicas de Cataluña son el Instituto Catalán de Oncología; el Instituto de Asistencia Sanitaria; la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas o el Banco de Sangre y Tejidos en Cataluña. También existen varios consorcios, entidades de naturaleza pública, creados con entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro. Ejemplos de consorcios son el Consorcio Hospitalario de Vic y la Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell. En el caso de Cataluña debe destacarse además la figura del Instituto Catalán de la Salud, empresa pública adscrita al Departamento de Salud, que presta servicios al 76% de la población de Cataluña. También son dignas de mención las EBA, que están formadas por profesionales que se constituyen como empresa para autogestionar un equipo de atención primaria. En el sistema de salud de Cataluña también existen las Fundaciones tanto públicas como privadas. Ejemplos de fundaciones privadas son la Fundación Althaia o la Fundación St. Joan de Déu. La Fundación de Gestión Sanitaria de la Sta. Creu i St. Pau es una fundación pública.
 - La Comunidad Valenciana dispuso en la Ley 3/2003³ la posibilidad de que la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios pueda llevarse a cabo por cualquier entidad admitida en derecho así como a través de concesiones administrativas. De hecho, el Hospital "La Ribera" de Alzira inició su actividad en 1999 como una concesión administrativa. Otras concesiones en esta Comunidad son las de Torrevieja, Manises, Marina Salud (Denia) y Eix Crivillente (Eix). Por otra parte, en esta Comunidad también deben mencionarse los consorcios hospitalarios aplicados a los hospitales Provincial de Castellón (consorcio Diputación Provincial de Castellón-Consellería de Sanitat) y General Universitario de Valencia (Consorcio Diputación Provincial de Valencia-Consellería de Sanitat).

3 Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana: http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2003/04500

- La Comunidad de Galicia ha venido utilizando para la provisión de servicios la fórmula de Fundación Pública Sanitaria. Entre las fundaciones de esta comunidad debe citarse al Instituto Gallego de Medicina Técnica o la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia. En esta comunidad un centro hospitalario (POVISA) está concertado para la atención especializada de una población determinada.
- La Comunidad de Madrid ha incorporado en los últimos años dos fórmulas de gestión para sus hospitales: hospitales construidos y puestos en marcha bajo el contrato administrativo de obra pública, y hospitales construidos y gestionados bajo el modelo de contrato de servicios público, modalidad de concesión. Además esta comunidad mantiene un convenio singular con la Fundación Jiménez Díaz. También se ha constituido como una empresa pública la Unidad Central de Radiodiagnóstico y se ha adjudicado bajo el modelo de contrato de servicios público, modalidad de concesión, el laboratorio clínico correspondiente a los hospitales Infanta Sofía, Infanta Cristina, Infanta Leonor, Sureste, Henares y Tajo. Desde 1998 existe en Madrid el Hospital Fundación Alcorcón, entidad creada al amparo del Real Decreto Ley 10/1996.
- La Comunidad de la Región de Murcia creó en 2003 la empresa pública regional GISCARMSA para la promoción, construcción y explotación de bienes inmuebles destinados a satisfacer las necesidades de infraestructuras sanitarias y sociosanitarias de la región. El modelo de gestión que se ha elegido es el de un convenio específico de arrendamiento con la administración regional para la construcción, gestión y explotación de los futuros hospitales de la región. GISCARMSA gestiona las actuaciones y proyectos del nuevo Hospital de Cartagena, el Materno Infantil del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y la construcción del Hospital del Mar Menor.
- En el País Vasco el Departamento de Sanidad es el regulador y financiador del sistema, además de asumir las responsabilidades en materia de derechos y participación ciudadana. Osakidetza- Servicio Vasco de Salud es el responsable de la provisión de servicios, como en otras comunidades. Sin embargo, la peculiaridad de Osakidetza es que es un ente público de derecho privado. También debe mencionarse a Osatec, Sociedad Pública del Gobierno Vasco, dependiente del Departamento de Sanidad y adscrita a Osakidetza, encargada de la gestión, administración y explotación de servicios por la imagen de tecnología puntera.
- En la Comunidad de la Rioja debe destacarse la Fundación Hospital de Calahorra, que es una institución pública enmarcada en la red sanitaria pública de la Comunidad. Se constituyó por acuerdo de Consejo de Ministros de 7 de abril de 2000 y es una institución sin

ánimo de lucro conforme a lo establecido en el Real Decreto 29/2000⁴. Forman parte del Patronato de la Fundación el Ayuntamiento de Calahorra y la Comunidad de la Rioja. La Fundación presta asistencia a unos 84.000 habitantes de la comarca de la Rioja Baja.

- El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) es una entidad gestora de la Seguridad Social adscrita a la Secretaría General de Sanidad (Ministerio de Sanidad y Política Social), que tiene encomendada la provisión de servicios de salud en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

Todas las comunidades autónomas además de la gestión directa por medio de sus servicios de salud o entidades públicas adscritas a las consejerías, utilizan conciertos o contratos de servicios con entidades públicas o privadas para complementar su dotación de recursos.

Por otra parte, también es muy frecuente en el Sistema Nacional de Salud la figura de entidades y empresas públicas y fundaciones para las áreas de innovación, investigación y docencia. También se recurre a estas figuras para acciones en el ámbito sociosanitario. Ejemplos de estas entidades son la Escuela Andaluza de Salud Pública, la Fundación Progreso y Salud (Andalucía), la Fundación Rioja Salud, la Fundación Marqués de Valdecilla (Cantabria), la Fundación para la Diabetes, la Fundación para la Investigación Sanitaria y la Fundación del Hospital Nacional de Parapléjicos (Castilla-La Mancha), la Agencia Laín Entralgo (Madrid) y la Fundación Miguel Servet (Navarra).

En resumen, la provisión de servicios en el Sistema Nacional de Salud se hace en su mayor parte de forma directa por los servicios de salud, aunque estos también utilicen fórmulas como las empresas públicas, consorcios y fundaciones. En algunas comunidades se han puesto en funcionamiento centros y servicios sanitarios con otras fórmulas, como son los contratos administrativos de obra pública y los contratos de servicios, modalidad concesión administrativa. Por otra parte, también se han creado empresas públicas para la construcción y puesta en funcionamiento de nuevos centros sanitarios.

Todas las comunidades autónomas utilizan conciertos o contratos con instituciones públicas o privadas para complementar su oferta de servicios e incluso en algunos casos esos conciertos suponen la encomienda de la atención sanitaria a una población, como es el caso de la Fundación Jiménez Díaz en Madrid, POVISA en Galicia y varios centros en Cataluña.

Como conclusión, puede establecerse que las comunidades autónomas ensayan fórmulas alternativas a la gestión directa por entidades de derecho administrativo. Estas fórmulas alternativas incluyen las fundaciones y empresas

4 REAL DECRETO 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud: http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2000-1484

públicas tanto de derecho público como privado, así como los contratos administrativos de obra pública y los contratos de servicios modalidad concesión administrativa. La gestión de la innovación, investigación y docencia a través de Fundaciones y otras entidades públicas es general en el Sistema Nacional de Salud.

Tabla 2.1. Fórmulas de gestión empleadas en el Sistema Nacional de Salud

Comunidad	Empresas pública	Consorcios	Fundaciones	Observaciones
Andalucía	Sí			
Aragón		Sí		Convenios específicos con Ministerio de Defensa y Mutua de Accidentes de Zaragoza
Baleares	Sí		Sí	
Canarias	Sí			
Cataluña	Sí	Sí	Sí	Separadas las funciones de financiación, contratación y provisión de servicios. El Instituto Catalán de la Salud es una empresa pública. Existe la figura de Entidades de Base Asociativa para la prestación de atención primaria
Comunidad Valenciana		Sí		Concesiones administrativas: Ribera Salud (Alzira), Torreveja Salud, Manises, Marina Salud (Denia), Eix-Crevillente (Eix)
Galicia			Sí	Existe además un concierto específico con un hospital privado para atender una población determinada
Madrid	Sí		Sí	Además se emplea la figura de hospitales construidos y puestos en marcha bajo el contrato administrativo de obra pública, y hospitales y centros construidos y gestionados bajo el modelo de contrato de servicios público, modalidad de concesión. Existe un concierto singular con un centro hospitalario
Murcia	Sí			
País Vasco	Sí			Osakidetza-Servicio Vasco de Salud es un ente público de derecho privado
La Rioja			Sí	
INGESA				Es una entidad gestora de la Seguridad Social

Fuente: Información suministrada por las CCAA e INGESA al cierre del presente informe

2.2 Políticas y Planes Sanitarios

Las Comunidades Autónomas basan la planificación de sus actividades en materia sanitaria en los Planes de Salud. Estos planes se concretan en planes estratégicos, directores, estrategias de salud, programas de salud y planificación de infraestructuras. Durante 2008 los Planes de Salud continuaron siendo la base de la planificación sanitaria en el Sistema Nacional de Salud. Varias Comunidades se encuentran en fase de evaluación o elaboración de un nuevo plan y en todas ellas hay un Plan de Salud vigente.

El desarrollo de los derechos del paciente, el impulso a la participación ciudadana en los servicios de salud y la adquisición de compromisos con la ciudadanía es una materia a la que se refieren de forma explícita varias comunidades autónomas, como las de Andalucía, Aragón y Cantabria. Un aspecto específico al que se refieren varias comunidades es la vigilancia de los tiempos máximos de espera para cirugía, consulta externa y pruebas diagnósticas.

La atención específica a enfermedades de alta prevalencia, cronicidad y carga de invalidez, como las oncológicas, cardiovasculares y diabetes, es objeto de planes y programas específicos en los servicios de salud. También son frecuentes los programas de atención a la salud infantil y de las mujeres. Otros planes específicos se refieren a la atención a las drogodependencias y la salud mental.

También son objeto de planificación específica la investigación biosanitaria, las tecnologías de la información y los recursos humanos.

Andalucía

La comunidad de Andalucía se ha fijado las siguientes líneas de actuación: aumentar las garantías y derechos de los ciudadanos, ofrecer más y mejores servicios, y reforzar las políticas de salud pública e investigación biomédica.

En materia de extensión de los derechos ciudadanos deben destacarse las garantías de tiempos máximos de espera para intervenciones quirúrgicas (120-180 días), consulta de especialidades (60 días) y pruebas diagnósticas (30 días). También destaca el examen médico anual para mayores de 65 años y el derecho a la segunda opinión médica. Por otra parte, se ha implantado el acceso gratuito a medicamentos a menores de 1 año y el aumento hasta los 18 años de la cobertura en salud bucodental, incluyendo en este derecho a las embarazadas, mayores de 65 años y discapacitados. También se ha regulado el diagnóstico genético preimplantatorio. Otras actuaciones que merecen destacarse son el decreto para garantizar la protección de adolescentes que se sometan a cirugía estética.

Se han desarrollado las Redes Locales de Acción en Salud (RELAS) con 10 municipios andaluces. Con estas redes se pretende potenciar la intersectorialidad y dar a los ayuntamientos mayor protagonismo en la promoción y prevención sanitarias.

Por otra parte se llevan a cabo planes específicos contra el tabaquismo, cardiopatías, oncología, accidentabilidad, salud mental, diabetes, obesidad, y dependencia.

Está en fase de consolidación la red de centros de alta resolución con 9 centros en funcionamiento y 5 en construcción de los 25 planificados. Otras infraestructuras son los proyectos de nuevos hospitales en Cádiz, Jaén, Ronda, La Línea y Málaga, así como la mejora de los hospitales de Córdoba, Almería y Granada. En atención primaria está prevista la apertura de 149 nuevos centros de salud y consultorios.

En la comunidad de Andalucía se ha primado durante los últimos años la inversión en tecnologías de la información, con el desarrollo de la historia clínica electrónica, la cita previa telefónica, por Internet y por SMS. Otras actuaciones en este ámbito han sido la plataforma Salud Responde y los servicios de teletraducción.

Se ha puesto en marcha el plan estratégico de investigación, desarrollo e innovación en salud para promocionar la actividad científica entre los clínicos y profesionales sanitarios. Debe destacarse la Iniciativa Andaluza en Terapias Avanzadas con tres líneas de investigación: terapia celular y medicina regenerativa, programa de genética clínica y medicina genómica, y el programa de nanomedicina.

En materia de recursos humanos debe destacarse la oferta de empleo público, con más de 13.000 plazas, la formación y desarrollo de la carrera profesional y el plan estratégico de formación profesional.

Aragón

La Comunidad de Aragón se ha fijado como objetivos estratégicos aumentar la autonomía y responsabilidad de los ciudadanos sobre su salud y las decisiones relacionadas con la misma. También pretende potenciar la función de cliente de los usuarios del sistema, asegurándoles participación, información y elección. Para ello se propone facilitar el desarrollo profesional, poner a su disposición las instalaciones precisas y orientar la organización y gestión hacia la gestión clínica. Estos objetivos estratégicos se concretan en la "Carta de compromisos" para garantizar los derechos de los ciudadanos, el fomento de la participación de los ciudadanos y usuarios, la oferta específica para pacientes con enfermedades crónicas y dependientes, y varias acciones en materia de salud pública.

La Carta de compromisos con los ciudadanos se concreta en aquellos que se refieren a la calidad y resultados en el caso de los enfermos oncológicos, enfermedad coronaria aguda, diabéticos, atención a la mujer, pediátrica y pacientes en tratamiento crónico con anticoagulantes. También se establecen compromisos respecto a la libre elección y la atención a tiempo, información y accesibilidad administrativa.

Para el fomento de la participación real y control por parte de los ciudadanos, se pretende potenciar la participación en los consejos de salud y

la participación de asociaciones de pacientes en gestión de las prestaciones, de los usuarios en los comités de bioética y la constitución del consejo asesor sobre salud y género.

Para garantizar la suficiencia y equidad de la oferta de servicios las acciones se concretan en el Plan de mejora de atención primaria y suficiencia de la oferta en los servicios de atención especializada, alta tecnología y medio rural. También se proponen acciones específicas para pacientes crónicos y dependientes, salud mental, con adición a sustancias y con necesidad de cuidados paliativos.

En relación con los profesionales del sistema, la Comunidad de Aragón tiene previstas actuaciones para contar con los profesionales suficientes y con la máxima capacitación, y potenciar su autonomía y corresponsabilidad.

En materia de salud pública las acciones se dirigirán sobre todo a las personas más desfavorecidas y las mujeres.

Todas las actuaciones indicadas se proponen en el marco de una iniciativa legislativa que contempla la Ley de Salud Pública de Aragón, el Decreto Regulador de la segunda opinión médica, el de tiempos de garantía en pruebas diagnósticas, de atención primaria y de salud mental.

Baleares

En la Comunidad de las Islas Baleares (CAIB) se está elaborando el Plan de Salud. Durante el año 2008 se elaboró el Diagnóstico de Salud que supone la confluencia entre el análisis de situación, la evaluación de las actuaciones recogidas en el anterior Plan de Salud y el punto de partida del nuevo.

También se ha impulsado el Plan de actuación en drogodependencias y adicciones de las Islas Baleares en el que se incluyen las acciones contra el tabaquismo y el alcohol.

El Servicio de Salud ha elaborado su plan estratégico 2008-2011 que se concreta en 25 líneas de acción que suponen la consolidación del Servicio de Salud, la innovación en la gestión y la mejora de la prestación que ofrece a los ciudadanos.

Durante 2008 la CAIB ha estado trabajando en el Plan de acciones sanitarias en el ámbito sociosanitario del Servicio de Salud, que pretende definir los recursos y establecer los circuitos para responder a las necesidades de esta materia desde el ámbito sanitario. También GESMA, empresa pública que gestiona servicios de atención sociosanitaria y salud mental, ha elaborado su Plan estratégico 2008-2011 con la participación de más de 400 profesionales.

Canarias

El segundo Plan de Salud de Canarias 2004-2008 ha marcado la orientación de la política sanitaria de la comunidad durante los últimos años. La evaluación del plan ha servido de referencia para el III Plan de Salud de Canarias 2009-2014 que se encuentra en la fase final de redacción. Este plan se plantea para

afrontar tanto los retos relacionados con la salud pública como los relacionados con la organización y financiación de los servicios de salud. El proyecto de plan pretende dirigir la gestión de la salud y de los servicios de forma simultánea y persigue un cambio en la gestión de los servicios para la mejora de resultados y ganancia de salud.

Cantabria

La comunidad de Cantabria define su planificación sanitaria sobre cinco ejes estratégicos:

- Sanidad dirigida a las personas, más participativa y de mayor calidad.
- Accesibilidad de las personas al sistema sanitario.
- Desarrollo sostenido de las políticas de salud.
- Apoyo a los profesionales como factor clave del sistema.
- Inversión en infraestructuras y mejora constante de la organización y servicios de asistencia sanitaria.
- Desarrollo de la investigación sanitaria como objetivo preferente, integrada y cooperando con el espacio asistencial.

El primer eje estratégico se dirige a aumentar la satisfacción de los ciudadanos impulsando su participación con acciones como la creación del Consejo Asesor de Salud de Cantabria. El segundo eje tiene como línea prioritaria la evaluación y actualización de la normativa de tiempos máximos de espera. El plan de salud de las mujeres 2008-2011, prevención de la obesidad infantil, plan de lactancia materna, salud mental, cuidados paliativos, salud laboral y drogodependencias son algunos de los planes incluidos en el tercer eje estratégico.

La actuación más destacada en materia de recursos humanos puede considerarse la elaboración de una Ley de personal estatutario de instituciones sanitarias de Cantabria.

En materia de infraestructuras, los planes de la comunidad contemplan un plan de inversiones que permita ampliar y mejorar la cartera de servicios de los centros sanitarios de Cantabria. La investigación sanitaria se hará utilizando la Fundación Marqués de Valdecilla y la creación del Campus Valdecilla.

Castilla-La Mancha

La Consejería de Salud de Castilla-La Mancha asume el enfoque de la salud pública como eje transversal de sus planes y programas. Como instrumento de planificación utiliza el Plan de Salud 2001-2010 que contempla actuaciones en materia de salud pública, asistencia sanitaria y atención sociosanitaria, y define los compromisos y obligaciones de las distintas instituciones con responsabilidades en el campo de la salud.

Además del Plan de Salud están vigentes los siguientes planes específicos, que orientan sobre las prioridades del sistema sanitario de la comunidad:

- Plan de prevención y tratamiento del tabaquismo 2003-2010.

- Plan de alcoholismo y drogodependencias 2006-2010.
- Plan integral de diabetes mellitus 2007-2010.
- Plan de salud mental 2005-2010.
- Plan oncológico 2007-2010.
- Plan de investigación en ciencias de la salud 2008-2010.
- Plan de calidad del SESCAM 2002-2008.
- Plan de prevención de la obesidad infantil desde las oficinas de farmacia.
- II Plan de voluntariado.
- II Plan de atención a las personas mayores.

Castilla y León

El III Plan de Salud de Castilla y León se aprobó el 30 de octubre de 2008. Los objetivos del plan son los siguientes: reducir la mortalidad por causas evitables, seguir incrementando la esperanza de vida, prevenir y reducir la aparición de enfermedades, especialmente las crónicas, establecer las condiciones para que todos los ciudadanos desarrollen una vida más sana y extender a toda la red sanitaria las iniciativas que han demostrado mayores resultados. El plan focaliza la atención en torno a problemas concretos en los que se puede intervenir, como las enfermedades cardiovasculares, diabetes, accidentes de tráfico, salud laboral y seguridad alimentaria entre otros.

El plan prevé desarrollo de nuevas estrategias de salud en cáncer, cardiopatía isquémica, ictus, salud mental, atención sanitaria geriátrica, diabetes, cuidados paliativos y atención integral a las mujeres entre otras.

Cataluña

Los instrumentos de mayor relevancia de que se dota el Departamento de Salud de Cataluña para la planificación sanitaria son el Plan de Salud de Cataluña 2006-2010, el Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública, los planes directores y los planes estratégicos.

El Plan de salud concede mayor importancia a los determinantes de salud y pretende reducir las desigualdades de salud por razón de sexo, clase social o territorio. A través de sus ejes estratégicos, el Plan de Salud constituye un instrumento clave para enfrentar los nuevos retos que plantea el sistema: reivindica la importancia de las actuaciones preventivas y asistenciales; prioriza el carácter intersectorial, las dimensiones de la calidad y la seguridad de los servicios, los profesionales y la ciudadanía; fomenta el trabajo conjunto y coordinado desde el territorio; y establece objetivos y resultados sujetos al rendimiento de cuentas. Además, el mismo proceso de elaboración del Plan es un ejercicio de participación y compromiso de instituciones, profesionales y ciudadanía. El Mapa sanitario regula la necesidad de sincronizar la planificación de salud con la planificación de servicios. Para ello concede toda la relevancia al territorio, sobre la base de la nueva división organizativa del sistema catalán de

salud: los gobiernos territoriales de salud, estableciendo criterios de base poblacional para distribuir los servicios. Se pretende, así, mejorar la accesibilidad de la población a los servicios de salud, mejorar la calidad y la eficiencia de la atención y conseguir un aumento de la satisfacción de la ciudadanía.

Los dos instrumentos, el Plan de Salud y el Mapa sanitario se ven complementados con los planes directores y planes estratégicos. Los planes directores se refieren a las enfermedades del aparato cardiocirculatorio, oncología, sociosanitario, salud mental, adicciones, inmigración en el ámbito de la salud y enfermedades reumáticas.

Los planes estratégicos más destacados son los de ordenación de la atención pediátrica en atención primaria, atención nefrológica, atención especializada, atención maternoinfantil y a la salud sexual y reproductiva, ordenación de la atención al paciente con politraumatismo grave y diagnóstico por la imagen.

Extremadura

El Plan de Salud de Extremadura (PSE) es la principal herramienta de planificación sanitaria en la Comunidad Autónoma. Por ello, durante 2008 se centraron los esfuerzos en el seguimiento y evaluación del PSE 2005-2008 y en la elaboración del PSE 2009-2012. El PSE contempla el desarrollo de planes y programas específicos, entre los que cabe destacar el Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud 2005-2008. Otros planes y programas transversales, orientados hacia esta atención integral, continua e integrada, que se vienen desarrollando y sobre los que se realiza un seguimiento periódico son los planes Marco o Integrales, Promoción y Prevención de la Salud, Asistenciales y no Asistenciales, Seguridad Alimentaria, Zoonosis y Sanidad y Salud Ambiental.

Entre los Planes Marco o Integrados ya implantados destacan entre otros los de Drogodependencias y conductas adictivas; Atención Sociosanitaria, Educación para la salud, Enfermedades Cardiovasculares, Cáncer, Humanización del sistema sanitario público, Diabetes, Salud mental, Programa Marco de Calidad y Formación en ciencias de la salud.

Los Programas de Promoción y Prevención de la Salud incluyen Salud Infantil y del Adolescente, Prevención del Tabaquismo, Inmunizaciones del niño y adolescente, Vacunación del adulto, Prevención del VIH/SIDA, Prevención del cáncer de mama y prevención del cáncer de cérvix, Prevención de enfermedades endocrinometabólicas e hipoacusia en el recién nacido y Prevención del bocio endémico.

Entre los Programas asistenciales están el de Cuidados paliativos, Evaluación y tratamiento del dolor, Salud Bucodental (Plan dental para embarazadas, Plan Dental Infantil de Extremadura y Plan Dental para Discapacitados), Terapia anticoagulante oral, Control radiológico infantil de Extremadura y Cribaje de la hipercolesterolemia familiar.

Los Programas no asistenciales se refieren los siguientes: Servicio de intérprete de lengua de signos española para la atención sanitaria. Residencia de familiares de pacientes ingresados en hospitales. Programa Compañía. Programa de Señalización de centros y servicios. Plan de reforma y adaptación de edificios para mejorar su accesibilidad física.

Los programas de zoonosis incluyen las actividades de lucha contra la brucelosis, hidatidosis y vigilancia y control de la encefalopatía esponjiforme. Los enfocados a la sanidad medioambiental se refieren al control de aguas, piscinas, legionelosis, y plaguicidas entre otros.

Murcia

En la comunidad de Murcia, además de la construcción de 3 nuevos hospitales que lleva a cabo GISCARMSA, empresa pública regional, destacan los siguientes planes y programas de salud mental: Programa de atención a adultos e infanto-juvenil, drogodependencias, rehabilitación y reinserción, y hospitalización.

Navarra

El Plan de Salud de Navarra 2006-2012 se ha definido como un plan que debe dirigir su atención al ciudadano, a la mejora de la calidad de su atención, y a sus derechos. El plan se centra en la atención a los cuidados en los procesos prioritarios y en los procesos emergentes en salud pública. El Plan, por otra parte contempla la organización y relación entre los actores del sistema: directores, gestores y profesionales.

En la Comunidad Foral destacan además el Plan Foral contra el tabaco y el Plan de Salud Laboral.

País Vasco

El Plan de Salud de Euskadi 2002-2010 se fija como áreas prioritarias de intervención los estilos de vida saludables, las desigualdades sociales en salud y las enfermedades no transmisibles, las enfermedades transmisibles en grupos de actuación especial y el cuidado de los entornos promotores de salud como el medioambiental, laboral y escolar. El Plan responde a un diseño multisectorial, no es exclusivo de salud.

Conforme a las líneas marcadas por el Plan se mantiene una estrategia de seguimiento de los estilos de vida y de definición de los criterios de calidad en los procesos asistenciales con mayor impacto epidemiológico. En atención esta estrategia se concreta en el Plan de Actividades Programadas, incluido en la Oferta Preferente, que registra indicadores relacionados con hipertensión, asma, EPOC, salud mental, cuidados paliativos, salud infantil y salud reproductiva y sexual. Durante 2008 los hechos más significativos son los siguientes:

Se ha terminado la nueva Oferta Preferente de atención primaria, en la que se ha cuidado la inclusión de actividades basadas en la evidencia científica y excluyendo las que no supongan un claro beneficio para el paciente.

Se han incluido como procesos singularizados en los contratos programa de los hospitales el cáncer, el infarto agudo de miocardio, el ictus cerebral, la EPOC y la esquizofrenia. Se han incluido como compromisos complementarios los cuidados paliativos y rehabilitación neurológica.

Por otra parte, han continuado con sus actividades el programa de detección precoz de cáncer de mama y el de cribado de cáncer de cuello uterino. También se ha continuado la puesta en marcha del Plan de cuidados paliativos, trasladando dicho plan a los Territorios Históricos.

La Rioja

La Comunidad de la Rioja está elaborando su nuevo Plan de Salud, que tiene como objetivos mejorar el nivel de salud de la población, disminuir la morbilidad y mortalidad prematura evitable, reducir las desigualdades en salud, y luchar contra la discapacidad. El Plan de Salud, que será el primero elaborado después de la transferencia de los servicios del Insalud en 2001, tendrá en cuenta las competencias referidas a atención primaria y especializada, y también las nuevas instalaciones puestas en funcionamiento en la Comunidad.

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) es el responsable de la asistencia sanitaria en Ceuta y Melilla. Sin embargo, las competencias en materia de salud pública están transferidas a ambas ciudades autónomas. INGESA utiliza los contratos de gestión para transmitir a sus directivos y profesionales las acciones necesarias para conseguir los objetivos de las Estrategias Nacionales de Salud, mediante la cartera de servicios y programas especiales. Los programas especiales son los siguientes: programa de atención a procesos oncológicos, enfermedades cardiovasculares, atención maternoinfantil y estrategia de cuidados paliativos.

Por otra parte, durante 2008 se ha aprobado el Plan de Salud de la ciudad de Ceuta con vigencia hasta 2011. Los objetivos y líneas de actuación se refieren a los principales problemas de salud, recursos sociosanitarios, y hábitos de vida y medio ambiente.

2.3 Gasto sanitario

El gasto como medida de los recursos aplicados al sistema sanitario, viene siendo utilizado de forma general para cifrar la dimensión económica del mismo. Igualmente, es un indicador clave para conocer la evolución y estructura

del sector, sometido a continuas presiones no solo por el envejecimiento de la población sino también por los importantes avances científicos y tecnológicos.

El gasto total del sistema sanitario español, entendiendo éste como suma de los recursos asistenciales públicos y privados, ascendió en el año 2007 a 88.827 millones de euros⁵. Esto representa un 8,5 por ciento del producto interior bruto (PIB), del cual un 6,1 por ciento fue financiado con recursos públicos y un 2,4 por ciento con recursos privados.

Tabla 2.2. Evolución del gasto sanitario y del producto interior bruto (PIB)

	2003	2004	2005	2006	2007
Gasto sanitario público	44.938	48.581	53.127	58.466	63.768
Gasto sanitario privado	18.853	20.287	22.144	23.598	25.060
Gasto total	63.791	68.869	75.271	82.064	88.828
PIB	782.929	841.042	908.792	982.303	1.050.595

Observaciones: Cifras en millones de euros

Fuente: Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad y Política Social e Instituto Nacional de Estadística

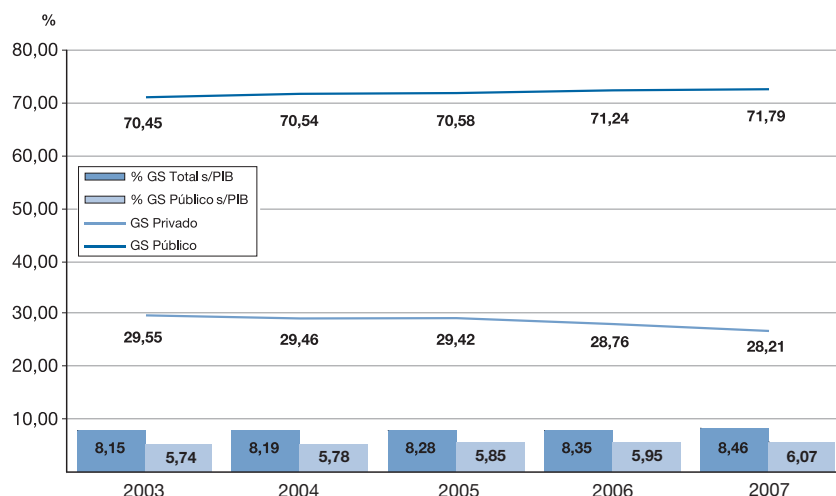
La media anual de crecimiento del gasto sanitario en el periodo 2003-2007 ha sido de un 8,6 por ciento. El gasto sanitario público presentó una tasa del 9,1%, mientras que el gasto privado crecía de forma más suave, con una media de un 7,4% anual. En este mismo periodo el crecimiento del PIB ha sido, en términos medios anuales, de un 7,6%, por debajo del experimentado tanto por el gasto sanitario total como por el público, por lo que la participación en el PIB de ambas magnitudes ha experimentado un avance cifrado en 0,33 y 0,31 puntos porcentuales respectivamente.

5 La estimación de gasto se ha realizado por la Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS), de acuerdo con el marco metodológico del sistema de cuentas la salud (SCS) de la OCDE, y son las cifras que recoge esta misma organización en su publicación anual Eco-Salud, así como el cuestionario conjunto EUROSTAT, OCDE y OMS.

Hay que señalar que la clasificación SCS incorpora en la función de cuidados de larga duración, no solo los estrictamente sanitarios a personas dependientes, sino también los llamados cuidados personales necesarios para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.

Este matiz separa la metodología de la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) del MSPS del sistema de cuentas de salud de la OCDE, y, por tanto, los gastos en cuidados de larga duración constituyen, sin duda, el elemento diferenciador de ambas series que más peso tiene en los resultados.

Figura 2.1. Composición del gasto sanitario. Periodo 2003-2007



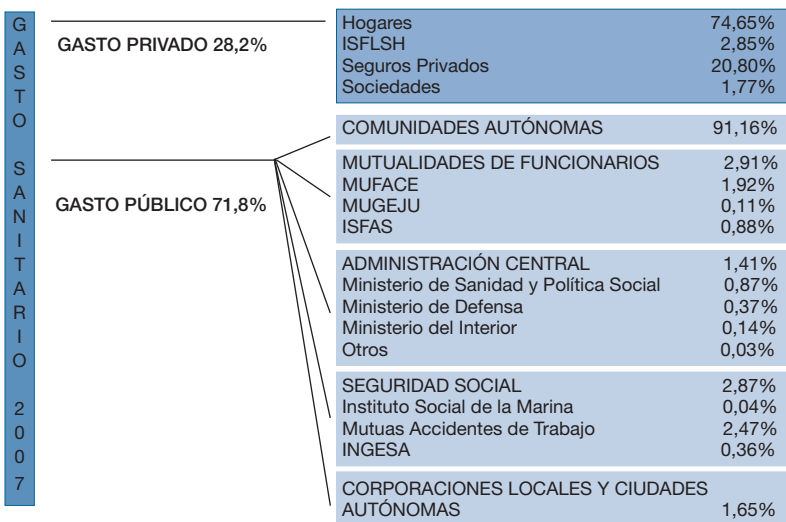
Observaciones: Porcentajes sobre total gasto sanitario y sobre el producto interior bruto (PIB)
 Fuente: Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad y Política Social e Instituto Nacional de Estadística

Como consecuencia de estos diferenciales de crecimiento en el periodo analizado la participación del gasto sanitario público sobre el total del gasto sanitario ha crecido, pasando de un 70,45 por ciento a un 71,79 por ciento.

El esquema siguiente muestra el peso que en el sistema sanitario tienen los diferentes actores y agentes financiadores. En el sector sanitario público las Comunidades Autónomas son responsables del 91,16% del total del gasto, por lo que su ritmo de crecimiento marca la evolución global del sistema. Su tasa anual media de crecimiento en el periodo 2003-2007 ha sido de 9,4%. El conjunto de agentes no regionalizados (Administración Central, Sistema de Seguridad Social y Mutualidades de funcionarios) representa el 7,2 por ciento del gasto, si bien el comportamiento de este sector presenta en el referido periodo un comportamiento desigual debido, sin duda, a la implementación en los diferentes momentos de medidas financiadoras específicas.

En relación con el gasto privado son los hogares los que soportan un mayor peso en la financiación, con una participación del 74,65 por ciento, si bien en el periodo analizado, el sector más dinámico ha sido el de los seguros privados, que han pasado de financiar un 18,92% del total del gasto privado en el año 2003 a un 20,80% en el año 2007, crecimiento apoyado en gran medida en el incremento de los seguros colectivos de empresas.

Figura 2.2. Composición del gasto sanitario. Año 2007



Fuente: Estadística gasto Sanitario Público (EGSP) y Sistema de Cuentas de la Salud (SCS).
Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad y Política Social e Instituto Nacional de Estadística

Por último, y todavía en base a las estimaciones de gasto enmarcadas en las clasificaciones y fronteras del Sistema de Cuentas de la Salud⁶, en el cuadro siguiente se muestra la diferente estructura de gasto por proveedores de los servicios sanitarios de cada uno de los dos grandes sectores financiadores: sector público y sector privado.

En el sector público el gasto en hospitales es 2,5 veces el de los proveedores de asistencia ambulatoria, mientras que en el sector privado la relación es de signo opuesto, ya que el gasto privado en los hospitales es tan solo una quinta parte del de los servicios ambulatorios. Si bien, para valorar el peso de los hospitales privados en el sistema, hay que señalar que un 65% de los servicios sanitarios que proveen los hospitales privados están siendo financiados por el sector público a través de concertos. Por tanto, la importancia de los hospitales privados como sector productivo es más alta que la que se podría deducir con la lectura de la Tabla 2.3.

6 Vid nota 1.

Tabla 2.3. Distribución del gasto sanitario por proveedores y financiadores

	HF1 Administraciones Públicas	HF2 Sector Privado	Total gasto corriente
HP.1- Hospitales	50,95	9,25	38,8
HP.2- Establecimientos de atención medicalizada y residencial	4,76	6,41	4,8
HP.3-Proveedores de atención ambulatoria	20,44	50,01	28,9
HP.4-Proveedores de productos médicos	19,77	27,84	22,7
HP.5-Suministro y Admón. de programas de salud pública	1,36	0,47	1,0
HP.6-Administración general de salud y seguros médicos	2,27	6,01	3,4
HP.7-Otras industrias	0,44	0,02	0,4
HP.9-Resto del mundo	0,01	0,00	0,0
Gasto Total	100,00	100,00	100,0

Observaciones: Porcentajes de cada proveedor sobre el gasto total de los financiadores

Fuente: SHA Joint Questionary 2009, OCDE, EUROSTAT Y OMS

Desde el punto de vista de los proveedores de asistencia ambulatoria hay que señalar como característica diferenciadora de los dos esquemas de financiación que, en tanto que en el sistema público la asistencia del primer nivel es preponderante, basada en los centros de salud del SNS, en el sector privado son las consultas de dentistas y de medicina especializada las que generan un 78 por ciento del total del gasto de los proveedores de servicios ambulatorios.

A efectos de analizar el gasto desde la perspectiva económico-presupuestaria y de las funciones sanitarias a las que atiende así como de su distribución entre las Comunidades Autónomas y Ciudades con estatuto de autonomía, se ha considerado más adecuado basarse en los datos de la Estadística el gasto sanitario público⁷. Por tanto, y tal como se ha señalado⁸, no se tienen en consideración los gastos en cuidados de larga duración, que quedan al margen de las prestaciones de los servicios de salud de las CCAA.

7 EGSP. Estadística Gasto Sanitario Público. MSPS.

8 Vid nota 1.

Tabla 2.4. Gasto sanitario público 2003-2007. Clasificación funcional en miles de € *

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL	2003	2004	2005	2006 **	2007 **
Servicios hospitalarios y especializados	22.502.542	24.576.854	27.004.400	30.043.254	32.461.672
Servicios primarios de salud	6.561.856	7.148.588	7.824.212	8.443.846	9.420.327
Servicios de salud pública	491.616	572.054	630.734	737.797	811.348
Servicios colectivos de salud	1.373.673	1.320.176	1.486.662	1.644.236	1.848.441
Farmacia	9.611.402	10.152.795	10.757.586	11.303.003	11.901.950
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	694.624	767.875	799.382	971.365	1.076.411
Gasto de capital	1.721.175	1.810.339	2.083.862	2.538.557	2.668.925
TOTAL CONSOLIDADO	42.956.889	46.348.681	50.586.839	55.682.059	60.189.073

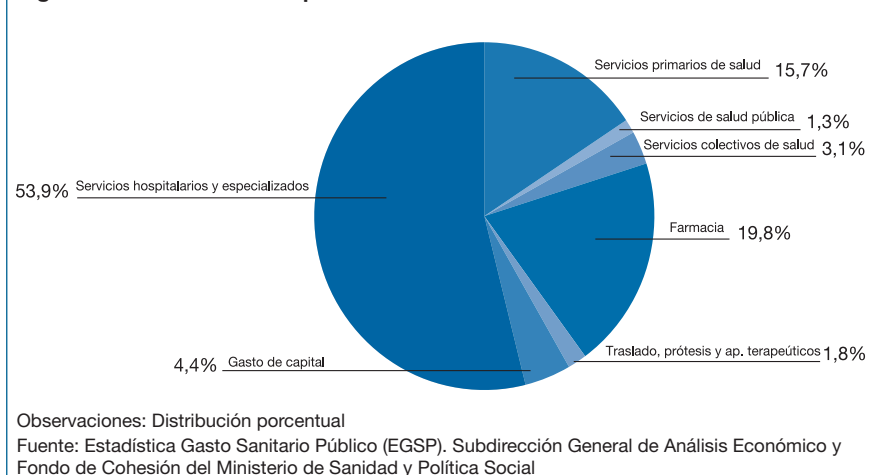
Observaciones: *No se tiene en consideración los gastos de cuidados de larga duración

**Cifras (miles de euros) provisionales sujetas a revisión

Fuente: Estadística Gasto Sanitario Público (EGSP). Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS)

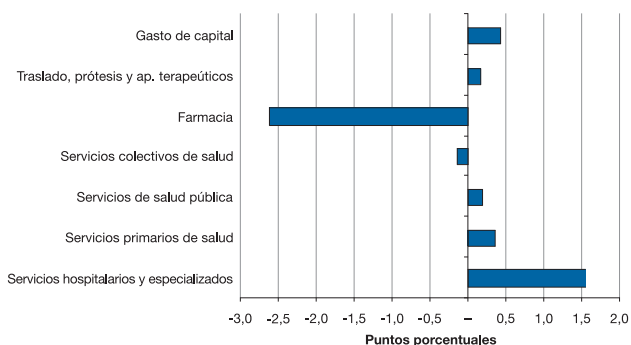
La función que mayor peso tiene en el ámbito de la asistencia sanitaria pública es la de los servicios hospitalarios y especializados, que alcanzó en 2007 un 53,9 por ciento del gasto total consolidado. Le siguen en importancia el gasto en farmacia, con un 19,8 por ciento, y en atención primaria con un 15,7.

Figura 2.3. Gasto sanitario público 2007. Distribución funcional



El comportamiento en el periodo 2003-2007 de las citadas funciones asistenciales (que representan un 89,4% del gasto total) ha sido dispar. Los servicios hospitalarios y especializados se muestran como los más dinámicos experimentando un incremento de 1,5 puntos porcentuales, pasando de un 52,4 a un 53,9% del total del gasto. La farmacia, con un comportamiento opuesto, ha cedido 2,6 puntos, lo que sitúa su gasto en un 19,8 por ciento del gasto total. Los servicios primarios de salud representan en 2007 un 15,7 por ciento del gasto, habiendo incrementado ligeramente su participación en el total.

Figura 2.4. Gasto sanitario público 2003-2007. Variaciones en la distribución funcional



Observaciones: Diferencias en puntos porcentuales

Fuente: Estadística Gasto Sanitario Público (EGSP). Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS)

El análisis, desde la óptica de la clasificación económica, nos muestra que son los gastos en retribuciones de personal, que supusieron en el año 2007 un total de 27.307 millones de euros, los que absorben un mayor porcentaje del total del gasto.

Tabla 2.5. Gasto sanitario público 2003-2007. Clasificación económica

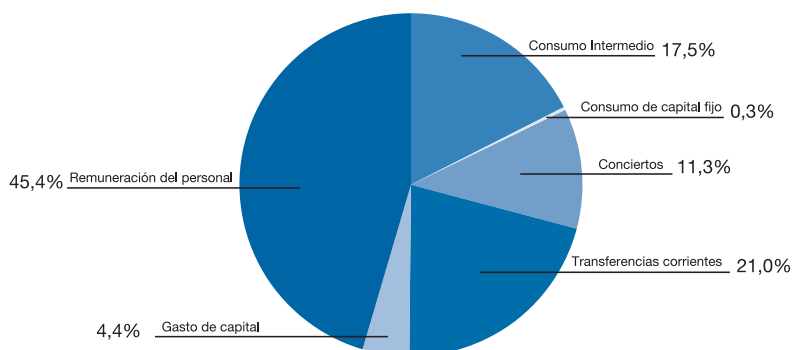
	2003	2004	2005	2006 **	2007 **
Remuneración del personal	17.915.439	19.369.266	20.831.638	24.317.253	27.306.655
Consumo intermedio	7.922.989	8.696.612	9.791.409	10.247.863	10.559.264
Consumo de capital fijo	108.542	118.476	373.085	174.174	196.941
Conciertos	5.165.076	5.643.187	6.067.566	6.394.298	6.796.993
Transferencias corrientes	10.123.667	10.710.802	11.439.279	12.009.913	12.660.295
Gasto de capital	1.721.175	1.810.339	2.083.862	2.538.557	2.668.925
TOTAL CONSOLIDADO	42.956.889	46.348.681	50.586.839	55.682.059	60.189.073

Observaciones: *Cifras (miles de euros) provisionales sujetas a revisión

**Cifras (miles de euros) provisionales sujetas a revisión. Tiene carácter provisional la liquidación de Corporaciones Locales, Ceuta y Melilla

Fuente: Estadística Gasto Sanitario Público (EGSP). Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad y Política Social

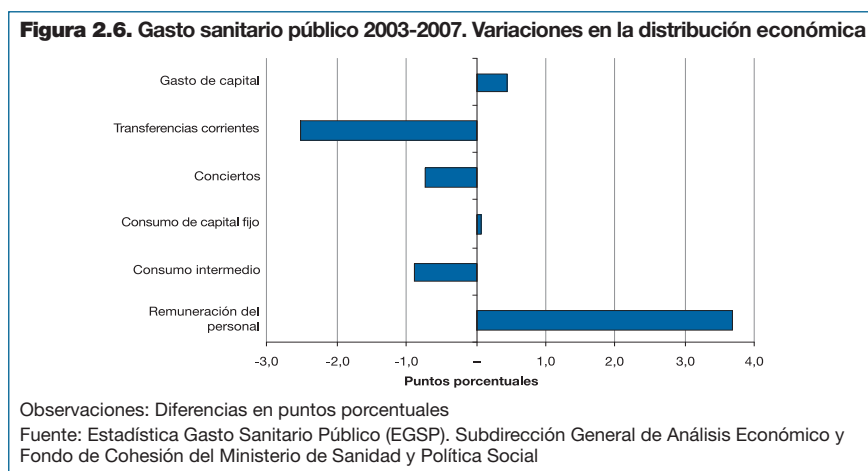
Un 45% del gasto sanitario público se destina a cubrir las remuneraciones de los trabajadores del sector; en importancia le siguen los gastos en transferencias corrientes -de los cuales el 94% se refieren a gasto en recetas médicas- que suponen un 21%; los gastos en consumos intermedios, con un 17,5% y los gastos en compras al sector privado a través de conciertos que representan un 11,3 por ciento del gasto sanitario público.

Figura 2.5. Gasto sanitario público 2007. Distribución económica

Observaciones: Distribución porcentual

Fuente: Estadística Gasto Sanitario Público (EGSP). Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad y Política Social

Dejando a un lado el comportamiento de los gastos de capital, tanto los de consumo como los de inversión, debido en el caso de los de consumo a las dificultades que entraña su estimación y en los de inversión a su estacionalidad y variabilidad, el análisis de los gastos en el periodo 2003-2007 muestra que los gastos en remuneraciones de los asalariados han sido los que a lo largo del citado periodo han experimentado la mayor tasa media de crecimiento, cifrada en un 11,1 por ciento, seguido por los gastos en consumos intermedios con un 7,4 por ciento y los conciertos con un 7,1. Como consecuencia de estos distintos ritmos de crecimiento, los gastos de remuneraciones han incrementado en 3,7 puntos porcentuales su peso en el gasto total, fundamentalmente a costa de la disminución de las transferencias corrientes que han perdido 2,5 puntos porcentuales y de los conciertos que dejan 0,7 puntos.



La Tabla 2.6 recoge, en base a la Estadística del Gasto Sanitario Público, el gasto sanitario consolidado de las Comunidades Autónomas en el periodo 2003-2007, así como las tasas medias de crecimiento del periodo. En términos de gasto total, que incluye los gastos de capital, el mayor crecimiento lo ha experimentado la Comunidad Autónoma de la Rioja, con un 19%, debido al importante esfuerzo inversor de la comunidad en relación con su nivel de gastos corrientes. Murcia, Baleares, Castilla-La Mancha y Madrid, se sitúan entre las regiones más dinámicas, siendo Asturias, Castilla y León y Cantabria las que han presentado una tasa media de crecimiento menor.

Si el análisis se efectúa en términos de gasto corriente, sin tener en cuenta los gastos en inversiones, es la Comunidad murciana la que presenta un incremento mayor en el periodo -12,18%- manteniéndose las comunidades citadas en el párrafo anterior como las más y menos dinámicas.

Tabla 2.6. Gasto sanitario público consolidada por CCAA

	2003	2004	2005	2006	2007	TAM
Andalucía	6.450.192	7.025.753	7.539.191	8.339.228	8.867.511	8,3
Aragón	1.230.313	1.368.430	1.441.258	1.589.130	1.738.781	9,0
Asturias	1.102.532	1.178.919	1.253.681	1.339.114	1.423.253	6,6
Baleares	799.363	874.479	1.064.151	1.077.552	1.209.518	10,9
Canarias	1.793.534	1.896.751	2.148.011	2.317.742	2.508.912	6,7
Cantabria	611.281	660.908	718.122	766.157	825.218	7,8
Castilla y León	2.369.489	2.532.688	2.752.846	3.164.216	3.073.042	6,7
Castilla-La Mancha	1.607.100	1.614.193	2.073.055	2.354.915	2.425.780	10,8
Cataluña	6.260.653	6.555.858	7.140.233	8.070.644	8.961.582	9,4
Comunidad Valenciana	3.930.856	4.242.076	4.718.251	5.119.756	5.589.768	9,2
Extremadura	1.059.068	1.133.799	1.223.321	1.348.811	1.526.277	9,6
Galicia	2.547.871	2.827.233	2.930.798	3.231.003	3.452.597	7,9
Madrid	4.601.404	5.265.938	5.686.537	6.139.263	6.777.571	10,2
Murcia	1.153.836	1.284.084	1.425.846	1.566.505	1.755.530	11,1
Navarra	610.205	661.838	694.066	753.309	826.706	7,9
País Vasco	2.160.636	2.308.590	2.529.603	2.702.510	3.017.810	8,7
La Rioja	272.795	311.161	353.875	455.874	556.373	19,5

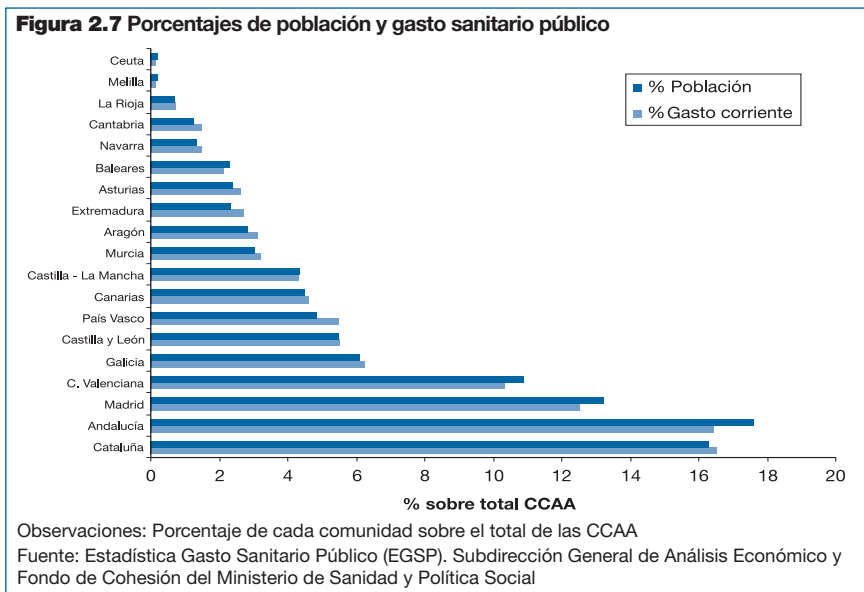
Observaciones: Cifras en miles de euros

Fuente: Estadística Gasto Sanitario Público (EGSP). Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad y Política Social

De acuerdo con los datos del año 2007, un 41,5 por ciento del gasto sanitario público ha sido originado por las Comunidades Autónomas: Andalucía, Cataluña y Madrid, con 8.868, 8.962 y 6.777 millones de euros respectivamente. Estas comunidades suponen el 47% de la población española. La Rioja, Cantabria y Navarra son las comunidades con el gasto más pequeño, en valores absolutos.

La Figura 2.7 recoge los pesos del gasto corriente y la población de cada Comunidad Autónoma en relación con los totales de ambas variables. Las diferencias que se observan entre ambos indicadores para cada una de las CCAA reflejan no solo el diferente esfuerzo financiero aplicado a la asistencia sanitaria sino también, y en gran medida, las distintas realidades poblacionales y geográficas de cada una de ellas, tales como las diferencias etarias y dispersión entre otras.

Figura 2.7 Porcentajes de población y gasto sanitario público



Así, Andalucía, con un 17,61% de la población, alcanza un 16,44% del gasto. Asimismo Madrid, Valencia y Baleares, presentan un ratio de población por encima del ratio de gasto. Para el resto de las CCAA la situación es la contraria, siendo el País Vasco, Extremadura y Aragón las que presentan una diferencia más acusada.

El acercamiento a la distribución del gasto sanitario público entre las Comunidades Autónomas y el análisis de la importancia que tiene el mismo dentro de cada una de las economías regionales puede hacerse, asimismo, a través del indicador de gasto sanitario como porcentaje del PIB, si bien, hay que tener en cuenta que la elasticidad de la renta superior a la unidad -a mayor renta mayor gasto sanitario- que se da en el análisis global del gasto de los países, no ocurre cuando se analiza este indicador a nivel regional. Tal como señala el informe, para el análisis del gasto sanitario del grupo de trabajo creado por la I Conferencia de Presidentes Autonómicos⁹: "Los datos que se obtienen por Comunidades Autónomas de gasto sanitario como porcentaje del PIB no reflejan la relación con el nivel de renta. En este caso las diferencias entre territorios no solo se explican (como ocurre entre países) por diferencias entre niveles de renta sino también por solidaridad entre territorios". Y esto es así, ya que la asignación de recursos entre las CCAA contempla mecanismos de nivelación que tratan de garantizar la equidad del sistema.

9 Instituto de estudios Fiscales. Ministerio de Economía y Hacienda. Ministerio de Sanidad y Consumo. Septiembre 2007

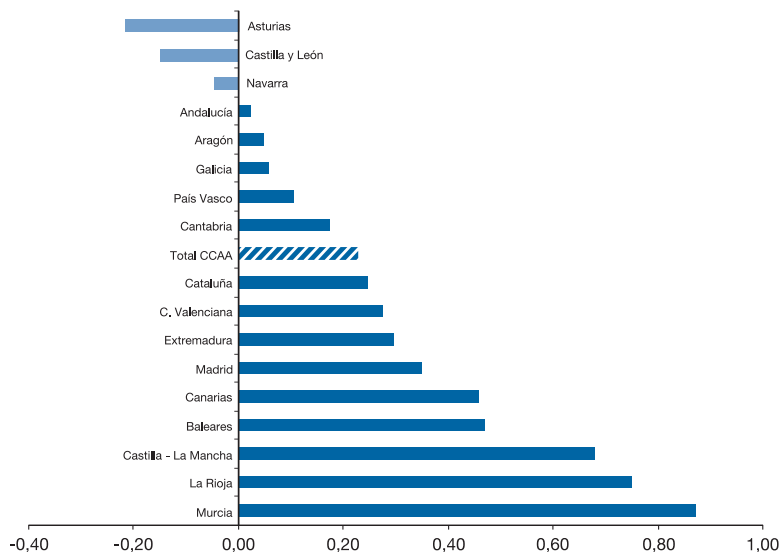
Tabla 2.7. Gasto sanitario público como porcentaje del producto interior bruto (PIB)

%gasto CCAA s/PIB			%gasto CCAA s/PIB		
	2003	2007		2003	2007
Andalucía	6,05	6,12	Comunidad Valenciana	5,16	5,46
Aragón	5,06	5,28	Extremadura	8,15	8,81
Asturias	6,54	6,23	Galicia	6,39	6,41
Baleares	4,08	4,64	Madrid	3,32	3,65
Canarias	5,59	6,01	Murcia	5,86	6,53
Cantabria	6,28	6,21	Navarra	4,59	4,66
Castilla y León	5,57	5,44	País Vasco	4,49	4,65
Castilla-La Mancha	6,05	6,80	La Rioja	4,65	7,16
Cataluña	4,25	4,56	Media CCAA	4,76	5,21

Fuente: Estadística Gasto Sanitario Público (EGSP). Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Nacional de Estadística

Las Comunidades de Extremadura -con un 8,81%-, Castilla-La Mancha -con un 6,8%- y Murcia -con un 6,5%- son las que presentan en el año 2007 un porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB más elevado. Madrid (3,6%) y Cataluña (4,6%) se sitúan en el extremo opuesto.

Figura 2.8. Variaciones 2003-2007 en la participación del gasto sanitario público corriente en el producto interior bruto (PIB)



Observaciones: Diferencias en puntos porcentuales

Fuente: Estadística Gasto Sanitario Público (EGSP). Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Nacional de Estadística

2.4 Fondo de cohesión sanitaria

El fondo de cohesión sanitaria se crea por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, que regula las medidas fiscales y administrativas del sistema de financiación de las comunidades autónomas, con el objetivo de garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, así como la atención a ciudadanos desplazados procedentes de la Unión Europea o de países con los que España tiene suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca.

Su gestión se reguló inicialmente por el Real Decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, que estableció los criterios y procedimientos para la compensación a las comunidades autónomas por la atención sanitaria prestada a pacientes residentes en España derivados a otras comunidades y a pacientes extranjeros desplazados a España en estancia temporal, con derecho a asistencia. Se estableció una serie de procesos hospitalarios y ambulatorios a financiar, por entender que por su complejidad algunas comunidades no disponían de los servicios hospitalarios que se requieren o éstos son insuficientes para atender a la población dentro del su ámbito territorial. La distribución del fondo de cohesión sanitaria entre las Comunidades Autónomas se llevó a cabo según dichos criterios durante el periodo 2002-2005.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en relación con la política de garantías de calidad para racionalizar la organización de los servicios sanitarios e introducir eficiencia en el sistema, reguló los servicios de referencia y estableció que el Consejo Interterritorial del SNS sería el organismo que los designaría con un enfoque de planificación conjunta así como que se financiarían a través del Fondo de cohesión sanitaria.

Posteriormente, en octubre de 2006, se publicó un nuevo decreto de regulación de la gestión del fondo de cohesión sanitaria (RD 1207/2006) en el que se recogen las directrices establecidas en la citada Ley, en la Conferencia de Presidentes celebrada el día 10 de septiembre de 2005 y en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, celebrado el día 13 de septiembre de 2005.

Las principales novedades de dicho Real Decreto con respecto al anterior y que en estos momentos está ya en vigor, son las siguientes:

- Se actualizaron los procesos hospitalarios y ambulatorios compensables, para tener en cuenta la innovación tecnológica desarrollada en los últimos años y la inclusión en la financiación de los centros, unidades y servicios de referencia.
- Se incrementó la cobertura del coste de los procesos hospitalarios y ambulatorios financiados del 40% al 80%.
- Se introdujo la compensación de los procesos a atender en los Servicios y Unidades de Referencia, que previamente hubiese aprobado el Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud.

Estas modificaciones se plasman en la siguiente Tabla 2.8 de evolución del reparto del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS).

Tabla 2.8. Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS). Periodo 2002-2008

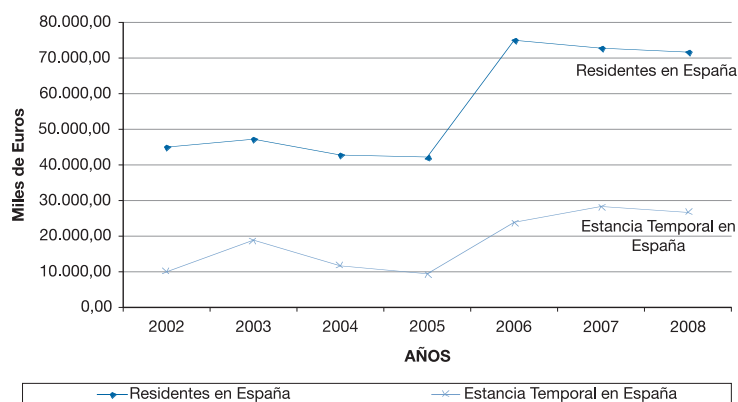
	Distribución F.C.S. R. D. 1247/2002 de 3 de diciembre				Distribución F.C.S. R. D. 1207/2006 de 20 de octubre		
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Residentes en España	45.193	47.482	43.158	42.203	75.237	72.966	71.975
Estancia Temporal en España	10.375	18.877	12.077	9.472	23.794	28.384	27.069

Observaciones: Cifras en miles de euros

Fuente: Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad y Política Social

La partida referida a la compensación por la asistencia sanitaria prestada a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas, experimenta un fuerte crecimiento a partir de 2006, como consecuencia de la entrada en vigor del vigente Real Decreto 1207/2006 de 20 de octubre. Sin embargo el incremento de las partidas por la compensación de la asistencia sanitaria a asegurados desplazados temporalmente a España con derecho a asistencia a cargo de otro Estado, se puede atribuir a una mejora en los sistemas de gestión en la facturación internacional (gasto real).

Figura 2.9. Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS). Periodo 2002-2008



Observaciones: Cifras en miles de euros

Fuente: Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad y Política Social

Tabla 2.9. Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria. Desplazados residentes en España

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Distribución F.C.S. R. D. 1247/2002 de 3 de diciembre				Distribución F.C.S. R. D. 1207/2006 de 20 de octubre		
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Andalucía			72	12	1.229	2.091	
Asturias	3	36	-20	20			
Cantabria	3.443	3.671	4.165	4.126	6.425	5.584	8.071
Castilla – La Mancha			339				
Cataluña	8.381	9.840	7.377	8.905	13.126	14.095	22.111
Comunidad Valenciana	2.117	629	650	628	1.548		4.315
Galicia			28				
Madrid	31.176	31.611	30.894	27.642	52.910	50.947	37.477
Murcia		988	-409	291			
País Vasco	73	706	62	580		250	
TOTAL	45.193	47.482	43.158	42.203	75.237	72.966	71.975

Observaciones: Cifras en miles de euros

Las cifras negativas se corresponden con regularizaciones de la liquidación del año anterior.

Fuente: Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad y Política Social

En la Tabla 2.9, se muestran los importes y las comunidades autónomas que han recibido financiación a través del FCS por la asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas. Como puede observarse son las Comunidades Autónomas de Madrid, Cataluña y Cantabria las que mayor compensación han recibido, manteniendo una evolución constante en los importes percibidos; le siguen la Comunidad Valenciana y Andalucía con una evolución menos constante.

En la Tabla 2.10, se muestra la distribución entre CCAA del saldo positivo nacional resultante entre el importe recaudado por España por la prestación de asistencia sanitaria a ciudadanos asegurados en otros Estados, y el pagado por la asistencia sanitaria dispensada, en otros Estados a ciudadanos asegurados en España.

Tabla 2.10. Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria. Desplazados a España en estancia temporal a cargo de otro estado.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Distribución F.C.S. R. D. 1247/2002 de 3 de diciembre				Distribución F.C.S. R. D. 1207/2006 de 20 de octubre		
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Andalucía	1.460	1.404	515	379	395	6.358	13.006
Aragón	260	311	157	82			
Asturias	233	477	218	112	10	199	49
Baleares	1.482	1.975	1.653	872	3.103	3.520	2.680
Canarias	943	3.634	908	1.417	9.221	3.747	2.809
Cantabria	111	168	399	99	180	142	137
Castilla y León	459	809	475	267			
Castilla-La Mancha	94	113	93	45			
Cataluña	1.825	2.747	2.267	905			
Comunidad Valenciana	349	2.660	2.865	4.151	7.011	10.162	4.841
Extremadura	173	378	144	76	422	255	677
Galicia	1.448	1.891	1.119	662	1.761	2.044	1.873
Madrid	215	876	198	80			
Murcia	882	506	629	111	1.691	1.959	990
Navarra	127	187	85	53			
País Vasco	280	696	330	150			
La Rioja	25	12	8	3			
Ceuta	4	7	7	3			6
Melilla	3	29	8	4			
TOTAL	10.375	18.877	12.077	9.472	23.794	28.384	27.069

Observaciones: Cifras en miles de euros

Fuente: INSS y Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad y Política Social

Como se puede observar la entrada en vigor del Real Decreto de 2006, supuso un cambio en los criterios de reparto al incluirse como requisito el presentar, por parte de las comunidades autónomas, un saldo positivo entre las facturas emitidas a ciudadanos asegurados en otro Estado y las cargadas por otros países a asegurados de su comunidad desplazados al extranjero. Sin embargo como se ha mencionado anteriormente, el fuerte incremento registrado de los últimos años es básicamente consecuencia de la mejora de los instrumentos de gestión en la facturación de la asistencia prestada a ciudadanos extranjeros, por parte de las CCAA.

3 Recursos y Actividad Asistencial

3.1 Atención Primaria

La necesidad de contar con información del primer nivel asistencial comprensiva del conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS) condujo al Consejo Interterritorial, en su reunión de 16 de junio de 2004, a instar a la Subcomisión de Sistemas de Información a acometer los trabajos necesarios que dieran lugar a un "Sistema de información de atención primaria" del SNS (en sus siglas SIAP).

En cumplimiento de este mandato, la Subcomisión decidió desarrollar dicho sistema de información contando con un grupo de trabajo ad hoc y previendo un desarrollo del mismo por fases, avanzando progresivamente en función de la complejidad (de menor a mayor) de los datos necesarios.

Consecuencia de ello fue el diseño, recogida y elaboración de resultados de la información seleccionada en una primera fase, que incluye datos estadísticos acerca de:

- la estructura y asignación de población, tanto por área de salud o su equivalente como por cada tipo de profesional y utilizando como fuente la tarjeta sanitaria individual (TSI)
- los recursos físicos y humanos
- diversos informes, como el de organización general de la Atención Primaria, la oferta de servicios, y otros aspectos funcionales del primer nivel de atención.

Tras su aprobación en la reunión del Consejo Interterritorial de 27 de marzo de 2006, se publican ese mismo año, por primera vez, datos comunes al SNS acerca del primer nivel de atención. De este modo, actualmente, se cuenta con una serie de datos respecto de los epígrafes señalados (población y recursos) que abarcan desde el año 2004 al 2008, actualizados con periodicidad anual.

Por su parte, los informes han ido evolucionando y mejorando, en especial los relativos a la atención a la urgencia y la salud mental, incluyéndose en ellos los directorios de dispositivos existentes. Además, ha sido desarrollado y publicado el primer Catálogo de centros de atención primaria del SNS.

La información estadística con la que se cuenta está desagregada para cada una de las comunidades autónomas y, dentro de ellas, para cada una de las Áreas de Salud que la componen, pudiendo encontrar los datos completos a través de la página electrónica del Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS).

En el año 2008 se acomete otra ampliación, mediante el acuerdo de recopilación de datos comunes sobre la actividad desarrollada, estando prevista

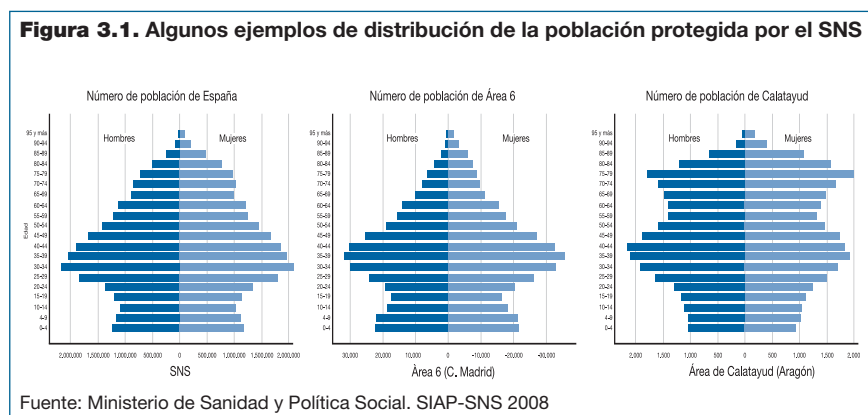
su publicación en el año 2009. La fuente estadística utilizada en este informe es, en todos los caso, el SIAP-MSPS¹.

Estructura de la población protegida

La pirámide obtenida sobre la población protegida por el SNS (TSI) que puede verse en la Figura 3.1 refleja la ya conocida estructura poblacional española y se superpone, dado el modelo de aseguramiento vigente, con la estructura poblacional general.

El mayor interés de la disponibilidad de esta información radica en la posibilidad de realizar el análisis comparado de las pirámides de población de cada Área de Salud, lo que permite visualizar la diversa composición etárea de las poblaciones a atender en cada una de ellas, ofreciendo un ámbito de análisis interesante para el sector sanitario y no habitual en los estudios demográficos existentes con carácter nacional.

En la Figura 3.1 se recogen algunos ejemplos, pudiéndose obtener esta información de las 156 demarcaciones geográfico-sanitarias equivalentes (áreas de salud, comarcas, distritos y otras) en las que se organiza la Atención Primaria y que se han adoptado convencionalmente como unidad de análisis en el SIAP bajo el nombre genérico de "Área de Salud".



Por otra parte, consecuentemente con las diferentes adaptaciones que, del concepto Área de Salud, han debido realizarse en las diferentes CCAA para lograr compatibilizar en la práctica los conceptos de accesibilidad física, calidad

1 Sistema de Información de Atención Primaria
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>

en la práctica clínica y eficiencia asignativa de los recursos, o, en algún caso, para implantar determinados modelos de gestión, se observan tamaños poblacionales muy dispares entre las Áreas de Salud, con valores que presentan una elevada dispersión (Tabla 3.1).

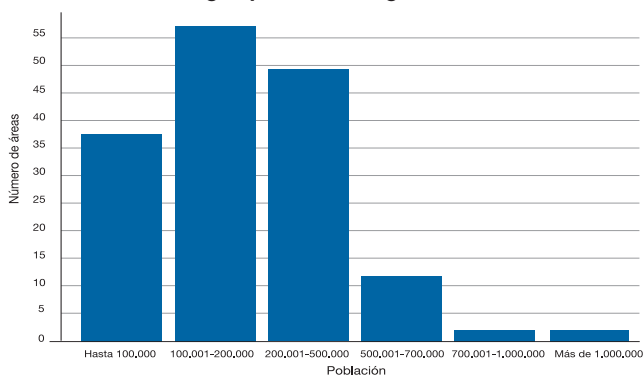
Tabla 3.1. Distribución de población por área de salud (valores máximo, medio y mínimo)

	POBLACIÓN/ÁREA
MÁXIMO	4.306.489
MEDIA	252.358
MÍNIMO	8.003

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. SIAP-SNS 2008

Agrupando las áreas de salud en diferentes tramos de población, el resultado es el que se observa en la Figura 3.2.

Figura 3.2. Áreas de salud según población asignada



NÚMEROS DE ÁREAS DE SALUD POR TRAMOS DE POBLACIÓN PROTEGIDA

Hasta 100.000	100.001-250.000	250.001-500.000	500.001-750.000	750.001-1.000.000	Más de 1.000.000
37	57	49	11	1	1

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. SIAP-SNS 2008

Recursos estructurales en Atención Primaria

En este epígrafe se incluye el número de zonas básicas en las que territorialmente se organiza la atención dentro de cada Área de Salud, así como el número de centros de salud y el de consultorios locales con los que se cuenta para dicha

atención. En consonancia con lo comentado en el epígrafe anterior, se observa una importante variabilidad en la distribución de los recursos estructurales en las Áreas, en función esencialmente del tamaño de las mismas y sin duda influenciado por el nivel de dispersión² de la población (Tabla 3.2).

Tabla 3.2. Distribución de recursos estructurales por área de salud (valores máximos, medios y mínimos)

RECURSOS ESTRUCTURALES/ÁREA			
	ZONAS BÁSICAS	CENTROS DE SALUD	CONSULTORIOS LOCALES
MÁXIMO	211	230	594
MEDIA	17	19	65
MÍNIMO	1	2	0

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. SIAP-SNS 2008

En general, Castilla y León junto a Castilla-La Mancha al tener un alto nivel de dispersión son las comunidades que cuentan con mayor número de consultorios por Área de Salud. Destacan las áreas de Burgos con 593, Guadalajara con 416 y Salamanca con 412 consultorios. Referente a los centros de salud cabe destacar que, según la planificación territorial de Cataluña, la región sanitaria de Barcelona se considera equivalente a un Área de Salud lo que determina que con sus 211 zonas básicas y 230 centros de salud sea la mayor del SNS, debido a que esta planificación no se corresponde los parámetros que utilizan el resto de comunidades autónomas.

Los datos desagregados por comunidades y ciudades autónomas, se recogen en la Tabla 3.3.

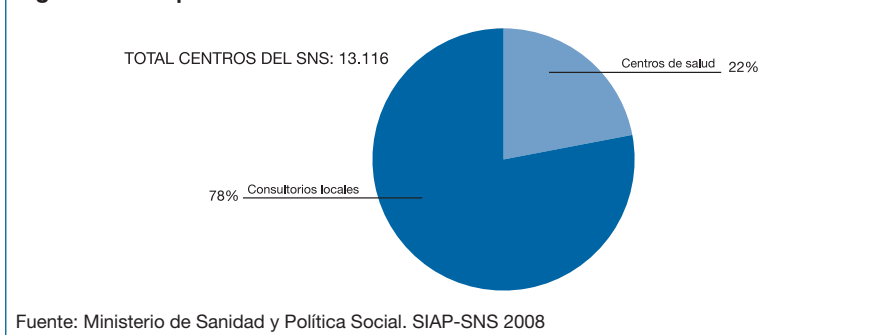
² Este dato no se encuentra en la actualidad disponible de manera estandarizada a nivel nacional y con desagregación por Área de Salud

Tabla 3.3. Distribución de recursos estructurales por comunidad autónoma

COMUNIDAD AUTÓNOMA	RECURSOS ESTRUCTURALES			
	Áreas de salud	Zonas básicas	Centros de salud	Consultorios Locales
Andalucía	33	216	390	1.112
Aragón	8	125	116	915
Asturias	8	84	68	150
Baleares	3	55	55	104
Canarias	7	109	109	160
Cantabria	4	40	38	134
Castilla y León	11	248	240	3.647
Castilla – La Mancha	8	197	196	1.115
Cataluña	7	358	407	827
Comunidad Valenciana	22	240	252	580
Extremadura	8	113	106	417
Galicia	7	315	389	96
Madrid	11	307	257	158
Murcia	6	85	76	189
Navarra	3	54	56	244
País Vasco	7	116	135	183
La Rioja	1	19	19	171
Ceuta y Melilla	2	7	7	0
SNS	156	2.688	2.914	10.202

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. SIAP-SNS 2008

La proporción entre centros de salud y consultorios locales es, como media, de aproximadamente 1 a 4 como puede observarse en la Figura 3.3, con una gran variabilidad por Comunidad Autónoma, situación en la que tiene una influencia fundamental el número de núcleos poblacionales existentes³, situándose Castilla y León en el número y ratio más altos de todo el SNS.

Figura 3.3. Proporción Centros de Salud/Consultorios Locales

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. SIAP-SNS 2008

3 Nomenclátor de Unidades Poblacionales (INE)

Recursos humanos

A 31 de diciembre de 2008, se encuentran trabajando 61.559 profesionales sanitarios "asistenciales" de medicina de familia, pediatría y enfermería en centros de salud y consultorios locales, excluyendo las plazas dedicadas en exclusiva a la atención de urgencias u otras modalidades. Se excluyen también todas las plazas no asistenciales -de gestión, u otras-.

Con el mismo concepto, el personal auxiliar administrativo y "otro personal no sanitario" suponen 21.606 personas.

La distribución de dichos recursos por Comunidad y Ciudad Autónoma, tanto desde el punto de vista numérico como desde el punto de vista de "ratio medio" de población por cada tipo de profesional, utilizando para dicho indicador los datos de población de tarjeta sanitaria individual expresamente asignada a cada uno de ellos, puede consultarse en la siguiente tabla⁴.

4 En los primeros años (2004 y 2005) se recopiló información acerca de las plazas de medicina de familia, pediatría y enfermería. A partir de 2006 se amplía al personal no sanitario y en 2007, se añade el desglose de los profesionales por sexo, hallándose los porcentajes de plazas ocupadas por mujeres

Tabla 3.4. Distribución de recursos humanos por comunidad autónoma

COMUNIDAD AUTÓNOMA	RECURSOS HUMANOS							
	Medicina Familia		Pediatria		Enfermería		Personal no sanitario	
	Plazas	% Mujeres	Plazas	% Mujeres	Plazas	% Mujeres	Plazas	% Mujeres
Andalucía	4.755	38	1.110	61	4.257	63	6.096	61
Aragón	959	42	163	69	920	85	401	87
Asturias	657	49	128	64	707	87	420	85
Baleares	517	48	136	58	536	94	331	71
Canarias	1.079	29	295	52	1.118	65	653	75
Cantabria	365	46	73	70	376	86	211	83
Castilla y León	2.379	49	301	57	2.104	96	1.153	79
Castilla-La Mancha	1.382	40	239	65	1.454	76	722	89
Cataluña	4.270	57*	993	67*	4.750	89*	3.154	-
Comunidad Valenciana	2.632	42	738	64	2.492	78	2.634	73
Extremadura	803	37	132	58	886	66	440	63
Galicia	1.845	44	360	62	1.760	80	1.110	69
Madrid	3.509	66	867	73	3.239	-	2.418	-
Murcia	812	43	232	62	779	61	567	82
Navarra	370	-	95	-	437	-	250	-
País Vasco	1.292	69	288	69	1.334	98	886	83
La Rioja	220	40	40	70	204	91	102	85
Ceuta y Melilla	67	34	25	52	80	84	58	62
SNS	27.911	47	6.215	64	27.433	77	21.606	75

Observaciones: *Datos facilitados por la Comunidad Autónoma de Cataluña
Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. SIAP-SNS 2008

Relación entre los recursos humanos y la población asignada

La distribución de los profesionales en función de tramos de población TSI en el SNS, se resume de la siguiente manera:

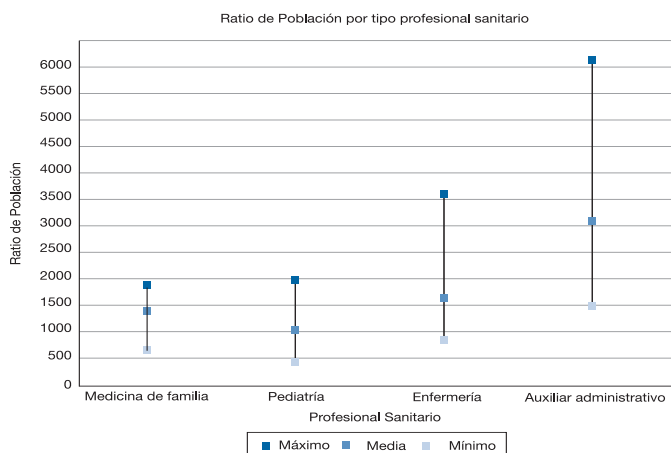
Tabla 3.5. Recursos humanos y población asignada según TSI

NÚMERO DE PLAZAS DE MEDICINA DE FAMILIA POR TRAMOS DE POBLACIÓN ASIGNADA				
< 500	501 - 1.000	1.001 - 1.500	1.501 - 2.000	> 2.000
1.553	2.307	7.444	11.828	541

Observaciones TSI: Tarjeta Sanitaria Individual
Fuente Ministerio de Sanidad y Política Social. SIAP-SNS 2008

Estos ratios se mueven en un rango variable en función del tipo de profesional, dependiendo, entre otros factores, de la diferente organización de cada comunidad autónoma (especialmente en lo que al apoyo no sanitario se refiere), como puede apreciarse en la Figura 3.4.

Figura 3.4. Ratio Población / Profesional Sanitario



RATIOS POR PROFESIONAL (MEDIA DE ÁREAS DE SALUD)				
	Medicina de Familia	Pediatría	Enfermería	Auxiliar Administrativo
MÁXIMO	1.865	1.982	3.583	6.142
MEDIA	1.410	1.029	1.663	3.102
MÍNIMO	667	419	874	1.476

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. SIPA-SNS 2008

A su vez, la distribución de las ratios medias en cada una de las comunidades y ciudades autónomas es como indica la tabla 3.6.

Tabla 3.6. Distribución de los ratios de población TSI / profesionales existentes

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Medicina Familia	Pediatría	Enfermería	Auxiliar Administrativo
Andalucía	1.442	1.069	1.890	2.838
Aragón	1.229	997	1.458	4.078
Asturias	1.481	779	1.516	3.219
Baleares	1.685	1.059	1.894	3.691
Canarias	1.519	974	1.723	3.568
Cantabria	1.361	1.035	1.522	3.407
Castilla y León	939	901	1.165	3.326
Castilla-La Mancha	1.276	1.041	1.376	3.379
Cataluña	1.474	1.180	1.572	2.575
Comunidad Valenciana	1.555	994	1.936	3.080
Extremadura	1.199	969	1.218	3.954
Galicia	1.347	900	1.574	2.880
Madrid	1.541	1.044	1.948	4.006
Murcia	1.470	972	1.814	3.633
Navarra	1.418	977	1.413	2.470
País Vasco	1.563	905	1.709	2.573
La Rioja	1.251	950	1.535	4.674
Ceuta y Melilla	1.550	1.068	1.632	3.957
SNS	1.410	1.029	1.663	3.102

Observaciones: Denominador TSI (tarjeta sanitaria individual)
Fuentes: Ministerio de Sanidad y Política Social. SIAP-SNS 2008

Formación de los profesionales: Formación postgraduada

Para la formación en las 2.111 plazas de postgraduados en Medicina Familiar y Comunitaria ofertadas en 2008, existen 162 unidades docentes con 759 centros de salud acreditados para ello (se indican los centros de salud cabecera de la zona básica, si bien gran parte de los consultorios locales dependientes de dicho centro cabecera también intervienen en la docencia)⁵.

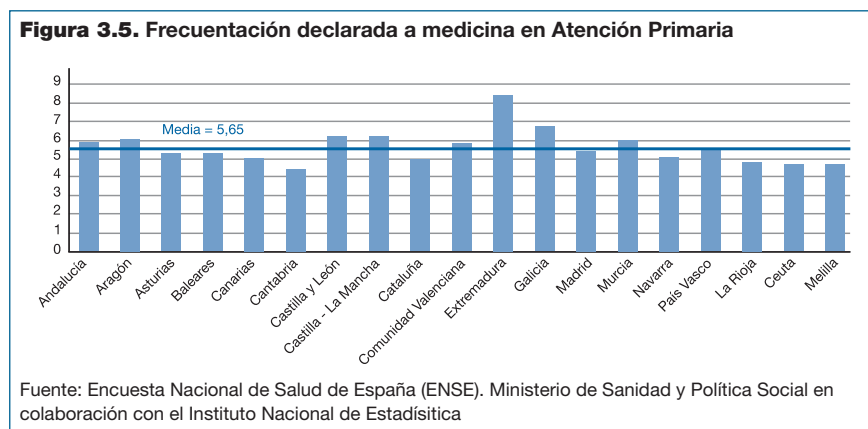
Frecuentación en Atención Primaria

La frecuentación media de las consultas de medicina en atención primaria incluye a todas aquellas personas que declaran haber consultado con un médico de familia o con un pediatra "por algún problema de salud, molestia o enfermedad (suya)"⁶.

5 MSPS. Catálogo de Centros de Atención Primaria

6 MSPS/INE. Encuesta Nacional de Salud 2006

Para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, esta frecuentación fue 5,65 consultas por habitante y año en 2006, oscilando entre 4,41 y 8,32, como valores mínimo y máximo, respectivamente según Comunidad Autónoma. En la Figura 3.5 se representa los resultados desagregados por comunidades autónomas.



Con el fin de mejorar la aproximación a la medida de la frecuentación, complementando la información obtenida por encuesta, durante el año 2008 se ha iniciado la recopilación de los primeros datos sobre la actividad asistencial registrada en atención primaria en el SNS. Los datos incluyen las consultas efectuadas tanto en horario ordinario como fuera de éste (en turnos específicos de urgencias o de atención continuada) y se recogen desagregados por Área de Salud y para cada uno de los estamentos profesionales de medicina de familia, pediatría y enfermería.

Igualmente se incluye la diferenciación de la actividad en función de grupos etarios quinquenales y por sexo de las personas, tanto para el dato del volumen total de consultas efectuadas como en la cuantificación de las personas diferentes que han generado dichas consultas. La publicación de los primeros datos e indicadores está prevista para el año 2009.

Organización de servicios

Para poder disponer de determinadas estadísticas comparables en el ámbito de la Atención Primaria del SNS, es necesario conocer las distintas formas de organizar la atención del primer nivel asistencial, así como entender las implicaciones que dicha organización tiene en la asignación de recursos, distribución de tareas y en la actividad desarrollada. Ello supone poner en

común aspectos organizativos, tanto desde el punto de vista general de la atención primaria como desde la perspectiva de la oferta de servicios, la atención a la urgencia, la salud mental o a la salud buco-dental, entre otros, que puedan utilizarse a modo de metadatos a la hora del análisis⁷.

El Real Decreto de Cartera de Servicios del SNS es el marco jurídico de la oferta de servicios de atención primaria en todas las CCAA. Sin embargo, se concede prioridad a determinados servicios que son objeto de una organización y seguimiento especiales. Estos servicios deben cumplir unos requisitos explícitos, que se pactan con los profesionales, y se someten a evaluaciones específicas.

Se refieren fundamentalmente a intervenciones tanto de promoción de la salud, como de detección precoz, diagnóstico y/o tratamiento de problemas de salud relevantes (reducción de enfermedades prevenibles mediante vacunación, seguimiento de factores de riesgo y enfermedades prevalentes o atención paliativa, entre otros)⁸.

La organización de la atención a la urgencia extrahospitalaria se enfoca, generalizadamente, como una acción coordinada y complementaria entre diferentes dispositivos. Éstos pueden depender desde el punto de vista de gestión, bien de las propias direcciones o gerencias de atención primaria o de direcciones o gerencias específicas de urgencias y emergencias.

Los Equipos de Atención Primaria (EAP) asumen en todos los casos la atención de urgencias durante su horario laboral y, fuera de ese horario, participan con frecuencia en esta atención mediante sistema de guardias en los Puntos de Atención Continuada (PAC), eminentemente rurales, con la presencia en muchos casos de personal de refuerzo. Por otra parte, en el medio urbano se establecen servicios de urgencias bajo la denominación de Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) u otras nomenclaturas conceptualmente equivalentes, que suelen prestar servicio desde las 17,00 horas hasta las 08,00 horas del día siguiente en días laborables y las 24 horas los domingos y festivos, en general a cargo de profesionales de dedicación exclusiva a la urgencia.

Existen, sin embargo, múltiples adaptaciones locales en esta organización⁹ que, en conjunto, puede estimarse que atiende a cerca de 30 millones de urgencias al año (sin contar con las actuaciones directamente gestionadas por los dispositivos de los teléfonos 112 y 061).

Esta información se completa con la relación de todos aquellos dispositivos existentes en cada Comunidad Autónoma para prestar la atención a las urgencias y emergencias.

7 <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>

8 http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/04-Oferta_de_Servicios_en_AP-2008.pdf

9 <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>

Catálogo de Centros de Atención Primaria

En el año 2008 se publica el primer Catálogo de Centros de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud, fruto, al igual que lo es el SIAP, de la colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y los órganos competentes de las comunidades autónomas.

Este catálogo viene a ampliar la información estadística básica, anteriormente reseñada, con la relación detallada de los centros de atención primaria dependientes de las comunidades autónomas y el INGESA.

El catálogo está estructurado siguiendo un criterio funcional e incluye información sobre el nombre dado al centro, su dirección y código postal, teléfono, localidad y municipio en el que está ubicado, tipo de centro (centro de salud o consultorio local) y si está acreditado o no como centro docente para la formación posgraduada (MIR) de la especialidad de medicina de familia y comunitaria.

El primer criterio de ordenación ha sido el geográfico. Este criterio tiene 2 niveles de desagregación: comunidad autónoma y provincia.

El siguiente criterio de estructura territorial por el que se ha optado es el de la ordenación según mapa sanitario de atención primaria de cada comunidad autónoma, y que establece, básicamente, dos niveles de desagregación: área de salud y zona básica.

Dentro de cada zona básica están ordenados por tipo de centro, de tal manera que en el medio rural se relacionan todos los centros físicos organizados funcionalmente en torno a un centro cabecera (centro de salud) y que atienden a un conjunto de población delimitada por la zona básica.

A partir de ahí se sigue el orden alfabético del municipio, excepto en los casos en los que una comunidad autónoma haya establecido un orden específico propio, el cual ha sido respetado. Por último, se ordena según la localidad, ya que en ocasiones difiere del Municipio a la que pertenece, constituyendo ésta el nivel máximo de desagregación (localidad o núcleo de población sin entidad propia).

El catálogo¹⁰ se actualiza a fecha 31 de diciembre de cada año, estando también en proceso de mejora y ampliación de la información existente.

3.2 Atención Especializada

Al iniciar el año 2008, y de acuerdo con la información disponible en el Catálogo Nacional de Hospitales, el número total de hospitales en funcionamiento en España era de 800¹¹. De ellos, algo más del 40% pertenecen al Sistema Nacional

10 MSPS. Catálogo Nacional de Hospitales

<http://www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>

11 A los efectos de dicho censo, los hospitales agrupados como complejos cuentan como un solo hospital

de Salud, dependientes de las diferentes Administraciones Públicas. Del resto de hospitales también hay varios que conforman la red de hospitales de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio, o que reciben financiación pública por su actividad, de tal forma que, hasta el 40% de las altas de hospitales privados españoles están financiadas a cargo del SNS.

Casi la totalidad de los hospitales censados contribuyó a la Estadística de establecimientos con régimen de internado (EESCRI) enviando los datos de recursos, actividad y gasto correspondiente a 2007. Igualmente, todos los hospitales de agudos del SNS contribuyen con sus registros de altas al denominado Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) estatal, cuya explotación estadística, está incluida junto con la ESCRI entre las operaciones estadísticas del Plan Estadístico Nacional. Los resultados de ambas operaciones para 2007 han constituido la principal fuente de datos para el presente capítulo.

Camas

En dicho año, la red de dependencia pública disponía del 71,2% del total de las 158.306 camas instaladas, siendo el ratio por cada 1.000 habitantes, para el total del sector, de 3,53.

Respecto a su distribución, en el sector público se gestionan la mayor parte de las camas de agudos (80%), mientras que esta proporción casi se invierte en el caso de hospitales psiquiátricos (36% camas) y de larga estancia (30%).

La distribución por Comunidad Autónoma se recoge en la tabla siguiente (Tabla 3.7).

Tabla 3.7. Distribución de la dotación de camas instaladas por comunidad autónoma. Hospitales SNS. Año 2007

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Número	Nº camas / 1.000 hab.	% SNS sobre total camas
Andalucía	16.541	2,07	74,59%
Aragón	4.383	3,41	81,88%
Asturias	3.457	3,27	80,71%
Baleares	2.465	2,40	65,32%
Canarias	4.694	2,32	62,04%
Cantabria	1.689	2,98	69,91%
Castilla y León	7.282	2,92	76,68%
Castilla-La Mancha	5.163	2,65	91,03%
Cataluña	18.449	2,57	58,42%
Comunidad Valenciana	10.442	2,16	80,66%
Extremadura	3.834	3,56	89,83%
Galicia	8.602	3,15	81,62%
Madrid	14.168	2,32	66,61%
Murcia	3.033	2,18	64,72%
Navarra	1.384	2,30	57,45 %
País Vasco	5.902	2,77	69,76 %
La Rioja	852	2,75	86,85 %
Ceuta y Melilla	435	3,10	100,00 %
TOTAL	112.775	2,51	71,24 %

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado

La evolución en el número de camas en los últimos años (Tabla 3.8), mantiene la tendencia descendente que se viene produciendo desde los años ochenta, aunque este descenso no es generalizado si se analiza teniendo en cuenta dependencia y finalidad.

Tabla 3.8. Evolución número de camas instaladas por dependencia y finalidad. Años 2000-2007

Públicos/SNS									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	07/00
Agudos	105.532	103.582	102.587	103.159	102.421	101.689	102.510	102.854	-2,50%
Psiquiátricos	7.563	7.225	6.912	6.396	6.319	5.926	5.832	5.690	-24,80%
Larga Estancia	4.342	3.957	3.692	3.888	4.087	4.282	3.909	4.231	-2,60%
TOTAL	117.437	114.764	113.191	113.443	112.827	111.897	112.251	112.775	-4,00%
Privados									
	2000	2001	2002	2003	2.004	2005	2006	2007	07/00
Agudos	26.839	26.407	26.843	24.762	24.941	24.889	25.121	25.852	-3,70%
Psiquiátricos	10.388	10.436	10.758	10.625	10.673	11.216	10.918	10.229	-1,50%
Larga Estancia	8.227	8.184	8.319	8.646	9.627	9.143	9.215	9.450	14,90%
TOTAL	45.454	45.027	45.920	44.033	45.241	45.248	45.254	45.531	0,20%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado

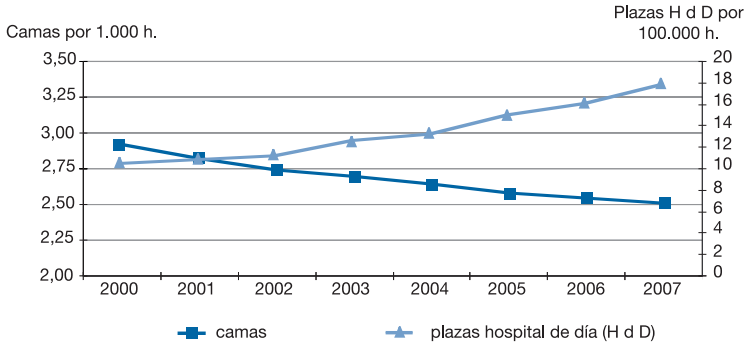
La disminución en el número de camas es más acusada en los hospitales públicos, a expensas fundamentalmente de las camas de hospitales psiquiátricos. En el sector privado, mientras que los hospitales de agudos también han visto disminuir el número de camas (casi un 4% entre 2000-2007), el número de camas en hospitales geriátricos y de larga estancia ha ido en aumento en el mismo período.

En cuanto a otro tipo de dotación, la red de hospitales del SNS concentra la mayor parte de las 2.670 incubadoras existentes en España, en una proporción 5 a 1 respecto a los hospitales privados, mientras que este predominio se reduce respecto a quirófanos o paritorios donde la relación es de 2 a 1, a favor del sector público. El número de quirófanos del SNS, 2.606 en 2007, había aumentado en más de un 8% desde el año 2000 en el sector público, con escaso o nulo crecimiento en el privado.

Plazas de hospital de día

En sentido contrario y como reflejo de la progresiva ambulatorización de la atención especializada, que desplaza hacia áreas de actividad sin internamiento procedimientos que anteriormente exigían ingreso en el hospital, el número de plazas de hospital de día se ha visto aumentado de forma muy significativa en los últimos años, en una tendencia opuesta a la seguida en el número de camas (Tabla 3.7 y Figura 3.6). Dicho aumento se produce tanto en números absolutos como en tasas por 1.000 habitantes.

Figura 3.6. Evolución número de camas instaladas y plazas de hospital de día en hospitales del SNS años 2000-2007



Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estadística de Establecimiento con régimen de internado 2007

En números absolutos, el sector público, desde el año 2000, ha duplicado el número de plazas de hospital de día, pasando de tener 4.375 en dicho año a más de 8.000 en 2007; en hospitales privados esta cifra también se ha duplicado, si bien la cifra inicial era de solo 1.200 plazas, contando a finales de 2007 con 2.448. Cabe señalar que, tanto en el sector público como en el sector privado, el tipo de hospital en el que se produjo el aumento más importante de plazas de hospital de día fue el de larga estancia. Se refleja, de esa forma, la marcada tendencia hacia la atención ambulatoria y a la desinstitucionalización de los problemas relacionados con los denominados cuidados de larga duración, que exigen estructuras de apoyo y rehabilitación para ese tipo de pacientes.

Equipamiento tecnológico

De todos los recursos materiales, los equipamientos de alta tecnología médica son, sin duda, los que han experimentado el incremento más notable a lo largo de los últimos años. De ellos, la resonancia magnética ha sido la que ha tenido las variaciones más espectaculares. En el año 2000, los centros públicos sólo disponían de 61 equipos de RMN, y en 2007, el número de equipos declarados fue de 159, lo que significa un aumento del 160%. Siendo la tasa para ese año de 3,6 equipos por millón de habitantes. En segundo lugar, y referido a la Tomografía Axial Computarizada (TAC), el número de equipos disponibles en hospitales públicos ha aumentado en un 33%, pasando de 310 a 414 en el mismo período, alcanzando una tasa de cobertura de 9,23 equipos por millón de habitantes. En la Tabla 3.9 se recoge la distribución de este equipamiento, así como de angiografía digital y de las salas de hemodinámica, por Comunidades Autónomas.

Tabla 3.9. Distribución dotación tecnológica por comunidades autónomas. Hospitales SNS. Año 2007

	Salas de hemodinámica		Equipos de TAC		Resonancia Magnética		Angiografía Digital	
	Nº	Equipos X 1M hab.	Nº	Equipos X 1M hab.	Nº	Equipos X 1M hab.	Nº	Equip. X 1M hab.
Andalucía	23	2,88	68	8,51	20	2,50	19	2,38
Aragón	2	1,55	15	11,66	4	3,11	4	3,11
Asturias	2	1,89	13	12,28	7	6,61	2	1,89
Baleares	2	1,94	8	7,78	4	3,89	2	1,94
Canarias	7	3,47	15	7,43	3	1,49	9	4,46
Cantabria	2	3,53	6	10,58	2	3,53	2	3,53
Castilla y León	6	2,41	20	8,03	7	2,81	5	2,01
Castilla-La Mancha	5	2,56	24	12,30	10	5,12	5	2,56
Cataluña	29	4,05	61	8,51	23	3,21	14	1,95
Comunidad Valenciana	15	3,11	44	9,12	14	2,90	12	2,49
Extremadura	3	2,79	13	12,07	7	6,50	3	2,79
Galicia	8	2,93	31	11,36	16	5,86	13	4,76
Madrid	27	4,42	50	8,18	30	4,91	20	3,27
Murcia	3	2,15	15	10,77	4	2,87	3	2,15
Navarra	1	1,66	6	9,99	4	3,33	1	1,66
País Vasco	6	2,82	20	9,39	3	1,41	11	5,16
La Rioja	0	0,00	3	9,70	3	9,70	1	3,23
Ceuta y Melilla	0	0,00	2	14,27	0	0,00	0	0,00
TOTAL	141	3,14	414	9,23	159	3,54	126	2,81

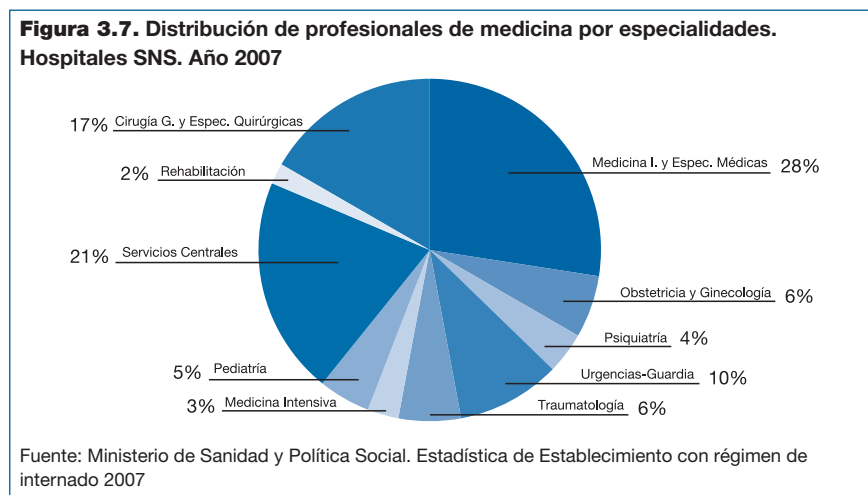
Fuente: Estadística de Establecimientos con régimen de internado 2007. Ministerio de Sanidad y Política Social

Personal

El sector hospitalario concentra la mayor parte de los profesionales de la sanidad (80%). A 31 de diciembre de 2007 trabajaban en dicho sector 489.960 profesionales vinculados mediante contrato, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario a jornada completa o parcial, excluyendo el personal en formación postgrado. De ellos, un 72% eran mujeres. Adicionalmente, se contabilizaron

23.702 personas trabajando como "colaboradores habituales", sin una vinculación funcional, estatutaria o laboral con el centro donde prestan servicios.

Cuatro de cada cinco empleados del sector hospitalario español trabaja para la red de hospitales del SNS, que cuenta con 421.025 profesionales, y de ellos las tres cuartas partes pertenecen a alguna profesión sanitaria, siendo mayoritaria, por categorías, los de enfermería; así, de cada 100 profesionales sanitarios, 40 son de enfermería, 35 ayudantes sanitarios y 23 de medicina.



Diez de cada 11 profesionales de medicina que trabajan en el sector hospitalario están adscritos a la red pública, si bien parte de ellos colabora también en hospitales privados. Por especialidades, los especialistas en Medicina Interna y Especialidades Médicas, incluida Medicina Intensiva, agrupan casi un tercio de los profesionales de medicina (31,1%), la Cirugía General y Especialidades Quirúrgicas, incluidos los pertenecientes a Traumatología y Obstetricia-Ginecología sumaban un 29%, y el resto lo ocupan los profesionales de medicina de Servicios Centrales (21,80%), Urgencias (7,85%) y otros (Figura 3.7).

Respecto a su evolución, desde el año 2000 a 2007, el número de profesionales vinculados del SNS ha crecido un 25%, siendo este crecimiento del 33% en el caso de los médicos.

Actividad

Del total de los 5,2 millones de ingresos que se produjeron en 2007, casi cuatro millones (3.925.332) se realizaron en los hospitales del SNS, lo que resulta en

una frecuentación de más de 90 ingresos por cada 1000 habitantes en este sector. Del mismo modo, en el sector público se realizaron la mayor parte de consultas de atención especializada (86% de un total de 77 millones en 2007), y asimismo en los hospitales de la red del SNS se atendieron el 80% de las 26,2 millones de urgencias hospitalarias. En la única actividad donde el sector público perdió esta abrumadora mayoría es en el área quirúrgica, donde, de los 4,5 millones de intervenciones, casi la tercera parte se realizaron en un hospital privado. No obstante, y como muestra de su rol de recurso complementario en la sanidad, más del 30% de la Cirugía Mayor ambulatoria realizada en hospitales privados en ese año, tuvo financiación pública¹².

La estancia media de los pacientes ingresados en hospitales públicos fue de 8,09 días. Este indicador, a menudo tratado como un indicador de eficiencia, ha ido en disminución en el período analizado 2000-2007, especialmente en los hospitales de agudos. Esta disminución ha supuesto un ahorro de casi medio día de estancia para cada paciente ingresado.

El descenso registrado en la estancia media, especialmente en los hospitales de agudos, se ha acompañado de un aumento en el índice de rotación (número de enfermos que han ocupado una misma cama a lo largo del año) y con un incremento del índice de ocupación, lo que ha hecho posible un notable aumento de la actividad, ya que el número de camas, como ya se ha comentado, ha disminuido en un 4% en el sector público (Tabla 3.10).

Tabla 3.10. Evolución indicadores de actividad. Hospitales de agudos SNS. Años 2000-2007

	Altas	Estancia Media	Índice de Ocupación	Índice de Rotación
2000	3.562.755	7,77	79,92%	37,54
2001	3.577.249	7,67	80,03%	38,11
2002	3.623.614	7,68	81,49%	38,75
2003	3.721.126	7,59	82,37%	39,61
2004	3.759.423	7,48	81,95%	40,00
2005	3.782.522	7,46	82,37%	40,30
2006	3.817.283	7,38	81,34%	40,25
2007	3.890.256	7,37	81,87%	40,55

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estadística de Establecimientos con régimen de internado 2000-2007

12 Financiación Pública: Incluye actividad realizada "A cargo de Seguridad Social", "A cargo de Empresas colaboradoras de la S.S.", "A cargo de otras Entidades Públicas", "A cargo de Mutualidades de Funcionarios" y "Otros"

Causas de hospitalización

Respecto a las principales causas de hospitalización, la tabla 3.11 recoge, por sexo, la distribución de los diagnósticos principales al alta, de los casi cuatro millones de casos de hospitalización, clasificados por capítulos de la CIE9MC¹³. De todos ellos, las enfermedades del aparato circulatorio, con casi 510.000 casos, ocupan el primer lugar, seguidas muy de cerca por los problemas relacionados con embarazo, parto y puerperio (505.000 casos -13,69% sobre el total). Las enfermedades del aparato digestivo y las del aparato respiratorio, con 11,89% y 11,79%, respectivamente, ocupan el tercer y cuarto lugar, y el quinto corresponde a las neoplasias que, con casi 340.000 altas, superan el 9% del total. Es de destacar que condiciones evitables, como son las relativas a lesiones y envenenamientos, ocupan el sexto lugar, y en 2007 supusieron más de 300.000 altas (8% del total).

13 Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica, clasificación de referencia en el SNS para la codificación clínica para el análisis de morbilidad atendida

Tabla 3.11. Distribución de altas por grandes causas de hospitalización. Hospitales de agudos SNS. Año 2007

	Mujeres		Hombres		TOTAL	
	CASOS	CASOS/ 10.000 HAB.	CASOS	CASOS/ 10.000 HAB.	CASOS	PORCEN- TAJES/ TOTAL
Enfermedades infecciosas y parasitarias	29.481	12,98	42.000	18,96	71.481	1,94
Neoplasias	158.542	69,79	180.556	81,5	339.098	9,20
Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad	37.406	16,47	28.005	12,64	65.411	1,77
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	18.286	8,05	17.069	7,7	35.355	0,96
Trastornos mentales	34.174	15,04	41.550	18,75	75.724	2,05
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos sensoriales	54.641	24,05	53.262	24,04	107.903	2,93
Enfermedades del sistema circulatorio	221.366	97,44	288.457	130,2	509.823	13,83
Enfermedades del aparato respiratorio	172.156	75,78	266.061	120,09	438.217	11,89
Enfermedades del aparato digestivo	187.973	82,74	246.792	111,39	434.765	11,79
Enfermedades del aparato genitourinario	118.069	51,97	93.786	42,33	211.855	5,75
Complicaciones de la gestación, parto y puerperio	504.696	222,15	-	-	504.696	13,69
Enfermedades de la piel y de los tejidos cutáneos	16.053	7,07	19.794	8,93	35.847	0,97
Enfermedades del aparato muscular y esquelético y de los tejidos conectivos	104.377	45,94	80.213	36,2	184.590	5,01
Anomalías congénitas	13.557	5,97	19.161	8,65	32.718	0,89
Determinadas condiciones con origen en el periodo perinatal	28.997	12,76	35.984	16,24	64.981	1,76
Síntomas, signos y estados mal definidos	71.817	31,61	89.189	40,26	161.006	4,37
Lesiones y envenenamientos	140.130	61,68	159.883	72,16	300.013	8,14
Anexo I. clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los SS	45.082	19,84	48.607	21,94	93.689	2,54
Otros	9.017	3,97	10.190	4,6	19.207	0,52
TOTAL	1.965.820		1.720.559		3.686.379	100

Observaciones Excluidos casos con código de sexo erróneo o en blanco

Fuente Ministerio de Sanidad y Política Social. Registro de Altas de los Hospitales del Sistema Nacional de Salud. CMBD

El área obstétrica, la más frecuente como causa de hospitalización, se suma a las áreas de mayor incremento de actividad, en esta década. El número de partos atendidos en 2007 ascendió a 491.042 para todo el sector hospitalario; de ellos, 389.309 tuvieron lugar en los hospitales del SNS (25% más que en 2000, en que se registraron 313.452 partos). De ese modo, la atención al parto normal se convierte también en el proceso individual más frecuentemente atendido¹⁴ (Tabla 3.12). Sin embargo, hay que destacar que también el número de cesáreas se ha incrementado notablemente tanto en número como en proporción respecto al total de partos; así, mientras en el año 2000 el número de cesáreas realizadas fue de 61.146 (19,5% del total de partos), en 2007 se realizaron más de 86.100 cesáreas (22,36% de los partos), lo que también convierte a esta intervención en el proceso quirúrgico más frecuente de los hospitales del SNS (Tabla 3.13). Hay que mencionar que el porcentaje de partos por cesárea es mucho mayor en los hospitales privados, donde casi un 38% de los partos que se realizaron fue cesárea.

14 Clasificados mediante los Grupos Relacionados por el Diagnóstico – versión GRD-AP v21

Tabla 3.12. Distribución 25 procesos más frecuentes de hospitalización. Hospitales SNS. Año 2007

Cód.	Descripción	2007	% s/total (2007)
373	Parto sin complicaciones	211.550	5,74%
541	Trast.respiratorios exc. Infecciones, bronquitis, asma con CC mayor	105.366	2,86%
372	Parto con complicaciones	88.042	2,39%
127	Insuficiencia cardíaca y shock	65.308	1,77%
371	Cesárea, sin complicaciones	56.310	1,53%
359	Proc. Sobre útero y anejos por CA in situ y proceso no maligno sin CC	44.035	1,19%
381	Aborto con dilatación y legrado, aspiración o histerotomía	39.447	1,07%
87	Edema pulmonar y insuficiencia respiratoria	44.588	1,21%
14	Ataque con infarto	39.147	1,06%
629	Neonato, peso al nacer > 2.499 g, sin p.quir.signif., diag neonato normal	38.411	1,04%
162	Procedimientos sobre hernia inguinal y femoral edad > 17 sin CC	35.024	0,95%
209	Reimplantación mayor articulación y miembro extr.inferior, excepto cadera sin CC	35.866	0,97%
544	ICC y arritmia cardiaca con CC mayor	37.295	1,01%
430	Psicosis	33.402	0,91%
88	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	35.298	0,96%
818	Sustitución de cadera excepto por complicaciones	31.737	0,86%
494	Colecistectomía laparoscópica sin explorac. Conducto biliar sin CC	31.131	0,84%
167	Apendicetomía sin diagnostico principal complicado sin CC	29.953	0,81%
219	Proc. Extr. inferior y húmero exc. Cadera, pie, fémur edad > 17 sin CC	25.483	0,69%
158	Procedimientos sobre ano y enterostomía sin CC	24.949	0,68%
775	Bronquitis y asma edad < 18 sin CC	22.844	0,62%
89	Neumonía simple y pleuritis edad >17 con CC	26.343	0,71%
383	Otros diagnósticos anteparto con complicaciones medicas	22.675	0,62%
208	Trastornos del tracto biliar sin CC	22.829	0,62%
816	Gastroenteritis no bacteriana y dolor abdominal edad < 18 sin CC	21.704	0,59%
Subtotal 25 primeros procesos		1.168.737	31,70%
TOTAL		3.686.655	100,00%

Observaciones: CC: comorbilidad y/o complicaciones

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Registro de Altas de los Hospitales del Sistema Nacional de Salud. CMBD

Tabla 3.13. 15 GRD¹⁵ quirúrgicos más frecuentes. Hospitales SNS Año 2007

GRD	Descripción GRD	Nº altas de hospitalización de GRD quirúrgico	Porcentajes /total
371	Cesárea, sin complicaciones	56.310	4,30%
359	Proc. Sobre útero y anejos por CA.in situ y proceso no maligno sin CC	44.035	3,36%
381	Aborto con dilatación y legrado, aspiración o histerotomía	39.447	3,01%
209	Reimplantación mayor articulación y miembro extr.inferior, excepto cadera sin CC	35.866	2,74%
162	Procedimientos sobre hernia inguinal y femoral edad > 17 sin CC	35.024	2,67%
818	Sustitución de cadera excepto por complicaciones	31.737	2,42%
494	Colecistectomía laparoscópica sin explorac. Conducto biliar sin CC	31.131	2,38%
167	Apendicetomía sin diagnóstico principal complicado sin CC	29.953	2,29%
219	Proc. Extr.inferior y húmero exc. Cadera, pie, fémur edad > 17 sin CC	25.483	1,94%
158	Procedimientos sobre ano y enterostomía sin CC	24.949	1,90%
311	Procedimientos transuretrales sin CC	22.476	1,71%
55	Procedimientos misceláneos sobre oído, nariz, boca y garganta	22.012	1,68%
211	Proc. de cadera y fémur excepto articulación mayor edad > 17 sin CC	21.192	1,62%
160	Procedimientos sobre hernia excepto inguinal y femoral edad > 17 sin CC	19.907	1,52%
225	Procedimientos sobre el pie	18.111	1,38%
Subtotal 15 procedimientos más frecuentes		457.633	34,91%
Total altas		1.310.752	100%

Observaciones: GRD: grupos relacionados por diagnóstico. CC: comorbilidad y/o complicaciones
Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Registro de Altas de los Hospitales del Sistema Nacional de Salud. CMBD

Tanto el patrón de morbilidad atendida como el perfil de atención responden a factores tales como el envejecimiento de la población, lo que explica que la media de edad de los pacientes hospitalizados haya pasado en la última década de 48 a 52 años¹⁶. Asimismo, la mayor accesibilidad a los servicios y

15 Altas quirúrgicas agrupadas mediante los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) – GRD-AP v21

16 Registro de altas de hospitalización -CMBD. Hospitales SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social

las variaciones en los hábitos de la población en el uso de los servicios sanitarios, se revelan en el extraordinario crecimiento de las urgencias hospitalarias, lo que hace que casi el 70% de los ingresos fueran urgentes (5,4% más que en el año 1997). Por último, las modificaciones en los criterios de hospitalización, influidos por la evolución de las técnicas diagnósticas y terapéuticas, provocó el desplazamiento de la actividad a áreas alternativas a la hospitalización. Entre éstas podemos citar la Cirugía Mayor Ambulatoria, el Hospital de Día y la extensión de la Hospitalización a Domicilio.

Desde 2005 el registro de altas (CMBD) ha extendido sus fronteras a estas áreas de actividad ambulatoria, fundamentalmente a la cirugía sin ingreso, lo que permite conocer el patrón de uso y proceso de atención en estas modalidades asistenciales. Así se refleja, para el año 2007, en los 15 procesos quirúrgicos más frecuentemente atendidos de forma ambulatoria. Para dichos procesos (tabla 3.14), la tasa de sustitución (porcentaje sobre el total de procesos atendidos) fue del 75%, es decir, tres de cada cuatro intervenciones de ese tipo (en total sumaban 845.044) fueron realizadas de forma ambulatoria.

Tabla 3.14. Distribución de los 15 GRD¹⁷ quirúrgicos más frecuentes. Cirugía ambulatoria. Hospitales SNS. Año 2007

GRD	Descripción GRD	Casos ambulatorios	Casos con ingreso	Tasa sustitución
39	Procedimientos sobre cristalino con o sin vitrectomía	232.558	14.009	94,32%
270	Otros procedimientos sobre piel, t. subcutáneo y mama sin CC	130.864	8.513	93,89%
40	Procedimientos extraoculares excepto órbita edad>17	39.095	4.388	89,91%
266	Injerto piel y /o desbrid. Excepto por úlcera cutánea, celulitis sin CC	28.456	6.561	81,26%
6	Liberación de túnel carpiano	25.538	3.063	89,29%
162	Procedimientos sobre hernia inguinal y femoral edad >17 sin CC	22.952	35.024	39,59%
42	Procedimientos intraoculares excepto retina, iris y cristalino	21.103	7.107	74,81%
359	Proc. Sobre útero y anejos por CA in situ y proceso no maligno sin CC	20.762	44.035	32,04%
225	Procedimientos sobre el pie	19.934	18.111	52,40%
229	Proc. Sobre mano o muñeca, excepto proc.mayores articulación sin CC	18.167	12.881	58,51%
119	Ligadura y stripping de venas	17.469	15.606	52,82%
364	Dilatación y legrado, conización excepto por neoplasia maligna	14.826	5.661	72,37%
867	Escisión local y extracción de dispositivo fijación interna excepto cadera y fémur, sin CC	13.991	15.209	47,91%
55	Procedimientos misceláneos sobre oído, nariz, boca y garganta	13.569	22.012	38,14%
342	Circuncisión edad > 17	13.397	183	98,65%
Subtotal 15 primeros procesos quirúrgicos ambulatorios		632.681	212.363	74,87%
Total casos		838.025	1.310.752	39,00%

Observaciones: GRD: Grupos relacionados de diagnósticos. CC: comorbilidad y/o complicaciones
Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Registro de Altas -CMBD y Registro de Atención Ambulatoria Especializada – CMBDAE

17 Altas quirúrgicas agrupadas mediante los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) – GRD-AP v21

Centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud (CSUR)

El 11 de noviembre de 2006 se publicó el Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud (SNS).

El principal objetivo de la designación de CSUR en el SNS es garantizar la equidad en el acceso y una atención de calidad, segura y eficiente a las personas con patologías que, por sus características, precisan de cuidados de elevado nivel de especialización que requieren concentrar los casos a tratar en un número reducido de centros.

Durante el año 2008, el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS), en su sesión del 18 de junio, aprobó una propuesta de patologías y procedimientos tributarios de CSUR realizada por el Comité de designación de CSUR del SNS, así como los criterios que deben cumplir éstos para ser de referencia en las áreas de: Oftalmología, Oncología médica y radioterápica, Cirugía plástica, estética y reparadora, Traumatología y ortopedia, Atención a la transexualidad y Trasplantes.

En ese mismo Pleno del 18 de junio y en el celebrado el 26 de noviembre, el CISNS, a propuesta del mencionado Comité, acordó la designación de 40 CSUR del SNS para la atención o realización de las siguientes patologías o procedimientos:

- Alteraciones congénitas del desarrollo ocular
- Tumores intraoculares del adulto
- Retinopatía del prematuro avanzada
- Tratamiento de tumores germinales con quimioterapia intensiva
- Trasplante hepático de vivo adulto
- Quemados críticos
- Reconstrucción del pabellón auricular
- Glaucoma congénito y glaucoma en la infancia
- Tumores extraoculares en la infancia (Rabdomiosarcoma)
- Tumores intraoculares en la infancia (Retinoblastoma)
- Descompresión orbitaria en oftalmopatía tiroidea
- Tumores orbitarios
- Reconstrucción de la superficie ocular compleja. Queratoprótesis
- Queratoplastia penetrante en niños

En este último Pleno del 26 de noviembre de 2008, también se aprobó el procedimiento de derivación de pacientes desde las comunidades autónomas a los CSUR del SNS.

Los CSUR designados en el ejercicio de 2008 comenzaron a actuar como unidades de referencia a partir de 1 de enero de 2009.

Resumen

El Sistema Nacional de Salud concentra la gran mayoría de recursos de atención especializada y, asimismo, realiza la mayor parte de la actividad del sector, sobre todo en las áreas de hospitalización, obstétrica, de consultas y de urgencias. La tendencia, en estos últimos años, tanto en lo que se refiere a la dotación como a la actividad y al perfil de atención, se ha caracterizado por el envejecimiento de la población atendida, menor peso del recurso cama y desplazamiento de la actividad a áreas ambulatorias, respondiendo a factores demográficos, de evolución tecnológica, de expectativas y usos de la población, que vienen determinando, si cabe en mayor medida que la propia necesidad, este perfil de atención. De todos los factores asociados, el único que ve alterada la tendencia que se venía observando en las dos décadas anteriores es el de la natalidad, que tras una marcada disminución, vuelve a aumentar, lo que se refleja en el aumento en el número de partos atendidos desde el año 2000.

Las fuentes de información que se han utilizado son las siguientes:

- Instituto Nacional de Estadística (INE). Movimiento Natural de la Población, 2000-2007 Madrid¹⁸.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Años 2000-2007 Madrid¹⁹.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Registro de Altas-CMBD. Años 2000-2007 Madrid²⁰.

18 Instituto Nacional de Estadística (movimiento natural de la población 2000–2007. Madrid): <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e301/&file=inebase>

19 Ministerio de Sanidad y Política Social (estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado 2000-2007. Madrid): <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/home.htm>

20 Ministerio de Sanidad y Política Social (registro de altas–CMBD: 2000—2007.Madrid): <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>

4 Salud Pública

La prevención de la enfermedad, promoción y protección de la salud mediante acciones de sanidad ambiental y salud laboral, sanidad exterior, prevención del VIH/Sida y la vigilancia en salud pública junto a la coordinación y gestión de alertas sanitarias, establecidas en el Real Decreto 1132/2008, son funciones que el Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) desarrolla a través de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior (DGSP y SE).

Las actividades en salud pública se basan en la cooperación, cohesión y lealtad institucional en coordinación con las autoridades sanitarias de las CCAA, con los profesionales del SNS y con todas las partes implicadas en la mejora del nivel de salud y bienestar de la población.

Los principios que dirigen la política de salud pública son la equidad, la salud en todas las políticas, la consideración de los aspectos sociales, las desigualdades en salud y la solidaridad.

La "salud en todas las políticas" es una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que promueve la acción intersectorial y transversal sobre los determinantes de la salud en los diversos ámbitos sectoriales. Desde esta perspectiva innovadora, la salud pública se concibe y actúa a través del conjunto de las políticas públicas, implicando activamente a todos los niveles de decisión, sectores económicos y agentes sociales con el objetivo de promover la mejora de la salud. La aplicación práctica de este principio se facilita con la Evaluación de Impacto en Salud (EIS). Su finalidad es realizar una serie de recomendaciones para maximizar las ganancias en salud de una intervención, antes de que ésta sea implementada. En este sentido se han llevado a cabo las primeras iniciativas para la creación de un Centro de Evaluación de Impacto en Salud (CREIS), orientado a la prevención de los efectos directos e indirectos de las políticas sanitarias y extrasanitarias sobre la salud de la población.

Durante el año 2008, se han llevado a cabo actuaciones para la elaboración de una nueva Ley de Salud Pública que permita adaptar las estructuras y políticas de salud pública de la Administración general del Estado a los retos de la salud pública del siglo XXI y a la necesidad de influencia internacional y de liderazgo y coordinación del estado teniendo en cuenta las competencias de las Comunidades Autónomas (CCAA) y nuestra pertenencia a la Unión Europea (UE).

Esta dinámica de trabajo, basada en el debate, el consenso y la participación con todos los sectores relacionados con la salud pública (Organizaciones no Gubernamentales, Municipios, Universidades, Parlamento; Partidos Políticos, Sindicatos, Fundaciones, Sociedades Científicas, Industria, etc.), facilitará el desarrollo y aplicación de las estrategias de salud pública.

España participa en numerosos grupos de expertos y actúa como punto focal de organizaciones internacionales y mundiales. En el año 2008 se ha participado en los grupos del Consejo de la Unión Europea (CUE), especialmente el de Salud Pública y con la OMS, en su Consejo ejecutivo y en la Asamblea Mundial; manteniendo una relación estrecha con el Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades (ECDC), participando en su Comité Asesor y en el de Gestión.

Así mismo, a través de la "Vigilancia de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades" se pretende que durante la Presidencia de la UE, España influya en considerar los determinantes sociales como un factor clave en la salud de los europeos.

También el desarrollo del programa de prevención del VIH/Sida con un amplio contenido de carácter social, incorpora los principios de la salud pública relativos al respeto de los derechos humanos y la no discriminación e integra a numerosas organizaciones no gubernamentales, organizándose en estrecha cooperación con las Comunidades Autónomas.

En materia de Sanidad Exterior se está desarrollando un proyecto de salud internacional que aspira a integrar el conocimiento español en salud pública y salud internacional, mediante acciones concertadas con los centros de excelencia españoles y el Ministerio de Asuntos Exteriores.

Respecto a la prevención y control de los efectos sobre la salud derivados de la exposición a los factores ambientales, la DGSP y SE ejerce competencias exclusivas en materia de Evaluación, Autorización y Registro de sustancias químicas y en la aplicación del Reglamento Europeo sobre Sustancias Químicas (REACH).

También la DGSP y SE y las autoridades sanitarias de las CCAA han elaborado una serie de propuestas para el desarrollo de una política de Salud Pública en el marco del Pacto por la Sanidad, referidas a los sistemas de información en salud pública, al calendario vacunal, política de recursos humanos, cartera de servicios y normativa en salud pública.

4.1 Epidemiología. Actuaciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades

Actividades de promoción de la salud

A través del Grupo de Trabajo permanente de Promoción de la Salud del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se ha publicado un documento con estrategias y recomendaciones consensuadas por las administraciones de Salud Pública de todas las CCAA. Este documento recoge el informe titulado "Ganar Salud con la Juventud", elaborado por el Instituto de la Juventud y el Consejo de la Juventud, que hace un

análisis y reflexión sobre la salud y calidad de vida de la juventud entre 15 y 29 años. En él se ofrecen recomendaciones y se profundiza en la salud sexual y reproductiva, consumo de alcohol y salud mental de los jóvenes españoles¹.

Por otro lado y en relación al Sistema de información en Promoción y Educación para la Salud (SIPES²), tras una encuesta a los 1.956 profesionales dados de alta en este sistema de información, un 75% de los profesionales propuso simplificar su uso. Habiéndose iniciado un periodo consultivo y de consenso con las CCAA para una segunda versión que se encuentra en un periodo de pilotaje.

Se ha fomentado la Intersectorialidad para posicionar la salud en otras políticas, colaborando en la elaboración y desarrollo de planes interdepartamentales dependientes de otros ministerios: Plan Nacional de Acción para la inclusión social del reino de España 2008-2010, Plan de igualdad de oportunidades, Plan integral contra la trata de seres humanos con fines de explotación sexual, Plan interministerial de juventud 2005-2008, Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia, Plan estratégico de ciudadanía e integración 2007-2010, Plan de acción para el desarrollo de la población gitana,... También se han firmado acuerdos específicos con otros sectores implicados en la promoción de la salud para el desarrollo de objetivos concretos que refuercen actuaciones sectoriales o faciliten el análisis y la implantación de los mismos.

Salud en la Escuela

En el sector educativo, dentro del convenio marco de colaboración entre el Ministerio de Educación y Ciencia y el Ministerio de Sanidad y Política Social, tras 20 años de colaboración en Promoción y Educación para la salud en la escuela y generalizada la educación para la salud como materia transversal en el currículo obligatorio escolar, se ha comenzado una etapa destinada a incrementar la calidad de estas actuaciones con el proyecto "Criterios de calidad para el desarrollo de programas y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo³", en el que han participado las Consejerías de Salud y de Educación de todas las CCAA. El proyecto se inició con el análisis de situación de la educación y promoción de la salud en las administraciones y los centros educativos, finalizándose en Marzo 2008.

1 "Ganar Salud Con la Juventud". Nuevas Recomendaciones sobre Salud Sexual y Reproductiva, consumo de Alcohol y Salud Mental, del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/jovenes_2008.pdf

2 Sistema de información en Promoción y Educación para la Salud <http://sipes.msc.es/>

3 <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/DiagnosticoSituacionEscuela.pdf>

Con este diagnóstico, se inicia un periodo de reflexión, revisión de evidencias y experiencias de las actividades y programas para mejorar la salud en la Escuela. Se proponen criterios de calidad para intervenir y seleccionar actividades y programas de Promoción y Educación para la salud, para desarrollar medidas curriculares, de entorno escolar, familiar y comunitario, y para garantizar un capital básico de salud a todos los escolares⁴.

Para implementar y difundir el proyecto a toda la comunidad educativa se editará, durante el último trimestre de 2009, el documento: "Ganar salud en la Escuela. Guía para conseguirlo".

En 2008 se publicó, dada la prevalencia de obesidad en escolares, una guía de intervención para familias sobre alimentación saludable que completa otros materiales realizados para profesores y el entorno escolar en alimentación y actividad física⁵.

También se publicó en 2008, con representatividad por CCAA, el Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) que se realiza cada cuatro años a través de un Convenio con la Universidad de Sevilla. También, en Sevilla, en 2008, se celebró el Symposium "25 años del Estudio HBSC: Aportaciones y retos para el futuro" orientado a la equidad en salud en el ámbito escolar⁶.

Salud en la Universidad

En septiembre de 2008, se creó la Red Española de Universidades Saludables (REUS) de la que forman parte 17 Universidades. Sus líneas estratégicas son: potenciación de los entornos universitarios que promuevan la salud, incorporación en los planes de estudio universitarios de la formación en promoción de la salud en los niveles de grado y postgrado; investigación en promoción de la salud, participación y colaboración entre los organismos de salud pública, las instituciones comunitarias y las universidades; y la oferta de servicios y actividades en el campus dirigidas a promocionar la salud de la comunidad universitaria.

España es el primer país que constituye una red nacional en este entorno. En el último trimestre de 2009 está previsto presentarlo públicamente para que puedan sumarse todas las Universidades interesadas y se celebrará el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de Salud en Pamplona.

4 http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/criteriosCalidad2MSC_MEC.pdf

5 http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/criteriosCalidad2MSC_MEC.pdf

6 <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/adolesSalud.htm>

Salud en la Ciudades

El Proyecto Ciudades Saludables se impulsa a través de un Convenio de colaboración con la Federación Española de Municipios y Provincias. Las ciudades adheridas al movimiento de ciudades saludables son actualmente 143, en las que habita casi el 40% de la población española⁷.

En el año 2008 se ha celebrado el congreso anual sobre Salud y Sostenibilidad, planteándose en él temas cruciales para la salud y la sostenibilidad de nuestro modelo de desarrollo como: generación de espacios de decisión compartida, mayor atención al componente psicológico y social de la salud, cambio climático y salud, modelos de ciudad, participación, intersectorialidad, políticas de proximidad, buenas prácticas en que "lo más saludable sea lo más fácil de elegir", promoción y protección de la salud, equidad, envejecimiento activo y saludable en las ciudades.

La equidad en salud es una de las principales líneas estratégicas para promocionar la salud y conseguir mayores niveles de salud para toda la población, por lo que en el apartado 7 de este informe se dedica un capítulo específico sobre ella.

También la comunicación en salud a la población a través de campañas en áreas relevantes, es otra de las prioridades en Salud Pública. En 2008, se lanza la campaña de "Prevención de embarazos no deseados" entre cuyos objetivos cabe destacar: La necesidad de transmitir valores de respeto, responsabilidad y comunicación en la pareja, y fomentar la toma de decisión de igual a igual; romper la imagen de que por ser joven no se es responsable; incluir mensajes para la población que no mantiene relaciones sexuales coitales o con penetración a esa edad (75%) de que existen muchas formas de expresar la afectividad/sexualidad y cada uno decide hasta dónde quiere llegar; integrar la diversidad cultural, las distintas formas que existen de relacionarse, la eficacia del preservativo en la prevención de embarazos no deseados, así como VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

También se participa en foros internacionales permanentes de promoción de la salud de la OMS y la Unión Europea, a través de Expertos nacionales en promoción de la salud y miembros del Comité de Desarrollo de Promoción de la Salud de prisiones saludables, de prevención de violencia y salud, y de ciudades saludables. Así como en proyectos y grupos de ámbito europeo de interés: Eurohealthnet, Desigualdades en salud y determinantes sociales y Unión internacional de promoción y educación para la salud.

7 <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/ciudadesSaludables/ciudadSalud.htm>

Actividades de Prevención

Las principales actividades de prevención que se desarrollan desde salud pública, están dirigidas a la prevención de factores que ocasionan una carga importante de mortalidad, morbilidad y discapacidad, aparte de los costes sociales y humanos que generan. Entre ellos, cabe destacar:

- La Prevención de los problemas derivados del alcohol
- La Prevención de lesiones
- La Prevención cardiovascular
- La Prevención del tabaquismo

Prevención de los problemas derivados del alcohol

Los problemas provocados por el consumo de alcohol no son exclusivos de España sino que afectan también, de modo importante, a toda la Unión Europea. Por ello en el año 2006 y en el contexto del Programa de Acción Comunitario en el ámbito de salud pública (2005-2008), se aprobó la Estrategia de la Unión Europea para ayudar a los estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol, que es la que actualmente marca las directrices de actuación. Se centra en la prevención y reducción de los comportamientos de consumo de alcohol de forma intensiva y extrema, así como del consumo por parte de menores de edad y de algunas de sus consecuencias más negativas, como los accidentes de tráfico provocados por el consumo de alcohol y el síndrome de alcoholismo fetal.

Para conocer las intervenciones preventivas que se desarrollan en el ámbito autonómico y local, se ha elaborado un censo de actuaciones preventivas. Su análisis permitirá un intercambio de buenas prácticas y el diseño de futuras estrategias e intervenciones. Además, se dispone de un portal Web⁸ con esta información.

La DGSP y SE es miembro del Grupo de Trabajo alcohol, drogas medicamentos y seguridad vial del Consejo Superior de Tráfico para la reducción de las lesiones y muertes causadas por accidentes de tráfico relacionados por el alcohol.

En relación con los adultos, lo más importante es la identificación precoz de los consumidores de riesgo ya que ésta es la piedra angular de las intervenciones preventivas en alcohol desde el ámbito sanitario. Así se ha transmitido a los profesionales sanitarios y sociedades científicas, entre los que se ha dado difusión del documento de consenso "Prevención de los problemas derivados del alcohol"⁹, editado en 2008.

⁸ Web para la prevención del consumo de alcohol entre los jóvenes

<http://alcoholyprevencion.info/>

⁹ "Prevención de los problemas derivados del alcohol", disponible en:

<http://www.msc.es/alcoholJovenes/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>

En relación a los jóvenes, la información e identificación de las conductas perjudiciales es esencial. Con esta finalidad se ha creado la página Web "alcohol y jóvenes"¹⁰ que también va dirigida de un modo diferenciado a los padres y madres, profesionales sanitarios, profesores y educadores.

Se ha colaborado en la elaboración del "Global Questionnaire: Alcohol Control Policies", para contar con una base común de datos sobre políticas de alcohol, que constituye el nuevo sistema de información de la Región Europea de la OMS.

En abril de 2008 se celebró, en Barcelona, la III Conferencia Europea sobre políticas relacionadas con el alcohol: "Building Capacity for Action", participando también en otras reuniones internacionales como el "Forum Alcohol" y "Comité de Política y Acción", ambos en el marco de la Estrategia.

Se ha traducido y adaptado material de la OMS: "Marco de referencia sobre alcohol en la Región Europea de la OMS" (en el que se presenta unas directrices estratégicas y opciones políticas en distintos ámbitos regional, nacional y local en políticas de alcohol) y el "Glosario de términos de alcohol y drogas".

Por último, es de destacar las medidas adoptadas por las CCAA e INGESA para prevenir los problemas derivados del consumo de alcohol y que se relacionan en la Tabla 4.1.

Tabla 4.1. Actuaciones y avances para implementar planes y programas de prevención de consumo de alcohol en 2008	
CCAA	ACTUACIONES REALIZADAS
Aragón	Elaboración del Programa de Prevención de Consumo de alcohol dirigido a adolescentes "Retomemos".... Una propuesta para tomar en serio". Para desarrollar en el curso escolar 2008-2009 del segundo ciclo de la ESO
Baleares	Evaluación del Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones 2003-2011, en el que se incluye las acciones contra el consumo de alcohol
Cantabria	Evaluación del Programa de Prevención de Drogodependencias que incluye las acciones contra el consumo de alcohol. Formación a docentes
Castilla-La Mancha	Seguimiento del Plan de Alcoholismo y Drogodependencias 2006-2010
Cataluña	Nuevo impulso a la implementación del Programa Bebed Menos 2006-2010
Extremadura	Implantación del Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas (PIDCA) 2008-2012
Madrid	Seguimiento del Plan Estratégico de la Agencia Antidroga 2006-2009
Navarra	Evaluación del Plan de Drogodependencias iniciado en 1994 y que incluye las acciones contra el consumo de alcohol
País Vasco	Evaluación de la oferta preferente para la prevención y control del consumo de alcohol
La Rioja	Seguimiento del Plan de Drogodependencias y otras Adicciones que incluye el programa de Alcohol y Ludopatías
Ceuta	Implantación del seguimiento del consumo de Alcohol en jóvenes incluido en el Plan de Salud aprobado en 2008
Observaciones: Incluye la información remitida por las CCAA e INGESA al cierre del presente informe	
Fuente: Informes de CCAA e INGESA	

Prevención de lesiones

En España la situación respecto a las consecuencias fatales de las lesiones (lesiones no intencionales y violencia), no varía en relación a los países de nuestro entorno. Son la primera causa de muerte entre los más jóvenes, de 1 hasta 39 años y la tercera hasta los 59, constituyendo la quinta causa de mortalidad para todas las edades, siendo más frecuentes en hombres que en mujeres. La magnitud de este problema hace necesario intensificar su conocimiento, así como identificar los factores de riesgo¹¹.

Debemos destacar el liderazgo que la OMS está teniendo en este tema, fundamentalmente a partir de la Resolución EUR/RC55/R9. Considera que existe una sensibilidad insuficiente de la verdadera magnitud del problema y del carácter evitable que tienen las lesiones. Por ello, pide intensamente a los estados la elaboración de Planes de Acción Nacionales dirigidos a la prevención de lesiones, así como la mejora de la vigilancia y matiza el papel que el sector salud debe desempeñar. En la OMS se ha creado un departamento de Prevención de Lesiones y Violencia y se ha constituido una Red de representantes Nacionales en el que participa la DGSP y SE, como representante de España.

Siguiendo estas recomendaciones en España se ha realizado un estudio sobre lesiones que incluye el análisis de las intervenciones, planes integrales leyes y decretos sobre lesiones en las distintas CCAA que permite conocer el estado de situación. También una adaptación de TEACH VIP (Training, Educating and Advancing Collaboration in Health on Violence and Injury Prevention) a la lengua española, principal herramienta de capacitación que tiene la OMS en prevención de lesiones y violencia.

En el marco del sistema de información de lesiones basado en altas hospitalarias del "proyecto Apollo" de la Comisión Europea, se ha realizado un desglose de dicho sistema por Comunidades Autónomas. Se ha realizado un estudio sobre la epidemiología de las lesiones medulares y traumatismos craneoencefálicos graves en España e impacto económico de estas lesiones, en el que cada año se producen entre 800 y 1000 casos nuevos de lesiones medulares, afectando principalmente a población joven y siendo en un 50% de los casos debida a una colisión de tráfico, para lo que se ha potenciado la coordinación nacional de datos basados en un conjunto básico de indicadores sobre seguridad vial. (OMS) y se ha dado apoyo y colaborado con víctimas de Violencia Vial, mediante la financiación de cursos, la edición de la Guía de ayuda a los Afectados por Accidentes de Tráfico Stop Accidentes, para colegios profesionales, hospitales, afectados. También se han editado las ponencias del "IV Foro contra la Violencia Vial" celebrado el 10 de mayo de 2007.

11 <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/accidentesyLesiones.htm>

Se ha participado en la Comisión Interministerial de Seguridad Vial y en el Consejo Superior de Tráfico y Seguridad vial, tanto en el pleno como en la comisión permanente y grupos de trabajo; se firmó el acuerdo Marco de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y el Ministerio del Interior, para el desarrollo de actuaciones conjuntas dirigidas a prevenir las lesiones por tráfico y su gravedad y, se participó en el Plan estratégico de seguridad vial (2005-2008).

A nivel internacional, se participa en la Alianza europea para la seguridad infantil y la Red europea EUNESSE sobre seguridad de las personas de edad avanzada en la UE. Se asistió a la "IX Conferencia mundial de prevención de lesiones y promoción de la Seguridad", celebrada en Mérida (Méjico), en marzo de 2008. Se obtuvo el primer premio a la campaña institucional realizada por el Ministerio de Sanidad y Política Social sobre "Prevención de lesiones en la infancia".

Prevención cardiovascular

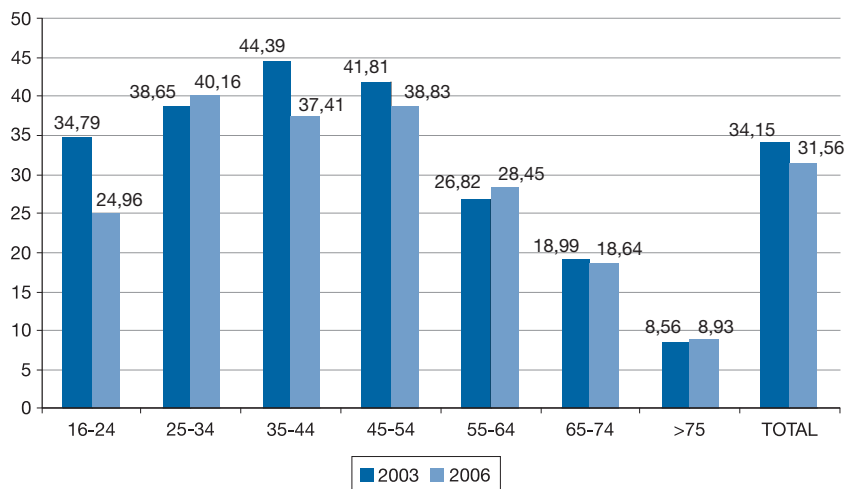
Se ha participado en el Comité Español Interdisciplinario de la Prevención Cardiovascular (CEIPC), integrado por catorce sociedades científicas y sendos representantes de los Ministerios de Sanidad y Política Social y Ciencia e Innovación. Ha sido editada la "Guía de prevención Cardiovascular en la práctica Clínica", que permite disponer de un único documento de prevención cardiovascular consensuado y adaptado a la realidad española.

Prevención del Tabaquismo

En España, la mortalidad atribuible al tabaco se ha estimado en un 14% de la mortalidad total, es decir, unas 56.000 muertes anuales (Banegas et al., 2001). Las actuales tasas de mortalidad por cáncer de pulmón y enfermedades relacionadas con el tabaco, junto al elevado coste sanitario y social que genera el tabaquismo, justifican que la reducción de la prevalencia de consumo de tabaco sea un objetivo prioritario de las políticas de salud pública en España.

Según se muestra en la Figura 4.1 y Figura 4.2 la Prevalencia del Consumo de Tabaco ha disminuido ligeramente en el periodo comprendido entre el año 2003 y 2006.

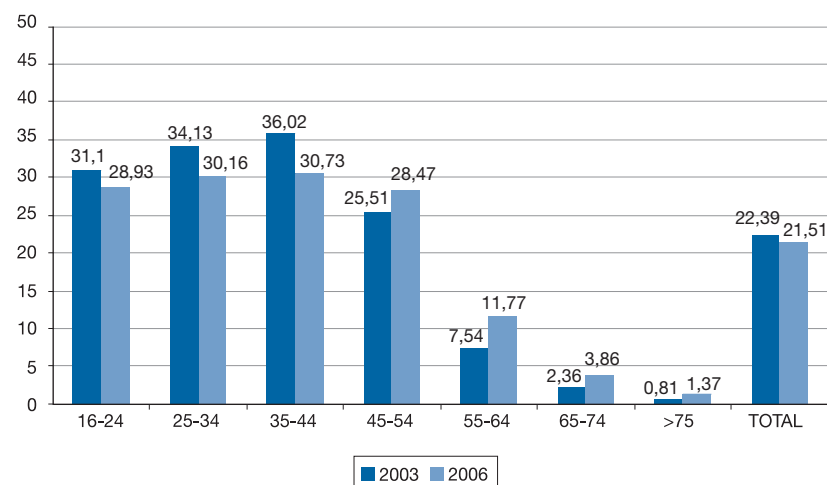
Figura 4.1 Porcentaje de fumadores por grupos de población (hombres)



Observaciones: En la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) se considera fumador a la persona que diariamente consume cigarrillos, puros y/o pipa

Fuente: Prevalencia de consumo de tabaco. Encuesta Nacional de Salud, 2003-2006

Figura 4.2 Porcentaje de fumadores por grupos de población (mujeres)



Observaciones: En la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) se considera fumador a la persona que diariamente consume cigarrillos, puros y/o pipa

Fuente: Prevalencia de consumo de tabaco. Encuesta Nacional de Salud, 2003-2006

En relación a la coordinación y seguimiento de las actividades de implantación de la regulación de productos del tabaco, se han evaluado las declaraciones de ingredientes y toxicología de los productos del tabaco de los expedientes correspondientes a 15 entidades. También se ha planificado y evaluado el informe de los resultados de los análisis, por duplicado, de los contenidos de nicotina, alquitrán y CO de 105 muestras representativas, llevados a cabo por el Centro de Investigación y Control de la Calidad.

Estas actividades, en coordinación con la Comisión Europea y con los Estados miembros, nos permiten ir regulando las restricciones tanto en ingredientes presentes o añadidos de los productos del tabaco como en sus contenidos máximos. Dichas restricciones, en un futuro a corto y medio plazo, se dirigen a eliminar de los productos aquellos ingredientes que por sus efectos adictivos o tóxicos, resultan más nocivos para la salud.

Respecto a la coordinación de actividades relacionadas con los productos del tabaco y con el control y la prevención del tabaquismo con las Comunidades Autónomas, se han firmado ocho convenios en 2008 y se ha realizado el seguimiento de dos convenios firmados en el 2007. Dichos convenios han contribuido al desarrollo de medidas preventivas y de control del tabaquismo en las CCAA para el desarrollo e implantación de la Ley antitabaco.

También se ha participado y colaborado en foros nacionales e internacionales sobre el control del tabaco. Con la Comisión Europea y los Estados Miembros, se ha participado en el Comité Regulador de Productos del Tabaco, en el Grupo de Expertos sobre Publicidad y en el Grupo de Trabajo de sistemas de recopilación de datos, con asistencia a las reuniones de los grupos y los correspondientes trabajos de elaboración, revisión y actualización de documentos.

Con la Organización Mundial de la Salud, se ha participado en la 3ª Conferencia de las Partes del Convenio Marco para el Control de Tabaco (FCTC); en la 2ª Reunión del Órgano de Negociación Intergubernamental para la elaboración de un protocolo para el control del mercado ilícito; se ha participado en el Grupo de trabajo para la elaboración de la directriz "Education, communication, training and public awareness" que desarrolla el artículo 12 del FCTC y se ha colaborado y participado en la organización del Día Mundial sin Tabaco.

Con el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT) y con sociedades científicas se ha dado difusión a estrategias relacionadas con la deshabituación tabáquica y con el control del tabaquismo, como la IX Semana sin Humo y el Congreso del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo.

Se han elaborado directrices, procedimientos de implantación y aplicación de normativa nacional y comunitaria, colaborando en el diseño y funcionamiento de la aplicación informática europea para el Sistema de Comunicación de Datos de Ingredientes (EMTOC). Se participa en la

elaboración de la guía práctica "Reporting on Tobacco Product Ingredients", directriz armonizada de la Unión Europea para la presentación de expedientes de ingredientes del tabaco por parte de las entidades fabricantes e importadoras.

Así mismo se ha participado en la elaboración de la guía práctica "Cigarette yield measurement and some basic steps for laboratory approval", directriz armonizada de la Unión Europea para la designación de laboratorios de referencia para los ensayos de contenidos de nicotina, alquitrán y CO, así como las normas para la realización de los ensayos.

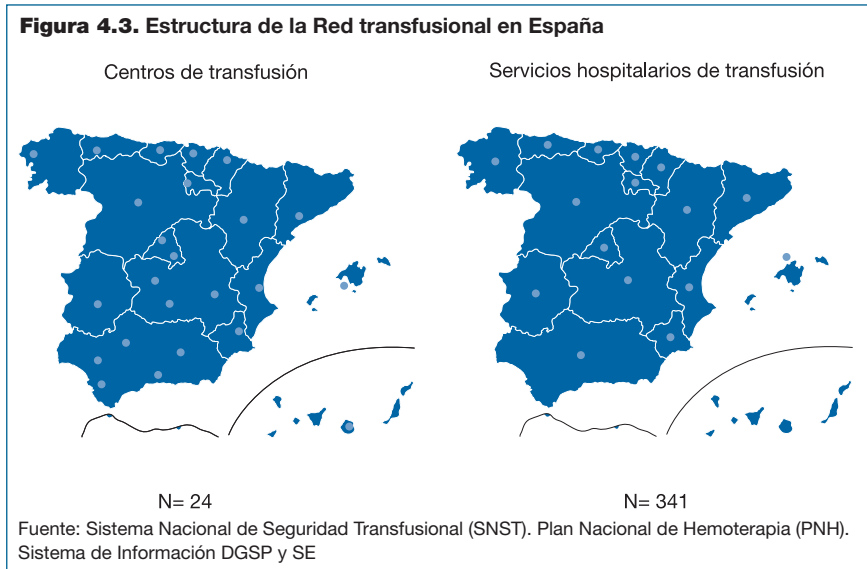
Por último, es de destacar las medidas adoptadas por las CCAA e INGESA para prevenir y tratar el tabaquismo y que se relacionan en la Tabla 4.2.

Tabla 4.2. Actuaciones y avances para implementar planes y programas de prevención de consumo de alcohol en 2008

CCAA	ACTUACIONES REALIZADAS
Andalucía	Elaboración del proceso asistencial integrado "Atención a personas fumadoras" en atención primaria e inicio del mismo en atención hospitalaria, dentro del Plan Integral de Tabaquismo 2005-2010
Aragón	Evaluar la 5ª edición de Programas de deshabituación de tabaco en el ámbito escolar "Órdago" y en el sanitario "Deshabituación"
Baleares	Evaluación del Plan de Tabaquismo 2003-2007
Canarias	Evaluación anual del Programa de Prevención del Tabaquismo
Cantabria	Evaluación y actualización del Plan de Prevención y Control de Tabaquismo 2008-2011. Formación on-line del tabaco como generador de desigualdad
Castilla y León	Seguimiento de actuaciones incluidas en el V Plan Regional sobre Drogas
Castilla-La Mancha	Seguimiento del Plan de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo 2003-2010
Cataluña	Seguimiento de los Programas del Plan de Prevención y el Control del Tabaquismo: Atención Primaria sin humo, Hospitales sin humo, Embarazo sin humo y Clase sin humo
Extremadura	Implantación del Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas (PIDCA) 2008-2012, que incluye el Plan de Prevención del Tabaquismo
Galicia	Seguimiento del Plan de Asistencia Sanitaria al Tabaquismo y Campaña Publicitaria dirigida a la población en general "Espacios de Convivencia"
Madrid	Seguimiento del Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo. Edición de la "Guía práctica para dejar de fumar" dirigido a la población general y de la " Carpeta de Recomendaciones y Consejos para ayudar a los pacientes a dejar de fumar" dirigido a los profesionales de la salud
Murcia	Seguimiento de los Programas de Información sobre el Tabaquismo y "Red de Centros Sanitarios libres de tabaco"
Navarra	Seguimiento del Plan de Acción sobre el Tabaco iniciado en 2001
País Vasco	Evaluación de la oferta preferente para la prevención y control de tabaquismo
La Rioja	Edición de la II Guía de intervención en tabaquismo desde Atención Primaria y seguimiento del Plan de Drogodependencias y otras Adicciones que incluye el Programa de Atención al Fumador
Ceuta	Implantación del seguimiento del Tabaquismo incluido en el Plan de Salud aprobado en 2008
Melilla	Seguimiento de la aplicación de las recomendaciones de la Estrategia Nacional de Salud Perinatal y Género para el SNS
Observaciones: Incluye la información remitida por las CCAA e INGESA al cierre del presente informe Fuente: Informes de las CCAA e INGESA	

Seguridad Transfusional

En la actualidad, la red transfusional en España está integrada por 24 "Centros de Transfusión (CT)" y 341 "Servicios de Transfusión (ST)". Los CT se dedican a la extracción y procesamiento de sangre y componentes, todos ellos son públicos y su gestión depende de las Comunidades Autónomas. Los ST están ubicados en la red hospitalaria.



En 2008 se han producido 1.760.000 donaciones voluntarias, se han transfundido 2.000.000 de componentes sanguíneos y se han destinado a la industria 345.000 litros de plasma para elaboración de hemoderivados.

En España, se dispone de una estructura creada conforme a los objetivos del Plan Nacional de Hemoterapia y en concordancia con las directrices de la Unión Europea, recogida en el artículo 36 del RD 1088/2005, el "Sistema Nacional para la Seguridad Transfusional (SNST)", constituido por el Comité Científico para la Seguridad Transfusional (CCST), órgano de asesoramiento técnico que tiene como función proponer las directrices sobre seguridad transfusional en el ámbito estatal, y por la Comisión Nacional de Hemoterapia, configurado como un órgano de coordinación autonómica.

El CCST ha publicado en 2008 diversas Recomendaciones dirigidas a los CT y ST, fundamentalmente en relación a: "Enfermedad de Chagas", "Variante

de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob" y "Leucodepleción universal de componentes sanguíneos".

El trabajo del CCST se ha centrado en lograr la implantación de sistemas de evaluación de calidad y prácticas correctas en CT y ST hospitalarios, conforme a la Directiva 2005/62/CE (traspuesta por el RD 1343/2007). Establece, entre otras, las siguientes actividades: La celebración de una "Jornada sobre Calidad en Transfusión" (14 de mayo de 2008), y la elaboración, publicación y difusión de la Guía "Requisitos de Evaluación de la calidad".

Otro aspecto a destacar, es la consolidación del Sistema Estatal de Hemovigilancia. El Sistema de Información del SNST, a través de la Unidad de Hemovigilancia, ha elaborado el "Informe sobre el Programa Estatal de Hemovigilancia 2007" y la "Estadística Estatal de actividad de Centros y Servicios de transfusión". Los resultados de interés se difunden a través de la página web del Ministerio en el apartado "Medicina transfusional"¹².

En relación a la cooperación internacional, de forma permanente se colabora en los diferentes comités y grupos de trabajo de la Comisión Europea y del Consejo de Europa. En la Comisión se participa activamente en el "Grupo europeo de Hemovigilancia" y en el "Proyecto EUBIS" sobre procedimientos de inspección de Centros y Servicios. En el marco del Consejo de Europa se participa en los siguientes grupos: "Guía para la preparación, uso y control de calidad de los componentes sanguíneos" y "Gestión de Donantes y Donaciones".

También se han dado, durante el 2008, ayudas sociales a las personas con hemofilia u otra coagulopatía congénita afectadas por el virus de la hepatitis C (VHC), como consecuencia de haber recibido tratamientos con concentrados de coagulación en el ámbito del sistema sanitario público, al amparo de la Ley 14/2002, de 5 de junio. Se tramitaron 12 expedientes de solicitud de ayudas sociales y la Comisión de evaluación de ayudas sociales a los afectados de VHC (CEVHC), informó favorablemente 8 solicitudes. El importe total de las ayudas sociales percibidas por los 8 afectados o sus beneficiarios fue de 144.242,92 €. El censo de afectados a 31 de diciembre de 2008, fue de 1441.

Las Comunidades Autónomas de Aragón, Castilla-La Mancha, Castilla y León y Murcia concedieron ayudas complementarias, a 146 de los afectados censados por un importe de 1.177.983,52 €.

También se concedieron ayudas sociales a las personas afectadas por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), como consecuencia de actuaciones en el ámbito del sistema sanitario público, al amparo del Real Decreto-ley 9/1993, de 28 de mayo. En el año 2008 se procedió a la tramitación de 29 expedientes. La Comisión de ayudas sociales a los afectados de VIH (CASVIH) tramitó 26

12 Disponible en <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/>

solicitudes, 17 fueron favorables (2 de afectados y 15 de personas dependientes) y 9 fueron denegadas. El importe de las ayudas sociales a los dos afectados por pago único correspondientes al Ministerio de Sanidad y Política Social fue de 120.202,42 €. Las ayudas mensuales correspondientes a los 17 expedientes favorables, son abonados por el Ministerio de Economía y Hacienda de acuerdo con el importe fijado en los Presupuestos Generales del Estado y el Real Decreto Ley 9/1993, de 28 de mayo.

Tanto los datos de los afectados de VIH como de VHC son procesados y registrados en los ficheros de datos de carácter personal, gestionados por la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad y Política Social, comunicando a los interesados la incorporación de los mismos de acuerdo con la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Salud de la mujer embarazada, recién nacido e infancia

En el recién nacido se han priorizado las actuaciones que tienen una incidencia en la prevención de deficiencias y por tanto de las discapacidades consiguientes. En este sentido, se ha trabajado en la coordinación y seguimiento de los programas de cribado neonatal de metabopatías congénitas e hipoacusias.

En la mujer y siempre en colaboración con los programas que las CCAA tienen implantados en sus territorios, especialmente en aquellos que han sido aprobados en distintos momentos por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se ha trabajado en la prevención de las deficiencias congénitas durante el embarazo, la prevención de embarazos no deseados, especialmente en la población adolescente y joven, y en establecer medidas para garantizar la intimidad, la confidencialidad y la equidad en la prestación de la interrupción voluntaria del embarazo.

En la etapa infantil, en colaboración con sociedades científicas, se han realizado trabajos específicos en la mejora de los programas de atención y en la identificación de los principales problemas de salud y sociales de la infancia en España.

Es de destacar el trabajo realizado durante 2008, en cumplimiento del compromiso establecido por los Estados Miembros de la OMS, de homogeneizar los estándares y los instrumentos de medida de la salud materno-infantil para poder elaborar estrategias reales y eficaces de mejora; dándose a conocer a los profesionales españoles los estándares de crecimiento y desarrollo para los niños y niñas de cero a cinco años, estudiados y propuestos por la OMS, para homogeneizar estos datos y poder analizar más objetivamente los determinantes que influyen en el crecimiento y desarrollo en la infancia.

La progresiva implantación de estos estándares de crecimiento infantiles es una medida directa de promoción de la lactancia materna y de lucha contra el tabaquismo en la mujer embarazada.

En relación a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), se han publicado los datos definitivos correspondientes al año 2007, y se ha iniciado la preparación de los datos de 2008, según el estudio realizado a partir de la información estadístico-epidemiológica recogida, mostrando las diferentes circunstancias socio-sanitarias que concurren en las Interrupciones Voluntarias del Embarazo que se llevan a cabo en España, desde la promulgación de la Ley Orgánica 9/1985 de despenalización de los abortos practicados en determinados supuestos.

Tabla 4.3. Tabla I.V.E. Número según grupo de edad y CCAA de residencia. Año 2007

	Grupo de Edad (años)								
	Total	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
TOTAL I.V.E.	112.138	500	14.807	28.242	27.581	21.240	14.054	5.301	413
Andalucía	20.358	111	3.170	5.575	4.842	3.388	2.308	880	84
Aragón	3.067	13	381	770	754	611	375	151	12
Asturias	1.627	3	175	418	396	301	236	89	9
Baleares	3.494	21	417	820	945	689	431	157	14
Canarias	5.181	37	744	1.138	1.217	1.017	715	295	18
Cantabria	554	2	55	139	123	123	67	42	3
Castilla y León	3.153	11	488	908	709	527	360	140	10
Castilla-La Mancha	3.429	12	482	992	785	591	387	165	15
Cataluña	21.871	80	2.577	5.329	5.538	4.452	2.831	993	71
Comunidad Valenciana	11.068	60	1.577	2.760	2.696	2.075	1.366	500	34
Extremadura	1.243	3	242	306	241	206	168	70	7
Galicia	2.546	10	390	552	604	514	308	160	8
Madrid	22.114	63	2.467	5.523	5.648	4.390	2.906	1.042	75
Murcia	4.675	24	576	1.187	1.285	893	521	172	17
Navarra	700	6	89	156	164	136	112	36	1
País Vasco	2.955	9	347	706	759	574	403	143	14
La Rioja	555	2	53	139	140	107	78	35	1
Ceuta	34	0	4	12	7	7	3	1	0
Melilla	83	0	20	27	14	8	10	4	0
Extranjero	3.423	33	553	782	712	630	468	225	20
No consta	8	0	0	3	2	1	1	1	0

Fuente: Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. SGPSYSE. Ministerio de Sanidad y Política Social

Tabla 4.4. Tabla I.V.E. Tasas por 1.000 mujeres de cada grupo de edad. Periodo 1998-2007

Año de intervención										
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
TOTAL	6,00	6,52	7,14	7,66	8,46	8,77	8,94	9,60	10,62	11,49
Edades (años)										
< 19	5,71	6,72	7,49	8,29	9,28	9,90	10,57	11,48	12,53	13,79
20-24	9,13	10,26	11,88	12,86	14,37	15,31	15,37	16,83	18,57	20,65
25-29	7,35	7,90	8,66	9,34	10,72	11,30	11,43	12,60	14,44	15,57
30-34	5,99	6,37	6,90	7,44	8,10	8,28	8,57	9,07	10,12	11,07
35-39	4,65	4,86	5,11	5,42	5,84	6,02	6,12	6,48	7,34	7,67
>40	2,35	2,34	2,35	2,47	2,72	2,69	2,69	2,87	3,05	3,25

Fuente: Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. SGPSYSE. Ministerio de Sanidad y Política Social

Tabla 4.5. I.V.E en mujeres menores de 20 años. Según Comunidad Autónoma de residencia

Año de intervención										
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
TOTAL NACIONAL	7.780	8.682	9.209	9.933	10.667	10.986	12.061	12.894	13.907	15.307
Andalucía	1.482	1.782	1.838	2.117	2.272	2.500	2.794	2.979	3.096	3.281
Aragón	230	190	194	246	268	255	281	336	354	394
Asturias	179	196	265	198	213	216	242	211	220	178
Baleares	262	271	306	341	356	320	349	357	383	438
Canarias	420	438	473	641	609	574	595	641	714	781
Cantabria	61	56	60	53	55	53	58	58	69	57
Castilla y León	327	348	332	377	380	400	420	416	440	499
Castilla-La Mancha	228	237	237	252	270	289	319	398	437	494
Cataluña	1.546	1.831	1.946	1.953	2.028	2.026	2.132	2.169	2.407	2.657
Comunidad Valenciana	831	892	998	1.047	1.101	1.071	1.209	1.288	1.452	1.637
Extremadura	145	150	159	184	196	169	236	238	236	245
Galicia	344	367	362	349	356	363	375	399	362	400
Madrid	991	1.100	1.161	1.265	1.535	1.616	1.765	1.928	2.227	2.530
Murcia	206	218	309	331	365	374	397	471	478	600
Navarra	29	42	56	40	52	56	70	93	74	95
País Vasco	148	185	168	150	168	193	217	248	283	356
La Rioja	42	37	35	35	45	48	46	57	53	55
Ceuta y Melilla	23	23	20	17	23	21	19	29	19	24

Fuente: Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. SGPSYSE. Ministerio de Sanidad y Política Social

4.2 Sanidad exterior

La Constitución Española establece, en su artículo 149.16, que la sanidad exterior es una competencia exclusiva del Estado. Posteriormente, la Ley General de Sanidad definió el contenido de esta competencia estatal estableciendo que "son actividades de sanidad exterior todas aquéllas que se realizan en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías, y del tráfico internacional de viajeros".

Este planteamiento se encuentra reforzado en el Tratado de Lisboa¹³, en el que se incluye en los ámbitos de actuación de la Unión, como complemento a las políticas nacionales, "...la vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud, la alerta en caso de tales amenazas y la lucha contra ellas". En esta misma línea, el texto del nuevo Reglamento Sanitario Internacional adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2005 y única legislación internacional vinculante sobre Salud Pública, establece la necesidad de un reforzamiento de los mecanismos de vigilancia y control sanitario a nivel internacional. Así, en el ámbito de la Administración General del Estado, la competencia de sanidad exterior se encuentra asignada al Ministerio de Sanidad y Política Social y al Ministerio de Medio Ambiente, y Medio Rural y Marino, correspondiendo al primero de ellos la vigilancia y el control sanitario de los riesgos para la salud humana derivados de la importación, exportación y tránsito de mercancías, y del tráfico internacional de viajeros.

Evaluación de riesgos para la salud derivados de la importación, exportación y tráfico internacional de viajeros y mercancías

Tráfico internacional de cadáveres y restos cadavéricos

Las prácticas sanitarias en relación con los cadáveres, restos humanos y restos cadavéricos, las condiciones técnico-sanitarias de los féretros, vehículos y empresas funerarias, así como cementerios y demás lugares de enterramiento, son actividades de la Administración pública en materia de Sanidad que vienen reguladas en el Decreto 2263/1974, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria.

Esta materia ha sido transferida a las Comunidades Autónomas a excepción del traslado internacional de cadáveres, restos humanos y restos

13 Diario Oficial de la Unión Europea 2007/C306/01.17 de diciembre de 2007

cadavéricos, que sigue siendo una competencia del Estado gestionada por el Ministerio de Sanidad y Política Social.

Durante 2008, se han diligenciado 1.926 expedientes de tráfico de cadáveres en régimen de entrada o de salida en España.

Tráfico internacional de órganos para trasplantes

También es una función y actividad de sanidad exterior, la autorización y control para la importación y exportación de órganos humanos, sangre humana o sus derivados.

Durante el año 2008, se han realizado en frontera 303 autorizaciones para la salida y entrada de órganos y tejidos para trasplantes, en colaboración con la Organización Nacional de Trasplantes (ONT).

Tráfico internacional de preparaciones anatómicas destinadas a la investigación

Los controles higiénico-sanitarios fronterizos, de entrada y salida de España, también son competencia de los Servicios de Sanidad Exterior. Por el contrario, la vigilancia y el control higiénico-sanitario de las preparaciones hasta su posterior incineración es competencia de la Comunidad Autónoma correspondiente.

La Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior ha realizado, durante el año 2008, 24 Resoluciones de autorización de entrada en nuestro país de diferentes preparaciones anatómicas destinadas a fines científicos, docentes y/o de investigación.

Tráfico internacional de muestras biológicas

El Real Decreto 65/2006, de 30 enero, establece requisitos para la importación y exportación de muestras biológicas. En concreto, aquéllas destinadas al diagnóstico o investigación en seres humanos y a muestras biológicas destinadas a la evaluación del funcionamiento de reactivos de diagnóstico in vitro, para su aplicación en seres humanos.

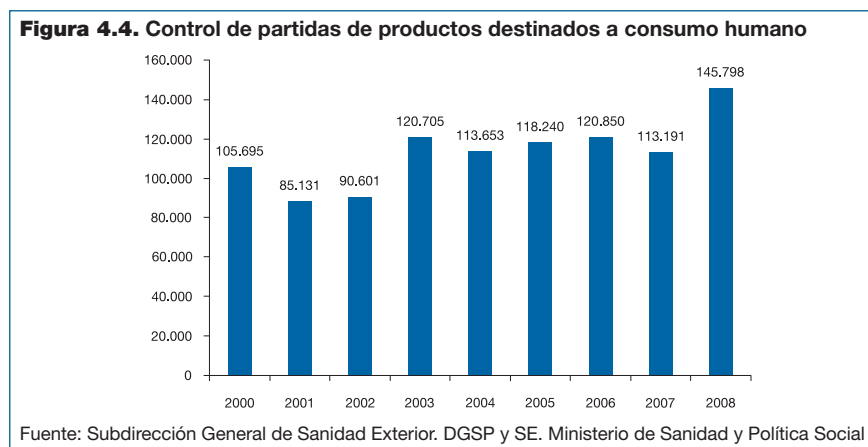
Durante el año 2008, se ha procedido a la autorización de un total de 817 solicitudes de muestras biológicas destinadas a fines diagnósticos y de investigación, mediante resoluciones individualizadas. Correspondiendo el 52% a organismos públicos -Universidades, Centros de Investigación y Administraciones Sanitarias-, y el 48% a empresas y centros de investigación privados. Las inscripciones en el Registro de importadores han sido de 20 centros y 202 en el Registro de exportadores.

Tráfico internacional de productos destinados a uso y consumo humano-importaciones

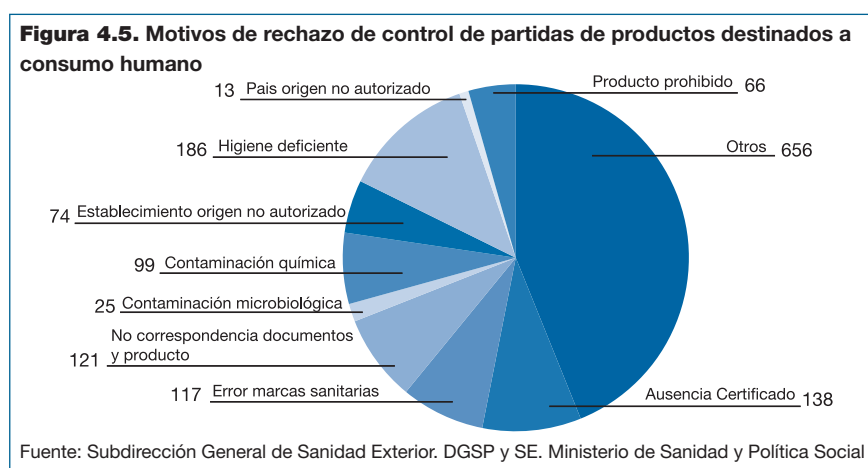
Durante el año 2007, en las aduanas españolas se controlaron 113.191 partidas de productos destinados a consumo humano (145.798 en 2008), de las cuales

56.030 fueron sometidas a control físico. De estas últimas, se tomaron muestras a 3.432 partidas para la realización de análisis de laboratorio, con un total de 8.109 determinaciones analíticas.

En la siguiente gráfica (Figura 4.4) se detalla la evolución histórica de las partidas de productos de consumo humano controladas en las aduanas españolas desde el año 2000 hasta 2008.



Del total de partidas controladas, se rechazaron 936 (0,83%). Puesto que algunas de ellas se rechazaron por más de un motivo los motivos de rechazo suman 1.495, distribuidos según se indica en el gráfico (Figura 4-5) siguiente.



Tráfico internacional de productos destinados a uso y consumo humano-exportaciones

En el año 2008, se autorizaron 95 empresas cárnicas para la exportación de sus productos a países no miembros de la UE, detallados a continuación:

País	Número de empresas autorizadas para la exportación
Argentina	10
Brasil	34
Corea del Sur	18
Estados Unidos	1
Japón	26
Sudáfrica	6
Total	95

Fuente: Subdirección General de Sanidad Exterior. DGSP y PS. Ministerio de Sanidad y Política Social

Vacunaciones internacionales y consejos a los viajeros

Los Centros de Vacunación Internacional (CVI) son las unidades donde se realiza la administración de vacunas y demás medidas preventivas y profilácticas en materia de salud pública, respecto al tráfico internacional de personas así como la expedición de Certificados Internacionales de Vacunación.

Actualmente, existen 73 CVI autorizados por el Ministerio de Sanidad y Política Social, y reconocidos por la Organización Mundial de la Salud, para la vacunación de la Fiebre Amarilla. De ellos, 29 están integrados en las Áreas/Dependencias adscritas funcionalmente al MSPS y que dependen orgánicamente del Ministerio de la Presidencia a través de Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno, y 44 en otras Administraciones (Comunidades Autónomas, otros Ministerios y Entidades Locales).

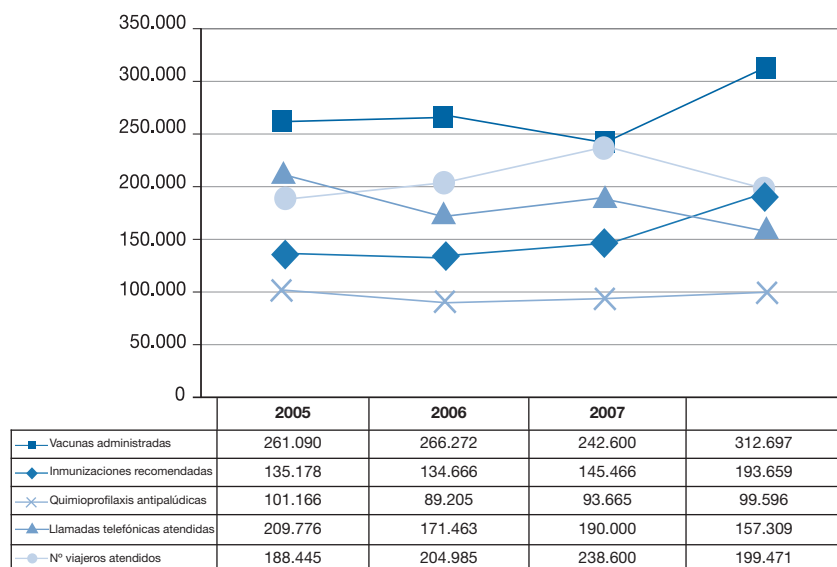
Las vacunas que se recomiendan en estos centros son, además de las obligatorias como requisito internacional de entrada en el país, las específicas en función de las condiciones sanitarias asociadas a las características del destino, del tipo de viaje y del viajero. Cabe destacar las vacunas frente a fiebre amarilla, fiebre tifoidea, difteria/tétanos y hepatitis A.

A lo largo del año 2008, se atendieron a 199.471 viajeros en todos los CVI, se realizaron un total de 605.755 actuaciones preventivas individualizadas, se administraron 312.697 vacunas y se recomendaron otras 193.659 inmunizaciones.

Para la prevención del paludismo, como patología tropical más relevante y para la que no existe vacuna, se prescribieron durante 2008, 99.596 indicaciones de quimioprofilaxis antipalúdica o antimalárica (toma de medicamentos antipalúdicos).

Las vacunas administradas en el año 2008 suponen un incremento del 10,6% con respecto al año 2007; las vacunas recomendadas a lo largo del año 2008 han supuesto un incremento del 27% con respecto al año 2007, y las quimioprofilaxis antipalúdicas pautadas han significado un incremento del 5,9% con respecto al año anterior.

Figura 4.6. Estadística de número de actuaciones en los Centros de Vacunación Internacional. Periodo 2005-2008

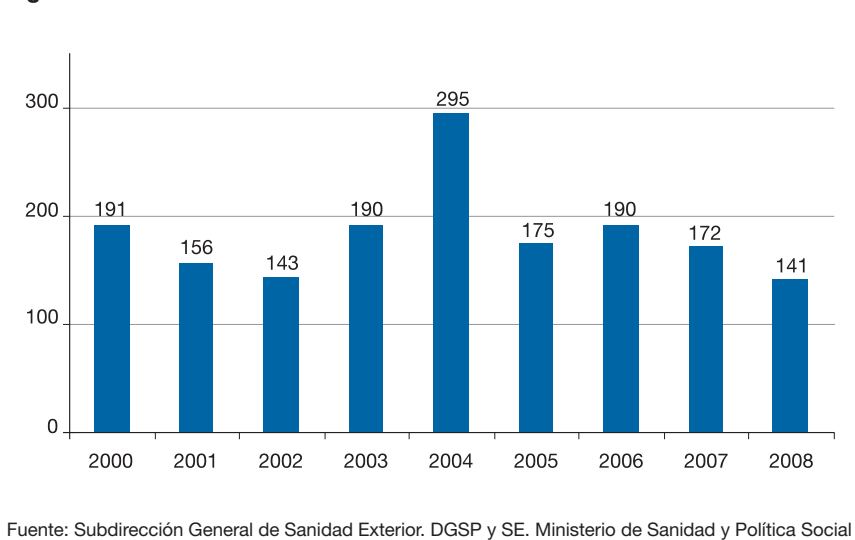


Fuente: Subdirección General de Sanidad Exterior. DGSP y SE. Ministerio de Sanidad y Política Social

Gestión de la Red de Alertas Internacionales

En relación a viajeros, durante el 2008, la Red de Alerta Sanitaria de Sanidad Exterior (RASSE) informó de un total de 141 Alertas Sanitarias Internacionales, a los Centros de Vacunación Internacional, sobre incidencias que afectan a las medidas preventivas a instaurar, de cara al viajero internacional con destino a los países afectados. En la siguiente gráfica (Figura 4.7) se detalla la evolución de las alertas sanitarias internacionales 2000-2008.

Figura 4.7. N° de Alertas sanitarias internacionales. Periodo 2000-2008



Se han visto afectados 54 países con un registro de 36 patologías diferentes. Por países cabe señalar: Argentina (5 alertas); Brasil (13 alertas); Burkina-Faso (3 alertas); Congo (3 alertas); China (11 alertas); Egipto (10 alertas); India (3 alertas); Indonesia (18 alertas); Nigeria (3 alertas); Paraguay (7 alertas); Rusia (3 alertas); Turquía (3 alertas); Uganda (6 alertas); Vietnam (9 alertas) y Zambia (3 alertas).

En relación a las comunicaciones de enfermedades destacamos: 12 alertas de Cólera, 6 por Dengue, 22 de Fiebre Amarilla, 3 de Fiebre hemorrágica por Virus Marburg, 2 de Fiebre del Valle del Rift, 38 por Gripe Aviar, 5 de Malaria o Paludismo, 4 de Meningitis Meningocócica, 4 de Poliomiелitis Aguda, 3 de Fiebre Hemorrágica por Virus Ébola, y 6 de Fiebre Hemorrágica de Crimea-Congo.

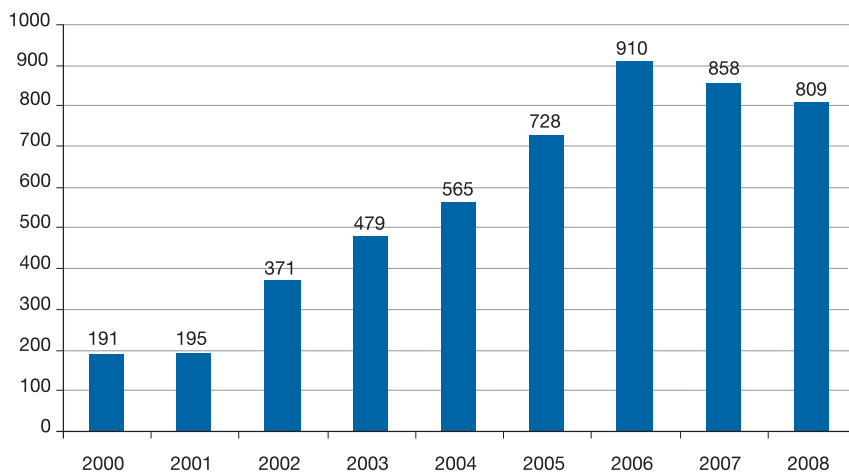
Respecto a mercancías, durante el año 2008, se recibieron a través del RASSE 732 notificaciones (rechazos en fronteras de la UE y controles en mercado interior), abriéndose 417 alertas como reacción a estas notificaciones.

Los controles realizados en las aduanas españolas motivaron la apertura, además, de 19 alertas de sanidad exterior (4,3% del total).

En total, se abrieron 436 alertas nuevas [100 afectaban a productos de origen animal (23%) y 336 a productos de origen no animal (67%)], se modificaron 37 y se cerraron 482, con lo que al finalizar el año permanecían 809 alertas en vigor, un 5,5% menos que en el año 2007.

La evolución de las alertas activas entre 2000 y 2008 se refleja en el gráfico siguiente:

Figura 4.8. Alertas sanitarias activas. Periodo 2000-2008



Fuente: Subdirección General de Sanidad Exterior. DGSP y SE. Ministerio de Sanidad y Política Social

Los productos incluidos en las alertas activas sufren un control oficial (documental, de identidad y físico) en el 100% de los casos.

Actividades de control higiénico-sanitario en instalaciones fronterizas y en medios de transporte internacional

Durante el año 2007, se llevaron a cabo inspecciones rutinarias a medios de transporte e instalaciones de puertos y aeropuertos internacionales.

Tabla 4.7. Inspecciones rutinarias (2007)

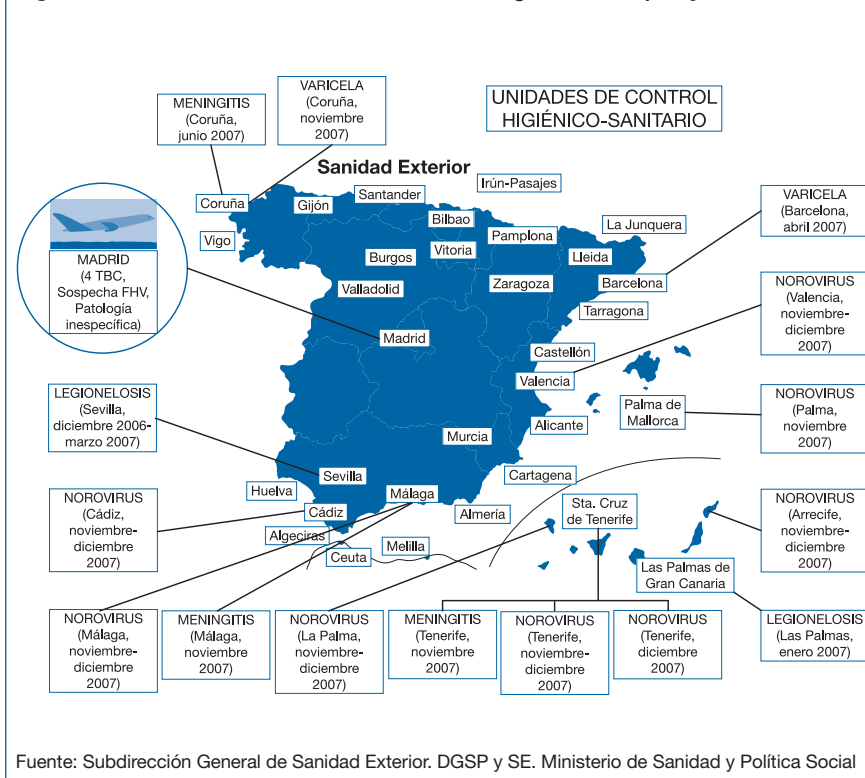
Inspecciones de locales	730
Análisis de aguas	1.769
Inspección medios de transporte internacional (Buques)	6.486
Abanderamientos de buques	630
Desratizaciones	284
Exenciones de desratización	2.386
Desinsectaciones	531
Inspecciones de botiquines	618
Declaraciones marítimas de sanidad	1.504
Desembarco de enfermos a bordo	96
Desembarco de fallecidos a bordo	19

Fuente: Subdirección General de Sanidad Exterior. DGSP y PS. Ministerio de Sanidad y Política Social

También se intervino en brotes de enfermedades infectocontagiosas a bordo de buques y aeronaves. Los buques, considerados como auténticos hoteles flotantes, pueden ser asiento de brotes de diferentes enfermedades transmisibles y es deber de las autoridades sanitarias en fronteras estar preparados para realizar el control sanitario a las personas y al medio de transporte afectado, evitando así la entrada y difusión de dichas enfermedades en nuestro país. A lo largo del año 2007, se actuó directamente en 10 episodios de brotes de enfermedades transmisibles a bordo de buques. Las aeronaves, debido a la larga duración de los vuelos intercontinentales y al contacto estrecho entre las personas, la posibilidad de transmisión de las enfermedades infecciosas a bordo de los aviones, sin que éstas se manifiesten hasta pasados unos días, obligan a establecer mecanismos de localización del pasaje para ofrecerles las recomendaciones oportunas.

Cuando la Subdirección General de Sanidad Exterior tiene conocimiento de la detección de un caso de determinada enfermedad transmisible que, como antecedente epidemiológico, había efectuado un viaje en avión en fechas recientes, en colaboración con el Área de Sanidad de la localidad donde se encuentra el aeropuerto de entrada en España, se realizan las gestiones oportunas para localizar a los posibles contactos e informarles, además de informar a los organismos correspondientes en cada caso. En el caso de que se trate de la presencia de un viajero enfermo a bordo de un avión con anterioridad al aterrizaje, también se realizan las actuaciones de control sanitario necesarias, en coordinación con el Área de Sanidad de la localidad implicada. En este sentido, durante el año 2007 se actuó en un total de 6 episodios.

Figura 4.9 Brotes de Enfermedades Infecto-Contagiosas en buques y Aeronaves 2007



Fuente: Subdirección General de Sanidad Exterior. DGSP y SE. Ministerio de Sanidad y Política Social

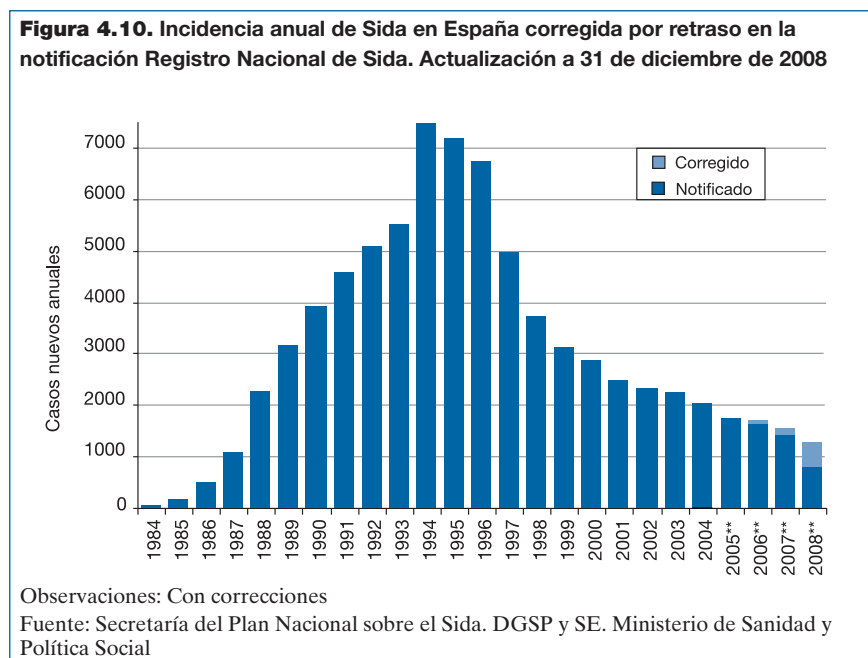
4.3 Plan Nacional sobre el SIDA

El III Plan Multisectorial frente a la infección por VIH-sida. España 2008-2012, fue aprobado por unanimidad de todos los sectores implicados, el 13 de diciembre de 2007, y sus ejes fundamentales son: mantener el liderazgo, el compromiso coordinado y los recursos necesarios; la renovación de la prioridad otorgada a la prevención y profundización en las estrategias de eficacia probada, en particular la reducción de daños; la atención especial a la calidad de vida de las personas afectadas, la prioridad concedida a la lucha contra el estigma y la discriminación, el apoyo a la cooperación internacional en materia de infección por VIH y sida, y el fomento de la participación comunitaria.

Este III Plan Multisectorial articula la estrategia en el contexto social y autonómico español, y pretende impulsar, reunir y armonizar las actividades sectoriales de las organizaciones, gubernamentales y no gubernamentales, dirigidas coordinadamente a detener la propagación de la infección por VIH y a velar por la calidad de los servicios sanitarios y sociales de las personas con VIH.

Actividades de coordinación y vigilancia epidemiológica

Desde el inicio de la epidemia en 1981 hasta el 31 de diciembre de 2008, se habían notificado un total acumulado de 77.231 casos de sida, con un pico de incidencia de 189,9 casos/millón habitantes en 1994. La introducción del TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) produjo una disminución brusca de la incidencia que, aunque ralentizada, todavía se mantiene. En 2007 la tasa de sida en España ha sido de 32,2/millón.



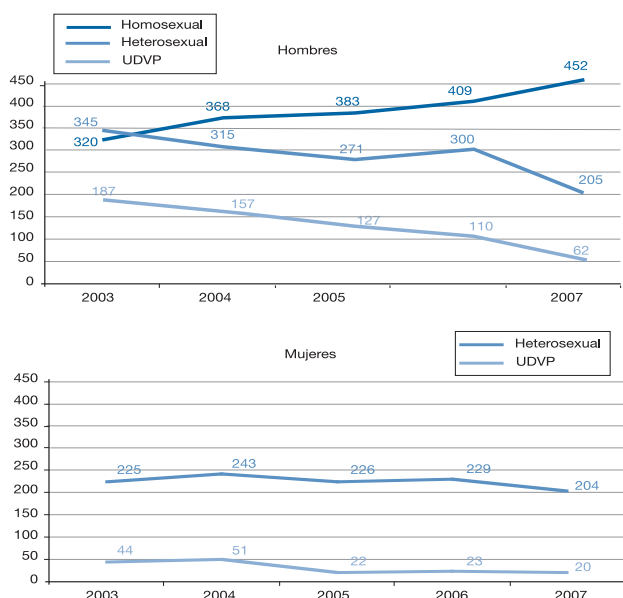
La mejor aproximación a la incidencia de VIH, la ofrecen los datos sobre nuevos diagnósticos de infección. El análisis de estos datos indica que el pico de incidencia de nuevos diagnósticos se produjo a finales de la década de 1980, y ya, a partir de 1990, se inició el descenso, debido sobre todo al abandono de la inyección como vía de consumo de drogas con la consiguiente caída en las infecciones por esta causa. Desde 2003, se dispone de información conjunta de las CCAA de Baleares, Canarias, Cataluña, Extremadura, La Rioja, Navarra, País Vasco y la ciudad autónoma de Ceuta que abarcan al 32% de la población española. Los resultados muestran una estabilización en la tasa global de incidencia en los últimos años que, durante el periodo 2003-2007, fue de 86,14/millón, en la línea de otros países

de Europa occidental. Como ocurre desde el inicio de la epidemia, los hombres son mayoría frente a las mujeres (75,9%). La edad media al diagnóstico fue de 37 años, algo más alta en los hombres (37,8 años frente a 34,8 años en mujeres).

Los datos sobre nuevos diagnósticos evidencian dos cambios importantes en el patrón epidemiológico del VIH en España, el primero afecta al mecanismo de transmisión predominante que pasa a ser el sexual y el segundo, al impacto de los patrones de inmigración sobre la epidemia.

Entre los 5.785 nuevos diagnósticos de VIH notificados entre 2003 y 2007, la causa más común de infección fue el sexo no protegido en relaciones heterosexuales (44,3%), seguido de sexo no protegido entre hombres (HSH) (33,4%) y del uso compartido de material de inyección entre usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) (13,9%). Durante este periodo, descienden tanto el número de casos identificados en UDVP como su proporción respecto al total, mientras que los casos por contacto heterosexual parecen estabilizarse, aumentando el número y la proporción de los casos entre HSH. Por sexo, destaca entre los hombres la transmisión entre HSH (44,0%) y entre las mujeres la heterosexual (80,7%).

Figura 4.11. Nuevos diagnósticos de VIH anuales por categorías de transmisión y sexo, 2003-2007. Datos de 8 CCAA



Observaciones: UDVP: Usuarios de Drogas por Vía Parenteral

Fuente: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. DGSP y SE. Ministerio de Sanidad y Política Social

Respecto al impacto de la inmigración en la epidemia, se observa que el 35% de los nuevos diagnósticos de VIH entre 2003-2007 se realizó en personas inmigrantes, siendo los más comunes los procedentes de Latinoamérica (14,4%), los del África subsahariana (11,5%) y de Europa occidental (4,4%). Aunque el porcentaje de inmigrantes sube del 29,4% en 2003 al 37% en 2007, este aumento porcentual no se acompaña de una elevación importante del número de casos, que pasó de 357 a 390 en el periodo 2003-2007. La distribución de casos por zona de origen y forma de transmisión refleja que entre los españoles la transmisión entre HSH es la primera categoría/vía desde el 2005; en los extranjeros predomina la transmisión heterosexual que tiende a estabilizarse, aunque son los casos entre HSH los únicos que aumentan entre 2003 y 2007.

La administración del TARGA a partir de 1996 produjo un descenso marcado de la mortalidad asociada al VIH, aunque en los últimos años ese descenso se ha ralentizado. Por otra parte, el aumento de la supervivencia en las personas afectadas por VIH, ha conllevado un aumento en la mortalidad por otras causas, en particular las afecciones hepáticas crónicas.

Tabla 4.8. Estimadores de la epidemia de VIH y sida en España. Año 2007

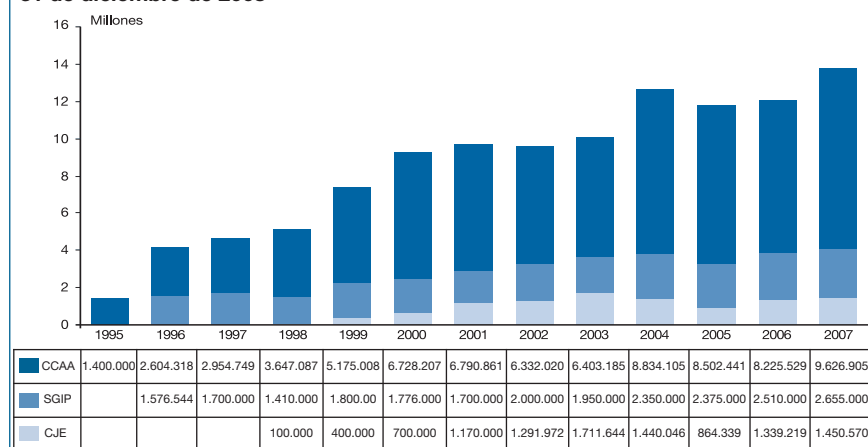
Nuevos diagnósticos de VIH (tasa por millón de habitantes)*	86/millón
Mecanismo probable de infección en nuevos diagnósticos de VIH*	
Usuarios de drogas por vía parenteral	10%-20%
Hombres con prácticas homosexuales	30%-40%
Riesgo heterosexual	45%-55%
Personas que viven con infección por el VIH	120.000-150.000
Prevalencia de infección por el VIH (tasa por 1.000 habitantes)	2,4-3,6
Mecanismo probable de infección en las personas que viven con VIH	
Usuarios de drogas por vía parenteral	40%-55%
Hombres con prácticas homosexuales	15%-25%
Riesgo heterosexual	25%-35%
Características de las personas que viven con VIH	
Hombres	75%-80%
Mujeres	20%-25%
Niños (menores de 13 años)	< 1%
Personas que han desarrollado sida desde el comienzo de la epidemia**	77.000-93.000
Muertes por VIH/sida desde el principio de la epidemia**	50.000-60.000
Observaciones: *Basada en datos conjuntos de Canarias, Ceuta, La Rioja, Navarra, País Vasco, Cataluña, Baleares y Extremadura	
**Estimaciones teniendo en cuenta la subnotificación	
Fuente: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. DGSP Y SE. Ministerio de Sanidad y Política Social	

Actividades de prevención

Desde 1995, la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) a través del Informe de los Cuestionarios de Actividades de Prevención (ICAP) recoge, analiza y difunde anualmente información de las principales actividades y programas de prevención de la infección por VIH que las diecisiete comunidades y las dos ciudades autónomas desarrollan en su ámbito autonómico, independientemente de la institución u organismo responsable de su financiación o gestión.

Según este informe, todos los planes de sida de las CCAA han financiado y/o distribuido gratuitamente preservativos en 2007, principalmente a través de las organizaciones no gubernamentales. Desde el año 2003, se vienen repartiendo más de 10 millones anuales de preservativos y en los últimos años se ha producido un aumento importante, superando los 12 millones (Esta cifra debe considerarse una estimación a la baja).

Figura 4.12. Número de preservativos financiados por los planes autonómicos de Sida, SGIP y el CJE España 1995-2007. Registro Nacional de Sida. Actualización a 31 de diciembre de 2008

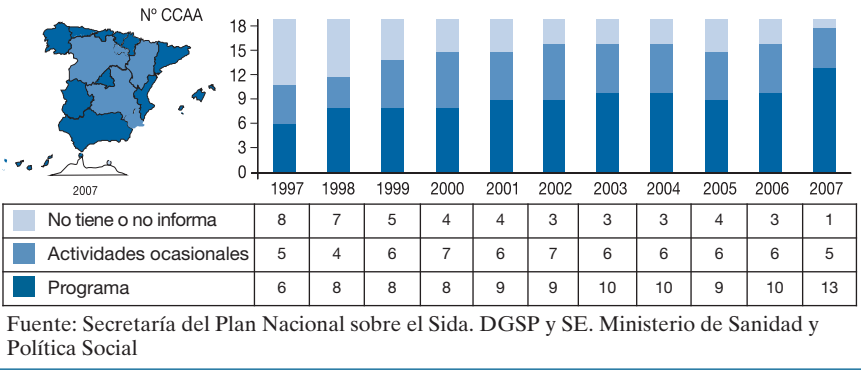


Observaciones: SGIP (Subdirección General de Instituciones Penitenciarias) y CJE (Consejo de la Juventud de España)

Fuente: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. DGSP y SE. Ministerio de Sanidad y Política Social

En los últimos años se han priorizado los esfuerzos encaminados a promocionar el diagnóstico precoz del VIH en distintos contextos y poblaciones, y en cuanto a los programas de prevención del VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), tres nuevas CCAA pusieron en marcha programas en 2007.

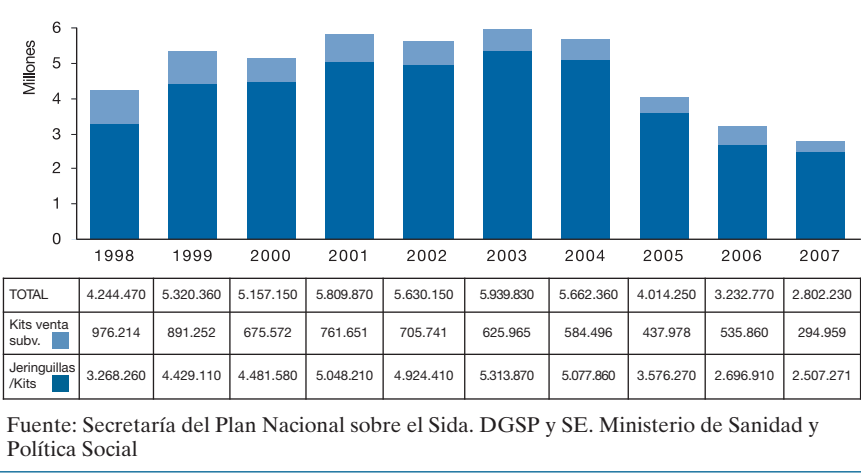
Figura 4.13. Programas de prevención de VIH para hombres con prácticas homosexuales. Periodo 1997-2007



En 2007, el número total de programas de intercambio de jeringuillas (PIJs) fue de 200, número similar al año anterior pero inferior a los 261 del 2004. También el número de puntos de intercambio de jeringuillas declarados fue similar al año anterior, contabilizándose un total de 1.458.

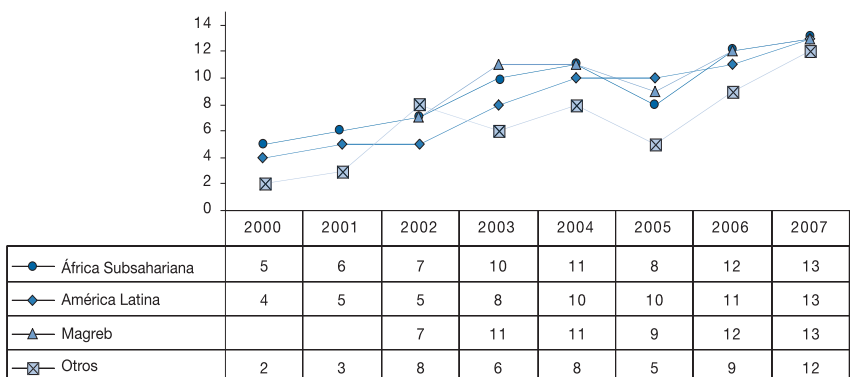
La cantidad de jeringuillas o kits que se proporcionaron gratuitamente en 2007 ha descendido muy ligeramente con respecto a 2006 mientras que, los de venta subvencionada, casi han reducido su cantidad a la mitad y suponen un poco más del 10% del material de inyección distribuido desde los PIJ y las farmacias, en ese mismo año.

Figura 4.14. Material de inyección estéril distribuido desde los programas de intercambio de jeringas (PIJ) y farmacias. Periodo 1997-2007



En 2007 se mantuvo el número de CCAA que desarrollan programas de prevención de VIH dirigidos a inmigrantes.

Figura 4.15. Número de CA con programas de prevención del VIH en inmigrantes según área geográfica de procedencia. Periodo 2000-2007



Fuente: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. DGSP y SE. Ministerio de Sanidad y Política Social

En cuanto a los fondos aportados por las CCAA, se estima que en 2007 el presupuesto total destinado a prevención del VIH, apoyo psicológico y social de las personas afectadas, sin tener en cuenta los costes de la asistencia sanitaria, tanto de la Administración General del Estado como de las autonomías, ha sido de algo más de 32 millones de euros.

Tabla 4.9. Presupuesto total en euros destinado a la prevención del VIH, y al apoyo psicológico y social de las personas afectadas. Periodo 1999-2007

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
SPNS actividades Directas	5.694.207	6.036.651	6.036.904	6.410.300	6.109.790	6.122.030	6.121.240	6.126.000	6.226.000
Transferencias MSC-CCAA	4.627.793	4.720.349	4.808.096	4.808.100	4.808.099	4.808.100	4.808.100	4.808.100	4.808.100
Subvenciones MSC-ONGs	920.000	943.589	943.733	943.730	943.730	1.003.830	1.603.830	3.152.000	4.152.000
Subvenciones MTAS-ONGs	2.990.560	3.350.012	2.788.215	2.649.321	2.651.121	2.766.292	2.773.598	2.879.194	2.923.694
Subtotal admón. General*	14.232.560	15.050.601	14.576.948	14.811.451	14.512.650	14.700.252	15.306.768 + 4,12%	16.965.294 +10,83%	18.109.794 +6,74%
Planes Autonómicos Sida-actividades Directas	3.699.017	3.607.697	5.650.507	5.139.702	5.014.636	6.251.638	6.160.249	5.153.502	5.656.629
Planes Autonómicos Sida-ONG	1.587.000	2.863.922	3.279.156	3.681.613	4.172.150	4.327.313	5.852.761	7.574.267	8.273.264
Subtotal admón. Autonómica**	5.286.017	6.471.619	8.929.663	8.821.315	9.186.786	10.578.951	12.013.010 + 13,5%	12.817.769 + 6,7%	13.929.893 + 8,7%
TOTAL	19.518.577	21.522.220	23.506.611	23.632.766	23.699.436	25.279.203	27.319.778 + 8,07%	29.783.063 + 9%	32.039.687 + 7,58%

Observaciones: *No incluye los costes de personal

**No incluye los costes de personal de 7 CCAA (Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Ceuta y Melilla)

Fuente: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. DGSP Y SE. Ministerio de Sanidad y Política Social

Asimismo, el Ministerio de Sanidad y Política Social financia desde 1994 y con carácter anual actividades de prevención y control de la infección por el VIH y sida, desarrolladas por Organizaciones no Gubernamentales (ONG) de ámbito estatal. El 16 de enero de 2008 se publicó la Orden SCO/4062/2007, de 21 de diciembre, por la que se convocaron ayudas económicas a instituciones de cualquier titularidad, sin ánimo de lucro, con destino a financiar programas de prevención y control del sida en el año 2008, con un presupuesto disponible de 4.152.000 euros.

La distribución de los fondos según las prioridades se presenta en la tabla 4.10.

Tabla 4.10. Proyectos e importe solicitados/concedidos, según prioridad. Año 2008

Tipo	Nº Proyectos Solicitado	Importe Solicitado	%	Nº Proyectos Presupuesto	Importe Presupuesto	%
Prevención	85	12.581.142,39 €	76,3	53	3.210.000,00 €	77,3
Investigación	10	539.789,95 €	3,3	1	24.000,00 €	0,6
Recogida	22	1.148.725,17 €	7,0	10	369.500,00 €	8,9
Coordinación	4	454.235,42 €	2,8	4	250.000,00 €	6,0
Formación	22	1.315.460,27 €	8,0	9	198.500,00 €	4,8
Refuerzo	11	451.092,81 €	2,7	5	100.000,00 €	2,4
Otros	0	0 €	0,0	1	0,00 €	0,0
Total	154	16.490.446,01 €	100	82	4.152.000,00 €	100

Fuente: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. DGSP Y SE. Ministerio de Sanidad y Política Social

Los fondos para VIH/sida, provenientes por Orden del Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, de 29 de febrero de 2008 (ORDEN TAS/592/2008), por el que se convocan ayudas y subvenciones para la realización de programas de cooperación y voluntariado social con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF), ascendieron a 3.047.119 euros. Los tipos de programas subvencionados a cargo de estos presupuestos son: creación y mantenimiento de casas de acogida para enfermos de sida; creación y mantenimiento de alojamientos o pisos de inserción social; y programas de apoyo a pacientes y familias con personas afectadas por el VIH.

Tabla 4.11. Programas de apoyo social a personas afectadas por el VIH/sida gestionados a cargo de IRPF. Año 2008

Tipo de Programa	Importe	%	Programas	% Programas	Nº Localizaciones programas
Apoyo a pacientes y familias con personas afectadas por el VIH/SIDA	1.421.454,00	46,65	29	55,77	79
Creación y mantenimiento de casas de acogida	1.403.853,00	46,07	19	36,54	31
Creación y mantenimiento de alojamientos o pisos de inserción social	221.812,00	7,28	4	7,69	8
Total	3.047.119,00	100,00	52	100,00	118

Fuente: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. DGSP Y SE. Ministerio de Sanidad y Política Social

Por último, es de destacar las medidas adoptadas por las CCAA e INGESA para la prevención y control del VIH/SIDA que se relacionan en la Tabla 4.12.

Tabla 4.12. Actuaciones y avances para implementar planes y programas de VIH/SIDA	
CCAA	ACTUACIONES REALIZADAS
Andalucía	Edición del Programa de SIDA 2008-2012 Publicación de materiales de prevención contra el SIDA y KITS de diagnóstico rápido
Aragón	Publicación del Programa de Prevención de consumo "Retomemos"... Una propuesta para tomar en serio Evaluación del Programa de intercambio jeringuillas elaborado en 1990
Asturias	Iniciada evaluación del Programa PAVSA 2003-2007 para su actualización
Baleares	Evaluación de la Estrategia de VIH/SIDA y desarrollo de nuevos programas para la detección temprana de nuevas infecciones y evitar la estigmatización social
Canarias	Evaluación anual Plan Regional SIDA
Castilla y León	Seguimiento del Plan Sectorial de prevención y control del SIDA y de las infecciones relacionadas con el VIH
Castilla-La Mancha	Seguimiento de Plan Multisectorial frente a la infección por el VIH/SIDA. Inicio del registro de VIH
Cataluña	Impulso de la reducción del retraso en el diagnóstico, estigmatización y discriminación dentro del Plan multisectorial frente al VIH/SIDA. Programa para la Prevención y Asistencia del SIDA desde 1987 y monitorización de las conductas de riesgo asociadas con la transmisión del VIH/ITS como parte del Sistema Integrada de Vigilancia Epidemiológica del VIH/ITS de Cataluña (SIVES), incluye usuarios de droga por vía parenteral (UDVP), hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) y, desde el año 2005, mujeres trabajadoras del sexo (TS)
Extremadura	Análisis de situación previo al inicio de elaboración del nuevo Plan de Acción VIH/SIDA
Galicia	Seguimiento del Plan de Acción Anti-VIH/SIDA iniciado en 1981
Madrid	Seguimiento del Plan de Actuaciones frente al VIH/SIDA. Elaboración del informe sobre el comportamiento sexual relacionado con la infección por el VIH de hombres homosexuales y bisexuales
Murcia	Seguimiento del Programa de Información y Educación Sanitaria sobre el SIDA iniciado en 1988
Navarra	Seguimiento del Plan Prostitución y SIDA
País Vasco	Dentro del Plan de Prevención y Control del SIDA se creó un grupo de trabajo sobre VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el colectivo de hombre que tienen sexo con hombres y se realizó una campaña de prevención del VIH/SIDA y otras ITS. Puesta en marcha de Sidamedia como sistema de información sobre Sida. Pilotaje del test rápido del VIH en las oficinas de farmacia
La Rioja	Seguimiento del Programa Regional de SIDA
Ceuta	Seguimiento del Programa de Prevención y Control de SIDA/VIH incluido en el Programa de Atención a Enfermedades Infecciosas
Observaciones: Incluye información remitida por las CCAA e INGESA al cierre del presente informe Fuente: Informes de las CCAA e INGESA	

Actividades para la mejora de la calidad asistencial e investigación

Con el objetivo de contribuir a la calidad asistencial, durante 2008 y siguiendo la trayectoria iniciada, se emprendió la elaboración de 10 documentos de recomendaciones clínicas para el manejo del paciente VIH, de las que a diciembre de 2008 se habían finalizado 6. Para ello se contó con la colaboración de 150 profesionales y 9 sociedades científicas.

Además, se elaboraron dos documentos adicionales relativos a la gestación y a la adolescencia y se publicaron 8 artículos médicos en revistas nacionales. Todos los documentos mencionados son distribuidos a nivel nacional y en algunos casos internacional.

La investigación en VIH/SIDA continúa siendo impulsada desde la SPNS, fundamentalmente con el apoyo brindado a la Fundación para la Investigación y la Prevención del SIDA en España (FIPSE) y al Grupo de Estudios del SIDA (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. FIPSE convocó en 2008 la IX Convocatoria de ayudas a proyectos de investigación, financiándose 20 de los presentados en áreas de investigación básica, clínica, epidemiología, prevención y área social. Cabe especial mención al estudio FIPSE sobre trasplante hepático en pacientes infectados con el VIH en España y pionero a nivel internacional. En 2008 vieron la luz dos publicaciones "Vivir más y mejor. 25 años de presencia social del VIH/sida" y "Manual de Bioseguridad para laboratorios de VIH", de sendos trabajos apoyados por FIPSE. Por su parte GESIDA, ha continuado con su tarea de investigación, monitorizando el seguimiento de estudios de cohortes previamente iniciados (8), iniciando otros estudios observacionales con fármacos antirretrovirales (4) y ensayos clínicos (8).

Actividades de cooperación internacional

Desde 2001, España forma parte del Proyecto Esther "Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau", trabajando conjuntamente con los Ministerios de Salud de 6 países Latinoamericanos: Ecuador, Honduras, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Colombia. En 2008, además de continuar con las actividades formativas en estos países, se inició la Primera Edición de un Curso On Line dirigido a sus médicos y que, estructurado en 8 módulos y un total de 511 horas lectivas, fue acreditado por la Comisión de Formación Continuada del MSPS. La SPNS asiste y participa habitualmente en reuniones, grupos de trabajo y conferencias europeas (organizadas por ECDC, OMS, DG SANCO,...), e internacionales (Annecy Group, Sesiones Especiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS), Fondo Global de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, CROI,...), destacando en 2008 la actividad en la XVII Conferencia Internacional sobre Sida celebrada en Méjico.

4.4 Sanidad Ambiental

Biocidas y productos químicos

En España el Ministerio de Sanidad y Política Social, a través de la Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral (SGSA y SL), es la autoridad competente para el registro y autorización de productos biocidas, así como de la evaluación de los riesgos para la salud humana de los productos químicos y los fitosanitarios, a los que hace referencia el Reglamento (CE) n° 1907/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 18 de diciembre de 2006, relativo al registro, evaluación autorización y restricción de las sustancias y preparados químicos (Reglamento REACH).

La mayoría de los procesos regulados por este Reglamento entraron en vigor en junio de 2008. Asimismo, en ese año han comenzado a funcionar los Comités de la Agencia Europea de Sustancias y Preparados Químicos (ECHA), en los que participan representantes de la SGSA y SL (Comité de los Estados Miembros y FORO). Igualmente se ha participado en distintos grupos de trabajo: Red de oficiales de seguridad de REACH-IT, Red de comunicación del riesgo, Formación de formadores.

Durante 2008 se han dado los primeros pasos para la puesta en marcha del sistema de información REACH-IT, creándose una base de datos para gestionar la información procedente de la ECHA acerca de las sustancias registradas que se fabrican o importan en España. Además, se ha elaborado el anteproyecto de ley por el que se establece el régimen sancionador previsto en el Reglamento (CE) n° 1907/2006.

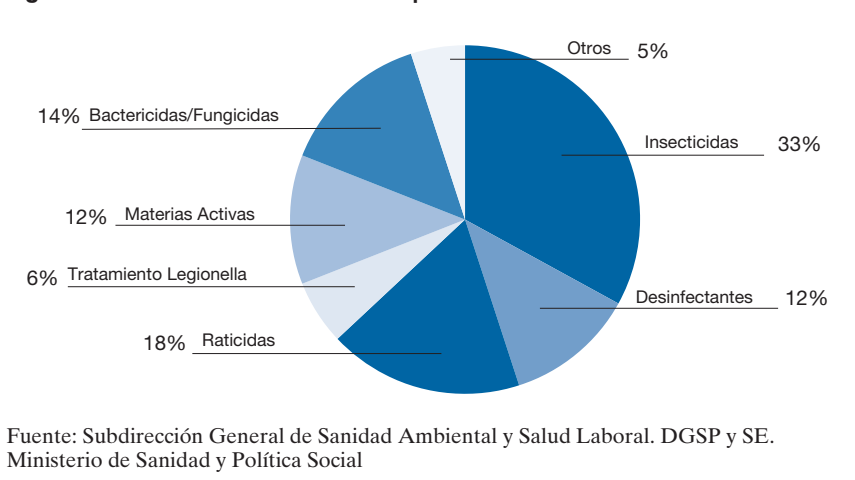
También, se han desarrollado actividades de información y formación dirigidas a fabricantes, importadores, agentes sociales, organismos públicos implicados y usuarios de sustancias químicas, sobre aspectos legislativos y técnicos del Reglamento REACH, especialmente sobre el proceso de prerregistro.

Se han emitido durante el 2008, un total de 2.213 resoluciones de registro de Biocidas¹⁴. Los productos de nueva inscripción en el registro son 422 y, renovaciones 913, distribuidas según se indica en el gráfico siguiente. El resto de inscripciones fueron por modificaciones de inscripciones previas (700) y por cancelación de registros o archivo de las actuaciones de solicitud de inscripción por la institución competente (178).

14 MSPS: Salud Ambiental y Laboral

<http://www.msps.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/home.htm>

Figura 4.16. Resoluciones de nueva inscripción o renovaciones



Por otro lado, durante el año 2008 se resolvieron una media de 65 consultas semanales (presenciales, telefónicas y escritas) realizadas por la industria, Comunidades Autónomas y particulares sobre productos biocidas. Se han emitido 78 informes de homologación de productos zoonosanitarios para su posterior registro en el Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino, siendo 59 nuevas homologaciones y 19 renovaciones de homologaciones previas.

España, como país ponente, continuó durante el año 2008 con la evaluación de las sustancias biocidas activas adjudicadas en la 2ª y 3ª Lista, en aplicación de la normativa europea de biocidas, Reglamento (CE) N° 1451/2007 de la Comisión y Directiva 98/8/CE (Real Decreto 1054/2002). En octubre de ese año, la industria presentó los expedientes correspondientes a la 4ª y última Lista Prioritaria, en total 24 expedientes biocidas relativos a distintos tipos de productos entre los que se encuentran, entre otros, los desinfectantes contra Legionella en torres de refrigeración.

En 2008, también se votaron en el Comité Permanente de Biocidas dos de las sustancias adjudicadas a España en la 1ª Lista prioritaria. Siendo ambas incluidas en el Anexo I de la Directiva de Biocidas.

Referente a la notificación de sustancias químicas nuevas y de acuerdo con el Real Decreto 363/1995 que regula el registro de dichas sustancias para poder ponerlas en el mercado en la Unión Europea, en el año 2008 se han evaluado 44 sustancias gestionadas a través de la Agencia Europea de Sustancias y Preparados Químicos (European Chemicals Agency -ECHA-).

Se han recibido 13 expedientes (cover notes) procedentes del European Chemical Bureau, que incluyen el conjunto de la documentación relativa a la notificación en el ámbito de la Unión Europea. Esta competencia en la evaluación de productos químicos ha implicado realizar las siguientes actividades en el marco del proceso de autorización de las sustancias químicas nuevas, según se refleja en la Tabla 4.13.

Tabla 4.13. Sustancias químicas nuevas (Unión Europea)

Evaluación de notificaciones de sustancias nuevas	815
Modificaciones (update) en notificaciones	1.057
Seguimiento (follow-up) de notificaciones	288
Propuestas finales de clasificación y etiquetado	115
Total	2.275

Fuente: Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. DGSP y SE. Ministerio de Sanidad y Política Social

En relación a la forma de registrar las notificaciones, según lo establecido en el artículo 24 del propio Reglamento REACH, una notificación de conformidad con la Directiva 67/548/CEE se considera una solicitud de registro y la Agencia le asignará un número de registro. Para ello, la Agencia ha habilitado una aplicación en REACH-IT mediante la cual los notificantes pueden solicitar el citado número de registro. Hasta el 31 de diciembre de 2008, un total de 32 notificantes habían solicitado y obtenido con éxito el número de registro.

Referente a la evaluación de riesgo y estrategias de reducción de riesgo relativas a sustancias existentes, la U.E. publicó durante el año 2008 los resultados de las evaluaciones de las dos sustancias químicas adjudicadas a España :2-nitrotolueno (2-NT) y 2,4-dinitrotolueno (2,4-DNT), como país ponente, por el Reglamento 2364/2000 relativo a la Cuarta Lista Prioritaria, y las recomendaciones sobre reducción de riesgo (OJ C134, 31/05/2008, p. 4-9 y OJ L141, 31/05/2008, p. 20-21)¹⁵.

En relación con la Biotecnología, durante 2008, la Comisión Nacional de Bioseguridad (CNB) evaluó 100 expedientes de organismos modificados

15 European chemical Substances Information System
<http://ecb.jrc.ec.europa.eu/esis/index.php?PGM=ora>

genéticamente, de los cuales 23 eran de instalaciones para utilización confinada, 51 de liberación voluntaria, y 26 fueron expedientes de comercialización.

Por su parte, la Comisión Interministerial de Organismos Modificados Genéticamente sometió a votación por el procedimiento escrito, 3 notificaciones de comercialización, 27 notificaciones de liberación voluntaria y 4 notificaciones de instalaciones.

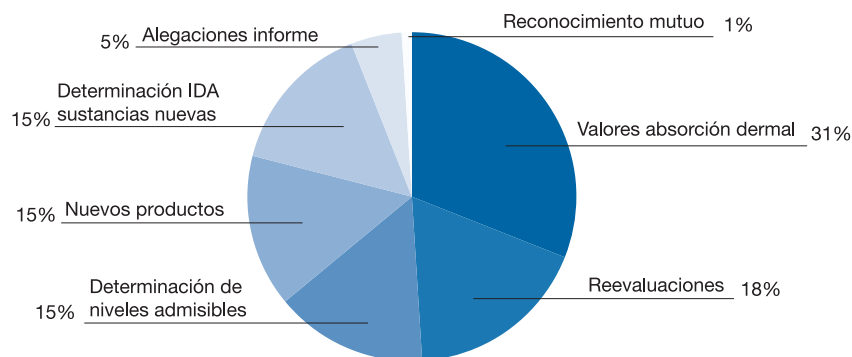
Productos fitosanitarios

Durante 2008, se han realizado un total de 463 informes de evaluación de la peligrosidad de productos fitosanitarios preceptivos para la autorización nacional del Registro Oficial de Productos Fitosanitarios del Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino, en aplicación de las normativas actualmente vigentes. En cumplimiento del Real Decreto 3349/83), se han realizado 316 evaluaciones, desglosadas como se muestra en la Tabla 4.14.

Tabla 4.14. Evaluaciones realizadas según Real Decreto 3349/83. Año 2008	
Informes de peligrosidad de nuevos productos	236 (75%)
Evaluación de productos ya comercializados por cambios de composición, modificaciones condiciones de autorización	57 (18%)
Informes de peligrosidad debidos a solicitudes/alegaciones de los titulares ó a la recepción de nueva documentación	6 (2%)
Estudio de solicitudes de autorización para no profesionales (uso en ámbito doméstico)	17 (5%)
Total	316
Fuente: Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. DGSP y SE. Ministerio de Sanidad y Política Social	

En relación con el Real Decreto 2163/94, de 4 de noviembre de 1994, por el que se implanta el sistema armonizado comunitario de autorización para comercializar y utilizar productos fitosanitarios (Directiva 91/414/CEE) se han elaborado 147 informes de evaluación. Esta legislación exige, además del informe de evaluación de la peligrosidad, realizar las actividades que se indican en el siguiente gráfico.

Figura 4.17. Evaluaciones realizadas según Real Decreto 2163/94. Año 2008

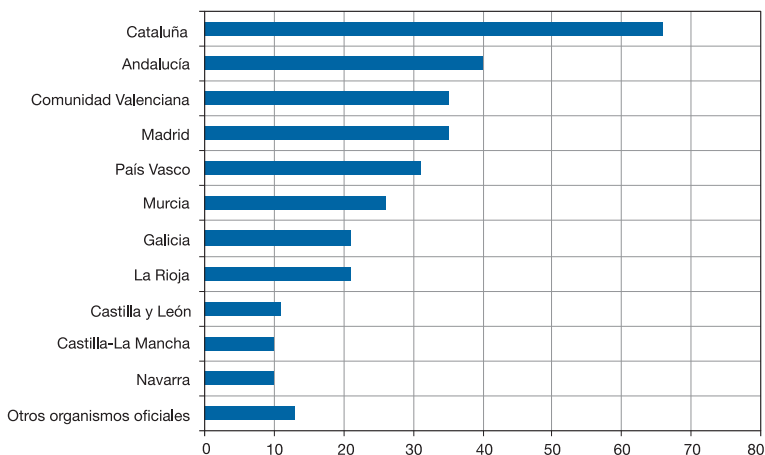


Fuente: Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. DGSP y SE. Ministerio de Sanidad y Política Social

Actividades de la Red Nacional de Vigilancia, Inspección y Control de Productos Químicos

En relación a la Red de intercambio Rápido de Información de Productos Químicos, durante el año 2008 se produjeron 363 comunicaciones, en las que se incluyeron 207 productos. De las 363 comunicaciones se han tramitado 213 (59%) incidencias, 83 (23%) respuestas y resolución de expedientes, 38 (10%) notificaciones, 27 (7%), continuación e intercambios de información y traslados y 2 (1%) consultas. La distribución de comunicaciones por CCAA, se muestra en la Figura 4.18.

Figura 4.18. Distribución de comunicaciones por CCAA, a través de la Red de Intercambio de Información de Productos Químicos. Año 2008



Fuente: Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. DGSP y SE. Ministerio de Sanidad y Política Social

Respecto al sistema de toxicovigilancia, en el año 2008 se han recogido 390 casos de intoxicación o accidente tóxico atendidos en los servicios de urgencias de 13 hospitales notificantes, con una edad media de 38 años y una desviación estándar de ± 20 años. Respecto a la distribución por sexos, 203 (52.05%) fueron hombres y 187 (47.95%) mujeres.

Además, se han elaborado las fichas de tratamientos médicos correspondientes a los 2.229 productos: 388 fitosanitarios y 1.841 biocidas. Estas fichas fueron enviadas al Instituto Nacional de Toxicología para su uso en la información a profesionales sobre el tratamiento y cuidados que deben aplicarse en caso de intoxicación.

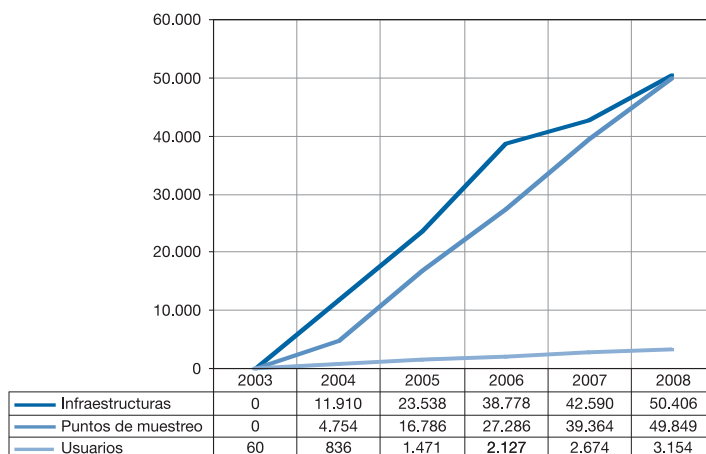
Sistemas de información de calidad sanitaria del agua

El Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo (SINAC), recoge datos sobre las características de los abastecimientos y la calidad del agua de consumo humano de todas las zonas de abastecimiento mayores de 50 habitantes. Los usuarios son el Ministerio de Sanidad y Política Social, las Comunidades Autónomas, los Municipios y las empresas abastecedoras y laboratorios de control. Está sustentado por una aplicación Web¹⁶. La evolución de la implementación del SINAC desde su lanzamiento hace cinco

16 Web de SINAC <http://sinacinformacion.msc.es/>

años, ha sido constante y en algunos casos de tipo exponencial como se observa en la Figura 4.19.

Figura 4.19. Evolución de los datos del Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo (SINAC). Periodo 2003-2008



Fuente: Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. DGSP y SE. Ministerio de Sanidad y Política Social

Desde el Área de Calidad Sanitaria de las Aguas se administra la aplicación y se coordina el Centro de Ayuda al Usuario. En el año 2008, se han gestionando 789 consultas telefónicas y 265 consultas por escrito.

El Sistema de Información Ejecutiva de Agua de Consumo (ALDAGUA), se encuentra incluido en el repositorio del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Los usuarios son el Ministerio, las Comunidades Autónomas y las empresas abastecedoras más importantes. Está sobre una aplicación Web¹⁷ y una vez al mes, recoge la información notificada en SINAC.

Al finalizar el año 2008 había 57 usuarios dados de alta: 11 de Ministerio, 19 de CCAA y 27 usuarios de abastecimientos y ayuntamientos. Desde la unidad de Calidad Sanitaria de las Aguas se administran los usuarios del sistema y se coordina el Centro de Ayuda al Usuario. Se han gestionado 28 consultas telefónicas y 3 por escrito. Los informes nacionales sobre aguas de consumo han sido elaborados a partir de tablas de ALDAGUA.

17 Web de ALDAGUA <https://repositorio.msc.es/risns>

El Sistema de Información Nacional de Agua de baño (NÁYADE). Es un sistema de información sanitario que recoge datos sobre las características de las playas y la calidad del agua de baño, tanto continental como marítima. Los usuarios pertenecen al Ministerio de Sanidad y Política Social y al de Medio Ambiente, Comunidades Autónomas, Demarcaciones hidrográficas, laboratorios de control y Ayuntamientos. Está basada en los criterios del Real Decreto 1341/2007, de 11 de octubre, de calidad de las aguas de baño y la Directiva 2006/7/CE sobre la gestión de la calidad de las aguas de baño¹⁸. En el año 2008, se han celebrado 25 reuniones de coordinación y se han gestionando 425 consultas telefónicas y 100 consultas por escrito.

También en el 2008, se han gestionado 210 laboratorios certificados por la UNE EN ISO 9001 y 93 laboratorios acreditados por la UNE EN ISO 17.025.

Programas de riesgos ambientales físicos

El Plan Nacional de Acciones Preventivas de los Efectos del Exceso de Temperaturas sobre la Salud, tiene como objetivo establecer las medidas necesarias para reducir los efectos sobre la salud asociados a las temperaturas extremas y coordinar a las instituciones de la Administración del Estado implicadas. El Plan recoge información predictiva sobre temperatura ambiental, sobre las variaciones de la demanda asistencial e información diaria sobre los cambios cuantitativos de la mortalidad, y propone las acciones que en esta materia puedan ser realizadas por las CCAA y la Administración Local.

Una de las actuaciones prioritarias del Plan es alertar a las autoridades sanitarias y a los ciudadanos, con la suficiente antelación, sobre posibles situaciones de riesgo. Para ello, el Ministerio de Sanidad ha facilitado diariamente a las Comunidades Autónomas las predicciones de temperaturas (máximas y mínimas) elaboradas por la Agencia Estatal de Meteorología. Se han revisado los umbrales térmicos que definen los distintos niveles de alerta: nivel 0 o verde (ausencia de riesgo), nivel 1 o amarillo (bajo riesgo), nivel 2 o naranja (riesgo medio) y nivel 3 o rojo (alto riesgo). Así mismo, se ha activado el envío de mensajes SMS a las autoridades autonómicas en el caso de los niveles de alerta naranja y rojo.

Los datos más representativos de la evolución del mapa de niveles de alerta durante el verano de 2008 se muestran en la Figura 4.20.

18 Web de NAYADE <http://nayade.msc.es>

Figura 4.20 Evolución del mapa de niveles de alerta. Año 2008

	NIVEL 0	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	TOTAL
TOTALES	6.291	50	3	0	6.344
	99,16%	0,78 %	0,04%	0%	100%

Fuente: Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. DGSP y SE.
Ministerio de Sanidad y Política Social

Los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas comunicaron al Ministerio de Sanidad un total de 3 fallecimientos atribuibles a golpe de calor (3 hombres). Esta cifra es inferior a las registradas en el verano 2007 (9). Las defunciones se han producido en las Comunidades Autónomas de Cataluña (2) y en las Islas Baleares (1).

5 Medicamentos y productos sanitarios

5.1 Prestación farmacéutica

La Ley General de la Seguridad Social (Texto refundido aprobado en el Decreto 2065/1974) incluye a la prestación farmacéutica dentro de la acción protectora de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

La Constitución Española de 1978 declara en su artículo 41 que los poderes públicos mantendrán el régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, establece que el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención, e indica que las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios comunes. Entre las prestaciones que comprende el catálogo se encuentra la prestación farmacéutica.

Con la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, que sustituye a la Ley 25/1990 del Medicamento, se refuerzan las garantías de calidad y seguridad de la prestación farmacéutica en todo el SNS, se sigue avanzando en el desarrollo del uso racional de los medicamentos, modificándose el sistema de precios de referencia, la financiación selectiva de medicamentos y productos sanitarios, y se fomenta el uso de los medicamentos genéricos.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización. Los servicios contenidos en esta cartera tienen la consideración de básicos y comunes, entendiéndose por tales los necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos los usuarios del SNS. En el Anexo V se establece el contenido de la cartera de servicios comunes de la prestación farmacéutica.

Según la exposición de motivos de la Ley 29/2006 y lo establecido en el Anexo V del Real Decreto 1030/2006, la prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad.

Contenido

El derecho a la prestación farmacéutica se diferencia según estén o no los pacientes hospitalizados.

En el caso de pacientes no hospitalizados, la prestación farmacéutica comprende la indicación, prescripción y dispensación de los siguientes productos:

- Los medicamentos autorizados en los que de acuerdo con la normativa vigente se hayan acordado su financiación y condiciones de dispensación en el SNS.
- Los productos sanitarios que, de acuerdo con la normativa vigente, se resuelva su financiación y condiciones de dispensación en el SNS.
- Las fórmulas magistrales y los preparados oficinales elaborados por las oficinas de farmacia de acuerdo con lo establecido en el Formulario Nacional y que cumplan las normas de la Real Farmacopea Española, así como la normativa vigente, en las condiciones pactadas en los correspondientes conciertos suscritos entre las administraciones sanitarias autonómicas y las oficinas de farmacia.
- Las vacunas individualizadas antialérgicas y las vacunas individualizadas bacterianas, que cumplan lo establecido en la normativa vigente.

Y se excluyen de la prestación farmacéutica:

- Los productos de utilización cosmética, dietéticos, aguas minerales, elixires, dentífricos y otros productos similares.
- Los medicamentos calificados como publicitarios.
- Los medicamentos adscritos a los grupos o subgrupos terapéuticos excluidos de la financiación por la normativa vigente¹.
- Los medicamentos homeopáticos.
- Los productos sanitarios de los que se realice publicidad dirigida al público en general.

En el caso de pacientes hospitalizados, la prestación farmacéutica comprende los productos farmacéuticos que necesiten los pacientes conforme se recoge en el Anexo III, correspondiente a la cartera de servicios comunes de atención especializada, del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

Indicación, prescripción y dispensación

La prestación farmacéutica se ha de proporcionar de acuerdo a criterios que promuevan el uso racional de los medicamentos.

1 El Real Decreto 1348/2003, de 31 de octubre, adapta la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC, y relaciona en su anexo II los grupos y subgrupos terapéuticos excluidos de la financiación pública

La prescripción de los medicamentos y demás productos incluidos en la prestación farmacéutica, en el caso de su dispensación a través de oficinas de farmacia, se ha de realizar en el correspondiente modelo oficial de receta médica del SNS, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente.

Participación económica de los usuarios

La participación en el pago a satisfacer por los usuarios por los medicamentos y productos sanitarios que les proporcione el SNS se regula de conformidad con los criterios recogidos en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

- Aportación normal: Con carácter general, la participación económica que corresponde satisfacer a los usuarios en el momento de la dispensación en oficina de farmacia es del 40% sobre el precio de venta al público.
- Aportación reducida: Un 10% sobre el precio de venta al público, sin que el importe total de la aportación pueda exceder de 2,64 euros por envase, importe que puede ser actualizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, según lo dispuesto en la normativa vigente.

Corresponde abonar este tipo de aportación en los siguientes supuestos:

- Medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas o graves, clasificados en los grupos o subgrupos terapéuticos recogidos en la normativa vigente y de acuerdo con las condiciones establecidas².
- Productos sanitarios pertenecientes a los grupos reglamentariamente establecidos³.
- Medicamentos que proporciona el SNS a través de receta oficial a los enfermos de SIDA⁴.

Exentos de aportación. En los siguientes supuestos:

- Pensionistas y colectivos asimilados, afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.

2 El Real Decreto 1348/2003, de 31 de octubre, adapta la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC, y relaciona en su anexo III los grupos y subgrupos terapéuticos de aportación reducida

3 El Real Decreto 9/1996, de 15 de enero, por el que se regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación con fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la sanidad y su régimen de suministro y dispensación a pacientes no hospitalizados, establece los efectos y accesorios de aportación reducida: (Aparatos de inhalación, sondas, bolsas de recogida de orina, colectores de pene y accesorios, bolsas de colostomía, bolsas de ileostomía, bolsas de urostomía, accesorios de ostomía, apósitos de ostomía, sistemas de irrigación ostomía y accesorios, sistemas de colostomía continente y cánulas de traqueotomía y laringectomía)

4 Real Decreto 1867/1995, de 17 de noviembre, sobre prestaciones farmacéuticas a enfermos de sida

- Tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.
- Productos cuya dispensación al usuario se realice en los centros o servicios asistenciales sanitarios.

A través de los Concierdos que suscriben las Administraciones Sanitarias autonómicas con los representantes de los Colegios de Farmacéuticos, se regulan las condiciones en que debe efectuarse la prestación farmacéutica del SNS a través de las oficinas de farmacia legalmente autorizadas.

En la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, se establece en el artículo 96 la "Colaboración entre oficinas de farmacia y el SNS".

5.2 Análisis del consumo farmacéutico a través de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud

Los datos de consumo de la prestación farmacéutica en el ámbito de la atención extrahospitalaria, se han obtenido de la información contenida en las recetas médicas oficiales del SNS facturadas en cada comunidad autónoma, datos que se han facilitado a través de la aplicación informática Alcántara, y de acuerdo con lo establecido en el programa estadístico nacional.

Análisis cuantitativo

El gasto farmacéutico (sin incluir el gasto hospitalario) ha incrementado en los últimos años su peso específico o importancia relativa respecto al total del gasto sanitario en la mayoría de los países de la OCDE. En la Tabla 5.1 se observa la evolución del gasto farmacéutico como porcentaje del gasto sanitario total, desde el año 1995 al 2008. España pertenece al grupo de países, junto con Portugal e Italia, en los que el gasto farmacéutico supone una proporción elevada del gasto sanitario, presentando un porcentaje del 19,2% en 1995 y creciendo hasta 23,2% en 2003, para luego reducir este peso específico hasta el nivel del 21% en 2007. Tanto Italia como Portugal han presentado una evolución parecida, para terminar reduciendo la importancia del gasto en farmacia desde el año 2002 y hasta un nivel del 18,2% en Italia en 2008 habiendo llegado al nivel del 22,5% en 2002. A falta de conocer el dato para 2007 de Portugal, que puede ser parecido al español, España es el país de los analizados que presenta un nivel mayor de importancia relativa del gasto farmacéutico en 2007. Otros países, como Canadá, Finlandia, Francia o Alemania presentan una proporción de gasto farmacéutico para ese año intermedia, entre el 14 y el 17% (18,1% en Canadá en el año 2008), con un crecimiento moderado en la última década, y una estabilización de

dicha importancia en los últimos años en Finlandia o Francia. Por último, otro grupo de países entre los que se encuentran Dinamarca, Noruega, Islandia, Suecia, Suiza o Estados Unidos presentan una importancia relativa del gasto farmacéutico significativamente más baja, con niveles de entre el 8 y el 13%, aunque la evolución es creciente en Islandia y Estados Unidos, y más estable en el resto de países de este grupo. Se muestra por tanto que aunque con algunas diferencias entre países, el gasto farmacéutico supone una partida muy importante del gasto total sanitario. Ello justifica la intervención de los mercados farmacéuticos por parte de reguladores y financiadores públicos para conjugar un doble objetivo: garantizar el acceso a los ciudadanos de aquellos avances terapéuticos que ayuden a mejorar su salud y defender la sostenibilidad financiera del sistema sanitario público.

Tabla 5.1. Evolución del gasto farmacéutico como porcentaje del gasto sanitario total. Periodo 1995-2008

Año	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Canadá	13,8	14,0	14,8	15,3	15,6	15,9	16,2	16,7	17,0	17,3	17,2	17,4	17,7	18,1
Dinamarca	9,1	8,9	9,0	9,0	8,7	8,8	9,2	9,8	9,1	8,7	8,6	8,5	8,6	
Finlandia	12,7	13,2	13,6	14,0	14,8	14,7	15,0	15,2	15,3	15,5	15,5	14,3	14,1	
Francia	15,0	14,8	15,0	15,5	16,0	16,5	16,9	16,8	16,7	16,8	16,7	16,3	16,3	
Alemania	12,9	13,0	13,1	13,6	13,5	13,6	14,2	14,4	14,5	13,9	15,1	14,8	15,1	
Islandia	13,4	14,0	15,1	14,1	13,6	14,5	14,1	14,0	15,2	15,4	14,4	14,2	13,5	
Italia	20,7	21,1	21,2	21,5	22,1	22,0	22,5	22,5	21,8	21,2	20,2	19,9	19,3	18,2
Noruega	9,0	9,1	9,1	8,9	8,9	9,5	9,3	9,4	9,2	9,4	9,1	8,7	8,0	7,6
Portugal	23,6	23,8	23,8	23,4		22,4	23,0	23,3	21,4	21,8	21,6	21,8		
España	19,2	19,8	20,8	21,0	21,5	21,3	21,1	21,8	23,2	22,7	22,4	21,7	21,0	
Suecia	12,3	13,6	12,4	13,6	13,9	13,8	13,9	14,0	13,8	13,9	13,7	13,7	13,4	
Suiza	10,1	10,2	10,5	10,4	10,6	10,8	10,7	10,4	10,6	10,5	10,6	10,4	10,3	
Estados Unidos	8,7	9,0	9,5	10,0	10,8	11,3	11,7	12,0	12,1	12,2	12,0	12,2	12,0	

Fuente: OECD Health Data 2009

Centrando el análisis en España, el gasto farmacéutico facturado a través de recetas médicas del SNS (que corresponde al importe farmacéutico facturado a PVP (precio venta al público con el IVA) menos las aportaciones de los usuarios y menos las aportaciones de las oficinas de farmacia por aplicación del Real Decreto Ley 5/2000 y Reales Decretos 2402/2004 y 823/2008) ha aumentado de 9.515,35 millones de euros en el año 2004 a 11.971,96 millones en 2008, sin embargo su repercusión sobre el gasto sanitario total, en términos porcentuales, ha ido descendiendo. En el año 2004 representaba el 20,53% y en el 2007 ha supuesto el 18,59% (Tabla 5.2). Los porcentajes de esta Tabla no coinciden con los datos de la Tabla 5.1, porque en los de la OCDE se han tenido en cuenta los costes de unidades de larga duración y el gasto de las recetas de Mutualidades de funcionarios, conceptos que no se han incluido en los datos de la Tabla 5.2.

Tabla 5.2. Total gasto sanitario y total del gasto farmacéutico. Periodo 2004-2008					
	2004	2005	2006	2007	2008
Total Gasto Sanitario Público (Millones de euros)¹	46.348,68	50.586,84	55.682,06*	60.189,07*	**
Gasto Farmacéutico en recetas médicas SNS (Millones de euros)²	9.515,35	10.051,33	10.636,06	11.191,13	11.970,96
% Gasto Farmacéutico/ Total Gasto Sanitario	20,53	19,87	19,10	18,59	
Observaciones: *Datos Provisionales					
**Al cierre de este informe el dato aún no estaba disponible					
Fuente: 1. Estadística Gasto Sanitario Público (Gasto Real); 2. Partes Estadísticas de Facturación de Recetas Médicas					

En la Tabla 5.3 se presenta una evolución de los principales datos de la facturación de recetas médicas del SNS en los últimos 6 años, desde el año 2003 al 2008, en el total nacional: número de recetas facturadas, gasto farmacéutico, importe farmacéutico a PVP y aportación de los usuarios. Durante los años 2002 y 2003 se produjo un fuerte crecimiento en el gasto farmacéutico y desde 2004 se ha mantenido la tendencia a la desaceleración. En el último año el gasto farmacéutico ha experimentado un crecimiento del 6,97% respecto al 2007. En el número de recetas facturadas se constata una desaceleración del incremento en el año 2008, situándose en el 5,53%. Este comportamiento se atribuye principalmente a las medidas adoptadas en 2008 como han sido las modificaciones de los márgenes comerciales de distribución y dispensación de los medicamentos (Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo),

la creación de nuevos conjuntos de medicamentos y sus precios de referencia, y la revisión de los ya existentes (Orden/SCO/3803/2008, de 23 de septiembre), así como los programas de uso racional de los medicamentos llevados a cabo por las comunidades autónomas.

La aportación de los usuarios en el periodo analizado, disminuye en términos porcentuales sobre el importe a PVP. En el año 2008 la participación económica de los usuarios por el pago de los productos farmacéuticos ha correspondido al 5,89% del importe farmacéutico, mientras que en el año 2003 era del 6,85% (Tabla 5.3).

Tabla 5.3. Evolución de los principales datos de la facturación de recetas médicas del SNS*

AÑO	RECETAS Millones de unidades		GASTO Millones de euros		IMPORTE PVP** Millones de euros		APORTACIÓN USUARIOS Millones de euros		
		%Δ Año anterior		%Δ Año anterior		%Δ Año anterior		%Δ Año anterior	% APORT s/PVP
2003	706,22	6,82	8.941,12	12,14	9.927,33	12,58	679,73	11,86	6,85
2004	728,68	3,18	9.515,36	6,42	10.499,93	5,77	669,17	-1,55	6,37
2005	764,63	4,93	10.051,33	5,63	11.105,10	5,76	694,80	3,83	6,26
2006	796,02	4,10	10.636,06	5,82	11.757,73	5,88	720,42	3,69	6,13
2007	843,37	5,95	11.191,07	5,22	12.377,05	5,27	749,28	4,01	6,05
2008	890,04	5,53	11.970,96	6,97	13.241,82	6,99	780,28	4,14	5,89

Observaciones: *Importe farmacéutico facturado a PVP menos las aportaciones de los usuarios y menos las aportaciones de las oficinas de farmacia

**Precio venta al público con IVA

Fuente: Partes Estadísticas de Facturación de Recetas Médicas

En la Tabla 5.4 se facilitan para el año 2008 los datos desglosados por comunidades autónomas. En relación al número de recetas los menores porcentajes de incremento en 2008 se registran en Extremadura (3,94%) y Aragón (4,47%), por el contrario, Canarias y Andalucía tienen los mayores incrementos (7,94% y 6,53% respectivamente). En cuanto al gasto y al importe, Madrid es la comunidad autónoma con los incrementos en 2008 sobre el año anterior más bajos (5,72% y 5,66% respectivamente), Melilla alcanza los mayores aumentos (13,49% y 13,44%). En lo relativo a la aportación de los usuarios, Asturias y Castilla y León son las comunidades autónomas en las que el peso de la aportación de los usuarios sobre el importe farmacéutico es más bajo (4,57% y 5,12%) y Ceuta y Madrid los más elevados (7,28% y 6,92%).

Tabla 5.4. Evolución de los principales datos de la facturación de recetas médicas del SNS* por comunidades autónomas. Año 2008

AÑO 2008								
COMUNIDAD AUTÓNOMA	RECETAS Millones de unidades	%Δ 08/07	GASTO Millones de euros	%Δ 08/07	IMPORTE PVP** Millones de euros	%Δ 08/07	APORTA- CIÓN Millones de euros	% AP/PVP
Andalucía	163,23	6,53	1.955,95	6,85	2.163,90	6,84	135,26	6,25
Aragón	27,20	4,47	391,32	8,05	430,17	7,80	23,79	5,53
Asturias	23,79	4,62	338,52	6,95	372,76	6,97	17,02	4,57
Baleares	15,30	4,91	211,41	6,97	235,62	7,08	15,60	6,62
Cantabria	11,20	5,42	153,84	7,86	169,6	7,91	9,32	5,50
Castilla-La Mancha	42,05	5,70	583,97	8,71	639,11	8,74	36,76	5,75
Castilla y León	49,41	5,02	704,48	7,14	764,46	7,13	39,15	5,12
Cataluña	143,06	5,20	1.841,17	6,00	2.030,37	5,92	109,48	5,39
Canarias	38,24	7,94	531,58	9,28	598,83	9,44	39,61	6,61
Extremadura	23,69	3,94	329,43	6,12	361,18	6,06	21,85	6,05
Galicia	60,12	5,19	869,44	6,87	969,51	7,01	53,67	5,54
Madrid	97,99	4,91	1.253,15	5,72	1.386,65	5,66	96,01	6,92
Murcia	28,25	5,71	416,09	7,97	467,80	8,05	29,56	6,32
Navarra	11,34	5,01	160,14	5,98	172,82	5,97	11,16	6,46
Comunidad Valenciana	106,97	5,82	1.557,28	7,71	1.731,44	7,85	99,90	5,77
País Vasco	40,35	4,81	563,04	6,00	625,54	6,04	34,35	5,49
La Rioja	5,83	5,18	84,23	9,13	93,36	9,17	5,74	6,14
Ceuta	1,10	4,96	14,35	8,42	16,13	8,61	1,17	7,28
Melilla	0,93	6,24	11,59	13,49	12,82	13,44	0,88	6,90
TOTAL NACIONAL	890,04	5,53	11.970,96	6,97	13.241,82	6,99	780,28	5,89

Observaciones: *Importe farmacéutico facturado a PVP menos las aportaciones de los usuarios y menos las aportaciones de las oficinas de farmacia

**Precio venta al público con IVA

Fuente: Partes Estadísticas de Facturación de Recetas Médicas

Los indicadores de gasto medio por receta y gasto y recetas por persona protegida (p.p.p.), se muestran en la Tabla 5.5, desde 2003 a 2008. En estos 6 años se ha moderado el incremento del gasto medio por receta, a consecuencia,

además de las medidas anteriormente indicadas, a la política de precios del Ministerio de Sanidad y Política Social y al Sistema de precios de referencia. El gasto medio por receta ha pasado de 12,66 € en 2003 a 13,45 € en 2008.

El gasto y las recetas por persona protegida, han ido aumentando año a año, así en 2008 el gasto anual por persona protegida ha supuesto 272,52 € y el número de recetas se sitúa en 20,26 (Tabla 5.5).

Tabla 5.5. Gasto medio por receta y gasto y recetas por persona protegida. Periodo 2003-2008

AÑO	Gasto medio receta (Euros)		GASTO P.P.P. (Euros)		RECETAS P.P.P. (Unidades)	
		%Δ AÑO ANTERIOR		%Δ AÑO ANTERIOR		%Δ AÑO ANTERIOR
2003	12,66	5,01	222,25	9,69	17,55	4,48
2004	13,06	3,15	233,69	5,15	17,90	1,97
2005	13,15	0,67	241,23	3,22	18,35	2,54
2006	13,36	1,65	250,77	3,96	18,77	2,27
2007	13,27	-0,69	260,47	3,87	19,63	4,59
2008	13,45	1,36	272,52	4,63	20,26	3,22

Fuente: Partes Estadísticas de Facturación de Recetas Médicas. Población protegida farmacia excluida la población atendida por mutualidades (Datos elaborados por la Subdirección General de Análisis Económico y Fondo Cohesión)

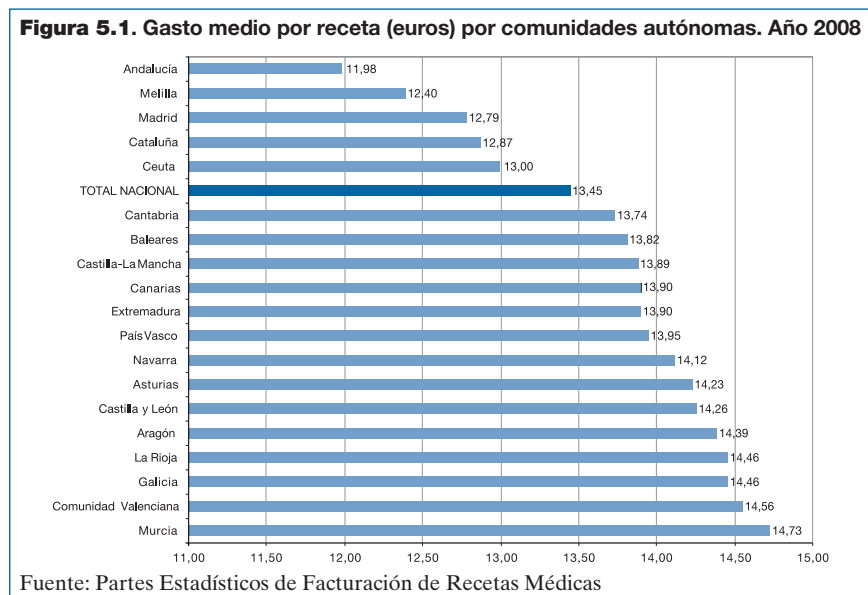
Los datos de los indicadores analizados anteriormente, correspondientes al año 2008 y detallados por comunidades autónomas se muestran en la Tabla 5.6. El gasto medio por receta oscila entre los valores de 11,98 € de Andalucía y 14,73 € de Murcia. Andalucía presenta un menor incremento de este gasto sobre el año anterior (0,30%), siendo Melilla la que tiene el mayor porcentaje de incremento (6,83%). Tanto en el gasto como en el número de recetas por persona protegida, Galicia, Asturias, Extremadura y Valencia, son las comunidades que tienen los valores más elevados, mientras que Melilla, Baleares y Madrid los indicadores más bajos.

Tabla 5.6. Gasto medio por receta y gasto y recetas por persona protegida por comunidades autónomas. Año 2008

COMUNIDAD AUTÓNOMA	AÑO 2008					
	Gasto medio receta (euros)		GASTO P.P.P. (euros)		RECETAS P.P.P. (unidades)	
	2008	%Δ 08/07	2008	%Δ 08/07	2008	%Δ 08/07
Andalucía	11,98	0,30	252,87	4,86	21,10	4,54
Aragón	14,39	3,43	313,53	5,44	21,79	1,94
Asturias	14,23	2,23	328,47	6,40	23,08	4,08
Baleares	13,82	1,97	204,33	2,62	14,79	0,64
Cantabria	13,74	2,31	276,44	6,03	20,12	3,63
Castilla-La Mancha	13,89	2,85	300,73	5,03	21,65	2,12
Castilla y León	14,26	2,02	295,88	5,79	20,75	3,70
Cataluña	12,87	0,76	256,74	3,76	19,95	2,98
Canarias	13,90	1,24	268,72	6,45	19,33	5,15
Extremadura	13,90	2,10	321,07	5,19	23,09	3,02
Galicia	14,46	1,59	330,52	6,40	22,85	4,73
Madrid	12,79	0,77	212,90	2,18	16,65	1,39
Murcia	14,73	2,14	309,50	5,75	21,01	3,54
Navarra	14,12	0,93	267,33	3,42	18,93	2,47
Comunidad Valenciana	14,56	1,78	322,11	4,48	22,13	2,65
País Vasco	13,95	1,14	267,30	5,15	19,16	3,97
La Rioja	14,46	3,75	279,11	5,98	19,30	2,15
Ceuta	13,00	3,29	228,29	7,32	17,56	3,90
Melilla	12,40	6,83	200,92	9,83	16,21	2,81
TOTAL NACIONAL	13,45	1,36	272,52	4,63	20,26	3,22

Fuente: Partes Estadísticas de Facturación de Recetas Médicas. Población protegida farmacia excluida la población atendida por mutualidades (Datos elaborados por la Subdirección General de Análisis Económico y Fondo Cohesión)

En la Figura 5.1 se presentan los datos del gasto medio por receta en las comunidades autónomas.



Análisis cualitativo

Consumo de medicamentos

Los medicamentos es el grupo con mayor consumo dentro de la prestación farmacéutica, ya que representa el 97% de las recetas facturadas y más del 93% del importe.

Consumo de medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos (EFG), manteniendo la misma calidad, seguridad y eficacia que los medicamentos de marca, poseen un precio sensiblemente inferior a estos, así pues desempeñan un papel fundamental en la sostenibilidad financiera del SNS.

En la Tabla 5.7 se observa cómo va aumentando cada año, el peso del consumo de EFG sobre el total de medicamentos. En el año 2008 se ha alcanzado una cuota de mercado en envases de un 21,81% de EFG, superando en más de 2 veces y media el consumo de 2003. En relación al importe, el porcentaje de consumo de EFG en 2008 ha sido del 9,20%.

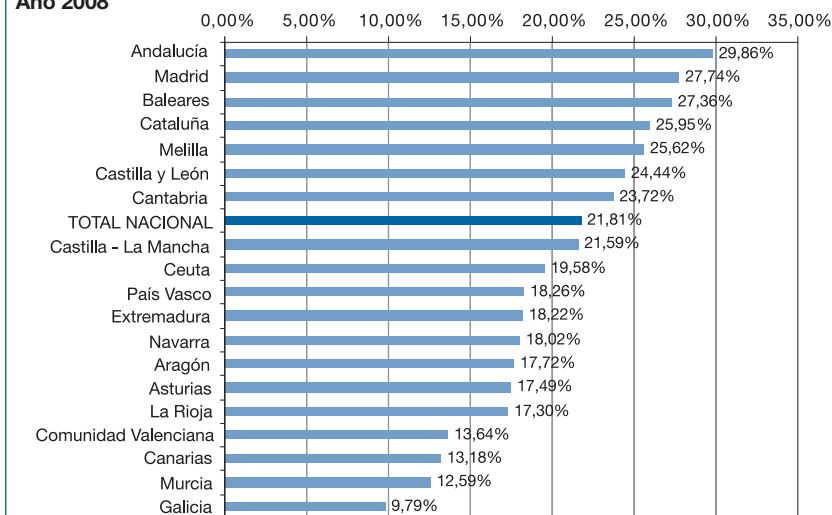
Tabla 5.7. Consumo de medicamentos genéricos a través de recetas médicas del SNS. Periodo 2003-2008

Año	2003	2004	2005	2006	2007	2008
%envases EFG/total medicamentos	8,85	12,03	14,10	16,72	20,94	21,81
% importe EFG/total medicamentos	6,03	6,58	7,35	8,54	9,23	9,20

Fuente: Sistema de información Alcántara

En la Figura 5.2 se muestran las cuotas de mercado de consumo en envases de EFG, en el año 2008, por comunidades autónomas. Andalucía es la comunidad autónoma que tiene mayor consumo de envases de EFG (29,86%), le sigue Madrid (27,74%) y Baleares (27,36%). Con el consumo más bajo de envases de genéricos se encuentra Galicia (9,79%) y Murcia (12,59%).

Figura 5.2. Consumo porcentual en envases de EFG* por comunidades autónomas. Año 2008



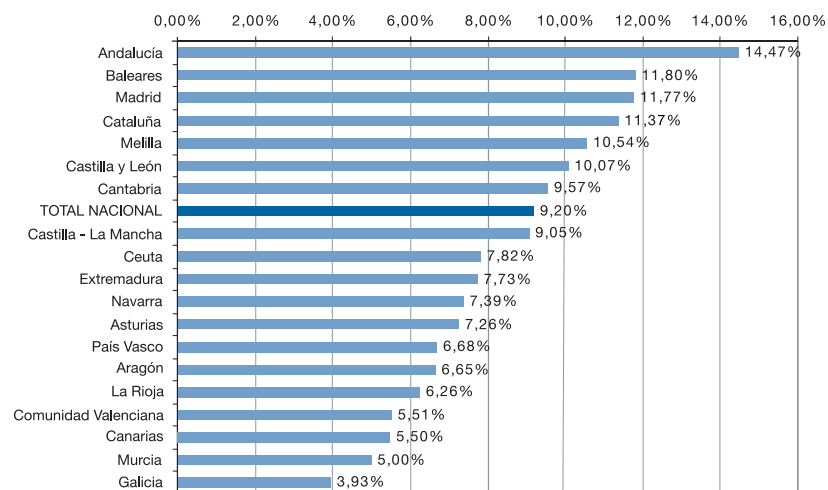
Observaciones: *Especialidad Farmacéutica Genérica

Fuente: Sistema de información Alcántara

En relación al consumo de EFG en importe a PVP, en la Figura 5.3 se muestran, para el año 2008, los porcentajes de consumo respecto al total de medicamentos. Andalucía con un 14,47%, seguida de Baleares (11,80%) y Madrid (11,77%)

son las comunidades con una cuota de consumo en importe de EFG más elevada, en el extremo opuesto se sitúan Galicia (3,93%) y Murcia (5%).

Figura 5.3. Consumo porcentual en importe a PVP de EFG* por comunidades autónomas. Año 2008



Observaciones: *Especialidad Farmacéutica Genérica

Fuente: Sistema de información Alcántara

Consumo de medicamentos por subgrupos terapéuticos

En el año 2008 para el total nacional, los 5 primeros subgrupos químico-terapéuticos de medicamentos que han tenido mayor consumo en envases a través de la facturación de recetas médicas del SNS, se relacionan en la Tabla 5.8. El primer subgrupo es el A02BC (Inhibidores de la bomba de protones), con un 6,81% de envases facturados sobre el total de medicamentos y un incremento del 13,88% respecto al año anterior. Estos 5 primeros subgrupos suponen el 24,37% del total de envases de medicamentos facturados.

Tabla 5.8. Cinco primeros subgrupos terapéuticos de mayor consumo de envases. Año 2008

ATC 4	Nº ENVASES (Millones de unidades)	% sobre total	% Δ 08/07
A02BC (Inhibidores de la bomba de protones)	59,39	6,81	13,88
N05BA (Derivados de la benzodiazepina)	45,86	5,26	4,26
C10AA (Inhibidores de la HMG CoA reductasa)	39,19	4,49	12,31
N02BE (Anilidas)	37,01	4,24	0,95
M01AE (Derivados del ácido propiónico)	31,14	3,57	5,74
TOTAL DE LOS 5 SUBGRUPOS	212,58	24,37	7,83

Fuente: Sistema de información Alcántara

En la Tabla 5.9 se presentan los subgrupos de mayor consumo en importe a PVP en el año 2008, para el total nacional. El subgrupo C10AA (Inhibidores de la HMG CoA reductasa) es el que tiene mayor consumo a nivel nacional, con un 6,89% y un incremento del 8,80% respecto al año anterior. Estos 5 primeros subgrupos suponen el 23,47% del total del importe de medicamentos facturados.

Tabla 5.9. Cinco primeros subgrupos terapéuticos de mayor consumo en importe a PVP. Año 2008

ATC 4	IMPORTE PVP (Millones de euros)	% sobre total	%Δ 08/07
C10AA (Inhibidores de la HMG CoA reductasa)	858,58	6,89	8,80
A02BC (Inhibidores de la bomba de protones)	647,11	5,19	2,55
R03AK (Adrenérgicos y otros agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias)	517,43	4,15	8,78
C09CA (Antagonistas de angiotensina II, monofármacos)	500,70	4,02	12,13
C09DA (Antagonistas de angiotensina II y diuréticos)	401,90	3,22	16,28
TOTAL DE LOS 5 SUBGRUPOS	2.925,72	23,47	8,84

Fuente: Sistema de información Alcántara

Los subgrupos de mayor consumo por comunidades autónomas, tanto en relación al número de envases, como al importe a PVP, se muestran en la Tabla 5.10. En la mayoría de las comunidades coinciden los 5 primeros subgrupos con los correspondientes a nivel nacional, aunque en determinadas comunidades varía el orden (Tabla 5.10).

Tabla 5.10. Cinco primeros subgrupos terapéuticos de mayor consumo de envases e importe por comunidades autónomas. Año 2008

COMUNIDAD AUTÓNOMA	SUBGRUPOS ATC4 MAYOR CONSUMO EN ENVASES (% SOBRE TOTAL)					SUBGRUPOS ATC4 MAYOR CONSUMO EN IMPORTE (% SOBRE TOTAL)				
Andalucía	A02BC	N05BA	N02BE	M01AE	C10AA	C10AA	A02BC	R03AK	C09CA	C09DA
	7,79	5,47	4,28	4,19	3,90	6,03	5,56	4,49	3,74	3,14
Aragón	A02BC	N05BA	C10AA	N02BE	M01AE	C10AA	A02BC	C09CA	R03AK	C09DA
	6,91	4,19	4,02	3,95	3,53	5,93	5,86	4,26	3,64	3,28
Asturias	N05BA	A02BC	C10AA	B01AC	M01AE	C10AA	R03AK	A02BC	C09CA	B01AC
	7,69	6,92	4,11	3,79	3,45	5,90	5,18	4,99	3,82	3,72
Balears	A02BC	N05BA	C10AA	N02BE	M01AE	C10AA	A02BC	R03AK	N06AB	C09CA
	6,53	5,84	4,45	4,12	3,38	6,39	5,04	4,49	4,06	3,88
Canarias	A02BC	N05BA	C10AA	N02BE	B01AC	C10AA	A02BC	C09CA	C09DA	R03AK
	6,23	6,13	4,33	4,16	3,30	7,22	5,78	4,69	3,82	3,62
Cantabria	A02BC	N05BA	C10AA	N02BE	M01AE	C10AA	R03AK	A02BC	C09CA	C09DA
	6,51	5,39	5,16	4,25	3,79	8,10	5,09	4,39	3,30	3,13
Castilla-La Mancha	A02BC	N05BA	C10AA	N02BE	M01AE	C10AA	A02BC	C09CA	R03AK	C09DA
	7,15	4,39	4,29	4,22	3,79	6,90	5,52	4,20	4,05	3,64
Castilla y León	A02BC	N05BA	C10AA	N02BE	B01AC	C10AA	A02BC	C09CA	R03AK	C09DA
	6,65	4,99	4,75	4,27	3,44	7,12	5,16	4,11	4,03	3,57
Cataluña	A02BC	N05BA	C10AA	N02BE	B01AC	C10AA	A02BC	R03AK	N06AB	C09CA
	6,62	5,17	4,76	4,71	3,56	6,37	4,48	3,77	3,62	3,54
Comunidad Valenciana	A02BC	N05BA	C10AA	N02BE	M01AE	C10AA	A02BC	C09CA	C09DA	R03AK
	6,31	4,98	4,40	4,09	3,31	7,61	5,25	4,43	3,55	3,51
Extremadura	A02BC	N05BA	C10AA	M01AE	N02BE	C10AA	A02BC	R03AK	C09CA	C09DA
	6,37	4,96	4,64	4,02	3,92	7,54	4,87	4,36	4,25	3,57
Galicia	N05BA	A02BC	C10AA	B01AC	M01AE	C10AA	A02BC	R03AK	C09CA	C09DA
	5,94	5,74	5,12	3,29	2,99	8,11	5,72	4,85	4,81	3,90
Madrid	A02BC	C10AA	N02BE	N05BA	M01AE	C10AA	A02BC	R03AK	C09CA	N03AX
	7,22	5,05	5,02	5,01	3,60	7,27	4,74	4,22	3,48	3,14
Murcia	A02BC	N05BA	M01AE	C10AA	N02BE	C10AA	A02BC	C09CA	R03AK	N05AX
	6,86	5,05	4,11	3,86	3,43	6,93	6,15	4,86	3,43	3,30

COMUNIDAD AUTÓNOMA	SUBGRUPOS ATC4 MAYOR CONSUMO EN ENVASES (% SOBRE TOTAL)					SUBGRUPOS ATC4 MAYOR CONSUMO EN IMPORTE (% SOBRE TOTAL)				
	A02BC	N05BA	C10AA	N02BE	M01AE	C10AA	A02BC	R03AK	C09CA	N06AB
Navarra	6,95	4,78	4,58	4,47	3,28	7,09	5,50	4,28	3,63	3,18
	A02BC	N05BA	C10AA	N02BE	B01AC	C10AA	R03AK	A02BC	C09CA	C09DA
País Vasco	6,11	5,11	4,72	4,42	3,29	6,76	5,19	4,68	3,82	3,33
	A02BC	N02BE	C10AA	N05BA	M01AE	C10AA	A02BC	C09CA	R03AK	N06AB
La Rioja	6,32	4,70	4,46	4,18	3,40	7,36	4,78	4,57	3,63	3,00
	A02BC	N05BA	M01AE	N02BE	C10AA	A02BC	C10AA	R03AK	C09CA	C09DA
Ceuta	7,47	4,85	4,37	4,02	3,22	6,20	5,36	4,88	3,15	2,75
	A02BC	N02BE	M01AE	N05BA	B01AC	R03AK	L04AA	C10AA	A02BC	N03AX
Melilla	6,67	5,15	4,59	3,71	2,91	4,98	4,91	4,78	4,37	3,43
	TOTAL NACIONAL	A02BC	N05BA	C10AA	N02BE	M01AE	C10AA	A02BC	R03AK	C09CA
	6,81	5,26	4,49	4,24	3,57	6,89	5,19	4,15	4,02	3,22
Observaciones:	A02BC Inhibidores de la bomba de protones					M01AE Derivados del ácido propiónico				
	B01AC Inhibidores de la agregación plaquetaria, excluyendo heparina					N02BE Anilidas				
	C09CA Antagonistas de angiotensina II, monofármacos					N03AX Otros antiepilépticos				
	C09DA Antagonistas de angiotensina II y diuréticos					N05AX Otros antipsicóticos				
	C10AA Inhibidores HMG CoA reductasa					N05BA Derivados de la Benzodiazepina				
	L04AA Agentes inmunosupresores selectivos					N06AB Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina				
						R03AK Adrenérgicos y otros agentes contra padecimientos obstructivos vías respiratorias				
Fuente: Sistema de información Alcántara										

Consumo de medicamentos por principios activos

En la Tabla 5.11 se presentan los datos de los 10 principios activos de mayor consumo en envases a través de la facturación de recetas médicas del SNS en el año 2008. El Omeprazol es el principio activo de mayor consumo en envases en el año 2008 (45,31 millones de unidades), lo que representa el 5,22% del total de medicamentos, con un incremento del 14,11% respecto al año anterior. Los envases facturados por los 10 primeros principios activos, suponen más del 24% del total de los envases de medicamentos.

Tabla 5.11. Diez primeros principios activos de mayor consumo en envases. Año 2008

	Nº orden		AÑO 2008		
	2008	2007	Nº ENVASES (Millones de unidades)	% sobre total	%Δ 08/07
Omeprazol	1	1	45,31	5,22	14,11
Paracetamol	2	2	33,37	3,85	1,38
Ibuprofeno	3	3	23,76	2,74	3,20
Ácido acetilsalicílico	4	4	22,25	2,56	8,87
Simvastatina	5	5	16,52	1,90	17,59
Metformina	6	8	14,45	1,67	18,94
Lorazepam	7	6	13,77	1,59	5,90
Atorvastatina	8	9	13,74	1,58	14,12
Metamizol sódico	9	7	13,60	1,57	7,49
Enalapril	10	10	12,61	1,45	5,75
TOTAL 10 PRINCIPIOS ACTIVOS			209,38	24,14	7,85

Fuente: Sistema de información Alcántara

En relación al consumo en importe en el año 2008, la Atorvastatina es el principio activo que mayor importe factura (561,55 millones de €), un 4,52% del importe total en medicamentos, con un incremento respecto al año anterior del 17,14%. Los 10 primeros principios activos de mayor consumo en importe representan el 19,22% del total de medicamentos facturados a través de recetas médicas en el Sistema Nacional de Salud (Tabla 5.12).

Tabla 5.12. Diez primeros principios activos de mayor consumo en importe a PVP. Año 2008

	Nº orden		AÑO 2008		
	2008	2007	IMPORTE PVP (Millones de euros)	% sobre total	% Δ 08/07
Atorvastatina	1	1	561,55	4,52	17,14
Salmeterol y otros agentes contra padecimientos obstructivos vías respiratorias	2	2	348,48	2,80	5,64
Clopidogrel	3	3	265,39	2,13	9,20
Omeprazol	4	4	229,47	1,85	-1,56
Risperidona	5	5	192,48	1,55	3,71
Tiotropio, bromuro de,	6	8	169,93	1,37	13,53
Formoterol y otros agentes contra síndromes obstructivos de las vías respiratorias	7	9	168,03	1,35	19,37
Olanzapina	8	7	162,67	1,31	4,58
Valsartán y diuréticos	9	12	146,20	1,18	12,05
Venlafaxina	10	10	146,01	1,17	6,88
TOTAL 10 PRINCIPIOS ACTIVOS			2.390,20	19,22	8,21

Fuente: Sistema de información Alcántara

Consumo de productos sanitarios

Los productos sanitarios representan sobre el consumo de la prestación farmacéutica el 2% del total de recetas y casi el 4% del importe.

En la Tabla 5.13 se presentan los productos sanitarios que han tenido un mayor consumo en envases en el año 2008 en el total nacional. Los absorbentes para la incontinencia de orina, es el grupo con mayor número de envases facturados, un 33,23% del total de productos sanitarios, con un incremento del 8,93% respecto al año anterior. Los 5 primeros grupos facturan el 77,62% de todos los productos sanitarios.

Tabla 5.13. Consumo de envases de productos sanitarios. Año 2008

Grupo	Envases (Millones de unidades)	% sobre total	%Δ 08/07
Absorbentes para la continencia urinaria	5,89	33,23	8,93
Apósitos	3,43	19,36	6,37
Gasas	2,25	12,71	0,52
Tejidos elásticos, lesiones o malformaciones	1,41	7,95	3,02
Esparadrapos	0,77	4,37	-2,63
TOTAL 5 GRUPOS	13,77	77,62	5,53

Fuente: Sistema de información Alcántara

En relación al importe facturado, los absorbentes para la incontinencia de orina ocupan el primer puesto, con una cuota de mercado del 57,62%, con un incremento del 7,73% respecto al año anterior. Los primeros 5 grupos representan el 86,51% de todos los productos sanitarios (Tabla 5.14).

Tabla 5.14. Importe a PVP del consumo de productos sanitarios. Año 2008

Grupo	Importe (Millones de euros)	% sobre total	%Δ 08/07
Absorbentes para la incontinencia urinaria	277,03	57,62	7,73
Apósitos	63,85	13,28	5,29
Bolsas de colostomía	48,49	10,09	3,78
Bolsas de ileostomía	13,85	2,88	17,07
Tejidos elásticos, lesiones o malformaciones	12,70	2,64	1,66
TOTAL 5 GRUPOS	415,92	86,51	6,96

Fuente: Sistema de información Alcántara

5.3 Medicamentos y productos sanitarios financiados por el Sistema Nacional de Salud

Los medicamentos y productos sanitarios que forman parte de la prestación farmacéutica deben ser incluidos en la financiación pública del SNS, pues no todos los medicamentos son objeto de dicha financiación.

El procedimiento para la financiación pública se regula en el artículo 89 de la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. La inclusión de un medicamento en la financiación pública tiene lugar una vez autorizado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios o la Agencia Europea de Medicamentos. Al Ministerio de Sanidad y Política Social, a través de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, le compete decidir la inclusión o no de un medicamento en la prestación farmacéutica del SNS, teniendo en cuenta una serie de criterios establecidos (gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías para las que resulten indicados, necesidades específicas de ciertos colectivos, utilidad terapéutica y social del medicamento, racionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica, existencia de medicamentos u otras alternativas para las mismas afecciones y el grado de innovación del medicamento).

Como medida complementaria de la financiación pública, se realiza la intervención sobre el precio de los medicamentos y productos sanitarios. Según lo dispuesto en el artículo 90 de la Ley 29/2006, el precio industrial máximo de los medicamentos y productos sanitarios que vayan a ser incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, es fijado por la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, adscrita al Ministerio de Sanidad y Política Social.

Medicamentos

Situación a 31 de diciembre de 2008

El número total de medicamentos que se encuentran incluidos en la financiación pública del SNS a fecha 31 de diciembre de 2008 es de 18.976. De éstos, 15.841 corresponden a medicamentos en envase normal y 3.135 a medicamentos en envase clínico (Tabla 5.15).

Dentro de los medicamentos en envase normal, 14.367 están incluidos en el Nomenclátor de productos facturables a través de receta médica del SNS y 1.474 corresponden a medicamentos de uso hospitalario (no se facturan a través de recetas y sólo pueden ser dispensados desde los servicios de farmacia hospitalarios).

Por grupos terapéuticos el grupo N (Sistema nervioso) es el que tiene mayor número de medicamentos financiados (3.953), le siguen el grupo J (Antiinfecciosos para uso sistémico) (3.548) y el grupo C (Sistema cardiovascular) (2.888). Por el

contrario el grupo P (Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes) es el que tiene el menor número de medicamentos financiados (49).

Tabla 5.15. Medicamentos financiados por el SNS a 31/12/2008

ENVASE NORMAL				
GRUPO ATC	MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN EL NOMENCLÁTOR DE PRODUCTOS FACTURABLES	MEDICAMENTOS USO HOSPITALARIO	ENVASE CLÍNICO	TOTAL
A	1.554	96	246	1.896
B	1.167	438	562	2.167
C	2.305	52	531	2.888
D	579	6	24	609
G	439	12	11	462
H	222	46	46	314
J	2.355	339	854	3.548
L	433	184	48	665
M	738	63	121	922
N	3.250	132	571	3.953
P	40	7	2	49
R	664	6	48	718
S	224	5	1	230
V	397	88	70	555
SUBTOTAL	14.367	1.474		
TOTAL	15.841		3.135	18.976
Observaciones:	A TRACTO ALIMENTARIO Y METABOLISMO B SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS C SISTEMA CARDIOVASCULAR D DERMATOLÓGICOS G SISTEMA GENITOURINARIO Y HORMONAS SEXUALES H PREPARADOS HORMONALES SISTÉMICOS, EXCLUYENDO HORMONAS SEXUALES E INSULINAS J ANTIINFECCIOSOS PARA USO SISTÉMICO L AGENTES ANTINEOPLÁSICOS E INMUNOMODULADORES M SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO N SISTEMA NERVIOSO P PRODUCTOS ANTIPARASITARIOS, INSECTICIDAS Y REPELENTE R SISTEMA RESPIRATORIO S ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS V VARIOS			
Fuente: Sistema de información Alcántara				

Del total de medicamentos financiados por el SNS, 7.023 corresponden a medicamentos genéricos, lo que supone el 37,01% del total. En los medicamentos en envase clínico la proporción de genéricos es algo mayor que en los envases normales, 41,69% frente a 36,08% (Tabla 5.16).

Tabla 5.16. Medicamentos (genéricos y no genéricos) financiados por el SNS a 31/12/2008

	MEDICAMENTOS GENÉRICOS	MEDICAMENTOS NO GENÉRICOS	TOTAL	% GENÉRICOS/TOTAL
ENVASE NORMAL	5.716	10.125	15.841	36,08
ENVASE CLÍNICO	1.307	1.828	3.135	41,69
TOTAL	7.023	11.953	18.976	37,01

Fuente: Sistema de información Alcántara

La Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, centro directivo responsable de la tramitación del procedimiento de financiación y precio de los medicamentos y productos sanitarios, elabora un fichero con la información de los medicamentos y productos farmacéuticos financiados que forman parte de la prestación farmacéutica y que pueden prescribirse a través de recetas médicas del SNS. Este fichero, cuya actualización es mensual, se denomina Nomenclátor de productos farmacéuticos facturables y se distribuye a las comunidades autónomas y al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, para su utilización en la facturación mensual de las recetas médicas del SNS que presentan los Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

El número de medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud e incluidos en el Nomenclátor a fecha 31 de diciembre del 2008 es de 14.367 (Tabla 5.17). Según el tipo de aportación económica que tienen que realizar los usuarios en el pago de estos medicamentos, se diferencian los que tienen aportación normal y reducida, como ya se explicó en el apartado de Prestación Farmacéutica. Así pues de estos medicamentos, 8.941 corresponden a medicamentos de aportación normal y 5.426 son medicamentos de aportación reducida. Todos los medicamentos del grupo L (Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores) se encuentran incluidos en los medicamentos de aportación reducida. Los medicamentos del grupo N (Sistema nervioso) son los que tienen mayor número de medicamentos financiados con aportación reducida. Asimismo, se indica el precio medio a PVP con IVA de los medicamentos de cada grupo terapéutico, así como el total general. El precio

medio de los medicamentos incluidos en el Nomenclátor de productos farmacéuticos facturables es de 26,97 €. Los medicamentos del grupo L (Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores) y H (Preparados hormonales sistémicos, excluyendo hormonas sexuales e insulinas) son los que tienen precios medios más elevados (260,24 € y 109,38 € respectivamente) y los medicamentos del grupo S (Órganos de los sentidos) y M (Sistema musculoesquelético) los más bajos (4,57 € y 8,83 €).

Tabla 5.17. Medicamentos incluidos en el Nomenclátor de Productos Farmacéuticos facturables a 31/12/2008

GRUPO ATC	MEDICAMENTOS CON APORTACIÓN NORMAL	MEDICAMENTOS CON APORTACIÓN REDUCIDA	TOTAL MEDICAMENTOS	PRECIOS MEDIOS (€)
A	1.134	420	1.554	14,76
B	1.009	158	1.167	16,69
C	815	1.490	2.305	12,17
D	551	28	579	11,25
G	254	185	439	37,66
H	111	111	222	109,38
J	2.321	34	2.355	11,66
L		433	433	260,24
M	715	23	738	8,83
N	956	2.294	3.250	27,13
P	33	7	40	18,40
R	476	188	664	12,93
S	224		224	4,57
V	342	55	397	61,47
TOTAL	8.941	5.426	14.367	26,97

Observaciones: Los grupos ATC son los mismos que los referenciados en las observaciones de la tabla 5.15

Fuente: Sistema de información Alcántara

Medicamentos incluidos en la financiación pública del Sistema Nacional de Salud en el año 2008

En el año 2008 se han incluido en la financiación pública del SNS un total de 1.371 presentaciones de medicamentos, 184 corresponden a presentaciones

en envase clínico y 1.187 a envase normal. De éstas, 153 tienen la calificación de uso hospitalario y 1.034 se han incluido en el Nomenclátor de productos facturables. Los grupos terapéuticos en los que ha habido mayor número de inclusiones son el grupo N (Sistema nervioso) con 499 presentaciones, el grupo C (Sistema cardiovascular) con 239 y el grupo A (Tracto alimentario y metabolismo) con 153 (Tabla 5.18).

Tabla 5.18. Medicamentos incluidos en la financiación pública del SNS en el año 2008

ENVASE NORMAL				
GRUPO ATC	MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN EL NOMENCLÁTOR DE PRODUCTOS FACTURABLES	MEDICAMENTOS USO HOSPITALARIO	ENVASE CLÍNICO	TOTAL
A	113	16	24	153
B	14	36	5	55
C	189	1	49	239
D	15			15
G	34	3	3	40
H	17	9	4	30
J	42	23	29	94
L	50	41	4	95
M	69	3	9	81
N	448	7	44	499
P	1			1
R	21		1	22
S	4	1		5
V	17	13	12	42
SUBTOTAL	1.034	153	184	1.371
TOTAL	1.187			

Observaciones: Los grupos ATC son los mismos que los referenciados en las observaciones de la Tabla 5.15
Fuente: Sistema de información Alcántara

Los medicamentos genéricos que se incluyen en la financiación están teniendo cada año mayor peso en el mercado farmacéutico, así pues si para todos los medicamentos financiados los genéricos suponen el 37,01% del total (Tabla 5.16), en los medicamentos incluidos en el año 2008 esta proporción ha aumentado al 70,90% (972 han sido medicamentos bajo la denominación de genéricos) (Tabla 5.19).

Tabla 5.19. Medicamentos (genéricos y no genéricos) incluidos en la financiación pública del SNS en el año 2008

	MEDICAMENTOS GENÉRICOS	MEDICAMENTOS NO GENÉRICOS	TOTAL	% GENÉRICOS/TOTAL
ENVASE NORMAL	835	352	1.187	70,35
ENVASE CLÍNICO	137	47	184	74,46
TOTAL	972	399	1.371	70,90

Fuente: Sistema de información Alcántara

El número de presentaciones de medicamentos que en el año 2008 se han incluido en el Nomenclátor de productos que pueden facturarse a través de recetas médicas del SNS es de 1.034, de los cuales 599 son medicamentos con aportación reducida. El precio medio a PVP con IVA del conjunto de medicamentos incluidos en el año 2008 es de 44,66 €, existiendo una gran variabilidad en el precio dependiendo del grupo terapéutico al que pertenezcan. Así pues, los medicamentos incluidos en el grupo L (Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores) tienen un precio medio de 240,37 € y todos ellos son de aportación reducida y el grupo S (Órganos de los sentidos) es el que tiene el precio medio menor, 8,39 € (Tabla 5.20).

Tabla 5.20. Medicamentos incluidos en el Nomenclátor de Productos Farmacéuticos facturables en el año 2008

GRUPO ATC	MEDICAMENTOS CON APORTACIÓN NORMAL	MEDICAMENTOS CON APORTACIÓN REDUCIDA	TOTAL MEDICAMENTOS	PRECIOS MEDIOS
A	84	29	113	23,37
B	5	9	14	102,63
C	105	84	189	16,92
D	15		15	18,12
G	26	8	34	26,76
H	9	8	17	26,74
J	41	1	42	25,11
L		50	50	240,37
M	69		69	9,49
N	55	393	448	47,30
P		1	1	44,10
R	15	6	21	14,65
S	4		4	8,39
V	7	10	17	115,56
TOTAL	435	599	1.034	44,66

Observaciones: Los grupos ATC son los mismos que los referenciados en las observaciones de la Tabla 5.15

Fuente: Sistema de información Alcántara

Principios activos incluidos por primera vez en la financiación del Sistema Nacional de Salud en el año 2008

En el año 2008 se han incluido por primera vez en la oferta del SNS 23 nuevos principios activos en 56 presentaciones de medicamentos, algunos de estos principios activos ya tenían su autorización de comercialización en el año 2007, pero en 2008 es cuando se ha formalizado su inclusión de autorización en la financiación del SNS de alguna de sus presentaciones. Según sus condiciones de dispensación, 36 de las 56 presentaciones de medicamentos están sujetas a prescripción médica restringida, (31 de ellas están calificadas de uso hospitalario -sólo pueden utilizarse en medio hospitalario o centros asistenciales autorizados- y 5 son de diagnóstico hospitalario -de prescripción por determinados médicos especialistas-). Los grupos terapéuticos con mayor número de nuevos principios activos son el grupo L (Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores) y el J (Antiinfecciosos para uso sistémico), ambos con 5 principios activos (Tabla 5.21).

Tabla 5.21. Principios Activos incluidos por primera vez en la financiación del SNS en el año 2008

GRUPO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	Nº PRESENTACIONES	ACTIVIDAD/ EFECTO	CONDICIONES DE DISPENSACIÓN
A	Exenatida	2	Hipoglucemiante	Receta médica
	Vildagliptina	2	Inhibidor de la DPP-4 (Antidiabético)	Receta médica
B	Dabigatran	6	Antitrombótico	Receta médica
	Epoetina zeta	9	Antianémico	Uso hospitalario
C	Aliskireno	4	Antihipertensivo	Receta médica
D	Retapamulina	1	Antibiótico tópico	Receta médica
G	Fesoterodina	2	Antiespasmódico	Receta médica
H	Mecasermina	1	Agonista somatropina	Uso hospitalario
J	Anidulafungina	1	Antimicótico	Uso hospitalario
	Maraviroc	2	Antiviral en VIH-1	Uso hospitalario
	Micafungina	2	Antimicótico	Uso hospitalario
	Raltegravir	1	Antirretroviral	Uso hospitalario
	Telbivudina	1	Antirretroviral (Inhibidor transcriptasa reversa)	Uso hospitalario
L	Eculizumab	1	Inmunosupresor	Uso hospitalario
	Lapatinib	1	Inhibidor directo proteína quinasa	Diagnóstico hospitalario
	Nilotinib	1	Inhibidor directo proteína quinasa	Diagnóstico hospitalario
	Panitumumab	3	Anticuerpo monoclonal	Uso hospitalario
	Temsirolimus	1	Inmunosupresor	Uso hospitalario
N	Ácido dimercaptosuccinico	1	Radiofármaco	Uso hospitalario
	Paliperidona	3	Antipsicótico	Receta médica
	Rufinamida	3	Antiepiléptico	Diagnóstico hospitalario
V	Gadoversetamida	7	Medio contraste	Uso hospitalario
	Yodo 123 hipurato sodio	1	Radiofármaco (diagnóstico sistema renal)	Uso hospitalario
TOTAL	23	56		

Observaciones: Los grupos ATC son los mismos que los referenciados en las observaciones de la Tabla 5.15

Fuente: Sistema de información Alcántara

Productos sanitarios

Situación a 31 de diciembre de 2008

Los productos sanitarios financiados por el SNS a 31 de diciembre de 2008 son un total de 5.205. Según los grupos establecidos en el Real Decreto 9/1996, por el que se regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación y su régimen de suministro y dispensación, el mayor número de productos se encuentran en el grupo de Tejidos elásticos destinados a la protección o reducción de lesiones o malformaciones internas, con un total de 1.589, seguido de las bolsas de colostomía (491) y de los absorbentes para la incontinencia urinaria (465). Según el tipo de aportación, 3.228 corresponden a productos con aportación normal y 1.977 son de aportación reducida. El precio medio a PVP con IVA de todos los productos sanitarios incluidos en la financiación es de 27,02 €. Los precios medios más elevados corresponden a las Bolsas de urostomía, ileostomía y colostomía (80,35 €, 80,06 € y 61,10 € respectivamente), y los precios más bajos los tienen las vendas (1,45 €) y los algodones (2,37 €) (Tabla 5.22).

Tabla 5.22. Productos Sanitarios financiados por el SNS a 31/12/2008

GRUPO	APORTACIÓN		Nº TOTAL	PRECIOS MEDIOS (€)
	NORMAL	REDUCIDA		
Algodones	183		183	2,37
Apósitos	283		283	15,70
Gasas	114		114	2,64
Vendas	308		308	1,45
Esparadrapos	125		125	2,49
Cánulas		124	124	50,00
Sondas		375	375	32,68
Duchas vaginales, irrigadores y accesorios	7		7	3,16
Parches oculares	19		19	3,96
Tejidos elásticos lesiones o malformaciones	1.589		1.589	7,62
Bragueros y suspensorios	129		129	10,84
Aparatos de inhalación		8	8	6,20
Bolsas recogida de orina		103	103	10,60
Colectores de pene y accesorios		121	121	46,30
Absorbentes para la incontinencia urinaria	465		465	38,29
Otros sistemas para la incontinencia	6		6	18,41
Bolsas de colostomía		491	491	61,10
Bolsas de ileostomía		409	409	80,06
Bolsas de urostomía		134	134	80,35
Accesorios de ostomía		17	17	5,16
Apósitos de ostomía		173	173	20,84
Sistemas de irrigación ostomía y accesorios		14	14	32,98
Sistemas de colostomía continente		8	8	37,65
Total	3.228	1.977	5.205	27,02

Fuente: Sistema de información Alcántara

Productos sanitarios incluidos en la financiación Pública del Sistema Nacional de Salud en el año 2008

En el año 2008 se han incluido en la financiación del SNS 6 productos sanitarios, 3 son bolsas de recogida de orina y los otros 3 vendas de sistema de compresión multicapa.

5.4 Políticas y medidas de uso racional de medicamentos

El año 2008 ha sido un año marcado por el mantenimiento de las principales políticas de uso racional del medicamento identificadas en los Informes del SNS de años anteriores, y de avance en aquellas propuestas que necesitan de un importante esfuerzo en recursos y tiempo, como serían las relacionadas con la mejora de los sistemas de información (en especial el caso de la prescripción electrónica asistida y de la receta electrónica) y con las medidas enfocadas hacia la coordinación asistencial.

A continuación, se señalan las principales iniciativas llevadas a cabo en las distintas CCAA. Se debe indicar que la información manejada ha sido suministrada por los servicios regionales de salud. Por tanto, la información contenida es aquella que cada autoridad competente señala como más relevante. La ausencia de mención de una comunidad autónoma en la implementación de una determinada medida de política farmacéutica, debe interpretarse con cierta cautela puesto que no es equivalente a la ausencia de la misma. Puede darse el caso que una medida que en una comunidad se viene practicando habitualmente y no se considera un aspecto novedoso sino ya asentado en la cultura de gestión farmacéutica de la región, en otra comunidad autónoma se haya planteado recientemente su implementación y, por ello, se subraye su importancia.

Los grandes bloques de medidas implementadas por las CCAA en materia de Farmacia son los reseñados en los Informes SNS correspondiente al periodo 2004-2007. Dichos bloques se pueden dividir en los siguientes epígrafes:

- 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 guía 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 AE y AP 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

Se propone esta clasificación por motivos funcionales, siendo conscientes de que la misma y cualquier otra no se encontrarán exentas de problemas, dada la complementariedad inherente a las distintas actuaciones que se detallan. Por ejemplo, sin un buen sistema de información no es posible implementar un correcto programa de incentivos a prescriptores. De igual modo, uno de los indicadores de calidad para recibir dicho incentivo puede ser cumplir con los criterios de una guía farmacológica o cumplir con una determinada cuota de Especialidades Farmacéuticas Genéricas (EFG) prescritas. Es decir, las estrategias de uso racional del medicamento combinan las herramientas que citamos en la anterior clasificación con el fin de alcanzar una prestación de calidad a un coste asumible por el sistema. Por tanto, la anterior clasificación se expone únicamente a efectos funcionales para permitir una descripción más ordenada de las alternativas implementadas por los gobiernos de cada CCAA.

En cumplimiento del artículo 85 de la Ley 29/2006, que encomienda a las Administraciones Sanitarias fomentar la prescripción por principio activo, en una importante mayoría de CCAA destaca el 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. En este sentido, el consumo de medicamentos genéricos como porcentaje del total de envases prescritos ha crecido de manera apreciable en los últimos años, llegando a una media nacional del 21,81% como se indica en la figura 5.2.

Cuando el análisis se traslada al caso de las recetas prescritas por principio activo, los resultados se vuelven más variables puesto que tenemos el caso extremo de Andalucía, con un 77,12% de recetas facturadas con prescripción por principio activo respecto al total y un 76,37% de importe facturado con prescripción por principio activo respecto al total. Mientras en muchas otras CCAA estos porcentajes rondan el 5%, incluso en aquellas CCAA que comparten los primeros puestos con Andalucía en consumo de medicamentos genéricos como porcentaje del total.

La vía de promoción de medicamentos genéricos es diversa en las CCAA, algunas han optado por incluir como criterios de calidad en sus contratos programa, indicadores relacionados con la prescripción por PA o el alcanzar una cierta cuota de envases de EFG prescritas. Otras, bien de manera alternativa, o incluso complementaria, incluyen dichos indicadores en los programas de incentivos individuales a prescriptores. Asimismo, la

realización o adopción de Guías Farmacoterapéuticas y su difusión entre los prescriptores, más los programas de formación e información sobre medicamentos genéricos o prescripción por PA y la labor de los farmacéuticos de Atención Primaria (AP) y de hospital, influyen sobre la aceptación de los prescriptores a cumplir con los mencionados objetivos.

También conviene subrayar los convenios firmados por las autoridades sanitarias de varias comunidades autónomas 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.

En segundo lugar, hemos citado la búsqueda de mejoras en los sistemas de información como punto clave para optimizar la gestión de los recursos. La mejora de los sistemas de información ha sido indicada como un aspecto esencial de la política farmacéutica por todas las CCAA que aportaron información.

La prescripción informatizada asistida ha sido mencionada como un punto relevante por varias CCAA (Aragón, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid, País Vasco, La Rioja y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla). Dicho sistema puede ayudar a cumplir con los objetivos de otras medidas, como la promoción de la prescripción por PA o de medicamentos genéricos, o bien pueden alertar al prescriptor de posibles interacciones entre fármacos prescritos. Asimismo, un importante número de CCAA señalan los esfuerzos realizados en el avance hacia la implantación del sistema de receta electrónica. (Andalucía, Aragón, Baleares, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, Murcia, País Vasco y La Rioja), si bien en algunos casos aún se encuentra en fase de pilotaje o incluso en la de consultoría previa.

Bien sea a través de sistemas de prescripción informatizada asistida bien en formato tradicional, la incorporación de guías farmacoterapéuticas y farmacológicas como apoyo a la prescripción, es un elemento destacado por la mayoría de CCAA. Diez CCAA más Ceuta y Melilla la señalan como una de las actividades clave dentro de las medidas de uso racional del medicamento. Otras diez CCAA más Ceuta y Melilla destacan las actuaciones de formación a sus prescriptores. Las actuaciones señaladas coinciden con las de años anteriores: tanto actuaciones de formación concretas y muy dirigidas (por ejemplo, sesiones fármaco-terapéuticas en los equipos de AP) como programas más amplios de formación continuada. Complementando estas actuaciones, se ha extendido la medida de informar a los médicos de su perfil prescriptor, comparándolos con otros facultativos de área y centro. En algunos casos esta acción es meramente informativa y puede servir de autoevaluación a los profesionales, mientras que en otros casos se adoptan medidas de seguimiento de la prestación farmacéutica de aquellos facultativos con desviaciones importantes respecto a la media de cada Área a través de entrevistas personales con los mismos, para averiguar los

motivos de su exceso de prescripción. Asimismo, pueden existir incentivos individualizados ligados al comportamiento prescriptor, por lo que este tipo de información motiva a los profesionales médicos a ajustar su perfil de prescripción.

Junto con el apoyo y la información suministrada a los prescriptores, también cabe reseñar las actuaciones informativas dirigidas a los usuarios/ciudadanos. En algunas CCAA se ha complementado las campañas de uso racional de antibióticos y las campañas de información sobre medicamentos genéricos promovidas por el Ministerio de Sanidad y Política Social con campañas propias, siendo el médico de AP y las oficinas de farmacia los medios elegidos para hacer llegar al ciudadano dichas campañas. Cabe señalar, en el caso de Baleares, la exposición de programas de actividades de educación para el uso racional del medicamento en pacientes crónicos (dentro del programa "Salut per a tothom"-"Salud para todos"), combinada con la utilización de las nuevas tecnologías para recordar a ciertos pacientes sus tomas de medicación. No obstante, aunque se detecta un interés creciente en este tipo de medidas, las actuaciones en materia de información al usuario y el establecimiento de elementos que promuevan una demanda de medicamentos más responsable, no son tan frecuentemente citadas como medidas clave del uso racional del medicamento como otras actuaciones anteriormente comentadas.

Un bloque al que se presta especial atención en las medidas descritas durante el año 2008, es el referido a la puesta en marcha de actuaciones específicas de coordinación asistencial.

Aragón, Baleares, Castilla-La Mancha, Cataluña, País Vasco, La Rioja, Ceuta y Melilla señalan programas o actuaciones generales de coordinación entre Atención Especializada y Atención Primaria. Como tales, se considera tener una Historia de Salud Digital única y compartida entre AP y AE e incorporar en la misma un módulo de prescripción con recomendaciones de una Guía Terapéutica común. De igual modo, el desarrollar conjuntamente protocolos de actuación comunes para AP y AE es una medida mencionada por varias CCAA. Asimismo, la asignación capitativa del presupuesto de la prestación farmacéutica con ajuste según población atendida y el plantear Gerencias Únicas fomenta el establecimiento de indicadores y estándares de calidad corporativos, comunes a Atención Primaria y Atención Especializada, y la formación de comisiones de uso racional del medicamento y de Farmacia donde colaboren expertos y profesionales de ambos niveles asistenciales.

También destaca, el creciente interés en promover una prestación farmacéutica de calidad a centros sociosanitarios a través de los servicios de farmacia de AP o bien mediante la dispensación por parte de los servicios de farmacia hospitalaria. En este sentido, Baleares, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, Murcia, Navarra, País Vasco y La Rioja señalan su interés en la promoción de este tipo de actuaciones, mientras

Cataluña indica la próxima promulgación de un decreto que regule este tipo de prestación. En la medida en que se vaya desarrollando el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, este tipo de medidas de coordinación avanzarán de manera significativa, siendo esperable también la coordinación de la prestación farmacéutica dirigida a aquellas personas con limitaciones en su autonomía que residan en su hogar y reciban cuidados formales y/o informales.

Varias CCAA desarrollan actuaciones concretas orientadas a mejorar la calidad de la asistencia farmacéutica a tipos de pacientes concretos, generalmente pacientes crónicos (actuaciones de optimización de programa de crónicos) y polimedicados. Dada la complejidad del manejo clínico de tales personas y a que las actuaciones serán para usuarios tanto de los servicios de AE como de los de AP, la interrelación entre los niveles asistenciales cobra especial relevancia para un correcto tratamiento farmacoterapéutico de estas personas, de ahí que varias CCAA hayan desarrollado actuaciones especiales en este campo.

Otro aspecto destacado en los últimos años es el referido a la implantación de sistemas de incentivos individuales, que vincule a los profesionales sanitarios con el uso eficiente del medicamento, el cual sigue estando presente en varias CCAA durante el año 2008. Es un hecho frecuente que los facultativos puedan autoevaluarse accediendo a su perfil de prescripción a través del módulo de prescripción electrónica y de la intranet del servicio de salud correspondiente. En dichos informes, se representan periódicamente tanto la evolución del prescriptor en distintos indicadores como la comparativa con su servicio y su área, llegando algunas CCAA a especificar el gasto evitable por principio activo derivado de la actuación del médico. Otras CCAA, como es el caso del País Vasco, no contemplan la incentivación individual y directa, optando por contratos de gestión clínica dirigidos al equipo de AP. En general, las CCAA que han desarrollado programas de incentivos individuales a prescriptores declaran estar satisfechas con el resultado obtenido, siendo Galicia la excepción al señalar que los resultados obtenidos de su plan de incentivos económicos a la prescripción eficiente, no fueron todo lo buenos que se esperaba a priori.

Finalmente, otro tipo de actuación cuya presencia ha crecido notablemente en los últimos años es el avance realizado en materia de gestión racional de compras (políticas de compras centralizadas y concursos de compra de medicamentos), especialmente en el ámbito de la farmacia hospitalaria. Así, mientras en el año 2004 apenas cinco CCAA mencionaban este tipo de actuaciones, en el año 2008 nueve CCAA la mencionan de manera expresa como una pieza muy relevante en las políticas de contención del gasto farmacéutico, mientras que Cataluña refiere sus medidas de gestión de compra como aspecto a destacar, incluyendo su programa de incentivos en los contratos a proveedores.

5.5 Vigilancia de la seguridad de los medicamentos y productos sanitarios

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) tiene como misión "garantizar a la sociedad, desde la perspectiva de servicio público, la calidad, seguridad, eficacia y correcta información de los medicamentos y productos sanitarios en el más amplio sentido, desde su investigación hasta su utilización, en interés de la protección y promoción de la salud de las personas y de los animales".

Medicamentos de uso humano

En cuanto a las actividades de farmacoepidemiología y farmacovigilancia de medicamentos de uso humano realizadas desde la AEMPS, durante el año 2008, se comenzó a aplicar lo especificado en el Real Decreto 1344/2007 de Farmacovigilancia, que trasponía la Directiva 2004/27/CE. En concreto: se completó la adaptación de la base de datos FEDRA (Farmacovigilancia española de datos de reacciones adversas) a la transmisión electrónica de las notificaciones de sospechas de reacciones adversas y comenzaron los envíos electrónicos a Eudravigilance (base de datos europea de sospechas de reacciones adversas); las notificaciones de fuera del Espacio Económico Europeo se empezaron a notificar, por parte de los titulares de la autorización de comercialización de forma directa a Eudravigilance; el apoyo a nuevas fuentes de información que complementen la notificación espontánea y el impulso a los estudios farmacoepidemiológicos promovidos tanto por los propios titulares de la autorización de comercialización como por grupos de investigadores; la constitución del Comité de Coordinación de Estudios Postautorización, que permitirá clarificar y homogeneizar los procedimientos de las diferentes administraciones sanitarias; el comienzo efectivo de una farmacovigilancia proactiva a través de los planes de gestión de riesgos y, por último, un mayor énfasis en la prevención y comunicación de riesgos.

Tabla 5.23. Reacciones adversas a medicamentos de uso humano recibidas

Procedencia	2006	2007	2008
Sistema Español de Farmacovigilancia	10.034	8.875	10.030
Industria Farmacéutica	Nacionales	2.595	1.831
	Extranjero	98.368	112.560

Observaciones: Se remiten directamente a Eudravigilance

Fuente: Memoria de actividades de la AEMPS 2008

Tabla 5.24. Notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos enviadas a organismos internacionales e industria farmacéutica

Enviadas a organismos internacionales	2007	2008
EMA de forma expeditiva (graves; máximo 15 días)	2.372	5.366
OMS (Programa internacional de farmacovigilancia)	3.946	7.000
Enviadas a la industria farmacéutica	2007	2008
De forma expeditiva (máximo 15 días)	1.711	3.060

Fuente: Memoria de actividades de la AEMPS 2008

Tabla 5.25. Informes periódicos de seguridad de medicamentos

	2006	2007	2008
Registrados	1.800	2.250	3.800
Tramitaciones de exenciones (medicamentos genéricos)	292	380	397

Fuente: Memoria de actividades de la AEMPS 2008

Tabla 5.26. Estudios postautorización de medicamentos

	2006	2007	2008
Protocolos recibidos	90	104	109
Informes de seguimiento	25	24	54
Informes finales	30	28	41

Fuente: Memoria de actividades de la AEMPS 2008

Tabla 5.27. Modificaciones de seguridad de medicamentos		
	2007	2008
Solicitadas		
Nacionales	829	388
Reconocimiento Mutuo	543	718
Total	1.372	1.106
Evaluadas y Gestionadas	2007	2008
Nacionales	928	603
Reconocimiento mutuo	884	534
Restricciones urgentes de seguridad	2	--
Total	1.712	1.137

Fuente: Memoria de actividades de la AEMPS 2008

Tabla 5.28. Gestión de riesgos de medicamentos		
	2007	2008
Notas informativas de seguridad	18	19
Alertas europeas gestionadas	58	60
Revisión y gestión de comunicaciones directas de compañías farmacéuticas a profesionales sanitarios (DHPC*)	36	32
Revisión y evaluación de materiales educativos relacionados con planes de gestión de riesgos	7	13
Informes sobre denuncias y reclamaciones	191	33

Observaciones: *DHPC: Direct Healthcare Professional Communications
Fuente: Memoria de actividades de la AEMPS 2008

Tabla 5.29. Farmacovigilancia de medicamentos autorizados por procedimiento centralizado y reconocimiento mutuo/descentralizado que España realiza para toda la Unión Europea

	Informes de evaluación		
	2006	2007	2008
Variaciones	17	44	33
PSURs*	28	37	30
Revalidaciones	5	20	9
Planes de gestión de riesgos	4	6	19
Medidas de seguimiento impuestas en la autorización	14	23	25
Evaluación del sistema de farmacovigilancia de los titulares	-	-	11
TOTAL	68	130	127

Observaciones: *PSURs: Periodic Safety Update Report
Fuente: Memoria de actividades de la AEMPS 2008

El Proyecto BIFAP y otros proyectos de farmacoepidemiología

También en base a la nueva legislación se encuentra el proyecto BIFAP (Base de datos para la investigación farmacoepidemiológica en atención primaria), un proyecto estratégico de la AEMPS en colaboración con 10 CCAA con el objeto de disponer de una base de datos con información clínica anonimizada procedente de pacientes atendidos en las consultas de atención primaria (medicina de familia y pediatría). Esta gran base de datos permite a la AEMPS, a los Centros de Farmacovigilancia y a los investigadores del SNS realizar estudios farmacoepidemiológicos de un modo más eficiente que con los métodos tradicionales (estudios de campo).

Además del apoyo económico de la AEMPS al sostenimiento de BIFAP, se han recibido fondos del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), en concurrencia competitiva para la realización de sendos estudios de validación sobre hemorragia digestiva alta y enfermedad aterotrombótica.

Tabla 5.30. Actividad del Proyecto de base de datos para la investigación farmacoepidemiológica en atención primaria (BIFAP)

Actividades de BIFAP	2007	2008
Médicos Colaboradores	1.001	1.236
Pacientes con información	2.208.652	2.390.376
Registros de problemas de salud	16.029.405	33.046.590
Registros de Medicación	59.540.878	126.091.704

Fuente: Memoria de actividades de la AEMPS 2008

Asimismo, la AEMPS participa en los proyectos europeos ESAC (European Surveillance of Antimicrobial Consumption) y TEDDY (Task Force in Europe for Drug Development for the Young) y contribuye a los siguientes proyectos nacionales: Registro de hepatopatías asociadas a medicamentos (Universidad de Málaga); Registro de discrasias sanguíneas asociadas a medicamentos (Fundación Instituto Catalán de Farmacología-Universidad Autónoma de Barcelona); Base de datos BIOBADASER o Registro Español de Acontecimientos Adversos de Terapias Biológicas en Enfermedades Reumáticas (Sociedad Española de Reumatología), todos ellos destinados a conocer mejor la seguridad de los medicamentos.

Productos sanitarios

Las notificaciones de incidentes producidas en el marco del Sistema de Vigilancia de Productos Sanitarios han ido aumentando, siendo este aumento especialmente llamativo en el año 2008, con un incremento superior a 400 notificaciones sobre el año anterior. Los grupos de productos no implantables y de implantes activos son los que presentaron incrementos mayores y las actuaciones relacionadas con estas notificaciones casi se han duplicado respecto al año anterior, abarcando desde actuaciones con las empresas a peticiones de informes a los profesionales sanitarios.

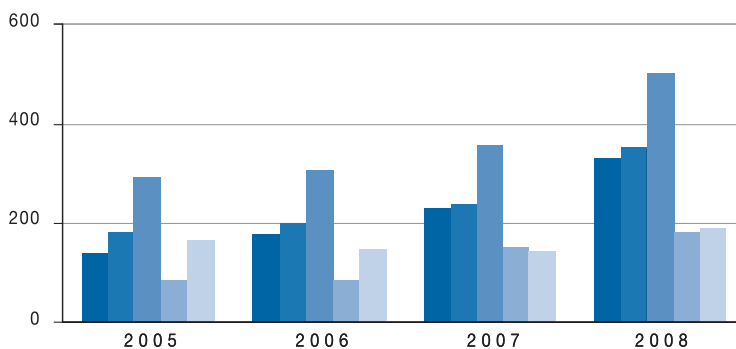
A partir del año 2005 se efectuó un desglose de los incidentes con productos para diagnóstico "*in vitro*", vista la importancia que están registrando en el conjunto de notificaciones. Estos datos se acumulaban a los de productos no implantables en años anteriores.

Además, el Sistema Electrónico de Alertas de la AEMPS a las autoridades Sanitarias de las Comunidades Autónomas que facilita el intercambio de información y permite mantener de forma accesible todos los documentos transmitidos, ha funcionado de forma totalmente satisfactoria durante el 2008, habiéndose incrementado el número de alertas transmitidas por este Sistema.

Tabla 5.31. Sistema de vigilancia de productos sanitarios

	2005	2006	2007	2008
Incidentes adversos notificados	852	907	1.109	1.546
Actuaciones	2.172	2.135	2.530	4.992
Resoluciones administrativas	-	-	-	-
Notas de seguridad	2	6	12	2
Alertas transmitidas a puntos de vigilancia de las C. Autónomas				335

Fuente: Memoria de actividades de la AEMPS 2008

Figura 5.4. Incidentes adversos notificados al Sistema de Vigilancia de Productos Sanitarios

	2005	2006	2007	2008
■ IMPLANTES ACTIVOS	138	176	231	328
■ IMPLANTES NO ACTIVOS	179	200	236	352
■ PRODUCTOS NO IMPLANTABLES	291	305	353	498
■ ELECTRO-MÉDICOS MECÁNICOS	83	82	148	181
■ PRODUCTOS SANITARIOS DIAGNÓSTICOS IN VITRO	161	144	141	187

Fuente: Memoria de actividades de la AEMPS 2008

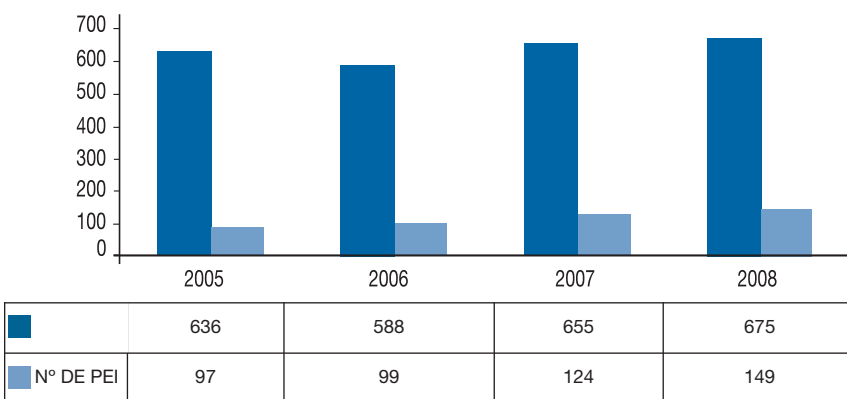
5.6 Ensayos Clínicos con Medicamentos

Autorización de Ensayos Clínicos

La AEMPS ha desarrollado en colaboración con el Centro Coordinador de los Comités Éticos de Investigación Clínica (CC-CEIC), unidad administrativa de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, una aplicación informática que permite el envío de solicitudes electrónicas de autorización de ensayos clínicos y su tramitación posterior. La aplicación es útil tanto para una solicitud inicial de autorización de ensayo clínico (EC) como para las correspondientes a modificaciones de un EC. Durante 2008 entró en producción la parte de envío de formularios de solicitud a la AEMPS con un total de 278 solicitudes recibidas.

Durante 2008 se autorizaron 675 ensayos clínicos, de los cuales el 42,8% correspondieron a fases I y II. En un 24,8% de los ensayos clínicos fase I el objetivo fue demostrar bioequivalencia.

Figura 5.5. Evolución del número de ensayos clínicos (EC) y productos en fase de investigación clínica (PEI) autorizados por la AEMPS



Fuente: Memoria de actividades de la AEMPS 2008

Tabla 5.32. Distribución porcentual de los ensayos clínicos por fases	
Fases de Ensayo	%
Fase I. Farmacocinética y seguridad	15,5
Fase II. Exploratorios	27,3
Fase III. Confirmatorios	40,0
Fase IV. Estudios posautorización y otros	17,2
Fuente: Memoria de actividades de la AEMPS 2008	

La mayoría de los ensayos clínicos tenían como promotor una compañía farmacéutica, teniendo el 22,5% de ellos un promotor investigador o sociedad científica.

Tabla 5.33. Distribución porcentual de los ensayos clínicos por tipo de promotor	
Tipo promotor	%
Laboratorio farmacéutico	77,5
Investigador / grupo científico	22,5
Fuente: Memoria de actividades de la AEMPS 2008	

Tabla 5.34. Distribución porcentual de los ensayos clínicos por tipo de centro	
Centro	%
Multicéntrico internacional	66,0
Multicéntrico nacional	14,5
Unicéntrico	19,5
Fuente: Memoria de actividades de la AEMPS 2008	

Con respecto al número y la ubicación de los centros participantes, cabe señalar que una amplia mayoría de los EC son multicéntricos y con una participación, en la mayoría de los casos, de centros de más de una Comunidad Autónoma.

En el caso de los ensayos unicéntricos, el 59% tiene como promotor un investigador o sociedad científica.

Respecto a la edad y sexo de la población seleccionada, en el 95,7% de los ensayos clínicos la población diana incluía adultos, en el 74% de los casos personas de 65 y más años, y sólo en el 9,6% niños y niñas. En el 90,6% de estos ensayos los participantes previstos incluían tanto hombres como mujeres.

Tabla 5.35. Número de ensayos clínicos con terapias avanzadas autorizados por la AEMPS

	2005	2006	2007	2008
Autorizados	4	7	10	17

Fuente: Memoria de actividades de la AEMPS 2008

La AEMPS ha evaluado más de 70 solicitudes de ensayos clínicos con terapias avanzadas y los productos en fase de investigación clínica (PEIs) correspondientes, observándose en este campo una tendencia al crecimiento en los últimos años.

Actividades relativas a Comités de Ética de Investigación Clínica (CEIC)

El Centro Coordinador de Comités Éticos de Investigación Clínica (CC-CEIC) fue creado por el Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, regula la realización de ensayos clínicos en España. Asimismo, el Real Decreto 590/2005, de 20 de mayo, en su disposición final primera modificó la norma anteriormente citada estableciendo que el CC-CEIC quede adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

El RD 223/2004, de 6 de febrero, transpuso al ordenamiento jurídico español la Directiva 2001/20/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 4 de abril de 2001. Esta Directiva armoniza las legislaciones de los Estados miembros de la Unión Europea sobre ensayos clínicos con medicamentos en seres humanos, excluyendo expresamente los estudios observacionales. El citado Real Decreto es la tercera norma de carácter reglamentario que regula los ensayos clínicos en España, tras los Reales Decretos promulgados en 1978 y en 1993.

El artículo 9 del RD 223/2004 enuncia las actividades a desarrollar por el CC-CEIC:

- Facilitar el dictamen único en los ensayos clínicos multicéntricos
- Coordinar con las CCAA el desarrollo de un sistema informático de comunicación entre los CEIC
- Gestionar la base de datos de la red nacional de ensayos clínicos

- Promover criterios comunes de evaluación de los CEIC
- Promover la formación de los miembros de los CEIC
- Promover foros de debate entre CEIC
- Actuar como punto de contacto
- Asesorar a los CEIC
- Elaborar la memoria anual de actividades

El CC-CEIC actúa como unidad encuadrada dentro de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Carece de relación de puestos de trabajo y de presupuesto propios. Todas sus actividades son autorizadas por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Resumen de actividades durante el año 2008

El CC-CEIC ha trabajado durante el año 2008 en sus áreas habituales, es decir, en la resolución de consultas y en mantener el sistema informático utilizado por los CEIC para las actividades que les son propias, así como coordinar con las CCAA el desarrollo de nuevas herramientas a este fin.

Asimismo se ha analizado la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica, en lo que atañe a los CEIC, toda vez que este texto legal prevé la supresión de estos comités cuando se constituyan los Comités de investigación clínica (CEI), órganos colegiados encargados de velar por el respeto a los postulados de ética en la investigación biomédica. La reestructuración de departamentos ministeriales, operada por Real Decreto 438/2008, de 14 de abril, modifica la distribución de competencias de los Ministerios de Sanidad y Consumo (hoy Ministerio de Sanidad y Política Social) y de Ciencia e Innovación. Dentro de este apartado de análisis regulatorio se ha prestado especial atención a las iniciativas legislativas de la Unión Europea, y en particular al Grupo de Trabajo de la Comisión sobre directivas de ensayos clínicos.

Procede asimismo reseñar que 2008 es el año en el que se ha ultimado la aplicación SIC-CEIC v.2 para la gestión telemática de expedientes de ensayos clínicos. El CC-CEIC ha venido trabajando en este proyecto desde el año 2006 y, pese a tener la aplicación preparada para entrar en fase piloto previa a la puesta efectiva en producción, se decidió esperar a que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) avanzase con su módulo de gestión. Finalmente, en 2008 se ha planificado la formación del personal de los CEIC sobre la nueva aplicación y se ha gestionado el preceptivo contrato de servicios para la impartición de los cursos de formación a dichos miembros de Comités. Los cursos se han impartido en febrero de 2009. Con esta actividad, los CEIC españoles disponen desde 2009 de una herramienta informática que supone un gran avance, ya que permite que los promotores presenten sus solicitudes de ensayos clínicos por vía

telemática y, asimismo, posibilitan la evaluación de dichos expedientes por los CEIC y la AEMPS sobre los módulos correspondientes.

Tabla 5.36. Actividad del centro coordinador de los comités éticos de investigación clínica (CC-CEIC) durante 2008

Número de ensayos clínicos solicitados	583
Número de modificaciones	1.926
Número de aclaraciones	531
Número de consultas resueltas	81

Fuente: CC-CEIC

6 Calidad

Después de tres años de vigencia del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, los profesionales disponen de una plataforma consolidada para la promoción de la calidad de la asistencia sanitaria desde distintas perspectivas. Para su difusión se han desarrollado herramientas de información electrónica y de consulta en web como boletines, páginas electrónicas de contenido específico y blogs.

Entre las líneas de actuación del Plan de Calidad realizadas en 2008, destacan la extensión de iniciativas para la mejora de la seguridad de los pacientes, del desarrollo de herramientas para el impulso de la excelencia clínica y la implementación de estrategias en patologías de gran prevalencia y coste social y económico. La participación total de los servicios de salud de las comunidades autónomas y de las sociedades de profesionales y de pacientes, muestra la utilidad y gran acogida de estas iniciativas.

Asimismo, el esfuerzo realizado en cuanto a la acreditación de centros y servicios sanitarios y en la continuidad de los programas anuales de auditorías docentes, están reforzando la credibilidad de un sistema sanitario de calidad y de una docencia de postgrado de alto nivel. Para atender estos propósitos se han desarrollado planes específicos y programas de formación de auditores.

Para reforzar la implementación de estas medidas en el Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social destinó en 2008 fondos adicionales para subvencionar iniciativas de implantación de estas medidas en todas las comunidades autónomas, así como para financiar la investigación en áreas de especial interés.

6.1 Plan de calidad

La revisión permanente de las técnicas y procedimientos empleados en el sector sanitario, a la luz del conocimiento científico, requiere de instrumentos que permitan decidir sobre la vigencia de los mismos desde la perspectiva de su efectividad y eficiencia sanitaria.

En este sentido, el Ministerio de Sanidad y Política Social cuenta con un Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Esta iniciativa tiene su origen en la II Conferencia de Presidentes celebrada en 2005, en la que se asignó para ello una partida inicial de 50 millones de euros para 2006. En los dos años siguientes, 2007-2008, se ha mantenido el esfuerzo financiero con 50,5 millones de euros y 51,5 millones de euros, respectivamente.

La misión del Plan de Calidad es mejorar la calidad de las prestaciones sanitarias que reciben los ciudadanos, mediante el desarrollo de las actuaciones

e instrumentos que en él se proponen y que se ponen a disposición de los profesionales y de los responsables de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas. Esta finalidad se corresponde con el papel del Estado como coordinador general de la sanidad y como medio para mantener la cohesión del conjunto del sistema sanitario, garantizando el principio de equidad en el acceso a sus prestaciones.

El Plan se estructura en 6 grandes áreas de actuación y se ordena a través de 12 estrategias, que se subdividen a su vez en objetivos y proyectos de acción. Todas ellas se desarrollan con la colaboración de las sociedades científicas, las asociaciones de pacientes y con la participación de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas y otras instituciones dependientes de ellas.

Sus líneas de trabajo son de adhesión voluntaria, siendo asumido por todos los actores que participan en su desarrollo y que han entendido que el Plan no pretende en ningún caso sustituir ni duplicar las numerosas actuaciones que en esta materia se vienen impulsando por las Comunidades Autónomas, en el ejercicio de sus competencias, sino complementarlas y reforzarlas.

Durante 2008, para la difusión de los contenidos del Plan de Calidad, se han potenciado herramientas de información electrónica y de consulta en la web, de actualización permanente, como los boletines electrónicos de noticias de la Agencia de Calidad¹, de Seguridad del Paciente² y de Impacto³, dirigidos a los profesionales. Se han editado 11 boletines electrónicos de noticias, 4 de seguridad del paciente y 10 de impacto, conteniendo todos ellos información relevante para la mejora de la práctica clínica. También se dispone de un Blog de la Agencia⁴ con noticias, eventos y documentos.

1 Boletín de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud [recurso electrónico]. Madrid: Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud: 2008. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/boletines-agenciabilidad.html>

2 Suplemento Seguridad del paciente [recurso electrónico]. Madrid: Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud: 2008. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/suplementoSeguridadPaciente/index.html>

3 Suplemento Impacto [recurso electrónico]. Madrid: Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud: 2008. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/suplementoImpacto/index.html>

4 Blog. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud [Sede Web]. Madrid: Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud: 2007. Disponible en: <http://blog.plandecalidadsns.es/>

6.2 Premios a la Calidad

Una iniciativa desarrollada para motivar a los profesionales y organizaciones sanitarias que trabajan en la mejora continua de la calidad, es la convocatoria anual de los Premios a la calidad. Estos premios se conciben como un estímulo a las buenas prácticas y como medio para su difusión.

Con estos galardones el Ministerio de Sanidad y Política Social pretende, por un lado, premiar a las instituciones, centros, equipos, grupos y servicios de salud que se hayan distinguido en la realización de actividades de mejora de la calidad de los servicios asistenciales y, por otro, reconocer iniciativas para mejorar la calidad de la atención sanitaria a través de proyectos innovadores.

Los premios constan de cinco modalidades: Premio a la innovación en la mejora global de la calidad asistencial, Premio a las mejores prácticas clínicas, Premio de calidad e igualdad, Premio a la transparencia y Premio de especial reconocimiento a toda una trayectoria de trabajo en la mejora de la calidad asistencial, individual o institucional. Esta última modalidad es la única que no cuenta con dotación económica.

Las bases de la convocatoria se recogen en la Orden SCO/982/2007, de 2 de abril, y mediante la Orden SCO/677/2008, de 27 de febrero, se convocó la II edición. Del casi centenar de proyectos recibidos se seleccionaron diez proyectos, a los cuales se les retribuyó con una dotación económica total de 458.480 euros (Información disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/premiosCalidad2007/home.htm>).

En 2008, dos fueron las instituciones premiadas con el Premio a la innovación en la mejora global de la calidad asistencial: la Fundación para la formación y la investigación de los profesionales de la salud en Extremadura (FUNDESALUD), por el proyecto "Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura"; y el Servei de Salut de les Illes Balears, por el proyecto "Historia de salud y registro del síndrome coronario agudo".

El Premio a las mejores prácticas clínicas fue otorgado a el Hospital Universitari Vall d'Hebron por el proyecto "Aplicación de las tecnologías de la información y comunicación al ámbito sanitario, proyecto TELEICTUS"; el Hospital Clínico San Carlos (coordinación trasplantes) por el proyecto "Donación y trasplante de órganos" y el Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería, Hospital La Inmaculada (servicio de ginecología) por el proyecto "Medicina perinatal, la universalización del parto humanitario en nuestro país".

Con el Premio de calidad e igualdad fueron premiados el Instituto de Salud Pública de Navarra, por el proyecto "Programa de promoción de salud de la comunidad gitana Navarra 1987-2007"; y la Gerencia de Atención Primaria de Albacete (SESCAM), por el proyecto "Atención bucodental a discapacitados".

Los Premios a la transparencia fueron concedidos a los proyectos: "Variabilidad y seguridad en el uso del medicamento", del Grupo de

Farmacoepidemiología de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y la Fundación Gaspar Casal; y el proyecto "Historia clínica digital" del Hospital Zaldívar.

Por último, el Premio de especial reconocimiento que valora toda una trayectoria dedicada a la mejora de la calidad asistencial, fue otorgado al Dr. Pedro J. Saturno Hernández, por su trayectoria profesional dedicada a la docencia, investigación y asesoría en gestión de calidad en servicios de salud en el ámbito nacional e internacional.

6.3 Seguridad del paciente

Siguiendo con el desarrollo de la Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud iniciada en 2005, la Agencia de Calidad e Innovación del SNS ha promovido durante 2008 acciones de mejora relacionadas con la cultura e información sobre seguridad de pacientes tanto en el ámbito profesional como entre la ciudadanía, el desarrollo de sistemas de información sobre efectos adversos y la puesta en marcha de prácticas seguras en centros asistenciales.

La promoción del conocimiento y de la cultura en seguridad del paciente constituye una premisa fundamental para desarrollar otras iniciativas. Para su mayor difusión se dispone de una página web específica⁵ que incluye documentos, noticias, eventos, enlaces a tutoriales on-line y a otras páginas de interés. También está disponible una biblioteca de seguridad del paciente⁶, clasificada por materias, a la que se incorporaron 570 nuevos documentos en 2008.

Además se amplió la información disponible con la publicación de artículos de revistas científicas, la participación en eventos nacionales e internacionales y la edición de estudios específicos, todos ellos disponibles en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec03_doc.htm.

Por otro lado, la participación en las reuniones y foros nacionales e internacionales es esencial para dinamizar el intercambio de información y experiencias. En 2008 se ha participado en diversos eventos y reuniones nacionales e internacionales organizados, entre otros, por la Comisión Europea, Proyecto EUNetPaS, Presidencia Europea, Product Safety Working Group, OMS y OECD.

Cabe destacar, la celebración de la IV Conferencia Internacional sobre Seguridad del Paciente, organizada por la Agencia de Calidad e Innovación

5 Seguridad del Paciente [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es>

6 Seguridad del Paciente [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008. Biblioteca. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/biblioteca.html>

del Sistema Nacional de Salud en Madrid, a la que asistieron más de 900 profesionales y pacientes de más de 20 países⁷.

La formación en seguridad de pacientes está experimentando una eclosión significativa en todo el Sistema Nacional de Salud. Entre los programas educativos más destacados durante 2008 se encuentran:

- La primera edición del Máster interuniversitario en Calidad y Seguridad del Paciente en el que han participado 30 alumnos de diversas Comunidades Autónomas.
- Cuatro ediciones del Curso on-line sobre Seguridad del Paciente⁸, en las que han participado 205 profesionales de España, Latinoamérica y Portugal.
- Un curso on-line de prevención de efectos adversos⁹. Se trata de un módulo multimedia de formación para pregrado y postgrado con material de apoyo al profesorado.

También se han financiado desde el Ministerio de Sanidad y Política Social a las Comunidades Autónomas, cursos básicos de seguridad del paciente dirigidos a personal médico, de enfermería y de farmacia.

Otra línea de trabajo de la Estrategia de seguridad del paciente ha sido el diseño, implantación y desarrollo de sistemas de información para la notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Con el propósito de conocer cómo y por qué se producen los efectos adversos desde una perspectiva sistémica a fin de procurar que no vuelvan a ocurrir. Para ello, se realizó un análisis de la legislación internacional y una consulta dirigida a profesionales de 60 sociedades científicas a través de un cuestionario. Se constituyeron dos grupos focales con representantes de asociaciones de pacientes y consumidores, se celebraron dos reuniones de consenso con expertos en la materia para conocer su opinión y sugerencias, y finalmente se desarrolló un pilotaje del prototipo en dos hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Para apoyar a las Comunidades Autónomas en la implementación de las medidas propuestas en la Estrategia de Seguridad de Pacientes el Ministerio de Sanidad y Política Social dispuso un crédito específico para este fin y se han establecido convenios para el desarrollo de prácticas clínicas seguras.

7 Las ponencias se encuentran disponibles en:
<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/component/content/article/75.html>

8 Gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente: tutorial y herramientas de apoyo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en:
<http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MS-C-D2/entrada.swf>

9 Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la atención sanitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en:
<http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MS-C-D1/>

Se firmaron contratos con la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), para la promoción de prácticas seguras en las unidades de cuidados intensivos y con la Asociación Española de Cirujanos (AEC), para la implementación de prácticas quirúrgicas seguras en el cáncer de colon. Se establecieron también acuerdos con la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), para la promoción de recomendaciones sobre prácticas seguras a los profesionales sanitarios de atención primaria.

Para promover la investigación en seguridad del paciente, se incluyó esta materia en la convocatoria de 2008 de concesión de ayudas de la Acción Estratégica en Salud, en el marco del Plan nacional de Investigación, Desarrollo e Innovación 2008-2011, así como en la convocatoria de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III.

El Grupo Iberoamericano de Revisiones Sistemáticas sobre Seguridad del Paciente ha registrado y coordina el desarrollo de seis revisiones sistemáticas Cochrane. También se desarrolló un registro especializado de estudios relevantes sobre la seguridad del paciente que permite identificar estudios sobre revisiones sistemáticas, artículos y documentos en este tema. Identificándose hasta este momento un total de 571 documentos.

Además, se realizó el "Estudio sobre estándares de calidad de cuidados para la seguridad de pacientes en los hospitales del Sistema Nacional de Salud, iniciativa conocida como Proyecto SENECA¹⁰.

Por último, se diseñó y validó un cuestionario para el estudio de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios en el Sistema Nacional de Salud, cuyos datos serán presentados a finales del 2009.

Por otro lado, para la seguridad en la atención a los pacientes es fundamental su participación. En ese sentido, se promovió una "Declaración de los pacientes por la seguridad" a la que se han adherido 25 asociaciones y federaciones, que suponen la mayoría de las existentes. Creándose la Red Ciudadana de Formadores¹¹ y puesto en marcha un Aula Virtual como soporte.

6.4 Excelencia clínica

Dentro del área de excelencia clínica durante 2008, se prestó especial atención a la tarea de documentar y proponer iniciativas tendentes a disminuir la

10 Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA: informe técnico 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Biblioteca. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>

11 Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009. Disponible en: [<http://formacion.seguridaddelpaciente.es/>]

variabilidad no justificada de la práctica clínica. En este sentido, destacan las siguientes actuaciones:

- Estudios de validación de indicadores de calidad de Seguridad de Pacientes y de Hospitalización evitable, utilizados en el contexto internacional a partir de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).
- Financiación de proyectos de investigación de evaluación de tecnologías sanitarias del Instituto de Salud Carlos III.
- Mantenimiento de la financiación para el acceso en español a la Biblioteca Cochrane¹², con unas 4.500 visitas en 2008 y a la Biblioteca Joanna Briggs¹³, con 21.381 visitas en 2008. Permitiendo el acceso universal y gratuito desde cualquier ordenador ubicado dentro del territorio español para todos los profesionales de la salud, consumidores, cuidadores y cualquier usuario interesado.
- Puesta en marcha, desde diciembre de 2008, del metabuscador Excelencia Clínica¹⁴, que permite ejecutar una misma búsqueda sobre evidencia clínica en distintas bases de datos en español y en inglés. Incluye además un acceso integrado a la Biblioteca Cochrane Plus, revistas secundarias solventes, alertas sanitarias, repositorios de guías de práctica clínica e informes técnicos, lo que permite realizar consultas de información desde un único punto con enlace a los mejores recursos disponibles.
- Elaboración y uso de guías de práctica clínica vinculadas a las Estrategias de salud, consolidando y extendiendo el proyecto Guía-Salud y formando a profesionales en estas metodologías. Se han editado las guías de práctica clínica de trastornos del comportamiento alimentario, esquizofrenia y trastorno psicótico incipiente, depresión, ictus, trastornos de ansiedad en atención primaria, diabetes tipo 2, cuidados paliativos y cáncer de próstata.
- Se dispone, además, de un manual metodológico para el diseño y elaboración de guías de práctica clínica, tanto en formato papel como de forma electrónica, accesible en <http://www.guiasalud.es/egpc/index.html>. Además de haber iniciado los manuales metodológicos para la actualización y la implementación de guías de práctica clínica, a

12 La Biblioteca Cochrane Plus [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998. Disponible en: <http://www.update-software.com/Clibplus/ClibPlus.asp>

13 JBI CONnECT España [base de datos en Internet]. Adelaide, South Australia: The Joanna Briggs Institute; 2008-[actualizada el 4 de noviembre de 2008]. Disponible en: <http://www.joannabriggs.edu.au/>

14 Excelencia Clínica [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008. Disponible en: <http://www.excelenciaclinica.net/>

través de las convocatorias del Instituto de Salud Carlos III y haber financiado líneas específicas para la investigación sobre guías de práctica clínica, su implantación y evaluación.

Por último, el portal GuíaSalud¹⁵ fue en 2008 ampliado en sus propósitos y contenidos, al crearse el proyecto Guía Salud-Biblioteca de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud.

6.5 Estándares, acreditación y auditorías

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud durante 2008, realizó 5 informes de Estándares y recomendaciones en calidad y seguridad¹⁶, con la participación de grupos de expertos y representantes de las asociaciones profesionales más estrechamente vinculadas a cada una de las diferentes unidades, así como otros profesionales sanitarios destacados por su experiencia y conocimiento. Estas recomendaciones no tienen carácter normativo y su objetivo es poner a disposición de las administraciones públicas sanitarias, gestores públicos y privados, y profesionales, todos aquellos elementos que contribuyen a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de distintas unidades o servicios. Atendiendo a aspectos clave como la seguridad y los derechos del paciente, la organización, gestión y estructura física de la unidad y los recursos materiales y humanos de los que debe disponer, los documentos elaborados fueron: Atención hospitalaria al parto: estándares y recomendaciones para maternidades hospitalarias; bloque quirúrgico: estándares y recomendaciones; unidad de pacientes pluripatológicos, estándares y recomendaciones; manual unidad cirugía mayor ambulatoria (CMA) y unidad de hospital de día.

En el marco de mejora de la calidad y desde las competencias propias del Ministerio de Sanidad y Política Social, se consideran fundamentales los procesos para acreditar y auditar centros y servicios sanitarios, tanto para el cumplimiento de sus funciones docentes de formación especializada en ciencias de la salud, como para la designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia del SNS (CSUR-SNS) según lo previsto en el Real Decreto 1302/2006. Para ambas necesidades se han desarrollado planes específicos y programas de formación de auditores.

En 2008 la acreditación de CSUR-SNS afectó a un total de 39 unidades de oftalmología ubicadas en 17 hospitales. La acreditación de la especialidad de oncología a un total de 4 unidades ubicadas en 4 hospitales. La de trasplantes

15 Guía Salud. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004-[actualizada el 2 de julio de 2009]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/>

16 Informes de Estándares y recomendaciones en calidad y seguridad http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec02-2_doc.htm

a un total de 30 unidades ubicadas en 13 hospitales y las de cirugía plástica a un total de 10 unidades ubicadas en 9 hospitales.

En ese año, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud realizó el procedimiento de auditoría para la acreditación de estos centros y ha desarrollado el Plan de Auditorías para los CSUR-SNS¹⁷ propuestos, habiéndose realizado 54 auditorías.

En cuanto a las auditorías de centros y unidades docentes, desde el Ministerio de Sanidad y Política Social se diseña anualmente un Plan de auditorías en apoyo de los procesos de acreditación de centros y unidades docentes para la formación de postgrado. En el Sistema Nacional de Salud esta formación se realiza en centros y unidades docentes específicamente acreditados para ello y que son auditados periódicamente.

En la actualidad existen 2.954 unidades docentes acreditadas, de las que 2.610 corresponden a unidades hospitalarias repartidas en 260 hospitales. También existen otras 157 unidades de medicina de familia, 19 de medicina preventiva y salud pública, 102 de psiquiatría y psicología clínica y 52 de especialidades de enfermería.

Dentro del Plan de Auditorías Docentes de 2008 se realizaron 229 auditorías de centros o unidades docentes. Estas auditorías se realizan en coordinación con las comunidades autónomas a través de un representante designado específicamente por ellas para este fin.

17 Plan de Auditorías para los CSUR-SNS
<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec02.htm>

Tabla 6.1. Auditorías docentes. Año 2008

COMUNIDAD AUTÓNOMA	HOSPITALES	UNIDADES	TOTAL
	6	25	31
Aragón	1	11	12
Asturias	1	7	8
Baleares	0	3	3
Canarias	1	9	10
Cantabria	1	3	4
Castilla y León	6	13	19
Castilla-La Mancha	2	12	14
Cataluña	6	22	28
Comunidad Valenciana	7	12	19
Extremadura	0	3	3
Galicia	3	15	18
Madrid	3	30	33
Murcia	2	7	9
Navarra	0	7	7
País Vasco	2	7	9
La Rioja	0	2	2
Ceuta	0	0	0
Melilla	0	0	0
TOTAL	41	188	229

Fuente: Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social

6.6 Estrategias de salud en procesos asistenciales

Desde su inicio, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud recoge la elaboración de estrategias para mejorar la asistencia sanitaria que se presta desde el Sistema Nacional de Salud en determinadas patologías de gran prevalencia y coste social y económico. Teniendo como objetivo mejorar la calidad en la atención sanitaria de manera conjunta y coordinada con todos los servicios de salud de las comunidades autónomas, reforzando los principios de equidad y cohesión que informan el derecho constitucional a la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos.

La elaboración de las estrategias en enfermedades de gran prevalencia responde a un proceso bien definido y consolidado en los dos últimos años. Corresponde al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS),

a propuesta del Ministerio de Sanidad y Política Social, decidir las patologías concretas sobre las que actuar. Esta decisión lleva aparejada, una vez consensuadas y aprobadas por el CISNS, distintas actuaciones de sensibilización, formación e investigación que son impulsadas por las Comunidades Autónomas.

Una vez aprobada cada estrategia, sus objetivos y recomendaciones sirven de guía para los 17 servicios de salud autonómicos existentes, así como para el Instituto de Gestión Sanitaria. A los Gobiernos autonómicos corresponde incorporar a los planes de salud y estrategias específicas los medios y recursos necesarios para cumplir con los objetivos comprometidos. Con esta metodología las Comunidades Autónomas irán convergiendo, cada una de ellas según sus posibilidades, características y criterios, hacia unos estándares de calidad comunes, haciendo realidad los principios de equidad en el acceso a los servicios sanitarios y cohesión.

Durante 2008 fueron presentadas y aprobadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la Estrategia en ICTUS y el primer informe de evaluación de la Estrategias de Cáncer y Cardiopatía Isquémica. Ese año se inició la elaboración de la Estrategia en EPOC y Enfermedades Raras, así como la primera evaluación de la Estrategia de Diabetes, Salud Mental y Cuidados Paliativos.

También se tradujo al castellano el informe "Seguridad en Mente"¹⁸ relativo a la seguridad del paciente de salud mental.

Asimismo, también en el contexto de la Estrategia de Salud Mental, se elaboró el "Informe Infante Juvenil" para su presentación en 2009 al CISNS, y se inició la elaboración de un protocolo de buenas prácticas en tratamiento involuntario a cargo de la universidad de Granada. Otros hechos relevantes relativos a la Estrategia en Salud Mental fueron: La firma de convenio entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y la Sociedad Española de Psiquiatría para la creación de un Observatorio de la Salud Mental; así como la financiación, elaboración y traducción del "Informe sobre Derechos Humanos en Salud Mental".

Con el propósito de financiar determinadas actuaciones en el desarrollo de las Estrategias de Salud en el ejercicio de 2008, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó las líneas de financiación y criterios de reparto de fondos a las Comunidades Autónomas e INGESA para las Estrategias de Salud. En concreto se destinaron fondos para financiar proyectos relacionados con las Estrategias de cardiopatía isquémica, cáncer, diabetes, salud mental, cuidados paliativos e ictus, utilizando como criterio de distribución del crédito el de población.

En 2008 las Comunidades Autónomas e INGESA remitieron 87 solicitudes de financiación de proyectos relacionados con la implementación de las Estrategias,

18 Con la seguridad en mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/seguridad_en_mente.pdf

cuya distribución fue: 14 de Cáncer, 17 de Cardiopatía Isquémica, 12 de Diabetes, 15 de Salud Mental, 15 de Cuidados Paliativos, 7 de Ictus y 7 proyectos dedicados conjuntamente a la implementación de varias Estrategias.

Además y tras el Acuerdo del Consejo Interterritorial celebrado el 18 de junio de 2008, se aprobó un fondo adicional específico para la Estrategia en Salud Mental, que sirvió para financiar 70 proyectos más.

Asimismo, por Orden SCO/1166/2008, de 9 de abril, se convocó la concesión de ayudas económicas a entidades sin ánimo de lucro de ámbito estatal que colaboren en el desarrollo de actividades tendentes a favorecer la cohesión, la equidad, la calidad de la asistencia sanitaria y la corrección de desigualdades en el marco de las Estrategias de Salud y el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. A través de esta convocatoria se financiaron 36 proyectos relacionados con las Estrategias en Salud.

Por último por Real Decreto 2064/2008, de 12 de diciembre, se aprobó la concesión directa de subvenciones a las Comunidades Autónomas y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, para la implementación de la Estrategia en cuidados paliativos. El objetivo fue fomentar la implementación de esta Estrategia, mejorando la información, formación, investigación y sensibilización existentes en la actualidad. También cabe destacar, la firma de un Convenio de colaboración con la Fundación La Caixa para el desarrollo de la implantación de la Estrategia en cuidados paliativos y la celebración de la jornada técnica de la Estrategia y participación en el centro colaborador de la OMS del Instituto Catalán de Oncología.

Entre las medidas adoptadas por las CCAA e INGESA para la implantación y desarrollo de las estrategias en cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes, salud mental y cuidados paliativos, cabe destacar las que se recogen en la Tabla 6.2.

Tabla 6.2. Actuaciones y avances para implantar los planes y programas sobre el cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes, salud mental y cuidados paliativos	
Andalucía	
Cáncer	Implantación del II Plan Integral de Oncología 2007-2012 e indicadores de calidad relacionados con la Estrategia en Cáncer del SNS
Cardiopatía Isquémica	Actualización del proceso asistencial integrado de riesgo vascular del Plan Integral de Atención a las Cardiopatías 2005-2009 ampliándolo hasta el 2011
Diabetes	Evaluación del I Plan Integral de Diabetes y elaboración del II Plan Integral de Diabetes 2009-2013
Salud Mental	Evaluación del I Plan Integral de Salud Mental y publicación del II Plan Integral de Salud Mental 2008-2012
Cuidados Paliativos	Elaboración y difusión del Plan de Atención a los Cuidados Paliativos 2008-2012

Aragón	
Cáncer	Presentación en todos los sectores sanitarios de los procesos de atención al Cáncer de Mama y Cáncer de Colon
Diabetes	Presentación del Proceso de Atención a la Diabetes tipo 2 en el sector Zaragoza III con el objetivo de evaluarlo y extenderlo al resto de sectores sanitarios en 2009
Salud Mental	Inicio de la evaluación/actualización del Plan Estratégico de Salud Mental 2002-2010
Cuidados Paliativos	Presentación del Programa de Cuidados Paliativos de Aragón
Asturias	
Cáncer	Elaboración del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero y evaluación anual del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama
Baleares	
Cáncer	Desarrollo Estrategia de Cáncer 2007, registro poblacional de cáncer en Mallorca
Cardiopatía Isquémica	Inicio del Registro Autonómico Síndrome Coronario Agudo con elevación del ST
Diabetes	Implantación de la Estrategia de Diabetes
Salud Mental	Desarrollo de la Estrategia y Plan de actuación de salud mental 2006-2008
Cuidados Paliativos	Implantación de la Estrategia de Cuidados Paliativos
Canarias	
Cáncer	Edición del Programa de Atención al Cáncer Colo-Rectal. Elaboración de la GPC de actuación en el Cáncer de Colon y diseño de software específico
Cardiopatía Isquémica	Los programas de Cardiopatía Isquémica y Diabetes se han integrado en uno solo: Programa de la Enfermedad Cardiovascular para toda la red asistencial (A. Primaria y A. Hospitalaria)
Diabetes	
Salud Mental	Implantación del Proyecto de mejora de la calidad en el abordaje de los trastornos mentales comunes en AP
Cantabria	
Cáncer	Evaluación Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama. Pilotaje del Programa de Cribado Poblacional de Cáncer Colorrectal en cuatro centros de salud y un hospital de referencia
Cuidados Paliativos	II Fase de Implantación del Programa de Atención. Diseño y definición del conjunto mínimo de datos en los registros de atención paliativa

Castilla-La Mancha	
Cáncer	Seguimiento del Plan Oncológico 2007-2010
Cardiopatía Isquémica	Procedimiento de reperusión coronaria en Unidades Móviles Medicalizadas
Diabetes	Seguimiento del Plan Integral de Diabetes Mellitus 2007-2010
Salud Mental	Seguimiento del Plan de salud Mental 2005-2010
Cuidados Paliativos	Seguimiento Plan Oncológico 2007-2010
Castilla y León	
Cáncer	Seguimiento de los Programas de Detección Precoz de Cáncer de Mama, Prevención de Cáncer de Cuello Uterino, Consejo Genético en Cáncer Hereditario
Cardiopatía Isquémica	Seguimiento de la Estrategia Regional de cardiopatía Isquémica y Enfermedades Cerebrovasculares
Diabetes	Inicio elaboración
Salud Mental	Elaboración II Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica
Cuidados Paliativos	Inicio elaboración
Cataluña	
Cáncer	Seguimiento del Plan Director de Oncología 2005-2007
Cardiopatía Isquémica	Seguimiento del Plan Director de Enfermedades del Aparato Circulatorio, que incluye el "Código Infarto" para la implantación de la Estrategia en cardiopatía Isquémica del SNS
Salud Mental	Seguimiento del Plan Director de Salud Mental y Adicciones 2005-2007
Cuidados Paliativos	Seguimiento del Plan Director Sociosanitario 2005-2007
Extremadura	
Cáncer	Seguimiento del Plan Integral contra el Cáncer 2007-2011
Cardiopatía Isquémica	Seguimiento del Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares 2007-2010
Diabetes	Seguimiento del Plan Integral de Diabetes 2007-2012
Salud Mental	Seguimiento del Plan Integral de Salud Mental 2007-2012
Cuidados Paliativos	Seguimiento del Programa Asistencial en Cuidados Paliativos

Galicia	
Cáncer	Seguimiento de la Estrategia Integral de atención al Cáncer iniciada en 2007. Inclusión del grupo de edad de 50 a 68 años en el programa de cribado poblacional de Cáncer de Mama
Cardiopatía Isquémica	Seguimiento del programa integrado para disminuir la mortalidad por infartos de miocardio (PROGALIAM) iniciado en 2006
Diabetes	Seguimiento de la Atención a la Retinopatía Diabética iniciado en 2007
Salud Mental	Seguimiento del Plan Estratégico de Salud Mental 2006-2012
Cuidados Paliativos	Seguimiento del Plan de Cuidados Paliativos iniciado en 2007
Madrid	
Cáncer	Seguimiento del Plan Integral de Control del Cáncer y Programas de Detección Precoz del Cáncer de Mama, Detección y Asesoramiento de Cáncer Familiar y Cribado Poblacional del Cáncer de Cuello Uterino
Cardiopatía Isquémica	Seguimiento del Plan de Salud Cardiovascular iniciado en 2007
Diabetes	Seguimiento del Programa de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus 2007-2011. Elaboración del informe de "Prevalencia de Diabetes Mellitus y factores de riesgo Cardiovascular (PREDIMERC)"
Salud Mental	Evaluación del Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008. Elaboración del Plan 2009-2011
Cuidados Paliativos	Seguimiento del Plan Integral de Cuidados Paliativos 2005-2008
Murcia	
Cáncer	Evaluación del Programa de Prevención del Cáncer de Mama 2007-2008. Evaluación del proyecto piloto 2006-2007 del Programa de Prevención del Cáncer de Colon y Recto, y Plan de Extensión del Programa en la Región de Murcia

Cuidados Paliativos	Seguimiento del Plan Integral de Cuidados Paliativos iniciado en 2007
Navarra	
Cáncer	Evaluación del Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Mama y apoyo psicológico tras diagnóstico y tratamiento. Seguimiento de los Programas de Cribado Poblacional de Cáncer de Cuello de Útero y Cáncer de Colon y Recto
Diabetes	Seguimiento del Programa de Riesgo Cardiovascular
Salud Mental	Implantación del Plan de Salud Mental Infante Juvenil. Seguimiento del Programa de Psiquiatra Interlocutor y Programa de Trastorno Mental Grave
Cuidados Paliativos	Seguimiento del Programa de Atención en Cuidados Paliativos editado en 2000
País Vasco	
Cáncer	Evaluación del seguimiento de Cáncer de Mama y de Cérvix. Puesta en marcha del Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal
Cardiopatía Isquémica	Evaluación anual del Plan de Rehabilitación Cardíaca
Diabetes	Evaluación de la oferta preferente para la prevención y control de la Diabetes
Salud Mental	Seguimiento del Plan Estratégico de Salud Mental
Cuidados Paliativos	Evaluación anual del Plan de Cuidados Paliativos
La Rioja	
Cáncer	Seguimiento del Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Mama incluido dentro de la Unidad de Atención de Patología Mamaria desde 2004 y de Cáncer Cervix iniciado en 2005. Además del Programa de apoyo psicológico tras diagnóstico y durante el tratamiento de cáncer de mama.
Cardiopatía Isquémica	Seguimiento del Plan "La Rioja cardioprotégida" 2008
Salud Mental	Seguimiento del Plan de Salud Mental y Programa de Psicoestimulantes
Ceuta	
Cáncer	Implantación del Programa de Mortalidad por Cáncer incluido en el Plan de Salud y seguimiento del Programa de Atención a Procesos Oncológicos relacionado con la Estrategia en Cáncer del SNS

Cardiopatía Isquémica	Implantación del Programa de Mortalidad y Morbilidad por Procesos Cardiovasculares incluido en el Plan de Salud y seguimiento del Programa de Atención a Enfermedades Cardiovasculares relacionado con la Estrategia en Cardiopatía Isquémica del SNS
Diabetes	Implantación del Programa de Mortalidad y Morbilidad de Diabetes Mellitus incluido en el Plan de Salud y seguimiento de las medidas implantadas relacionadas con la Estrategia en Diabetes del SNS
Salud Mental	Seguimiento de algunos de los objetivos de la Estrategia en Salud Mental del SNS
Cuidados Paliativos	Implantación y seguimiento del Plan Trienal de Cuidados Paliativos iniciado en 2007 y relacionado con la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS
Melilla	
Cáncer	Seguimiento de algunos de los objetivos de la Estrategia del SNS
Cardiopatía Isquémica	Seguimiento de algunos de los objetivos de la Estrategia del SNS
Diabetes	Evaluación y seguimiento de la implantación de medidas relacionadas con la Estrategia en Diabetes del SNS.
Salud Mental	Seguimiento de algunos de los objetivos de la Estrategia en Salud Mental del SNS
Cuidados Paliativos	Implantación del Plan Trienal de Cuidados Paliativos relacionado con la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS
Observaciones: Incluye información remitida por CCAA e INGESA al cierre del presente informe Fuente: Informes remitidos por las CCAA e INGESA	

6.7 La Calidad en el Sistema Nacional de Salud

Para poder tener una panorámica de la gestión de la calidad en el Sistema Nacional de Salud se solicitó a las comunidades autónomas que resumieran los aspectos más destacados en esta materia, destacando las actuaciones llevadas a cabo durante 2008. Las respuestas recibidas se pueden consultar en los anexos al presente informe. La información suministrada se sintetiza a continuación.

Andalucía

En 2008, el plan de calidad ha consolidado un sistema de garantías al ciudadano que presta especial atención a los llamados derechos de nueva generación, como son los tiempos máximos de espera. Por otra parte, también destaca el desarrollo de la gestión clínica basada en la gestión por procesos y en la gestión por competencias. Además de ello, se ha implantado la cultura basada en el conocimiento, concretada en el desarrollo del plan de investigación, desarrollo e innovación en salud.

En esta comunidad se iniciaron 300 procesos de acreditación de centros y unidades sanitarias, y están concluidos 143; más de 1.500 profesionales están en proceso de acreditación de sus competencias; se han acreditado 4.219 actividades de formación continuada; y por último, 8 páginas electrónicas están acreditadas y 27 están en proceso de acreditación.

En la estrategia para la seguridad del paciente, destaca el Observatorio de seguridad del paciente que cuenta con un portal electrónico que contiene una sección de prácticas seguras; el Observatorio dispone además del Distintivo Manos Seguras, herramienta para la autoevaluación y reconocimiento de las mejoras en el cumplimiento de la higiene de manos. Debe resaltarse que 12 centros hospitalarios, 2 centros de alta resolución, 23 centros de salud y 4 distritos de atención primaria han autoevaluado el cumplimiento de las recomendaciones.

Aragón

La Comunidad de Aragón certificó conforme a la Norma ISO 9001 el sistema de calidad de las centrales de esterilización de los hospitales, y conforme a la Norma ISO 15189 los laboratorios de hospitales y centros de especialidades, e inició el proyecto para la implantación de un sistema de calidad en algunos equipos de atención primaria. También autoevalúa periódicamente la organización de cada sector según el modelo EFQM.

La unidad funcional de seguridad del paciente (UFSP) ha realizado, entre otras actividades asesorar al Servicio Aragonés de Salud y a distintas direcciones generales sobre la gestión de la seguridad; recopilar y difundir las iniciativas sobre gestión de riesgos, crear la red de alertas e incidentes relacionados con productos sanitarios, promover la cultura de seguridad en los centros, promover las prácticas seguras y potenciar los sistemas de vigilancia, prevención y control de eventos. Además en Aragón se amplía al primer nivel asistencial el proyecto de mejora de higiene de manos en personal sanitario y se implanta un sistema de identificación inequívoca de pacientes en todos los centros de la CCAA, para hospitalización programada. Debe destacarse que se realizó una encuesta de actitudes y opinión de los profesionales sobre seguridad del paciente. También se realizó una jornada

de reflexión común entre pacientes, investigadores y profesionales sobre seguridad del paciente y se editó un folleto con quince recomendaciones para los pacientes.

En la Comunidad de Aragón han tenido lugar actividades de formación básica y avanzada, así como actividades para mejorar la práctica clínica, mediante el uso de la evidencia científica. Además de todo lo anterior, se celebraron las jornadas anuales de calidad y el 26 congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

Baleares

En esta Comunidad se crearon el Comité de Calidad, que preside el Consejero de Sanidad, y el Comité Técnico de Calidad de la Comunidad Autónoma. Debe mencionarse que las distintas direcciones generales y las gerencias de atención primaria, de atención especializada, del 061 y de las Áreas Únicas, están en pleno proceso de publicación de las cartas de servicios, de la implantación y evaluación según el modelo EFQM o, de la implantación y desarrollo de los mapas de procesos.

En materia de seguridad de pacientes, se siguen consolidando proyectos: el protocolo del manejo integral y multidisciplinar de la sepsis y el proyecto de seguridad de fármacos de riesgo y toxicología clínica. Por otra parte, se está desarrollando el proyecto de conciliación de la medicación en unidades de cuidados intensivos y el de adecuación de las cesáreas urgentes y programadas.

En dos hospitales se ha implantado el plan de seguridad del bloque quirúrgico. Cinco unidades de cuidados intensivos de los hospitales públicos se han adherido al Proyecto Bacteriemia Zero, con dos líneas de actuación: medidas específicas para reducir la tasa de bacteriemia en UCIS, atribuible a la infección de catéter venoso central, y seguridad de pacientes en estas unidades.

En todos los hospitales de agudos están en marcha las siguientes medidas: la promoción del lavado de manos con solución hidroalcohólica para la prevención de la infección nosocomial, la identificación inequívoca del paciente, la prevención de caídas, la conformación de grupos de gestión de riesgos y la formación y sensibilización de profesionales.

Esta Comunidad ha participado también en el Estudio SÉNECA y en la medición de los niveles de exposición a radiaciones no ionizantes del personal de los hospitales públicos.

Cantabria

En esta Comunidad se ha trabajado en la implantación de herramientas de gestión de la calidad, como es la formación de profesionales en el modelo EFQM y la convocatoria de la primera edición de premios a la mejora de la calidad asistencial.

En los centros sanitarios de Cantabria se han consolidado las unidades funcionales de seguridad del paciente, y se han desarrollado proyectos de seguridad del paciente en el área del medicamento, reducción de las bacteriemias relacionadas con los catéteres y de prevención de las úlceras por presión.

Castilla y León

La Comunidad de Castilla y León ha puesto en marcha el Centro Regional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León.

Por otra parte, se ha seguido impulsando la evaluación de la satisfacción de los usuarios mediante encuestas llevadas a cabo en los diferentes ámbitos sanitarios. También, se ha desarrollado el procedimiento para ejercer el derecho a obtener una segunda opinión médica en determinadas enfermedades.

Se aplicó el modelo EFQM en las áreas y en los equipos de atención primaria (EAP), como herramienta de autoevaluación y mejora.

En el área de farmacia se ha incrementado la accesibilidad de los pacientes para mejorar la información y el uso seguro de los medicamentos. En algunos hospitales se ha puesto en marcha un portal electrónico de información de medicamentos que da apoyo a las unidades funcionales de seguridad del paciente y gestión de riesgos y, por último, se ha trabajado en la mejora y mantenimiento del Sistema de Notificación y aprendizaje de incidentes por medicamentos.

Otras acciones son la participación en el proyecto de reducción de las bacteriemias en las UCIs y la nueva línea de trabajo para prestar una atención segura en pacientes alérgicos al látex.

Castilla-La Mancha

En la Comunidad de Castilla-La Mancha se ha ampliado el derecho a una segunda opinión médica en procedimientos de cirugía cardíaca, y en el tratamiento quirúrgico de la escoliosis severa en edad juvenil.

En materia de seguridad de pacientes destacan las campañas informativas de sensibilización dirigidas a profesionales y pacientes sobre prácticas seguras, y el fomento de la cultura de la seguridad y la formación de grupos específicos de trabajo en todos los ámbitos sanitarios. En las encuestas de satisfacción se han incorporado preguntas relacionadas con la percepción y conocimiento de los pacientes y usuarios sobre la seguridad en los actos asistenciales.

También destaca en materia de seguridad de pacientes, la puesta en marcha de la identificación inequívoca de pacientes por radio frecuencia y brazaletes, la prevención de la infección relacionada con el lavado de manos, la prevención de la infección por herida quirúrgica y la prevención de problemas relacionados con la medicación, bien sea en la preparación, la dispensación o administración.

Cataluña

En Cataluña se ha iniciado una revisión de la norma para la autorización de centros sanitarios, y se ha completado ya un primer proceso de acreditación de 83 hospitales de atención a pacientes agudos. Se ha iniciado el proceso de diseño del modelo de acreditación en atención primaria y en el ámbito sociosanitario.

Se ha reevaluado el estudio de satisfacción en los servicios de urgencias en los hospitales de agudos y el estudio de satisfacción en los servicios de atención especializada ambulatoria.

En materia de seguridad del paciente han participado más de 700 profesionales, de más de cien centros, en los diferentes proyectos entre los que se destacan los siguientes: la identificación inequívoca de pacientes hospitalizados, la promoción del lavado de manos, el proyecto de mejora de la seguridad en servicios de medicina intensiva (proyecto bacteriemia zero), el impacto de las medidas de prevención en la frecuencia de la infección del espacio quirúrgico en cirugía electiva de cáncer de colon y recto, la prescripción farmacológica segura en la atención primaria y la prevención de caídas.

Extremadura

La Comunidad Autónoma de Extremadura publicó en el año 2006 el Plan Marco de Calidad para el Sistema Sanitario Público de Extremadura. Como consecuencia de este plan se puso en marcha el Modelo de Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, inspirado en EFQM, que ha servido de guía de estándares para la acreditación de todos los centros privados concertados y para los centros públicos. En la actualidad más de 20 centros y servicios sanitarios están incluidos en el modelo citado.

Por otra parte, la Comunidad de Extremadura ha desarrollado los denominados derechos de tercera generación, entre los que se encuentran el desarrollo del Registro de Expresión Anticipada de Voluntades, el incremento de canales basados en las nuevas tecnologías que permitan incrementar el acceso de los ciudadanos al sistema sanitario y el desarrollo de los Comités de Bioética, así como la Comisión Central de Seguridad de Pacientes en el seno del Servicio Extremeño de Salud.

La hostelería hospitalaria ha sido otra de las prioridades marcadas en la Consejería de Sanidad y Dependencia. Por ello, se ha impulsado la certificación ISO 9000, 9001, 14001 y 22000 en las cocinas de los hospitales del Servicio Extremeño de Salud, teniendo ya algunas de ellas las certificaciones en todas estas normas. También se ha certificado por este sistema la lavandería central del Servicio Extremeño de Salud.

Todo esto ha sido posible debido a la incorporación progresiva de objetivos e indicadores de calidad en los contratos de gestión que han permitido impregnar de la cultura de la mejora continua de la calidad a todos los profesionales y directivos. Para monitorizar todos estos elementos además de los informes de evaluación de los servicios, de las auditorías del modelo de calidad y de las autoevaluaciones de los propios centros y servicios, se ha contado con la realización de encuestas de satisfacción en un intento de medir todas las dimensiones de la calidad global.

Galicia

Los avances alcanzados en 2008, se centran en el plan de mejora de la atención primaria con la creación de 1.601 plazas, de ellas 309 de médicos de familia y 65 de pediatras. Se ha establecido la razón de un médico de familia por 1250 TIS (tarjeta sanitaria individual), un pediatra por 800 TIS, una enfermera por 1250 TIS, un odontólogo e higienista por 20-25000 TIS, un fisioterapeuta por 10-15000, además de una matrona y un trabajador social por cada servicio de atención primaria.

También en el ámbito de atención primaria se propone la mejora de la capacidad resolutoria, ampliando el acceso a pruebas diagnósticas con y sin protocolo, y se facilita la simplificación de trámites mediante el uso de las TIC. Por ejemplo: la historia clínica electrónica (IANUS), la prescripción y dispensación electrónicas, el modelo de incapacidad temporal con firma electrónica, la extensión de la firma digital y la puesta en marcha de la central de llamadas "Saúde en liña".

Además de lo anterior, se han desarrollado herramientas para la autoformación: acceso a publicaciones electrónicas para todos los profesionales de atención primaria, acceso a las bases documentales sobre prescripción y terapéutica de i-Medicinas, y el acceso a programas de análisis estadístico.

En el área de seguridad de pacientes se trabaja en la identificación de efectos adversos relacionados con la medicación y las actuaciones de mejora, y en el programa de adhesión al tratamiento y prevención de errores debidos a la medicación. En atención primaria se identificaron los efectos adversos que se derivan de la asistencia sanitaria en las consultas de pediatría. Se puso en marcha el programa de prevención de úlceras por presión en los pacientes crónicos captados en la consulta de enfermería y el programa de reducción de las bacteriemias relacionadas con los catéteres en UCI. Se llevaron a cabo actividades de formación en seguridad del paciente y en prácticas seguras, tanto de nivel básico como avanzado.

Madrid

En la Comunidad de Madrid destacan dos líneas, el desarrollo del modelo EFQM y las acciones en materia de seguridad de pacientes.

Con respecto al modelo EFQM, se han puesto en marcha 300 planes de acción en 34 gerencias, complementariamente los servicios han recibido 124 notificaciones o acreditaciones, y se ha realizado una encuesta en todos los centros hospitalarios para establecer mejoras en la gestión medioambiental.

Por otra parte, se llevó a cabo un estudio centralizado para evaluar la satisfacción de los usuarios en atención primaria, atención especializada y SUMMA 112. También se elaboró el plan de acogida de los pacientes ingresados, que se aplica en el 90% de los hospitales. Además, en todas las gerencias de atención primaria se han realizado intervenciones para mejorar la atención a los colectivos de inmigrantes.

Se ha creado la Dirección General de Atención al Paciente con funciones específicas en seguridad del paciente y todas las gerencias disponen de unidades funcionales de gestión de riesgos. Se ha consolidado la implantación de la identificación inequívoca de pacientes, la higiene de manos con soluciones alcohólicas, la puesta en marcha del protocolo actualizado de prevención de caídas y de úlceras por presión y, se participa en el proyecto "bacteriemia zero" para reducir las bacteriemias de los catéteres en las UCI. Las unidades han realizado más de 554 actividades formativas. También se ha puesto en marcha un portal específico sobre riesgos sanitarios y seguridad del paciente en la intranet de la Consejería.

En el área de farmacia se ha trabajado en la notificación integral en tiempo real de incidentes relacionados con productos sanitarios en el portal de medicamentos dirigido a pacientes y se han desarrollado herramientas para la vigilancia y control de la infección nosocomial. También se ha puesto en marcha una aplicación informática para el sistema de alertas y brotes epidémicos de la red de vigilancia epidemiológica, con información en tiempo real.

Murcia

En esta comunidad se desarrolla de forma corporativa el modelo EFQM en todas las gerencias. Todas ellas presentan planes de mejora interna y nueve han sido reconocidas con el sello "Compromiso hacia la Excelencia/Committed to excellence" europeo. Se ha evaluado la calidad de los cuidados de enfermería, la calidad de los informes al alta y de los documentos de consentimiento informado, y se incorporaron dos cuestionarios a la encuesta de calidad percibida y satisfacción del usuario para evaluar la satisfacción en consultas externas y urgencias hospitalarias. Por otra parte, se formó a 237 profesionales en calidad asistencial con 12 cursos y se financiaron proyectos de investigación sobre gestión de la calidad asistencial.

En relación con la seguridad del paciente se amplió el sistema de identificación inequívoca de pacientes del área de urgencias, hospital de día y cirugía mayor ambulatoria. Se elaboró el plan de vigilancia de la infección

nosocomial y se crearon los equipos de vigilancia y control, se dió formación específica para los integrantes de los equipos y se celebró el día internacional del lavado de manos en todas las gerencias de la Región de Murcia. Además, se formó en gestión de riesgos y cultura de seguridad a los integrantes de las unidades funcionales y se elaboró un curso en línea para formación básica en seguridad del paciente.

Navarra

El Servicio Navarro de Salud ha participado en el proyecto de validación de indicadores de calidad sobre efectos adversos de la OCDE.

En el Hospital Virgen del Camino se ha introducido un nuevo sistema de identificación madre-recién nacido como mejora del proceso del parto.

Se ha constituido el observatorio de seguridad de pacientes; se ha impartido formación metodológica en calidad y seguridad dirigida a directivos, a mandos intermedios y a grupos profesionales específicos, y se ha fomentado la investigación en seguridad de pacientes.

Además, se pusieron en marcha acciones para reducir la incidencia de la bacteriemia relacionada con catéter en las unidades de cuidados intensivos. Se implantaron prácticas seguras en cirugía y anestesia; en la prevención de caídas; en prevención de la trombosis venosa profunda y del tromboembolismo pulmonar en pacientes intervenidos; en la prevención de la infección en la herida quirúrgica. Otras acciones fueron la prevención de errores en la medicación, mediante la dispensación en monodosis en los hospitales, la prescripción electrónica, la evaluación del programa de farmacovigilancia y, mediante el sistema de alertas en tiempo real en atención primaria, en las incidencias ocurridas en la emisión de recetas informatizadas.

Se mejoró la seguridad y trazabilidad transfusional con protocolo normalizado. En cuidados paliativos se llevaron a cabo actividades formativas para médicos y personal de enfermería y en atención primaria, para garantizar la concordancia y calidad de la prueba en retinografía no midriática en pacientes diabéticos, en espirometría y en el control del tratamiento anticoagulante oral.

País Vasco

Las organizaciones de Osakidetza se presentaron a la evaluación externa según el modelo EFQM de excelencia, siendo galardonados la comarca de Bilbao de atención primaria, el hospital de Cruces y la Escuela de Enfermería.

Está implantada la gestión por procesos y la certificación ISO en atención primaria y atención especializada; el 87 % de las organizaciones disponen de un sistema de gestión de calidad certificado.

A lo largo de 2008 se han realizado encuestas de satisfacción de pacientes en hospitalización de agudos, urgencias hospitalarias, en hospitalización de

larga y media estancia, en consultas de medicina y enfermería de atención primaria, en hospitalización de psiquiatría, a padres de niños hospitalizados y en hospitalización a domicilio.

En el proceso de Atención de Enfermería (PAE), tras seis evaluaciones externas realizadas en hospitales de agudos y de media-larga estancia, en 2008 se realizan autoevaluaciones del proceso. La valoración global del PAE fue del 85,56%, con un grado de satisfacción por parte de las enfermeras del 81,97%.

En el área de seguridad de pacientes se aprobaron un total de 10 buenas prácticas, 8 de ellas premiadas en la Semana Europea de la Calidad.

Se han realizado estudios de prevalencia (EPINE) e incidencia de infección nosocomial en hospitales de agudos y de media y larga estancia. Las áreas de mejora detectadas tras la evaluación externa, se centran en la evaluación de la difusión y adherencia a los protocolos asistenciales para procedimientos, como son la inserción de catéteres endovasculares, los sondajes urinarios, la higiene de manos y la política de aislamiento.

Todas las comarcas de atención primaria y las tres organizaciones de salud mental extrahospitalaria han participado en el proyecto que incluye formación y sensibilización en seguridad, capacitación en herramientas de gestión de riesgos y análisis proactivo-reactivo de los incidentes de seguridad. Esta actividad ha llegado a más de 600 profesionales. A lo largo del año se ha actualizado e implantado el protocolo de prevención y cuidados a pacientes con úlceras por presión, y el protocolo de caídas está en fase de actualización.

La Rioja

En esta comunidad se ha implantado un sistema de gestión de la calidad, según la metodología de la norma ISO, en el servicio de seguridad alimentaria, en áreas de diagnóstico médico, en áreas clínicas, en áreas administrativas, en servicios centrales de centros hospitalarios y en la oficina del defensor del usuario. Además se ha certificado de nuevo, según la norma ISO, la unidad de hospitalización a domicilio y el servicio de alimentación del hospital San Pedro.

Se implantó el modelo europeo de excelencia (EFQM) en la unidad de Salud Laboral, en la Dirección General de Recursos Humanos y en determinados servicios de la Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones.

En el ámbito de la seguridad del paciente, se creó la unidad funcional de seguridad del paciente en el hospital San Pedro y se pusieron en marcha, entre otros, la identificación inequívoca y universal de pacientes, la prevención de la infección nosocomial mediante el lavado de manos con solución hidroalcohólica, el protocolo de administración de sangre y hemoderivados. Se actualizó el registro de caídas, se editó la guía de prevención de úlceras por presión, se elaboró en AP el procedimiento del

tratamiento anticoagulante (TAO) y se hizo el seguimiento de los procesos de diez especialidades.

Comunidad Valenciana

En la Comunidad Valenciana se promulgó la Ley/2008, de 20 de junio, sobre el derecho de salud de niños y adolescentes, creada para reforzar el nivel de protección de la población menor de 18 años. Esta norma recoge, entre otros, los derechos relacionados con el nacimiento y la lactancia, los programas de detección precoz y cribado, el consejo genético, el diagnóstico precoz de alteraciones metabólicas y endocrinas, el derecho del niño a participar en las decisiones referentes a su salud y en el consentimiento informado; regula los derechos de niños y adolescentes con discapacidad y enfermedad crónica y la prestación farmacéutica gratuita en menores con una minusvalía. En el caso de situación de desamparo de un menor, garantiza la permanencia en el hospital del menor hasta que no se resuelva la guarda y, por último, la norma regula la prevención, detección y atención al maltrato infantil.

En el plan de gestión de la seguridad del paciente se contemplan: la definición de las funciones de calidad de todos los departamentos, la evaluación y comparación de resultados de mejora, la implantación de programas innovadores de formación en prácticas seguras y el despliegue de un plan de comunicación y difusión de los resultados de las iniciativas y programas promovidos por la dirección general de calidad y atención al paciente.

INGESA

Los aspectos más destacados en las dos áreas únicas son: mejorar el programa de cuidados al alta hospitalaria y en atención primaria mejorar la accesibilidad de los usuarios a través de la cita telefónica, el tiempo medio de espera para entrar en la consulta y el índice sintético de satisfacción de los usuarios. Otro aspecto destacado, es mejorar la calidad de la prescripción farmacéutica en los dos niveles asistenciales.

Se implantó la identificación inequívoca de pacientes hospitalizados de alto riesgo mediante una pulsera de color naranja para adultos y azul para niños, distintas a la habitual de color blanco, la portabilidad global fue en Ceuta de un 80,43%, en Melilla fue de un 74%, llegando casi a un 100% en UCI. Para evaluar el plan de prevención de la infección asociada a la atención sanitaria (lavado de manos con solución hidroalcohólica), se evaluó el consumo de solución hidroalcohólica en atención primaria y en los dos hospitales de INGESA, observándose un aumento sostenido en todos los ámbitos sanitarios.

Se ha editado y difundido entre todos los profesionales del área de Ceuta el plan de promoción y concienciación de pacientes y profesionales en seguridad del paciente. En Melilla se han desarrollado cursos, talleres y la

primera jornada de seguridad del paciente y gestión de riesgos. También en Ceuta se convocaron los premios a la calidad asistencial y se celebró la segunda jornada de seguridad del paciente y gestión de riesgos.

Conclusiones

Puede concluirse que todas las Comunidades Autónomas emplean los modelos de mejora continua, bien sea mediante el enfoque basado en las directrices de la familia de la NORMA ISO o del modelo europeo de excelencia en la gestión (EFQM). Algunas comunidades se encuentran ya en procesos de acreditación y re-acreditación de centros, procesos, servicios, competencias profesionales u organizaciones completas, mientras que otras están definiendo sus mapas de procesos o iniciando la implantación de los mismos.

Todas las CCAA han llevado a cabo actividades para mejorar la formación y la cultura de calidad, dirigidas a todos los estamentos, desde directivos a profesionales de base. Muchas han establecido premios a la mejora de la calidad y la gran mayoría ha centrado también sus esfuerzos en mejorar o establecer procedimientos y medios para una mejor información, uso y seguridad del medicamento, dirigido tanto a profesionales como a pacientes. También se han creado y consolidado unidades de calidad de área o, según ámbito de gestión, unidades funcionales de seguridad del paciente.

La promoción del lavado de manos con solución hidroalcohólica para prevenir la infección nosocomial, el proyecto de reducción de bacteriemias relacionadas con catéteres en UCI ("Bacteriemia zero"), la identificación inequívoca de pacientes, la prevención de caídas y la prevención de úlceras por presión, son acciones presentes en la mayoría de las Comunidades Autónomas.

7 Equidad

7.1 Disminuir las desigualdades en salud en la población española

Desigualdades sociales en salud de la población

El 28 de Agosto de 2008, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), presentó el Informe Mundial sobre Desigualdades Sociales en Salud "Subsanar las desigualdades en una generación" (Closing the gap in a generation), que tiene como objetivo alcanzar la equidad en salud actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Este informe respalda desde la evidencia científica, las intervenciones estratégicas para abordar las desigualdades en salud.

Las desigualdades en salud son el resultado de la situación en que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen, y del tipo de sistemas que se usan para combatir la enfermedad. Al mismo tiempo, las condiciones en las que se vive y se muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas (condiciones socio-económicas, culturales, de educación, género, empleo, vivienda, etc.), por lo que estas desigualdades son evitables e injustas en su mayor parte.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud señala, que conseguir la equidad en salud es posible con las medidas y políticas adecuadas y que ahora se dispone de los conocimientos necesarios para conseguirla. Una de las acciones fundamentales es la centrada en la intersectorialidad en todas las políticas.

Dada su relevancia, el MSPS presentó en 2009, este Informe Mundial en España invitando para ello al Prof. Sir Michael Marmot, presidente de la CDSS. Con el objetivo de dar a conocer los resultados del Informe, iniciar un debate social en torno de las consecuencias de estos hallazgos a nivel nacional y sensibilizar a profesionales, decisores y población general sobre la importancia de la equidad en salud¹.

En Noviembre de 2008 se creó el Grupo Nacional de Expertos en Desigualdades Sociales en Salud, cuyo principal objetivo es desarrollar una Propuesta de Intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud a corto, medio y largo plazo en España. El trabajo de este Grupo Interdisciplinar se lleva a cabo desde 2008 y llegará hasta 2010. Su plan de trabajo se sustenta en:

1 Comisión sobre Determinantes sociales de la salud - Informe Final
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/index.html

- Conocer y presentar el marco conceptual de las desigualdades.
- Revisar las políticas existentes sobre Desigualdades Sociales en Salud tanto a nivel europeo como nacional.
- Desarrollar una Propuesta de Intervenciones para reducir las Desigualdades en Salud.
- Identificar áreas en las que se puedan desarrollar Planes de Acción concretos que contribuyan a la reducción de las Desigualdades.

Equidad en salud en las ciudades

En el año 2008, dentro del Acuerdo que el Ministerio de Sanidad mantiene con la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) para potenciar la Red Española de Ciudades Saludables (RECS), se profundizó en muchas de las actividades estratégicas de la Red relacionadas con la equidad, y en concreto, la implantación de planes de salud en los que la equidad es eje transversal.

La colaboración mantenida entre el Ministerio y la FEMP ha propiciado la adhesión de 143 ciudades a la Red Española de Ciudades Saludables, cuando en el año 2002 se partía de 36 ciudades. Actualmente, más de 100 ciudades de esta Red tienen un plan de salud en marcha, y 43 están elaborándolo.

De igual modo, para fomentar la equidad en salud entre el área rural y la urbana se han iniciado actividades para la implantación del proyecto en municipios de menos de 20.000 habitantes.

Además, dentro del Plan de acción que desarrolla el Convenio, se contemplan actuaciones dirigidas a todos los Ayuntamientos españoles, pertenezcan o no a la Red, para la ejecución de programas sobre colectivos desfavorecidos en lo relativo a desigualdad, pobreza y salud.

Los planes municipales de salud (PMS) así como otros programas innovadores, contribuyen al desarrollo de las principales líneas estratégicas de ciudades saludables, como la participación comunitaria, la valoración del impacto en la salud de otras políticas, la disminución de la pobreza, la acción sobre los determinantes sociales de la salud (incluido el género) para garantizar la equidad en salud, las políticas de medioambiente y la salud, el desarrollo sostenible, el transporte y la salud, el buen gobierno, la planificación urbana saludable, y la salud a lo largo del ciclo vital con especial énfasis en el inicio de la vida, la infancia, la juventud y el abordaje del envejecimiento activo y saludable en las ciudades.

El proyecto de Ciudades Saludables ha permitido actuar a los gobiernos locales en virtud de las directrices establecidas por el Ministerio en materia de salud y equidad. La Red Española de Ciudades Saludables es hoy un instrumento imprescindible para el traslado de las estrategias nacionales de equidad en Salud al ámbito municipal.

Disminución de las desigualdades sociales en salud en la población gitana

El hecho de pertenecer a grupos culturales ó étnicos minoritarios influye en la aparición de desigualdades específicas en salud. Estas desigualdades se derivan, no sólo de las variables socio-económicas, sino también de las barreras de acceso a los servicios sanitarios y la utilización poco efectiva de los mismos por falta de adaptación o incluso por discriminación.

A pesar de que el acceso al Sistema Nacional de Salud en España es universal, en el año 2003 se constató la existencia de dificultades tanto en el acceso a los servicios sanitarios y programas del área de prevención y promoción de la salud como en los resultados que el Sistema Nacional de Salud estaba obteniendo con la comunidad gitana.

Desde el año 2003 la estrategia nacional de equidad en salud dirigida a población gitana se ha venido desarrollando a través del Acuerdo de Colaboración (2003-2008) con la Fundación Secretariado Gitano (FSG). A partir del año 2006, en el que se creó el Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano (CEPG), la Estrategia se desarrolla bajo la dirección de este Grupo en el que participan activamente expertos y representantes gitanos y se deciden las líneas de acción a seguir dentro de la Estrategia Nacional de Equidad, partiendo del análisis de la situación, planificando las actividades principales, y apoyando técnica y económicamente la implementación y la evaluación de las actividades consensuales derivadas de la Estrategia.

Entre las actividades más relevantes son de destacar: el asesoramiento, acompañamiento y capacitación para la intervención en salud dirigido a profesionales sanitarios, administraciones y sociedad civil; la formación y sensibilización de profesionales sanitarios en toda España y también la edición, para facilitar este proceso, de diferentes publicaciones como "Salud y Comunidad Gitana", donde se recogen las bases de la Estrategia, y la "Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios"².

Además, se han llevado a cabo seminarios de debate sobre Salud y Comunidad Gitana, dirigidos a decisores, profesionales y asociaciones gitanas.

Encuesta Nacional de Salud a población gitana

En el año 2006, se realizó la primera Encuesta Nacional de Salud a población Gitana. Este hecho es de gran relevancia ya que la salud de la Comunidad Gitana nunca había sido valorada con un estudio específico y representativo. Y hasta ese momento, las intervenciones llevadas a cabo se apoyaban en las

2 Equidad en Salud y Comunidad Gitana.

<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/comuGitana.htm>

necesidades locales y no existían datos objetivos que apoyaran, orientaran y permitieran evaluar las intervenciones necesarias para conseguir la equidad en salud de esta población.

La Encuesta se planteó con los siguientes objetivos:

- Realizar un diagnóstico de salud de la población gitana española, atendiendo fundamentalmente a los determinantes sociales de la salud y la utilización de los servicios sanitarios.
- Conocer el estado de salud, estilos de vida y acceso a los servicios sanitarios de la Comunidad Gitana y valorar si se encuentran en situación de equidad con respecto al conjunto de la población española.
- Determinar si existen desigualdades sociales en salud que puedan afectar a esta Comunidad para priorizar, si así fuera, áreas de intervención.

La Encuesta se diseñó siguiendo las mismas pautas metodológicas que la Encuesta Nacional de Salud Española (ENSE) y se seleccionaron variables iguales o similares para poder realizar un estudio comparativo.

La primera explotación de la Encuesta proporcionó una información extensa del estado de salud de la población gitana que fue motivo de análisis en el Grupo de Profesionales Expertos en Comunidad Gitana y Salud, y por el Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano (CEPG). También se planificó un espacio para la participación directa de la población concernida: el Primer Seminario Nacional de Asociaciones Gitanas sobre Salud: "Sastipen Va" (Salud Sí), en el que participaron más de veinte entidades gitanas. En él se analizaron los principales resultados y se consensuaron las principales estrategias para abordar las desigualdades y necesidades detectadas. Las conclusiones quedan recogidas en una publicación "Comunidad Gitana y Salud: Conclusiones, Recomendaciones y Propuestas"³.

Tras este primer análisis, el Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano, decidió realizar en 2008, una nueva explotación de esta base de datos de la Encuesta que permitiera profundizar en las áreas de mayor relevancia a través de un estudio comparativo entre las Encuestas Nacionales de Salud de la población gitana y la Encuesta Nacional de Salud de la población general. Teniendo en cuenta variables como el estatus socioeconómico, nivel educativo, tipo de vivienda y otras relevantes para la salud, que permiten conocer mejor si la Comunidad Gitana se encuentra en situación de equidad en relación con la población general⁴.

3 Comunidad Gitana y Salud: Conclusiones, Recomendaciones y Propuestas.

<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/comuGitana.htm#recomendaciones>

4 Jornada Equidad en Salud.

<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaEquidadSalud.htm>

También en 2008, se realizó un trabajo de investigación cualitativa sobre "Estilos de vida en la Comunidad Gitana⁵", con el objetivo de optimizar y adaptar las intervenciones en materia de promoción de la salud y prevención de las enfermedades y teniendo en cuenta, entre otros aspectos, los valores y las creencias que subyacen en la adopción de un determinado estilo de vida. Esta investigación cualitativa es una herramienta imprescindible para reforzar los estilos de vida que son saludables y para modificar aquellos que no lo son.

Cooperación internacional

Dada la experiencia española en el desarrollo en salud de la Comunidad Gitana, el modelo español está sirviendo de referencia para otros países europeos.

En 2008, el MSPS participó en un proyecto de cooperación bilateral orientado a reformar el sistema sanitario búlgaro y los sistemas de urgencia para la inclusión en equidad de la comunidad gitana, y en el proyecto europeo financiado por la Dirección General de Sanidad y Consumo de la Comisión Europea (DG SANCO): Health and the Roma Community, Analysis of the situation in Europe, en el que bajo la dirección de la Fundación Secretariado Gitano, y con el apoyo y asesoramiento del MSPS se sigue un modelo similar a la estrategia española en Rumania, Bulgaria, Grecia, Portugal, República Checa, y Eslovaquia.

Además, el MSPS organizó una visita de campo informativa para la responsable de la Oficina de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Serbia, cuyo objetivo era el asesoramiento para la realización de un programa piloto de desarrollo y salud con la comunidad gitana en dicho país.

Por otro lado, la OMS seleccionó en 2008 para su publicación en formato de estudio de caso, el trabajo realizado en España sobre salud y comunidad gitana a nivel nacional y, más concretamente, el Programa de Minorías Étnicas que desarrolla Navarra desde hace más de 20 años. ("Spain: Health Promotion among Navarre Ethnic Minorities programme⁶").

Disminución de las desigualdades sociales en salud en la población inmigrante

Desde hace dos décadas, España ha pasado de ser un país de emigrantes a ser tierra de inmigración, y en los últimos cinco años el número de extranjeros que vive en España se ha situado en los niveles más altos de la Unión Europea

5 Estilos de vida en la comunidad gitana.

<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/comuGitana.htm#estilosVida>

6 "Spain: Health Promotion among Navarre Ethnic Minorities programme".

http://www.euro.who.int/socialdeterminants/socmarketing/20081022_4

y en el décimo país del mundo con mayor número de inmigrantes, según cifras del Informe Mundial de Población de las Naciones Unidas.

Sin lugar a duda, los desafíos y oportunidades que plantea la inmigración son muy similares a los que afrontan otros países europeos de nuestro entorno, pero aquí el fenómeno se ha producido con mucha más rapidez y plantea algunos problemas de ajuste en los sistemas básicos del bienestar, entre los que cabe destacar la salud y la educación.

El Área de Salud del Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración (2007-2010), en la que el MSPS participa, plantea las estrategias necesarias para que el acceso al sistema sanitario público y a la asistencia sanitaria sea en condiciones de igualdad y contribuya a la integración de los inmigrantes y a su plena participación en la sociedad de acogida.

Por otro lado, nuestra sociedad está cada vez más globalizada, las personas viajeras son cada vez más numerosas y las enfermedades y condiciones que determinan la salud y la enfermedad han dejado de ser algo local.

En 2008, se presentaron la "Guía de Enfermedades Infecciosas Importadas"⁷ y el "Informe sobre las Enfermedades Infecciosas Importadas por Viajeros Internacionales a los Trópicos"⁸.

Estos dos informes, analizan estos nuevos fenómenos, valoran la repercusión en la salud pública y establecen pautas de adaptación a las nuevas formas de vida y trabajo. Están dirigidos a instituciones, profesionales y la sociedad en su conjunto, reforzando los objetivos 2 y 3 del Plan: Mejorar la identificación de las necesidades socio-sanitarias de la población inmigrante y Mejorar la formación del personal sanitario en técnicas de gestión de la salud de la población inmigrante.

Además durante el año 2008, se han desarrollado tres estudios, que serán publicados en el 2009: "Informe sobre enfermedades infecciosas importadas por inmigrantes residentes en España que se desplazan temporalmente a sus países de origen"; "Informe sobre la enfermedad de Chagas en personas procedentes de Latinoamérica residentes en España", e "Informe sobre estrategias básicas para el abordaje de las enfermedades infecciosas en inmigrantes, viajeros e inmigrantes viajeros".

En el ámbito internacional, y tras la Presidencia Portuguesa de la Unión Europea en 2007 en la que España contribuyó muy directamente en la prioridad del semestre "Migración y Salud", el MSPS ha seguido participando en todos

7 Guía de Enfermedades Infecciosas Importadas e Informe sobre las Enfermedades Infecciosas Importadas por Viajeros Internacionales a los Trópicos.

<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/migracion.htm#viajeros>

8 Vid Nota 7

los foros europeos e internacionales sobre salud y migración. En 2008 se ha participado en:

- El Proyecto AMAC (Assessing Migrants and Communities: Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities); éste es un proyecto co-financiado por la DG de Sanidad y Consumo de la Unión Europea y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) para evaluar la relación y puntos comunes entre distintos proyectos en el área de Migración y Salud que se están desarrollando en los distintos países miembros y cuyos resultados se presentarán públicamente en septiembre de 2009 en Lisboa.
- La mesa redonda organizada por The Equal Rights Trust (ERT) sobre "el Estado, la diversidad religiosa y la salud en Europa" celebrada en Londres.
- La Primera Conferencia de la Red científica europea en "Salud, Migración y Pobreza". El MSPS pertenece al Grupo, que tiene como objetivo asesorar las políticas globales sobre esta materia de la Comisión Europea. El grupo se constituyó para apoyar las prioridades de la Presidencia Portuguesa de la Unión Europea en materia de Inmigración y Salud. Una vez finalizada la presidencia Portuguesa, a iniciativa del National Institute for Health, Migration and Poverty de Roma, se crea esta Red para seguir reorientando la agenda europea en esta nueva etapa.

Apoyo a las actuaciones de las Comunidades Autónomas

Durante el año 2008, dentro de la "Propuesta de criterios para la distribución entre las Comunidades Autónomas en concepto de subvención al desarrollo del programa de prevención y promoción de la salud, especialmente en el ámbito de las enfermedades y problemas emergentes, reemergentes y de especial relevancia", se concedió prioridad a los proyectos integrales destinados a mejorar la salud de la población, en especial, a través de intervenciones de reducción de desigualdades sociales en salud, especialmente en colectivos vulnerables y contextos más desfavorecidos. A continuación se presentan las medidas adoptadas por las CCAA e INGESA para disminuir las desigualdades en salud en la población.

Tabla 7.1. Medidas adoptadas por las CCAA y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla para disminuir las desigualdades en salud en la población

COMUNIDAD AUTÓNOMA	MEDIDAS
ANDALUCÍA	<p>ATENCIÓN SOCIOSANITARIA</p> <p>Planes de intervención en zonas con necesidad de transformación social</p> <p>Elaboración de la Ley de Inclusión Social</p> <p>Reforzar los servicios de salud: personal, incentivos retributivos a los profesionales, entre otros</p> <p>Cursos de formación y capacitación a grupos con carencias socio-económicas, culturales y de salud</p> <p>INMIGRACIÓN</p> <p>Reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria de la población migrada sin normalización documental</p> <p>Carta de derechos y deberes traducida a varios idiomas (inglés, ruso y árabe)</p> <p>Material escrito, en formato tipo pictogramas, y traducidos para el programa de vacunación, atención al embarazo, parto y puerperio y planificación familiar</p> <p>Manual de Atención a las Personas Inmigrantes dirigido a profesionales, donde se abordan diferentes aspectos no sólo relacionados con enfermedades y problemas de salud, sino también de interculturalidad, sociales, epidemiológicos y demográficos</p> <p>Programas de traducción extendidos a todos los centros sanitarios, a través de "Salud Responde"</p> <p>PROSTITUCIÓN</p> <p>Planes de atención a los problemas de salud de las personas que ejercen la prostitución.</p> <p>SALUD MENTAL</p> <p>Integración social del enfermo mental – FAISEM</p> <p>Planificación transversal en políticas de salud</p> <p>Programa de tratamiento con metadona</p> <p>Proyectos de participación social de Ayuda Mutua en Salud</p> <p>Ayudas a proyectos de participación social en VIH/SIDA</p>
ARAGÓN	<p>Comisión Interdepartamental de mutilación genital femenina</p> <p>Plan Integral para la convivencia intercultural</p>
BALEARES	<p>ATENCIÓN SOCIOSANITARIA</p> <p>Plan de acciones sanitarias en el ámbito socio sanitario</p> <p>Convenio marco Salud/Asuntos Sociales</p> <p>Comisión de atención temprana (Salud, Educación y Asuntos Sociales)</p> <p>INMIGRACIÓN</p> <p>Promoción de actividades orientadas a la mejora de la atención sanitaria a la población inmigrante</p> <p>Tele traducción (DUALIA) para todos los hospitales públicos y concertados con el Servicio de Salud y para todos los centros de salud de las Illes Balears con 72 puntos de teletraducción</p> <p>Impulsar actividades de mediación en el ámbito comunitario</p> <p>ACCESIBILIDAD</p> <p>Mejora de los centros de salud y unidades básicas de salud de atención primaria</p> <p>Avances para la construcción del nuevo complejo hospitalario de Eivissa</p> <p>Consolidación de las aperturas de los hospitales de Inca, Menorca y Formentera</p> <p>Mejora de las condiciones de traslados por motivos de salud que se dan entre islas y entre el archipiélago y la península, y que culminarán en 2009</p>

COMUNIDAD AUTÓNOMA	MEDIDAS
CANARIAS	<p>DISCAPACIDAD Reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Decreto 54/2008, de 25 de marzo</p> <p>Cribado de hipoacusia neonatal Se crea el Grupo de trabajo y se inicia la elaboración del Programa de Hipoacusia</p> <p>INMIGRACIÓN Sistema de tele traducción Elaboración de protocolo de atención sanitaria</p>
CANTABRIA	<p>Encuesta de Salud de Cantabria 2006 (muestra ampliada para Cantabria de la ENS) con enfoque en la identificación de desigualdades en salud</p> <p>DISCAPACIDAD Aplicación de la Ley de Dependencia, con inclusión en la cartera de servicios de la valoración, atención y posterior reevaluación de las personas dependientes</p> <p>Edición del manual "Atención a la persona con necesidad de cuidados y su cuidador"</p> <p>INMIGRACIÓN Análisis de los determinantes sociales de la salud y del acceso a servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria</p>
CASTILLA Y LEÓN	<p>Integración población inmigrante Formación del personal sanitario en la atención a la población de distintos orígenes y culturas, y en mediación intercultural Traducción simultánea en todos los centros hospitalarios y 20 centros de salud Reedición de la historia clínica y hoja de tratamiento de atención primaria en cinco idiomas Pictogramas informativos para facilitar la comunicación con los ginecólogos y las matronas en cuatro idiomas</p> <p>ACCESIBILIDAD Estudio mensual del número de incidentes atendidos en más de 30 minutos por emergencias sanitarias en el medio rural, a fin de determinar las necesidades de zonas básicas de salud y proponer un Plan de Implantación de Nuevos Recursos Establecimiento de 581 rutas de transporte público a demanda Control TAO en Centros de Salud: en 2008 se ha desarrollado la implantación de la anticoagulación mediante reflectómetros en el 92% de las ZBS, que se completará al 100% a lo largo de 2009</p> <p>DISCAPACIDAD Atención a las personas con enfermedad mental Puesta en marcha de una Unidad de Patología Dual en el Hospital Santa Isabel de León Puesta en marcha de la Minirresidencia de Zamora Proceso integrado de Atención Sociosanitaria a personas con trastornos mentales Programas de apoyo a familias de personas con enfermedad mental Fomento de la integración socio-laboral del enfermo mental Plan regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad II Plan Sociosanitario de Castilla y León 2004-2007 Regular las prestaciones de salud bucodental del Sistema de Salud de Castilla y León Protocolo de atención buco dental para discapacitados</p>

COMUNIDAD AUTÓNOMA	MEDIDAS
CASTILLA-LA MANCHA	<p>ACCESIBILIDAD Garantizar los tiempos máximos de respuesta, prestaciones, tarifas y abonos por gastos de desplazamiento en AE Presencia de voluntarios en los centros Atención dental a la población entre 6 y 15 años</p> <p>INMIGRACIÓN Mediación sociosanitaria, especialmente en lo que se refiere a la atención a la salud perinatal y la salud de la mujer (Convenio con Médicos del Mundo) Proyecto para habilitar a los profesionales sanitarios y administrativos en atención sociocultural Guías de atención a la población inmigrante Traducción de documentos a diversos idiomas Elaboración de diccionarios multilingües Servicio telefónico de intermediación lingüística</p>
CATALUÑA	<p>DISCAPACIDAD Atención buco dental para personas con discapacidad Programa para el impulso y la ordenación de la promoción de la autonomía personal</p> <p>ACCESIBILIDAD Homogeneización de las condiciones medias de salud de la población de los distintos territorios, mediante la planificación estratégica de los recursos sanitarios conforme al Plan de Salud 2006-2010 y a la Encuesta de Salud de Cataluña 2006 que aportan información relevante para orientar las decisiones políticas a corregir las desigualdades en los territorios más pequeños o más alejados</p> <p>INMIGRACIÓN Plan director de inmigración en el ámbito de la salud orientado a mejorar la accesibilidad de la población inmigrante a los servicios sanitarios, mediante planes de acogida, mediación y formación de los profesionales, así como a dar respuesta a sus problemas específicos y a las nuevas patologías importadas</p> <p>ATENCIÓN COMUNITARIA Desarrollo del Programa Salud en los Barrios para la reforma estructural de los barrios especialmente degradados y con riesgo de exclusión Protocolo para la atención del maltrato agudo en la infancia Elaboración de un protocolo para la atención del maltrato a las personas mayores. Programa Salud y escuela para proporcionar consultas abiertas con enfermeras de los centros de salud</p>
EXTREMADURA	<p>ACCESIBILIDAD Incremento de Zonas de Salud y, por tanto, de Centros de Salud, isocrona igual o inferior a 15 minutos del centro de salud de referencia Puesta en funcionamiento de nuevos hospitales, isocrona igual o menor a 30 minutos de su hospital público de referencia Urgencias y emergencia: 16 Unidades Móviles, 2 Unidades Medicalizadas de Emergencias Aéreas (ubicadas en Cáceres y don Benito) Atención continuada está garantizada a través de los 128 PAC</p> <p>NUEVAS TECNOLOGÍAS Dotación progresiva en determinadas áreas y la puesta en funcionamiento de la telemedicina en los Hospitales y en un total de 30 Centros de Salud</p> <p>INMIGRACIÓN Protección sanitaria a los extranjeros</p> <p>ATENCIÓN SOCIOSANITARIA Convenios con el Comité Antisida de Extremadura para la realización de la prueba rápida VIH fuera del ámbito sanitario y para la inserción socio-laboral de las personas con VIH-SIDA Inclusión del tratamiento de la lipodistrofia en personas afectas por VIH como prestación del sistema sanitario público y seguimiento de las medidas de protección para evitar la infección en parejas serodiscordantes Convenios con organizaciones no gubernamentales y asociaciones de enfermos y familiares</p>

COMUNIDAD AUTÓNOMA	MEDIDAS
EXTREMA- DURA	Convocatorias de subvenciones: programas de intervención en drogodependencias, en el marco del Plan Integral sobre Drogas, para la incorporación social y laboral de personas con problemas por consumo de drogas Convocatoria destinadas a Mancomunidades y Ayuntamientos que realicen programas de prevención comunitaria en el marco del Plan Integral sobre Drogas
GALICIA	DISCAPACIDAD Línea estratégica dentro del Plan de salud de Galicia INMIGRACIÓN Y ETNIAS Colaboración con distintas etnias Convenio de colaboración para la Estancia de niños y niñas: saharauis, senegaleses y rusos
MADRID	DISCAPACIDAD Plan de acción para personas con discapacidad 2005-2008 "Comisión Mujer y Discapacidad" Atención Bucodental a niños y adultos con discapacidad Plan de Detección Precoz de la Hipoacusia en Recién Nacidos Mejora de la accesibilidad para las personas con discapacidad en los centros del Sistema Sanitario Público ATENCIÓN SOCIOSANITARIA Plan de apoyo a la familia 2005-2008 Mejorar el bienestar y la calidad de vida, en especial a las que tienen mayores necesidades. Impulsar la cohesión social fomentando el desarrollo de la familia como institución social básica transmisora de valores de convivencia, solidaridad, respeto mutuo y tolerancia Favorecer la solidaridad intergeneracional Impulso de todas las actividades asistenciales que sirven para el apoyo a la maternidad y paternidad Línea formativa y de apoyo a las familias "Educación para la Salud en Centros Educativos" y de "Educación para la Salud a Grupos" Plan contra la exclusión social 2002-2006 Documento para la atención sanitaria -DAS- a personas en exclusión social Equipo móvil de intervención con población excluida (EIPE) en los asentamientos de las Barranquillas y Cañada Real, para hacer accesibles los servicios sanitarios a personas que viven en situaciones de extremo riesgo y desigualdad Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar INMIGRACIÓN Plan de Integración 2006-2008 Implementar actuaciones que faciliten la información sobre el acceso y funcionamiento del sistema sanitario Impulsar actuaciones informativas de prevención y promoción de la salud Aumentar la formación y el conocimiento de los profesionales sanitarios en materia de inmigración Unificar la información existente sobre la salud de la población inmigrante
MURCIA	INMIGRACIÓN Plan de intervención y formación en mediación intercultural en atención primaria Documento Técnico "El papel de la Mediación Intercultural en Atención Primaria en Salud". Formación en mediación intercultural en atención primaria de salud DISCAPACIDAD Protocolo de traslados e ingresos de las personas que padecen enfermedad mental
NAVARRA	INMIGRACIÓN Y ETNIAS Edición y distribución de materiales editados en francés, inglés, árabe y ruso, sobre: "Los Servicios de salud, La alimentación infantil y Vuelta al cole con salud" Apoyo económico y técnico a diferentes entidades sociales que trabajan en inmigración Formación, de tres días de duración, dirigido a profesionales de medicina y enfermería de los centros de salud titulado "Atención sanitaria a la población inmigrante"

COMUNIDAD AUTÓNOMA	MEDIDAS
NAVARRA	<p>Espacio en la página web del INSL "Trabajadores Inmigrantes" http://www.cfnavarra.es/INSL/pub.html Programa de promoción de salud dirigido a personas de etnia gitana DISCAPACIDAD Asistencia Sanitaria Odontológica a disminuidos físicos y psiquicos</p>
PAÍS VASCO	<p>INMIGRACIÓN "Plan Vasco de Inmigración 2007-2009" Intensificar las acciones de divulgación entre la población inmigrante acerca del acceso y organización del Sistema Vasco de Salud Elaboración de un tríptico informativo traducido a diversos idiomas (rumano, portugués, chino y árabe entre otras) Formación del personal en esta materia Guías asistenciales para el adulto y niño inmigrantes en Atención Primaria disponible en la página web del Departamento de Sanidad Traducción y mediación entre médicos y pacientes inmigrantes, Proyecto piloto de traducción simultánea por teléfono ATENCIÓN SOCIOSANITARIA Estudio de la "Evolución de las desigualdades geográficas, socioeconómicas y medioambientales en la mortalidad por áreas pequeñas en la CAPV Proyecto de estudio sobre "Evolución de las desigualdades sociales en las conductas relacionadas con la salud"</p>
LA RIOJA	<p>DISCAPACIDAD Accesibilidad del Registro de Instrucciones Previas a personas discapacitadas Convenios con asociaciones y centros de ayuda a enfermos y discapacitados Convenios con asociaciones benéficas y altruistas INMIGRACIÓN Y ETNIAS Formación de agentes de salud comunitarios con la Etnia Gitana Proceso de comunicación mediante intérpretes Publicación de la guía de la lactancia materna en cinco idiomas ACCESIBILIDAD Subvenciones a Corporaciones Locales para el equipamiento y mantenimiento de los consultorios médicos, así como la nueva construcción o la gran reparación Garantía de tiempos máximos de espera y un sistema de información sanitaria</p>
CEUTA Y MELILLA	<p>DISCAPACIDAD Prestaciones socio-sanitarias, dentro del Programa marco, firmado en Melilla en enero de 2007, de actuaciones conjuntas de las direcciones territoriales del INGESA y el INSERSO. Dirigido al anciano frágil, personas con trastornos mentales graves y crónicos, personas con discapacidad física, psíquica ó sensorial, terminales, dependientes funcionales, personas en situación de exclusión social con problemas sanitarios y cuidadores informales Programa de atención a mayores frágiles y dependientes, incluido en la cartera de servicios de atención primaria y especializada INMIGRACION Y ETNIAS "Guía práctica de lactancia materna" "Trípticos de salud perinatal" "Charlas grupales mediante soporte informático y de sonido para educación perinatal": dirigidos a la población no hispano parlante (50% de nuestros partos), y son en: Tamazight, Árabe y Francés. Programas de control sanitario en colaboración con los centros de estancia temporal de inmigrantes (CETI)</p>

COMUNIDAD AUTÓNOMA	MEDIDAS
CEUTA Y MELILLA	<p>"Protocolo básico de detección y control de enfermedades infectocontagiosas"</p> <p>Atención especial al control de tuberculosis con implantación de protocolo unificado de área en Ceuta y Melilla documentado, impreso y difundido a los profesionales</p> <p>ACCESIBILIDAD</p> <p>Protocolo de traslado de pacientes a centros sanitarios de la península</p> <p>Mejora del acceso a las prestaciones sanitarias a través de la adaptación de los sistemas informáticos en listas de espera quirúrgica, consultas externas y pruebas diagnósticas</p>
<p>Observaciones: Incluye información remitida por CCAA e INGESA al cierre del presente informe</p> <p>Fuente: Informes remitidos por las CCAA e INGESA</p>	

7.2 Género y salud

En los últimos años han sido varias las disposiciones europeas, estatales y autonómicas para regular la igualdad entre mujeres y hombres. Algunos ejemplos de ello son las directivas europeas que fomentan la igualdad de trato en el ámbito formativo, profesional y de acceso a bienes y servicios (2002/73/CE; 2004/112/CE) o la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo⁹, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres en España. Este marco legislativo es crucial para la reflexión sobre algunos de los datos y cifras que se manejan a lo largo de este capítulo, y debe constituirse en el impulso que permita desarrollar la igualdad y la paridad en los servicios relacionados con la salud.

La Recomendación CM/Rec (2008) 1 del Comité de Ministros¹⁰ a los estados miembros para la inclusión de las diferencias de género en política sanitaria, adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 30 de enero 2008, señala la evidencia creciente en todos los campos de la investigación en salud (concerniente tanto a los mecanismos biomédicos como a los psicosociales) en cuanto a que los factores de riesgo, la manifestación clínica, las causas, consecuencias y tratamiento de las enfermedades pueden diferir entre hombres y mujeres y que, en ese caso, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, la asistencia sanitaria y la promoción de la salud necesita ser adaptada de acuerdo con las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres.

Asimismo, apreciando que las diferencias de género pueden tener como resultado problemas de acceso a los servicios sanitarios y que la ausencia de

9 BOE: Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo.

http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2007/06115

10 COE: Recomendación CM/Rec (2008) 1 del Comité de Ministros.

http://www.coe.int/t/e/human_rights/equality/Rec_2008_1_Spanish.pdf

recursos para promover la sensibilidad de género en los proveedores de asistencia sanitaria, puede llegar a constituir barreras estructurales a la calidad de la misma. Dicha recomendación señala que los estados miembros en el contexto de la protección de los derechos humanos, hagan del género una de las áreas prioritarias de acción en salud a través de políticas y estrategias que aborden las necesidades sanitarias específicas de hombres y mujeres, y que incorporen la perspectiva de género. Se insta a los estados miembros a que desarrollen y diseminen conocimiento sensible al género que permita intervenciones basadas en la evidencia científica a través de una recopilación sistemática de información apropiadamente desagregada por sexo, y la promoción de estudios de investigación relevantes.

En este sentido, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, recoge en varios de sus artículos los ejes de educación, investigación y salud. Así, marca las directrices para integrar el principio de igualdad de oportunidades tanto en las políticas de educación como en las políticas de salud. Señala que las Administraciones públicas, a través de los Servicios de Salud u órganos competentes, tendrán que desarrollar acciones que fomenten la investigación científica atendiendo las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud, sobre todo en lo que se refiere al acceso a servicios sanitarios, el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, ensayos clínicos y actividades asistenciales. Además, reitera la necesidad de integrar el principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias, así como llevar a cabo acciones dirigidas a conseguir una presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos y de responsabilidad profesional en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Todo ello sin olvidar la importancia que tiene la obtención y el tratamiento de los datos de manera desagregada por sexo, de los registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria, según se indica en el Art. 27 de la Ley para la igualdad efectiva de mujeres y hombre.

En España existe suficiente evidencia sobre la relación entre desigualdades sociales y resultados en salud, pero hay escasa información sobre cómo abordarla desde los sistemas de salud. Para establecer y evaluar políticas de equidad en salud es necesario, en primer lugar, contar con sistemas de información que permitan conocer las características sociales de las personas atendidas, su nivel socioeconómico o clase social y, también, aquéllas otras que incorporan otras dimensiones: la nacionalidad, las creencias religiosas, el sexo, la opción u orientación sexual, la edad o el lugar de residencia. Todas ellas están relacionadas pero son diferentes, y operan de manera distinta en cada población.

Por lo tanto, describir e investigar sobre las diferencias según sexo y sobre las desigualdades según género en salud, significa que se está teniendo

en cuenta tanto a las mujeres como a los hombres y que, siempre que sea posible, se realizarán análisis separados por sexo para poder entender la naturaleza del género como eje de desigualdad y concepto multidimensional. La equidad de género en salud requiere que hombres y mujeres sean tratados igual cuando tienen necesidades comunes, y que sus diferencias se aborden de manera diferenciada en todos los procesos y niveles, desde la planificación hasta la prestación de servicios.

Estrategias de salud y perspectiva de género

Uno de los objetivos prioritarios dentro del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud para fomentar la Equidad es promover el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud del personal de los servicios sanitarios y fortalecer el enfoque de género en las políticas de salud. En este sentido, el Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, durante 2008, ha continuado colaborando integrado en los Comités Institucionales y de Seguimiento y Evaluación de las Estrategias del Sistema Nacional de Salud aprobadas por el Consejo Interterritorial del SNS (cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes, cuidados paliativos, salud mental, atención al parto normal, ictus, EPOC y enfermedades raras), al objeto de identificar dentro de cada línea estratégica, objetivos y recomendaciones encaminadas a reducir las desigualdades en salud, allá donde las relaciones de género se tornan en desigualdades y por tanto conduciendo a inequidades en el acceso y utilización de servicios sanitarios entre mujeres y hombres (Plan de Calidad. Estrategia 4. Objetivo 4.1).

Violencia de género

Un avance hacia la igualdad y la erradicación de la violencia de género, lo constituye la publicación del Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género en la que se señala el papel prioritario de las administraciones públicas. Propone, entre sus objetivos prioritarios, formar profesionales sanitarios en materia de violencia de género con criterios comunes de calidad e impulsar el diseño y producción de indicadores de evaluación de la formación.

Durante 2008, y tras la publicación del Protocolo Común de actuación sanitaria ante la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud (2007), la Comisión contra la violencia de género ha trabajado en el diseño y elaboración de las fichas técnicas de los indicadores comunes aprobados, que permitirán obtener información sobre la atención sanitaria a este grave problema de Salud Pública. Asimismo, se ha trabajado en la definición de contenidos educativos comunes básicos de la formación de profesionales de los servicios sanitarios en este tema, editándose trípticos informativos sobre los indicadores comunes y acerca de los criterios de calidad de las acciones formativas para su mayor difusión.

Por otra parte, el Ministerio de Sanidad firmó convenios con 13 CCAA e INGESA para impulsar actividades relacionadas con la implantación del Protocolo Común de actuación sanitaria ante la violencia de género. También, se ha procedido a la elaboración del Informe Anual 2007 sobre atención sanitaria a la violencia de género en el SNS. Todas las actuaciones sanitarias que se realizan en violencia de género a nivel global del SNS se coordinan desde la Comisión contra la Violencia de género del Consejo Interterritorial del SNS. La coordinación externa con el resto de administraciones públicas implicadas, representadas y organizadas para el trabajo intersectorial, se realiza desde el Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer de la Delegación del gobierno para la violencia contra las mujeres (Ministerio de Igualdad).

Se participó en el Symposium internacional sobre Violencia como causa de enfermedad, organizado por el Ministerio de Sanidad alemán y la sociedad médica alemana en colaboración con la Oficina Regional Europea de la OMS, comunicando la experiencia española de organización y atención sanitaria a la violencia de género.

Por último, cabe destacar algunas de las medidas que las CCAA e INGESA están adoptando contra la violencia de género, que se recogen en la Tabla 7.2.

Tabla 7.2. Actuaciones y avances para implementar protocolos contra la violencia de género en 2008

CCAA	ACTUACIONES REALIZADAS
Andalucía	<p>Puesta en funcionamiento de un nuevo modelo de comunicación judicial común para todos y para cualquier origen de lesiones</p> <p>Edición del Protocolo de actuación ante la violencia de género, adaptado del aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud</p> <p>Elaboración de un protocolo específico sobre violencia de género para las unidades de Salud Mental Comunitarias</p> <p>Diseño de cursos y materiales para la formación de profesionales a través de la Red de Formación contra el Maltrato a la Mujeres (Red Formma)</p>
Aragón	<p>Seguimiento del Protocolo de coordinación interinstitucional para la prevención de la violencia de género y atención a las víctimas</p> <p>Seguimiento del Plan integral para la prevención y erradicación de la violencia doméstica</p> <p>Formación en prevención y detección de violencia de género en el ámbito sanitario</p> <p>Seguimiento de la Guía de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia doméstica en el sistema de salud</p>
Asturias	<p>Seguimiento del Protocolo sanitario para mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia de género</p> <p>Utilización del registro VIMPA (de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias)</p>
Baleares	<p>Publicación y difusión de la Guía de actuación sanitaria ante la violencia de género</p> <p>Elaboración de un Protocolo de coordinación interinstitucional para la actuación ante la violencia de género</p>

CCAA	ACTUACIONES REALIZADAS
Canarias	Inicio del diseño del Programa de igualdad y equidad
Cantabria	Seguimiento del Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos
Castilla y León	Seguimiento del II Plan contra la violencia de género (2007-2011) Seguimiento del Servicio de Atención a la mujer víctima de violencia de género
Castilla-La Mancha	Seguimiento del Programa de intervención y prevención contra la violencia de género: asistencia psicosocial y jurídica. Seguimiento del Programa Vitrubio
Cataluña	Aprobación del Plan de Políticas de Mujeres 2008-2011, que incluye la intervención integral contra la violencia machista
Extremadura	Aplicación del Protocolo Interdepartamental para la Erradicación y Prevención de la Violencia contra la Mujer Programa de sensibilización/formación sobre los contenidos del Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género, dirigido a profesionales sanitarios Seguimiento de la Comisión permanente para la erradicación y prevención de la violencia contra la mujer Seguimiento del Proyecto Pilar (red de asistencia psicológica en situación de emergencia)
Galicia	Proyecto de mejora de la atención a la violencia de género Implantación de la Guía Técnica de actuación sanitaria ante la violencia de género
Madrid	Seguimiento del Plan de acción integral contra la violencia de género 2005-2008. Creación de un espacio web sobre violencia de género y edición de documentos técnicos y guías de actuación para profesionales sanitarios Seguimiento del Programa de formación continuada en violencia de género Publicación de la Guía breve de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres Publicación de la Guía de actuación en atención especializada Seguimiento del Programa ATIENDE para las mujeres afectadas por la violencia de género y sus hijos e hijas Estudio transversal de base poblacional para conocer la prevalencia de la violencia de pareja hacia las mujeres y los problemas de salud asociados a esta situación Creación de sistemas de información adecuados a la explotación de los datos de atención primaria así como el establecimiento de los circuitos necesarios para responder a las necesidades de información de la comisión técnica de violencia de género
Murcia	Seguimiento del Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en atención primaria iniciado en 2007 Seguimiento del Plan Integral de formación en violencia de género Sensibilización y formación de todos los colectivos profesionales sanitarios y no sanitarios del Servicio de Salud Formación de formadores en violencia de género en atención primaria

CCAA	ACTUACIONES REALIZADAS
Navarra	Seguimiento del Protocolo de actuación común ante la violencia de género con formación en prevención, detección precoz y abordaje de la violencia doméstica en atención primaria Seguimiento de la Comisión de seguimiento del acuerdo interinstitucional para la atención integral a las mujeres víctimas del maltrato Elaboración de un Registro integral de expedientes de violencia de género que permita a las diferentes administraciones y entidades que intervienen en el tratamiento, acceder a toda la información
País Vasco	Aprobación del Programa Salud y Mujer que incluye la detección e intervención desde los servicios sanitarios para disminuir el impacto de la violencia de género sobre la salud
La Rioja	Seguimiento del III Plan Integral contra la violencia de género 2006-2009 Formación en aspectos ético legales, prevención detección precoz y abordaje de violencia doméstica Seguimiento de la detección y abordaje de la violencia doméstica en los centros de salud
Ceuta y Melilla	Implantación del Protocolo sobre violencia de género del SNS aprobado en 2007 entre el MSPS, CCAA, Delegación especial para la violencia de género y el Instituto de la mujer Seguimiento del Protocolo de repuesta sanitaria ante la violencia de género
Observaciones: Incluye información remitida por CCAA e INGESA al cierre del presente informe Fuente: Informes de CCAA e INGESA	

Instrumentos para identificar y difundir buenas prácticas

Desarrollar instrumentos e identificar y difundir buenas prácticas para facilitar la transversalidad de género en las políticas y las estructuras del sistema de salud, así como la inclusión del enfoque de género en acciones fundamentales, se han concretado durante 2008 en:

- El diseño de un modelo estándar de recogida de datos sobre buenas prácticas con perspectiva de género en el Sistema Nacional de Salud, lo que ha permitido la identificación de algunas de estas experiencias y su difusión dentro del V FORO anual Mujeres, Salud y Género, que tuvo como tema central el abordaje de la transversalidad de género en las políticas sanitarias.
- La elaboración, edición y difusión de una Guía de Recomendaciones para la inclusión del enfoque de género en programas de salud¹¹ y un libro sobre los determinantes de género en salud (marco teórico y práctica).

11 Guía de Recomendaciones para la inclusión del enfoque de género en programas de salud. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/recomendVelasco2008.htm>

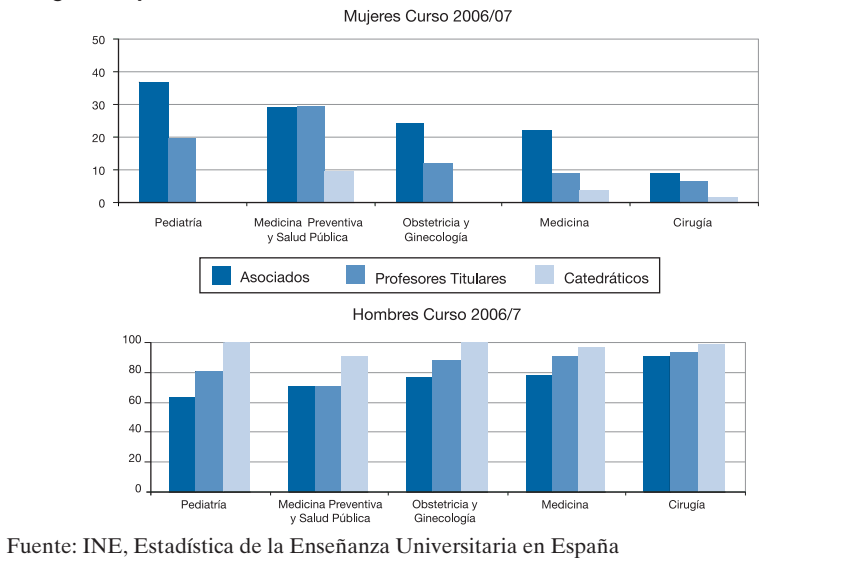
- La traducción al castellano de la herramienta de análisis de género de la Estrategia europea para la salud y el desarrollo de la infancia y la adolescencia de la OMS.

Informe salud y género 2007-2008. Las profesiones sanitarias

En la tercera edición del Informe, realizado por el Observatorio de Salud de la Mujer (OSM), se han analizado los factores de acceso a la carrera profesional de las mujeres y hombres en el ámbito sanitario. Se ha observado como existe una relación directa entre la socialización diferencial de género y los factores negativos que influyen en la proyección de la carrera profesional que se ve vertebrada a través de una escasa proyección de los valores femeninos en la organización y dirección de la actividad sanitaria, una encubierta minusvaloración social de las profesiones feminizadas y un dominio simbólico de lo masculino en todos los sectores afectados: formación, investigación, asistencia, gestión y comunicación en el sistema sanitario.

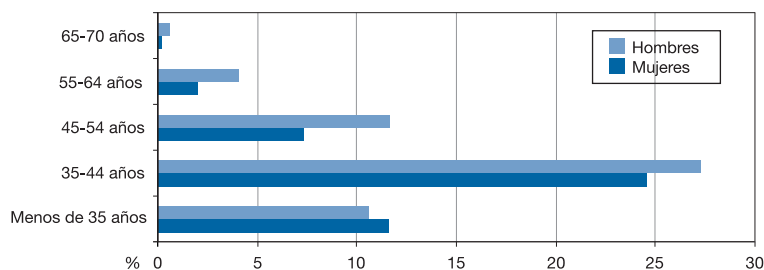
En cuanto a la formación, las mujeres estudiantes son mayoría en las universidades, también en las especialidades de Ciencias de la Salud. Pero los puestos que ocupan son de menor rango que los de los hombres, incluso en las profesiones más feminizadas, como puede ser Enfermería. Cabe destacar la ausencia de catedráticas en Pediatría o Ginecología y Obstetricia (Figura 7.1). Por otro lado, su presencia en órganos de representación y administración universitarios es aún minoritaria y limitada a puestos intermedios.

Figura 7.1. Distribución porcentual de mujeres y hombres por categorías profesionales en algunas especialidades sanitarias



La presencia desigual de las mujeres en los puestos docentes se reproduce en el ámbito de la investigación, en el que ocupan también en mayor medida los puestos de menor rango, estando menos representadas como investigadoras principales en las convocatorias de financiación pública de proyectos de investigación (Figura 7.2 y Figura 7.3), Además, de tener una menor presencia en las revistas especializadas como autoras o formando parte de comités de redacción y revisión (Figura 7.4).

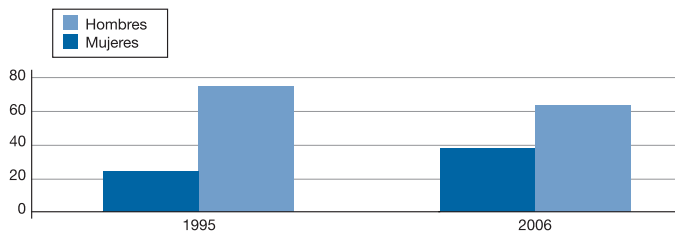
Figura 7.2. Distribución porcentual de personal investigador por grupos de edad y sexo. Año 2006



Edad	% Hombres	% Mujeres	% Total	Diferencia por sexo
Menos de 35 años	10,62	11,6	22,22	0,98
35-44 años	27,29	24,56	51,85	-2,73
45-54 años	11,64	7,36	19,00	-4,28
55-64 años	4,09	1,98	6,07	-2,11
65-70 años	0,59	0,27	0,86	-0,32
Total	54,23	45,77	100	-8,46

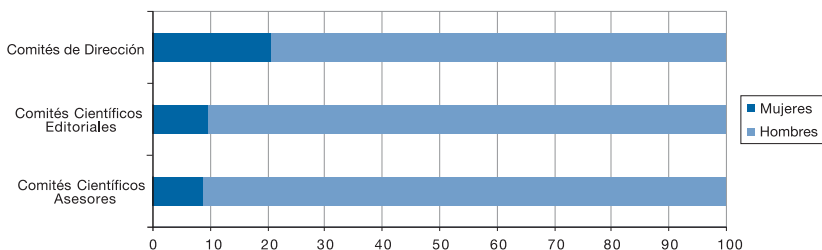
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), 2006

Figura 7.3. Porcentaje de proyectos FIS concedidos según investigador/a principal. Años 1995 y 2006



Fuente: Schiaffino et al., 2001 y fondo de Investigación Sanitaria (FIS); ISCIII, 2006

Figura 7.4. Distribución de los comités de dirección y científicos de revistas españolas de ciencias de la salud por sexo. 2007



Fuente: Miqueo, C; Barral, M^a J.; Fernández-Turrado, Teresa; Germán, C. El proceso de incorporación de las mujeres en los órganos de dirección de las revistas científicas et al. En: 10^o Congreso Internacional Interdisciplinar sobre las mujeres. Women s Worlds 08-Mundo de Mujeres, Madrid 3-9 de julio, 2008

La situación en el Sistema Sanitario es paralela a la de las universidades, concentración de mujeres en los puestos de trabajo menos valorados y ausencia en los puestos y especialidades más reconocidas. También se observa la menor presencia de mujeres en los cargos directivos y de responsabilidad. En la Figura 7.5, se puede observar por especialidades un primer grupo en el que se advierte claramente una masculinización de la profesión, en la que las mujeres no llegan a representar el 40% de la población. Este conjunto de especialidades comprende: Medicina¹², Cirugía, Traumatología, Obstetricia-Ginecología, Pediatría, Psiquiatría, además de Servicios Centrales, Unidad de Cuidados Intensivos, Urgencias-Guardia, Dirección y Gestión de Titulación Superior¹³. A excepción de Medicina, se

12 Según las definiciones de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, [disponible en:

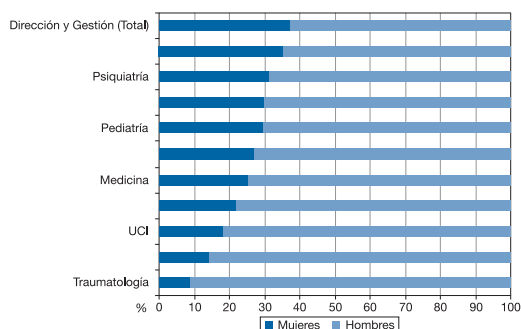
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/microdatos/frmListadoMicrodatos.jsp>], se refiere a los Médicos que prestan servicio en el Establecimiento, independientemente de su puesto (Jefe de Servicio, de Sección, etc.) a 31 de diciembre. No se contabilizan ni los médicos internos y residentes, ni los becarios, ni los asistentes voluntarios. Se agrupan por tipo preferente de actividad asistencial: Medicina Interna y especialidades médicas, Cirugía General y especialidades quirúrgicas, Especialidades en Ortopedia y Traumatología, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Psiquiatría, Médicos en Servicios Centrales (Laboratorio, Radiodiagnóstico, Anatomía Patológica, Anestesia, Farmacia, etc.), Especialistas en Medicina Intensiva, Rehabilitación y los destinados exclusivamente a Guardias y/o Urgencias

13 Según las definiciones de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, [disponible en:

<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/microdatos/frmListadoMicrodatos.jsp>], otros titulados superiores (con función sanitaria) son: titulados superiores, excluidos los Médicos y Farmacéuticos del servicio de farmacia, que presten servicios en el Establecimiento a 31 de diciembre (físicos, biólogos, químicos, etc.), que realicen función sanitaria: laboratorios, etc. No se contabilizarán ni los titulados que estén realizando la residencia, ni los becarios, ni los asistentes voluntarios, ni los de administración, mantenimiento de equipos, etc.

trata de especialidades con relativamente pocas personas empleadas, entre 1.500 y 10.000 personas, de las que son mayoría los hombres. Se ha de resaltar que en el apartado de Dirección y Gestión se da uno de los valores de mayor importancia, con un 26% de los puestos de trabajo ocupados por mujeres.

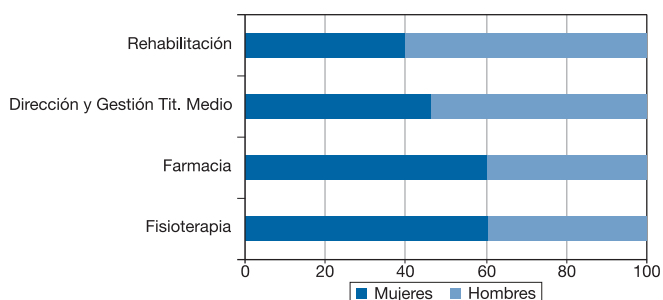
Figura 7.5. Distribución de personal sanitario que presta servicios en establecimientos sanitarios. (Resultados inferiores a 40% de representación de mujeres)



Fuente: MSPS, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, 1996-2006¹⁴

La Figura 7.6 reúne las especialidades en las que la representación de las mujeres se encuentra entre el 40% y el 60%, y que se podría calificar de más paritaria. Son pocas las que se encuentran en este grupo, pero se diferencia claramente del anterior por ser especialidades feminizadas. La excepción es el puesto de Dirección y Gestión de Titulación Media, ocupada en un 46% por mujeres.

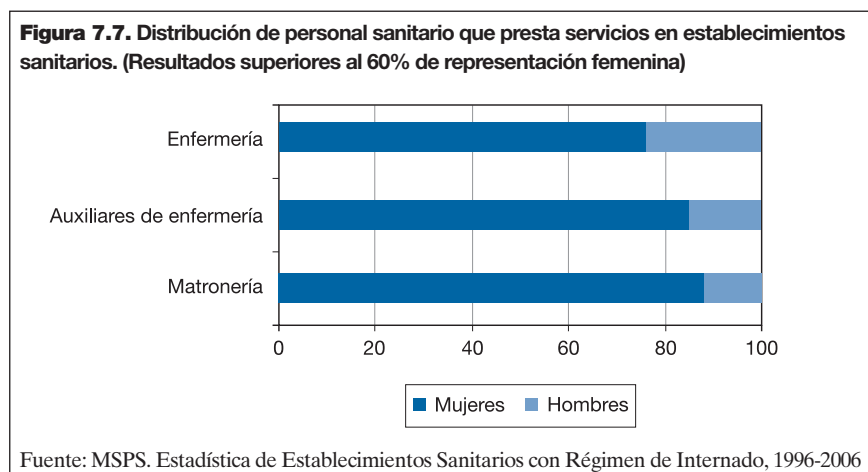
Figura 7.6. Distribución de personal sanitario que presta servicios en establecimientos sanitarios. (Resultados entre 40% y 60% de representación de mujeres)



Fuente: MSPS, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, 1996-2006

14 El cálculo de los porcentajes se efectúa a partir de la población ocupada por más de 36 horas

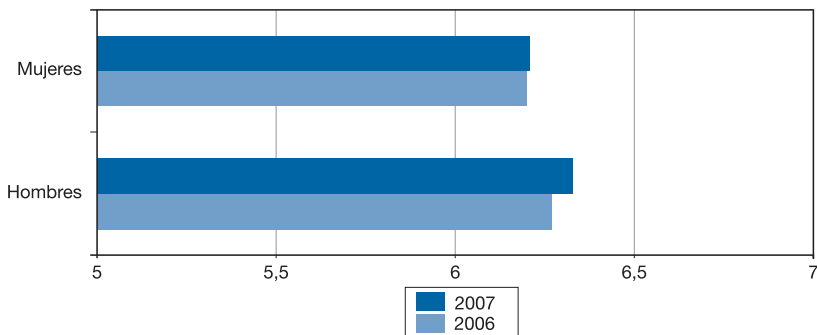
Por último y tal como se puede observar en la Figura 7.7, aquellos puestos de trabajo en los que las mujeres están por encima del 60% son pocos, pero concentran la mayor parte de la población sanitaria en hospitales. Con la única excepción de Matronería, todas las especialidades superan los 50.000 puestos de trabajo, entre los que destaca la categoría de auxiliares de enfermería. Son puestos de trabajo que, no solamente están feminizados en su fase formativa y laboral, sino también en el inconsciente colectivo, como indica la propia feminización del nombre en algunas fuentes como, por ejemplo, enfermeras y matronas.



Todo este panorama descrito responde, en parte, a una serie de estereotipos por los que se sigue pensando que algunas especialidades y puestos de trabajo son más propias de las mujeres, o que ellas no tienen capacidad para asumir un cargo de responsabilidad profesional debido a sus responsabilidades familiares. Los medios de comunicación actúan en muchas ocasiones como difusores de estos estereotipos sin fundamento, ahondando en la dificultad de superarlos.

Por último, se constata una atención diferenciada por parte del personal médico, mujeres y hombres, en cuanto a las dolencias y pruebas diagnósticas, a los estilos comunicativos, al tiempo de dedicación y a la información que ofrecen entre otras. Todo ello se traduce en que la población usuaria tenga una preferencia en la elección del o la profesional en función de su sexo. Por otra parte, se detecta un diferente esfuerzo terapéutico por parte de las y los profesionales a la hora de tratar las mismas enfermedades en hombres y mujeres. Como resultado, algunas investigaciones e indicadores apuntan a diferentes niveles de satisfacción entre usuarias y usuarios.

Figura 7.8. Nivel de satisfacción con el funcionamiento del Sistema Sanitario, 2006-2007



Fuente: MSPS y CIS, Barómetro Sanitario, 2007

Salud de las mujeres

Otra de las acciones del Plan de Calidad del SNS es analizar, en colaboración con las asociaciones de pacientes y las sociedades profesionales expertas, el conocimiento científico y las experiencias asistenciales existentes en la atención a problemas de salud que afectan fundamentalmente a las mujeres y que tienen un impacto importante en su calidad de vida. En este sentido cabe destacar que el Observatorio de Salud de la Mujer ha dinamizado en 2008 la realización de un taller con las sociedades científicas y profesionales expertas en endometriosis junto con las asociaciones de mujeres afectadas por esta patología, consensuando los puntos prioritarios para su abordaje desde los servicios sanitarios del SNS. Participando desde el Ministerio de Sanidad y Política Social en el Symposium Internacional sobre endometriosis organizado por el Ministerio de Sanidad Alemán en colaboración con la Oficina Regional Europea de la OMS.

Algunas de las medidas adoptadas por las CCAA e INGESA para fomentar la equidad en salud y género se relacionan a continuación en la Tabla 7.3.

Tabla 7.3. Medidas adoptadas por las CCAA y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla sobre género y salud

AUTONOMÍA	MEDIDAS
Andalucía	Atender los problemas de salud de las personas que ejercen la prostitución
Aragón	Comisión Interdepartamental de mutilación genital femenina
Baleares	Seguimiento de la Comisión de Salud y Género Dispensación en los centros asistenciales del Servicio de Salud de los medicamentos de intercepción postcoital Publicación de la Guía de actuación en la Anticoncepción de Urgencia

AUTONOMÍA	MEDIDAS
Cantabria	Evaluación del I Plan de Actuación: Salud de las Mujeres 2004-2007 e implantación del II Plan 2008-2011 Contemplar la Perspectiva de género en todos los planes y programas de Salud Pública
Castilla y León	Incorporación de la perspectiva de género en el III Plan de Salud y en los planes sectoriales
Castilla-La Mancha	Incorporación de la mediación sociosanitaria en la población inmigrante, especialmente en lo que se refiere a la atención a la salud perinatal y la salud de la mujer (convenio con Médicos del Mundo)
Cataluña	Completar la transversalidad de la perspectiva de género en todas las políticas de salud Creación del Plan de políticas de la mujer (Acuerdo de Gobierno 136/2008, de 29 de julio)
Extremadura	Seguimiento del III Plan de Igualdad de Oportunidades de la Mujeres de Extremadura 2006-2009 Incorporación y potenciación de la perspectiva de género en procesos asistenciales
Galicia	Sensibilización y formación continuada del personal sanitario Implantación del Protocolo Común de actuación sanitaria Talleres específicos para la mejora en la atención a las Mujeres Inmigrantes
Madrid	Seguimiento del Programa de Promoción de salud de las Mujeres Seguimiento del Programa de Salud Infanto-Juvenil
Navarra	Actividad grupal específica para mujeres inmigrantes con contenidos en materia de sexualidad y planificación familiar
País Vasco	Aprobación del Programa Salud y Mujer que incluye la realización del análisis de género de los planes, programas y protocolos y la propuesta de medidas de enfoque de género en las actuaciones de salud Estudio sobre Desigualdades de género y de clase social en la incidencia, mortalidad, supervivencia y atención del infarto agudo de miocardio
La Rioja	Desarrollo del Programa de Atención a la Mujer a través e la puesta en marcha de una línea telefónica Creación de la Unidad de Atención a la Mujer Sana
Ceuta y Melilla	Seguimiento de la Estrategia para el Parto Normal del MSPS y Recomendaciones de la OMS sobre Parto Humanizado Desarrollo de proyectos para mejorar la calidad de la atención sanitaria a las mujeres: Programa de Promoción de Lactancia Materna Estudio de Prevalencia Lactancia Materna en Melilla
Observaciones: Incluye información remitida por CCAA e INGESA al cierre del presente informe Fuente: Informes de las CCAA e INGESA	

Para impulsar la formación de recursos humanos en salud, incluyendo las desigualdades de género en los programas de formación continuada, el Ministerio de Sanidad y Política Social en colaboración con las Comunidades Autónomas y a través del OSM e Instituto Carlos III ha impartido durante 2008 los siguientes cursos en la Escuela Nacional de Sanidad:

- Tercera edición del Diploma de Salud Pública y Género en el que han participado personal de las Comunidades Autónomas y Agentes de Igualdad en colaboración con el Instituto de la Mujer.
- Tercera edición del curso Investigación Cualitativa y Perspectiva de Género en la Salud en colaboración con el Instituto de la Mujer.
- Cuarta edición del curso de formación de formadoras y formadores para la prevención y atención a la violencia de género.
- Cuarta edición del curso de prevención y atención a la violencia de género para los equipos de salud mental.
- Tercera edición del curso "Enfoque de género en la salud y en el Sistema Nacional de Salud" para el personal adscrito al departamento ministerial y en colaboración con la Unidad de Igualdad de la Dirección General de Recursos Humanos.

Ha colaborado también con la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y la Cátedra UNESCO Mujer C y T, impartándose formación on-line sobre integración del enfoque de género en el abordaje de la salud, y con la Universidad de Alcalá de Henares de Madrid en el Master de formación para profesionales de la salud en materia de violencia de género.

Atención al parto normal

El Observatorio de Salud de la Mujer también ha venido trabajando en la revisión de la evidencia científica, de la investigación existente, el análisis de las experiencias innovadoras, los modelos de buenas prácticas, y las recomendaciones de la OMS. Un trabajo conjunto realizado con sociedades profesionales, organizaciones sociales y de mujeres y las personas técnicas responsables en las administraciones sanitarias autonómicas y que pone de manifiesto que aunque la atención al parto en nuestro Sistema Nacional de Salud se desarrolla con criterios de seguridad y calidad, semejantes a los de los países de nuestro entorno, son los aspectos de calidez, participación y protagonismo de las mujeres en el proceso del parto los que suscitan un sentir generalizado de necesidad de mejora.

La Estrategia de Atención al Parto Normal¹⁵ (EAPN), documento de consenso elaborado y presentada al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 2007, se ha venido desarrollando desde 2008 constituyendo un marco de referencia en el conjunto del Estado.

15 Estrategia de Atención al Parto Normal.
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm

El objetivo de la Estrategia es potenciar la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, mejorando la calidad y calidez asistencial, eliminando las prácticas rutinarias innecesarias y perjudiciales a la luz de la evidencia científica, y manteniendo los niveles de seguridad actuales. Las recomendaciones para alcanzarlos se agrupan en cuatro líneas estratégicas: Abordaje de las prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible; participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones; formación de profesionales e investigación, innovación y difusión de buenas prácticas. Para su evaluación, se señalan indicadores específicos viables, que puedan ser obtenidos con los sistemas de información existentes (CMBD), que facilitan la monitorización de los resultados (morbi-mortalidad) y de algunas prácticas obstétricas (episiotomías, cesáreas). También propone indicadores de proceso para el seguimiento de la implantación de la Estrategia, como es el registro del número de hospitales maternos que incluyen en su protocolo de atención al parto cada una de las recomendaciones que se plantean en esta Estrategia.

La participación de las CCAA mediante el Comité Institucional, y las sociedades profesionales, organizaciones sociales y de mujeres en el Comité Técnico, realizan su seguimiento mediante trabajo on line y manteniendo distintas reuniones para impulsar su desarrollo. El liderazgo y coordinación corresponde al Observatorio de Salud de la Mujer, destinando en 2008 un presupuesto de 8 millones de euros para financiar a las CCAA proyectos de salud perinatal con perspectiva de género, y de atención al parto normal de forma humanizada, que contemplan:

- La perspectiva de género en el proceso del embarazo, parto y puerperio
- La información y formación sobre la maternidad y paternidad
- Prácticas clínicas en el parto basadas en la evidencia
- Promoción del vínculo afectivo y la lactancia materna
- Formación de profesionales sanitarios
- Investigación e innovación

Durante 2008 también se realizó la Jornada de Seguimiento de la Estrategia APN celebrada en el Ministerio de Sanidad, que puso de manifiesto el interés suscitado y la demanda de espacios de encuentro para compartir experiencias y ejemplos de buenas prácticas. Entre las conclusiones y recomendaciones, destaca la necesidad de:

- Difundir la Estrategia APN a las mujeres, a la población general y a las y los profesionales especialmente.
- Apoyar su implementación desde las administraciones sanitarias y continuar con la formación de profesionales, como aspecto clave.
- Fomentar la transparencia, desarrollando los indicadores recogidos en la Estrategia y consensuar un sistema de registro para poder realizar la evaluación de la Estrategia.

- Elaborar materiales de apoyo para profesionales sobre los temas de mayor interés y para divulgación general.

Algunas de las medidas adoptadas en 2008, por las CCAA e INGESA, para implementar planes y programas de atención a la mujer y parto normal se relacionan en la Tabla 7.4.

Tabla 7.4. Actuaciones y avances para implementar planes y programas de atención a la mujer y parto normal	
CCAA	ACTUACIONES REALIZADAS
Aragón	Desarrollo de la Estrategia del Sistema Nacional de Salud a través de actividades de formación, estancias formativas en hospitales de buenas prácticas y adquisición de material para facilitar el parto y la deambulacion de las mujeres durante la dilatacion
Baleares	Desarrollo del Programa Integral de Prevencion de Embarazos no deseados y el Programa Integral de la Mujer en colaboracion con el Servicio de Salud, la Direccion General de Juventud, el Instituto Balear de la Mujer y la Direccion General de Inmigracion
Cantabria	Evaluacion de la Estrategia de Atencion al Parto Normal
Castilla-La Mancha	Implementacion de la Via clinica de Atencion al Parto Normal
Castilla y León	Implementacion del Programa de Promocion de la Lactancia Materna
Cataluña	Implantacion de la Estrategia de Atencion al Parto Normal en el SNS en el marco del Plan Estrategico de ordenacion maternoinfantil y de la atencion a la salud sexual y reproductiva
Extremadura	Implantacion de la Estrategia de Atencion al Parto Normal en el SNS Programa de educacion para la salud, dirigido a embarazadas, puérperas y madres lactantes en centros de salud Actividades preventivas en mujeres embarazadas del Plan de atencion dental de Extremadura
Galicia	Seguimiento del Plan Integral de Atencion a la Salud de la Mujer iniciado en 2007 y del Plan de Atencion al Parto Normal
Murcia	Implantacion del Proyecto Atencion al Parto Normal
Navarra	Informacion sobre la Estrategia y formacion sobre lactancia materna, en los seis primeros meses, a todo el personal implicado y residentes de medicina y enfermeria de obstetricia y ginecologia Promocion de buenas practicas en relacion con la asistencia al parto y recogida de datos en los distintos hospitales
País Vasco	Fomento de la lactancia materna entre las mujeres que han dado a luz en un centro hospitalario. Los hospitales disponen de medios audiovisuales en varios idiomas para su utilizacion durante la estancia de las madres en el hospital
La Rioja	Seguimiento del Programa de salud bucodental para las embarazadas
Ceuta	Seguimiento del Programa de Atencion Materno-Infantil en el marco de la Estrategia en Salud Perinatal y Género para el SNS
Observaciones: Incluye informacion remitida por CCAA e INGESA al cierre del presente informe Fuente: Informes de CCAA e INGESA	

Por último señalar, que en la actualidad se concentra el mayor esfuerzo en la elaboración de un Programa Formativo para profesionales (matronas, obstetras y pediatras) de todas las CCAA, Ceuta y Melilla, orientado a la formación para formar posteriormente en los respectivos territorios, facilitando todos los materiales necesarios y así poder multiplicar su efecto en el establecimiento de indicadores de calidad asistencial que permitan conocer la evolución de la atención al parto y nacimiento en las maternidades del Sistema Nacional de Salud, así como identificación de buenas prácticas.

8 Gestión de la información clínica en el Sistema Nacional de Salud

8.1 Proyecto Historia Clínica Digital

En el año 2008, el escenario de partida estaba conformado por el contenido del diseño funcional¹ definido desde la organización del Proyecto de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) y la normalización de los informes clínicos² derivada de los trabajos realizados durante los dos años anteriores. Los trabajos realizados han contado con la participación y el consenso de todos los agentes implicados en el desarrollo del Sistema de HCDSNS:

- Las autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas y Servicios de Salud, como responsables de la provisión de los servicios, de la gestión de los recursos y del tratamiento de la información clínica de los centros.
- Los ciudadanos, usuarios y pacientes, como beneficiarios finales de la información disponible y como titulares de derechos acerca de su información clínica y usuarios de un grupo de funcionalidades dirigidas a ellos.
- Los colectivos profesionales de distintas áreas funcionales y servicios de todos los niveles asistenciales.
- El Ministerio de Sanidad y Política Social, con responsabilidades en la coordinación de los servicios y en la garantía de los derechos individuales de los ciudadanos en todo el territorio del Estado en condiciones de equidad.

El Consejo Interterritorial del SNS celebrado el 10 de octubre de 2007, acordó llevar a cabo un pilotaje del sistema de HCDSNS, previo a su implantación generalizada. Este es el eje en el que se han concentrado todos los esfuerzos durante 2008, para lo cual ha sido necesario avanzar de forma simultánea tanto en su diseño como en los trabajos encaminados a facilitar la interoperabilidad de la HCDSNS.

1 <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/ARS.pdf>

2 <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CMDIC.pdf>

Para avanzar en este sentido, se crearon nuevos grupos de trabajo cuya tarea ha consistido en la elaboración de diferentes propuestas técnicas y semánticas que estando orientadas a una interoperabilidad de los sistemas de Historia Clínica Electrónica existentes, obteniendo resultados concretos en el corto y medio plazo, estén al mismo tiempo alineadas a la consecución de la plena interoperabilidad de estos sistemas en un plazo más largo.

Estos grupos fueron los siguientes:

- Grupo de trabajo de estándares y requerimientos técnicos (GERT)
- Grupo asesor de interoperabilidad semántica de la Historia Clínica Digital del SNS
- Grupo de Comunidades para el pilotaje de Historia Clínica Digital del SNS

Grupo de trabajo de estándares y requerimientos técnicos (GERT), compuesto por expertos con perfil tecnológico de cada Comunidad Autónoma. Ha revisado el diseño técnico del sistema HCDSNS, formulado por el Ministerio de Sanidad y Política Social y ha consensuado una política de estándares³ para el SNS en los próximos años, recogidos en el correspondiente documento.

Igualmente, el grupo ha desarrollado una Propuesta Técnica⁴ en la que se describe de manera general las fases y procedimientos asociados para que el pilotaje sea posible, intercambiando aquellos conjuntos de datos clínicos que han sido definidos dentro del proyecto en el documento de Análisis de Requerimientos del Sistema (ARS) y en el Conjunto Mínimo de Datos de Informes Clínicos (CMDIC), a través de la arquitectura de servicios Web ya implantada en el Nodo de intercambio del SNS.

Grupo asesor de interoperabilidad semántica de la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (GAISHC). Su objetivo consiste en proponer recomendaciones que orienten las líneas de acción en este campo y resuelvan el problema de la interoperabilidad semántica de la HCE en el SNS, incluyendo en ella el soporte a la diversidad lingüística, priorizando a corto plazo aquellas soluciones necesarias para garantizar la interoperabilidad de la Historia Clínica Resumida. Sus miembros, designados por el MSPS, son técnicos del SNS con experiencia concreta en este campo, encontrándose representadas las diferentes lenguas co-oficiales del Estado. En este sentido, el grupo ha elaborado una Hoja de Ruta de Interoperabilidad semántica⁵ en la que se identificaron las metas más importantes a cubrir, priorizadas y ordenadas en el tiempo, cuya ejecución se comenzó a abordar a lo largo de 2008.

3 http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/POL_EST.pdf

4 <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PT.pdf>

5 <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/HRIS.pdf>

Tras un análisis de situación respecto al uso de terminologías clínicas, tanto en el contexto de nuestro país como en el entorno más inmediato, el europeo y en el internacional en general, y teniendo en cuenta las necesidades semánticas del SNS, el grupo emitió una recomendación en el sentido de utilizar Snomed CTR en la cumplimentación de las variables de la HCR que no se encuentran normalizadas.

Dada la trascendencia de la recomendación, ésta fue elevada a los órganos ejecutivos de nuestro Sistema Sanitario para su consideración. Resultado de su aprobación, nuestro país, a través del Ministerio de Sanidad y Política Social, inició formalmente las gestiones para integrarse en el grupo de países que conforman la IHTSDO (International Health Terminology Standards Development Organisation). De este modo España, como miembro de pleno derecho, podrá distribuir, dentro de su territorio, el núcleo de Snomed CT para su utilización en el ámbito clínico o de investigación. De forma paralela, se comenzó a diseñar la estrategia y metodología de trabajo a seguir para el desarrollo de una extensión española de Snomed CT, que se ajuste más específicamente a la terminología clínica usada por parte de los profesionales del SNS, que la extensión argentina que actualmente constituye el núcleo de Snomed CT junto con la versión originaria en inglés.

Grupo de Comunidades para el pilotaje de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (GCPHC). Integrado por las 10 Comunidades Autónomas que han manifestado su decisión de participar activamente en el pilotaje de este sistema en escenarios reales. Las restantes Comunidades Autónomas, que decidieron actuar como observadoras del proceso de pilotaje, disponen de la información actualizada de la evolución y resultado de los trabajos realizados a través de la herramienta de trabajo que se utiliza para el desarrollo del proyecto.

Se definieron dos fases en las que las Comunidades Autónomas podían incorporarse al estudio piloto de forma escalonada (fase I y fase II del pilotaje), siendo la única diferencia entre ambas el momento del inicio del intercambio de información real. Cada Comunidad Autónoma decidió la fase a la que mejor se adapta para poder cumplir los requerimientos mínimos acordados para el pilotaje.

Son 8 las Comunidades que optaron por incorporarse en la Fase I: Andalucía, Islas Baleares, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, La Rioja, Murcia y Valencia. En la Fase II optaron por hacerlo Castilla-La Mancha y Extremadura.

A través de este grupo se ha analizado el escenario genérico que la dirección del proyecto ha propuesto para el pilotaje (alcance funcional y territorial), así como los requerimientos técnicos, el diseño del estudio, la aplicación informática desarrollada y facilitada por el MSPS, las pruebas de

laboratorio previas al inicio de intercambio de información real y el sistema de evaluación de los resultados.

También en el año 2008, se realizó en la sede del Ministerio de Sanidad y Política Social, el I Foro de Historia Clínica Electrónica en el Sistema Nacional de Salud que tuvo lugar los días 2 y 3 de diciembre.

Su finalidad era exponer el estado de situación respecto al desarrollo de los diferentes sistemas de Historia Clínica Electrónica, tanto en el SNS como en el contexto internacional, aportando una visión general respecto a la evolución que han venido sufriendo todos aquellos elementos que contribuyen directamente a un adecuado y eficiente desarrollo de los sistemas de HCE. Desde los directamente relacionados con los contenidos, como la normalización de la información clínica, o aquellos más relacionados con el diseño del sistema como la identificación de las necesidades de sus potenciales usuarios, hasta los estrictamente técnicos como la política de estándares o la seguridad de los datos.

A lo largo de esos dos días de trabajo, se abordaron las siguientes áreas temáticas:

- La necesidad de estandarización técnica
- La seguridad de los datos
- El papel de la estandarización semántica
- La participación de los ciudadanos
- Las experiencias en el desarrollo de la HCE en algunas Comunidades Autónomas
- El diseño del sistema de Historia Clínica Digital del SNS
- El horizonte de interoperabilidad en Europa

Los temas se abordaron a través de diferentes mesas redondas en las que participaron expertos en cada uno de los temas tratados, presentando experiencias concretas siempre que fuera posible.

Cada mesa llevaba asociado un tiempo de debate abierto a la participación de los asistentes al Foro que facilitó complementar y concretar cada una de las áreas temáticas tratadas.

8.2 Proyecto epSOS

El proyecto europeo epSOS (European Patients-Smart Open Services) incluido dentro de la iniciativa europea eHealth 2010, es uno de los proyectos que actualmente co-financia la Comisión Europea con el objeto de desarrollar la interoperabilidad transfronteriza en salud electrónica. Este proyecto pretende, a través de la experiencia extraída mediante un pilotaje a gran escala (Large Scale Pilot), determinar la forma y medios más adecuados para hacer posible el acceso a la información clínica más relevante por los profesionales sanitarios europeos, que deban prestar atención sanitaria a los ciudadanos europeos que se encuentren en situación transfronteriza y requieran atención sanitaria.

El pilotaje se centra en dos servicios:

- Historia clínica resumida con los datos esenciales de salud
- Receta electrónica

Estos dos servicios contienen información de máxima utilidad en la asistencia urgente o no planificada con la que se podrían resolver una gran parte de los problemas que se plantean cuando un paciente solicita asistencia fuera de su país de origen.

En el pilotaje a gran escala participan 12 Estados: Alemania, Austria, Dinamarca, España, Eslovaquia, Francia, Grecia, Holanda, Italia, Reino Unido, República Checa y Suecia. Cada Estado Miembro participa a través de organizaciones nombradas por él mismo (beneficiarios). 27 beneficiarios representan a los 12 Estados participantes. En el caso de España son beneficiarios el propio Ministerio de Sanidad y Política Social y tres Comunidades Autónomas (Andalucía, Cataluña y Castilla-La Mancha). Está previsto que España contribuya con escenarios del pilotaje en cada una de estas tres Comunidades Autónomas y que el MSPS proponga además otros escenarios localizados en las Comunidades Autónomas de Valencia y Baleares.

Durante el año 2008, la Comisión Europea dio su aprobación final a la propuesta y se firmó el acuerdo entre los Estados Miembros participantes. Suecia fue elegida como país coordinador. El arranque oficial del inicio de los trabajos se produjo el 1 de julio del año 2008.

Se comprometió un presupuesto de 22 millones de euros para sus 36 meses de duración, 11 millones financiados por la Comisión Europea y el resto por los Estados Miembros participantes. El dinero destinado a España fue dividido entre las tres Comunidades Autónomas que participan como beneficiarias, a fin de sufragar los costes de implementación necesarios para el pilotaje.

También durante 2008, se definieron los grupos de trabajo y los esfuerzos que cada beneficiario se comprometía a realizar en ellos. A través de sus cuatro beneficiarios España está representada en todos los grupos.

La planificación quedó estructurada en tres fases de un año cada una (diseño, implementación, intercambio de información clínica) y los grupos avanzaron en los objetivos definidos para la primera fase: 1 julio 2008 - 1 julio 2009. El arranque real del proyecto sufrió un retraso de unos dos meses por lo que ha quedado prevista la posibilidad de tener que prolongar en ese tiempo el cierre de las fases de trabajo.

La metodología de trabajo elegida fue la elaboración de documentos que reflejaran los acuerdos dentro de los grupos y a los que contribuyen todos los participantes. En la fase final del documento todos los beneficiarios pueden hacer propuestas de cambio. Si aparece un conflicto, que no puede resolverse dentro de un grupo, se eleva a los órganos de decisión: comité ejecutivo (un miembro por beneficiario) y por encima de éste, al comité de dirección (un miembro por país).

Durante el año 2008 se iniciaron los siguientes trabajos:

- Un análisis de las soluciones nacionales en los servicios, tanto de Historia clínica resumida como de Receta electrónica, y en la legislación y regulación existente en cada Estado Miembro sobre cada uno de ellos.
- El acuerdo y definición funcional de la Historia clínica resumida y de Receta electrónica. El Ministerio de Sanidad y Política Social ha liderado el grupo encargado de la definición funcional de la Historia clínica resumida, con el fin de compartir las lecciones aprendidas en el proceso de definición de este mismo servicio a nivel nacional. Andalucía ha liderado el grupo encargado de la definición funcional de Receta electrónica por su experiencia en la implementación de este servicio a nivel de Comunidad Autónoma.
- La definición de la metodología de la evaluación general del proyecto y el análisis de escalabilidad para evaluar la posibilidad de implementación posterior de las soluciones encontradas durante el pilotaje. El trabajo de este grupo continuará durante todas las fases del proyecto.

Los grupos de difusión y coordinación iniciaron los trabajos que se desarrollarán a lo largo de todas las fases del proyecto.

Para el año 2009, está previsto que comiencen los trabajos en la definición de servicios semánticos, definición de servicios de seguridad, procedimiento y manejo de la identificación unívoca de pacientes y profesionales, definición de los escenarios para el pilotaje y en la definición de la arquitectura técnica y servicios comunes necesarios para la integración de los sistemas, y la implementación de las funcionalidades acordadas.

8.3 Desarrollo de la Historia Clínica Electrónica en las CCAA

A partir de la transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, cada una de ellas ha comenzado sus proyectos de HCE con la implantación de los sistemas de información que dan solución a sus necesidades. En algunos casos se ha elaborado un plan estratégico que define las líneas principales de actuación. Por otra parte, varias comunidades han optado por el desarrollo de un proyecto único cuyo alcance comprende todas las iniciativas necesarias, mientras que otras han preferido dividir la HCE en varios proyectos más específicos.

Una de las características fundamentales de la situación de partida para los proyectos de HCE es la distinción entre niveles asistenciales. En general, se cuenta con una historia clínica de Atención Primaria y otra de Atención Especializada, y algunas comunidades disponen de una tercera para los servicios

de Urgencias. Es más, gran parte de estos sistemas son de naturaleza distribuida a nivel de centro, por lo que no cuentan con una base de datos única.

Con el objetivo de permitir al profesional sanitario disponer de la información existente en cada uno de ellos, se plantean dos opciones:

- Establecer un procedimiento de comunicación entre ambos sistemas, permitiendo al usuario consultar datos con independencia de su ubicación, a través de un visor
- Desarrollar un sistema único que integre y englobe a los datos existentes con independencia del nivel donde se generen (Historia Clínica Única)

Según la información facilitada por las Comunidades Autónomas, se expone a continuación un resumen comparativo de los contenidos de los diferentes modelos de HCE existentes. Es una constante en todas ellas el acceso a los antecedentes del paciente, a la lista de problemas, alergias y codificación de diagnósticos y procedimientos. La presencia de otros contenidos (y bloques de información) incluidos en HCE se muestran en las tablas 8.1 a 8.5.

Tabla 8.1. Otros contenidos generales implantados en la Historia Clínica Electrónica (según CCAA)

	Anamnesis	Exploración clínica	Acceso a la historia desde distintos niveles y centros asistenciales	Gestión de vacunas	Protocolos clínicos	Planes de cuidados
Andalucía	SI	SI	SI	SI	SI	---
Aragón	SI	SI	SI	SI	SI	---
Asturias	SI	SI	SI ¹	SI	SI	---
Baleares	SI	SI	SI	SI	SI	---
Canarias	SI	SI	NO ¹	SI ²	SI ²	---
Cantabria	SI	SI	SI	SI	SI	---
Castilla y León	SI	SI	SI	SI ²	NO	---
Castilla-La Mancha	SI	SI	SI	SI ²	SI	---
Cataluña ³	SI	SI	SI	SI	SI	---
Comunidad Valenciana	SI	SI	SI	SI	NO	---
Extremadura	SI	SI	SI	SI	SI	---
Galicia	SI	SI	SI	SI	SI	---
INGESA	SI	SI	SI	SI	SI	---
La Rioja	SI	SI	SI	SI	SI	---
Madrid	SI	SI	SI	SI	SI	---
Murcia	SI	SI	SI	SI	SI	---
Navarra	SI	SI	SI	SI	SI	SI
País Vasco	SI	SI	SI	SI	SI	---

Observaciones: 1 SI en A. Primaria. NO en A. Especializada

2 Desplegado solo en algunas áreas de AP/AE

3 Centros hospitalarios pertenecientes a las empresas públicas y consorcios del Cat Salud y la mayoría de los centros de la Red Hospitalaria de Utilización Pública

Fuente: Información facilitada por las CCAA (Anexos)

Tabla 8.2. Contenidos relativos a medicamentos implantados en la Historia Clínica Electrónica (según CCAA)

	Prescripción	Alerta de interacciones	Alerta de alergias	Impresión de recetas	Receta electrónica	Visado electrónico de recetas
Andalucía	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Aragón	SI	NO	SI	SI	NO	NO
Asturias	SI	NO ⁴	NO	SI	NO	SI
Baleares	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Canarias	SI	SI	SI	SI	SI ¹	SI ¹
Cantabria	SI	NO	NO	SI	SI ⁴	SI
Castilla y León	SI ¹	SI ¹	SI	SI ¹	NO	NO
Castilla-La Mancha	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Cataluña ⁵	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comunidad Valenciana	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Extremadura	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Galicia	SI	NO	SI	SI	SI	SI
La Rioja	SI	SI	SI	SI ¹	NO	NO
Madrid	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Murcia	SI	SI	SI	SI	NO	NO
Navarra	SI	NO ²	SI ³	SI	NO ²	NO ²
País Vasco	SI	SI	SI	SI	SI	---
Ceuta y Melilla	SI	SI	SI	SI	NO	NO

Observaciones: 1 SI en Atención Primaria. NO en Atención Especializada

2 En Fase de Desarrollo

3 Desarrollo Parcial

4 En Fase de Pilotaje

5 Centros hospitalarios pertenecientes a las empresas publicas y consorcios del Cat Salud y la mayoría de los centros de la Red Hospitalaria de Utilización Pública

Fuente: Información facilitada por las CCAA al cierre del presente informe

Tabla 8.3. Contenidos relativos a petición de pruebas implantados en la Historia Clínica Electrónica (según CCAA)

	Bio- química	Micro- biología	Hemato- logía	Anatomía Patológica	Diagnóstico por imagen	Otras (especificar)
Andalucía	SI ²	NO	SI	NO	SI ²	Pruebas Funcionales
Aragón	SI	SI	SI	SI	SI	---
Asturias	SI	SI	SI	SI	SI	---
Baleares	SI	SI	SI	SI	SI	---
Canarias	SI	SI	SI	SI	SI	---
Cantabria	SI ³	SI ³	SI ³	SI ³	SI ³	---
Castilla y León	SI	SI	SI	SI ¹	SI	---
Castilla-La Mancha	SI	SI	SI ¹	SI ¹	SI	---
Cataluña ⁴	SI	SI	SI	SI	SI	---
Comunidad Valenciana	SI	SI	SI	SI	SI	---
Extremadura	NO	NO	NO	NO	NO	Tratamiento de anticoagulación oral
Galicia	NO	NO	NO	NO	NO	---
La Rioja	SI	SI	SI	SI	SI	Interconsultas, triaje, farmacia, patología de mama
Madrid	SI	SI	SI	SI	SI	---
Murcia	SI	SI	SI	SI	SI	---
Navarra	SI	SI	SI	SI	SI	---
País Vasco	SI	SI	SI	SI	SI	---
INGESA	NO	NO	NO	NO	NO	---

Observaciones: 1 SI en Atención Primaria. NO en Atención Especializada

2 Desplegado solo en algunas áreas de AP/AE

3 Disponible en 2008 en sistemas locales. Desplegándose en 2009 en Historia Clínica Electrónica

4 Centros hospitalarios pertenecientes a las empresas publicas y consorcios del Cat Salud y la mayoría de los centros de la Red Hospitalaria de Utilización Pública

Fuente: Información facilitada por las CCAA al cierre del presente informe

Tabla 8.4. Integración de resultados (I) en la Historia Clínica Electrónica (según CCAA)

	Bio-química	Micro-biología	Hemato-logía	Anatomía Patológica	Diagnóstico por imagen	Otras (especificar)
Andalucía	SI	NO	SI	NO	SI ²	---
Aragón	SI	SI	SI	NO	NO	---
Asturias	SI	SI ²	SI	NO ³	SI	---
Baleares	SI	SI	SI	SI	SI	---
Canarias	SI ¹	SI ¹	SI ^{1,2}	SI ¹	SI ^{1,2}	---
Cantabria	SI	SI	SI	SI	SI	---
Castilla y León	SI ¹	NO	SI ¹	NO	SI ¹	---
Castilla-La Mancha	SI	SI	SI ¹	NO	SI	---
Cataluña ⁵	SI	SI	SI	SI	SI	---
Comunidad Valenciana	SI	NO	SI	NO	NO	---
Extremadura	SI	SI	SI	NO	SI	---
Galicia	SI	SI	SI	SI	SI	---
La Rioja	SI	SI	SI	SI	SI	patología de mama, triaje, farmacia
Madrid	NO	NO	NO	NO	NO	---
Murcia	SI	NO	SI	SI	SI	---
Navarra	SI	SI ⁴	SI	SI	SI	---
País Vasco	SI	SI	SI	SI	SI	---
INGESA	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Observaciones: 1 NO en Atención Primaria. SI en Atención Especializada

2 Desplegado solo en algunas áreas de AP/AE

3 En Fase de Desarrollo

4 Desarrollo Parcial

5 Centros hospitalarios pertenecientes a las empresas publicas y consorcios del Cat Salud y la mayoría de los centros de la Red Hospitalaria de Utilización Pública

Fuente: Información facilitada por las CCAA al cierre del presente informe

Tabla 8.5. Otros contenidos en la Historia Clínica Electrónica (según CCAA)

	Petición de Consultas	Integración de Informes	Elaboración de Informes Clínicos	Partes de IT	Comunicación IT a Inspección	Otras (especificar)
Andalucía	SI	SI	SI	SI	SI	---
Aragón	SI	NO	SI	SI	SI	---
Asturias	SI	SI	SI	SI	SI	Recepción de resultados de interconsultas
Baleares	SI	SI	SI	SI	SI	---
Canarias	SI	NO	SI	SI ¹	SI ¹	---
Cantabria	SI	SI	SI	SI	SI	---
Castilla y León	SI	SI ²	SI	SI ¹	SI ¹	---
Castilla-La Mancha	SI	SI	SI	SI	SI	---
Cataluña ³	SI	SI	SI	SI	SI	---
Comunidad Valenciana	SI	SI	SI	SI	SI	---
Extremadura	SI	SI	NO	SI	SI	---
Galicia	SI	SI	SI	SI	SI	---
La Rioja	SI	SI	SI	NO	NO	Teleasistencia, dermatología, teleoftalmología, neurofisiología
Madrid	SI	SI	SI	SI	SI	---
Murcia	SI	SI	SI	SI	SI	Digitalización parcial de HC en papel
Navarra	SI	SI	SI	SI	SI	Comunicación a Salud Laboral de PLDV. Comunicación a Salud Pública de EDOs y gripes centinela
País Vasco	SI	SI	SI	SI	SI	---
Ceuta y Melilla	SI	NO	SI	SI	SI	---

Observaciones: 1 SI en A. Primaria. NO en A. Especializada

2 NO en A. Primaria. SI en A. Especializada

3 Centros hospitalarios pertenecientes a las empresas publicas y consorcios del Cat Salud y la mayoría de los centros de la Red Hospitalaria de Utilización Pública

PLDV: Patología laboral con Declaración Voluntaria

EDO: Enfermedades de Declaración Obligatoria

Fuente: Información facilitada por las CCAA al cierre del presente informe

9 Ordenación profesional y formación sanitaria

9.1 Ordenación Profesional

En el año 2008 es de destacar la publicación del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre (B.O.E. del 20 de noviembre), por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la normativa comunitaria sobre el reconocimiento profesional y por un intenso debate sobre la planificación de las necesidades de profesionales sanitarios en España.

En el contexto de un Sistema Nacional de Salud tan descentralizado, pero articulado en torno al sólido marco normativo creado por la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, y una vez concluidos, en 2007, la puesta en marcha del sistema de carrera profesional y la mayor parte de los procesos extraordinarios de consolidación de empleo, en 2008 el debate se ha centrado en torno al supuesto déficit de especialistas, la planificación de las necesidades de profesionales, la movilidad intra e internacional, los sistemas de registro e información y los procedimientos de homologación y reconocimiento profesional.

La Transposición de la Directiva 2005/36/CE, de 7 de Septiembre, relativa al Reconocimiento de Cualificaciones Profesionales

El Real Decreto 1.837/2.008¹, (de 8 de noviembre), incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de las cualificaciones profesionales, entre las que se incluyen cinco profesiones sanitarias: medicina, enfermería de cuidados generales, enfermería obstétrico-ginecológica -matrona-, farmacia, veterinaria y odontología.

Existe un consenso generalizado en el reconocimiento de la trascendencia de esta norma, destinada a facilitar la libre prestación de servicios y con ella la libre circulación de los ciudadanos de la UE. La Directiva establece primero el concepto de profesión regulada, como la actividad profesional cuyo acceso y ejercicio está sujeto mediante disposiciones legales o administrativas a la posesión de determinadas cualificaciones y define el procedimiento por el que debe regirse en cada país el reconocimiento de la cualificación obtenida en otro Estado miembro, las autoridades competentes que pueden expedir los títulos y certificaciones en cada país, las instituciones responsables del

1 Real Decreto 1.837/2008 <https://www.boe.es/boe/dias/2008/11/20/pdfs/A46185-46320.pdf>

reconocimiento de los títulos foráneos, los periodos mínimos y comunes de formación o ejercicio profesional, los plazos de tramitación y la documentación adicional que debe acompañar la solicitud del interesado.

En el caso de las cinco profesiones sanitarias incluidas, los títulos oficiales de formación de grado, o los de especialista, que en su caso sean comunes y que reúnen las condiciones mínimas de formación previstas, están sujetos al principio de reconocimiento automático, sin la necesidad de acreditar experiencia profesional o superar pruebas de aptitud. Los estándares mínimos incluyen una formación básica de medicina de un mínimo de seis años o 5.500 horas de enseñanza teórico-práctica; una formación médica especializada por el sistema de residencia y realizada a tiempo completo en centros previamente acreditados, con una duración mínima para cada especialidad que oscila entre los 3 y 5 años; una formación mínima de 3 años o 4.600 horas de formación en el caso de enfermería de cuidados generales; una formación básica para odontología, veterinaria y farmacia de 5 años y una formación específica y mínima en enfermería obstétrico-ginecológica de 18 meses.

Planificación de las necesidades de profesionales

La inquietud de los responsables del Sistema Nacional de Salud en torno a la programación y planificación periódicas de las necesidades de profesionales sanitarios, ha motivado el impulso durante 2008 de dos estrategias claves: la implantación de un Registro de Profesionales Sanitarios y la actualización del estudio de necesidades de especialistas en medicina.

Desde la formalización del Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del 14 de marzo de 2007, el establecimiento de un registro de profesionales sanitarios² se ha considerado un asunto de vital importancia para el sistema de información sanitaria del SNS. Durante el 2008, las diferentes administraciones implicadas han ido avanzado en dos aspectos esenciales; por una parte, en la elaboración del correspondiente instrumento jurídico que proporcione la adecuada cobertura legal a los respectivos registros y, por otra, la implantación de la estructura informática y su conexión con el registro del actual Ministerio de Sanidad y Política Social. La Comunidad Autónoma de Andalucía ha sido pionera en esta regulación con la publicación del Decreto 427/2008³, de 29 de julio, por el que se crea el Registro de Profesionales Sanitarios de Andalucía.

Otra herramienta considerada básica para la planificación de los recursos humanos ha sido la actualización del "Estudio Oferta-Necesidad de

2 Acuerdo del CISNS sobre los registros de profesionales sanitarios
<https://www.boe.es/boe/dias/2007/04/14/pdfs/A16582-16585.pdf>

3 Decreto 427/2008 de la Comunidad Autónoma de Andalucía
<http://www.juntadeandalucia.es/boja/boletines/2008/154/d/26.html>

especialistas (2006-2030)⁴". Para ello, el todavía Ministerio de Sanidad y Consumo recabó en 2007, en colaboración con los diecisiete servicios públicos de salud, los datos registrales de los médicos especialistas empleados en el Sistema Nacional de Salud, por tramos de edad y sexo, para desarrollar el Informe "Oferta y Necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025)". Este trabajo (publicado en marzo de 2009) estimaba que, en 2008, España contábamos con 144.379 profesionales de medicina en activo, lo que supone una ratio de 325 por cada 1.000 habitantes. Entre ellos, 104.598 especialistas trabajan en el Sistema Nacional de Salud y representan el 56% de profesionales de medicina colegiados menores de 65 años. En torno al 40% de los especialistas tienen más de 50 años y el 45% son mujeres.

El estudio tiene en cuenta variables de oferta como son la demografía médica, con datos registrales de profesionales aportados por las comunidades autónomas, los datos de numerus clausus y de egresados de las facultades de medicina, la oferta de plazas de formación sanitaria especializada y la homologación de títulos de medicina y de especialista. También analiza variables de demanda entre las que se encuentran los datos demográficos de la población general, la percepción de necesidades de las comunidades autónomas, la oferta de puestos de trabajo y la opinión de los expertos, expresada en función de las variaciones en la demanda de asistencia por especialidad, los avances tecnológicos y los cambios organizativos del sistema.

El informe concluye (Tabla 9.1) que en 2008, se necesitarían 3.200 especialistas más, lo que supone un 2% del total y, que de no adoptarse ninguna medida, la tendencia de las necesidades de profesionales crecería moderadamente hasta 2015 (5%), intensificándose en 2025 hasta un 14%. La ratio de especialistas por 100.000 habitantes presenta una tendencia levemente creciente hasta 2015, retornando a una cifra similar a la actual en 2025.

Tabla 9.1. Necesidades de especialistas de medicina en España. Periodo 2008-2025

	2008	2015	2025
Habitantes (mill)	44.3	46.3	48.0
Especialistas necesarios por cien mil habitantes	319	323	317
Estimación del número total especialistas	161.966	171.100	174.071
Estimación del número especialistas necesarios	165.205	180.169	198.962
Porcentaje de especialistas necesarios	2%	5,3%	14,3%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio de la Oferta y Necesidades de Especialistas Médicos en España (2008-2025)

4 Estudio Oferta-Necesidad de especialistas (2006-2030)
<http://www.juntadeandalucia.es/boja/boletines/2008/154/d/26.html>

En cuanto a la distribución de necesidades de especialistas (Tabla 9.2), el estudio indica que las especialidades con mayor déficit son: Anestesiología y Reanimación, Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT), Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), Pediatría y Áreas específicas, Radiodiagnóstico y Urología.

Tabla 9.2. Porcentaje de especialistas necesarios en 2008 sobre el total de la especialidad

Anestesiología	3%
COT	2%
Cirugía pediátrica	3%
Cirugía plástica	2%
MFyC	3%
Pediatría	2%
Radiodiagnóstico	3%
Urología	3%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio de la Oferta y Necesidades de Especialistas Médicos en España (2008-2025)

El Libro Verde de las profesiones sanitarias

En el ámbito de la Unión Europea, el 10 de diciembre de 2008, la Comisión de las Comunidades Europeas publicó el Libro Verde sobre las profesiones sanitarias⁵, con el objetivo de describir los retos, comunes a todos los estados miembros, a los que se enfrenta el personal sanitario de la UE tales como el envejecimiento de la población general y del personal sanitario, el escaso atractivo de algunos empleos del sector, la migración de los profesionales dentro y fuera de la UE y la fuga de cerebros desde terceros países. Establece áreas de actuación entre las que podemos destacar: la evaluación del gasto sanitario, el fomento del desarrollo profesional continuo, la promoción de la movilidad "circular" del personal dentro de la UE, el establecimiento de principios para la contratación de profesionales procedentes de países en desarrollo, la armonización de los indicadores de los RRHH en el sector y la mejora de la disponibilidad de los datos

5 Libro Verde sobre las profesiones sanitarias

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0725:FIN:ES:PDF>

y, por último, promueve la utilización de los Fondos Estructurales para formar y reciclar a los profesionales y para la modernización de las infraestructuras, con el fin de mejorar las condiciones de trabajo.

Resumen y Conclusiones

Quizás de una forma más acusada que en otras épocas, en los últimos años, técnicos y gestores han tomado una mayor conciencia del papel clave del capital humano en los sistemas sanitarios. En un contexto mundial de déficit de profesionales y ante las llamadas de alerta ante el déficit de profesionales de medicina de algunas especialidades en el Sistema Nacional de Salud, las administraciones públicas han trabajado intensamente en la regulación de los diferentes niveles de organización y ordenación de los profesionales, la creación de sistemas de registro, la adaptación del número de plazas en los estudios de grado y de formación sanitaria especializada, la incentivación del desarrollo profesional continuo, la contratación de trabajos de consultoría sobre planificación de las necesidades a medio y largo plazo y la regulación de la entrada de profesionales extracomunitarios.

9.2 La formación sanitaria especializada

La publicación el 22 de noviembre de 2003 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que dedica el Capítulo III del Título II a la Formación Sanitaria Especializada, supone un auténtico revulsivo en un sector consolidado y relativamente estable desde que a finales de los años sesenta se iniciara el Seminario de hospitales con régimen de internado y particularmente, desde que el Real Decreto 127/1984, consolidara el modelo de residencia en centros acreditados como el único sistema de formación y obtención del título de especialista en Ciencias de la Salud. Desde entonces, las reformas impuestas o sugeridas por la LOPS se van desgranando una detrás de la otra, con un ritmo cadencioso para algunos sectores que, sin embargo, viene impuesto por la enorme trascendencia que cada modificación conlleva y por la necesidad de aquilatar las demandas y necesidades de la Administración Central y los servicios autonómicos de salud, de las organizaciones profesionales, las sociedades científicas, los estudiantes universitarios y por supuesto, las de los propios residentes en formación.

En este contexto, 2008 constituye un año de transición, marcado por la intensa actividad de los grupos de trabajo y comisiones técnicas de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por la consolidación del Estatuto del residente, la puesta en práctica de nuevos programas formativos de buena parte de las especialidades (programas

formativos publicados en 2008⁶) y, sobre todo, por la publicación del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada⁷.

Real Decreto de Especialidades en Ciencias de la Salud

El Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, constituye un paso más en el proceso de modernización y adaptación al Estado de las Autonomías abierto por la Ley de Ordenación de la Profesiones Sanitarias (LOPS) y lo hace con un doble objetivo, por un lado, avanzar en la implantación del modelo general de formación sanitaria especializada diseñado por la ley y por otro, potenciar las estructuras docentes, incidiendo en aspectos básicos que, tanto desde el punto de vista organizativo como desde el docente, repercuten en el proceso de aprendizaje de los futuros especialistas.

El título de la norma refleja esta doble finalidad: primero, el esfuerzo de sistematización, incorporando conceptos unitarios en todo el sistema, que se ponen de manifiesto en la relación global de todas las especialidades en Ciencias de la Salud y en su clasificación con criterios de multidisciplinariedad. Por otro lado, este Real Decreto viene a complementar la regulación de los

6 Programas formativos publicados en 2008

<http://www.msc.es/profesionales/formacion/guiaFormacion.htm>:

Orden SCO/634/2008, de 15 de febrero, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Radiodiagnóstico

Orden SCO/846/2008, de 14 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación

Orden SCO/847/2008, de 14 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Neurocirugía

Orden SCO/2603/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Geriátrica

Orden SCO/2604/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Nefrología

Orden SCO/2605/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Neumología

Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría

Orden SCO/2617/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Neurofisiología Clínica

7 Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero

http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/realDecreto183_2008.pdf

aspectos laborales y de la relación contractual del residente establecida dos años antes por el Real Decreto 1146/2006, para centrarse en aspectos básicos del sistema de formación, referidos a la figura del tutor, a las unidades docentes, a las comisiones de docencia o a aspectos pormenorizados de los procedimientos de evaluación que garanticen los derechos de los residentes frente a evaluaciones negativas.

Formación troncal

En junio de 2008, el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud presentó un informe sobre la troncalidad de las especialidades médicas solicitado por el Ministerio. En él se propone la distribución de las especialidades médicas en tres troncos, el médico, el quirúrgico y el tronco médico y de laboratorio clínico. Desarrolla además las competencias básicas, itinerarios, sistema de acceso y evaluación de los distintos troncos.

Posteriormente en octubre, se constituyó un Grupo de Trabajo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, con representantes de las Comunidades Autónomas y del Ministerio, con la misión de realizar una propuesta sobre los contenidos y estructura de la formación troncal desde el punto de vista institucional.

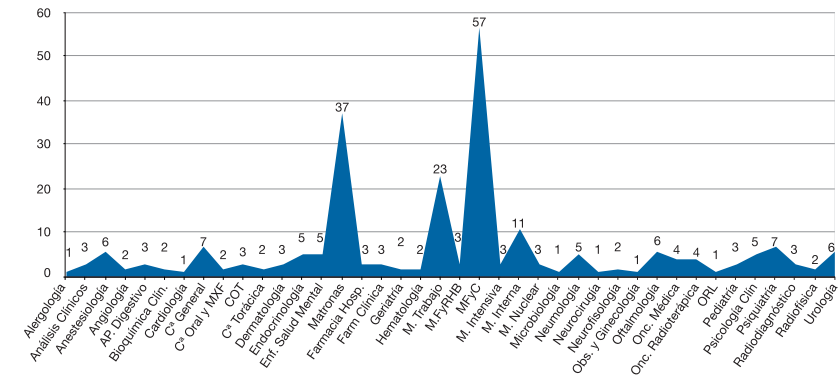
Acreditación docente

La acreditación es un proceso continuo, por ello los centros y unidades docentes acreditadas se someten periódicamente a procedimientos de auditoría externa, que lleva a cabo la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (42 auditorías de centro docente y 189 de unidad docente, en 2008) y al seguimiento de los planes de mejora que se establecen como consecuencia de las recomendaciones de estas auditorías.

En el proceso de acreditación y seguimiento de la acreditación participan las Comisiones Nacionales de Especialidad, como órganos asesores del Ministerio.

En números absolutos las especialidades con un mayor incremento de las plazas acreditadas en 2008 fueron, según se indica en la Figura 9.1, Medicina familiar y Comunitaria (57), Enfermería Obstétrico-Ginecológica, Matronas (37) y Medicina del Trabajo (23).

Figura 9.1. Nuevas plazas acreditadas en 2008 por especialidad



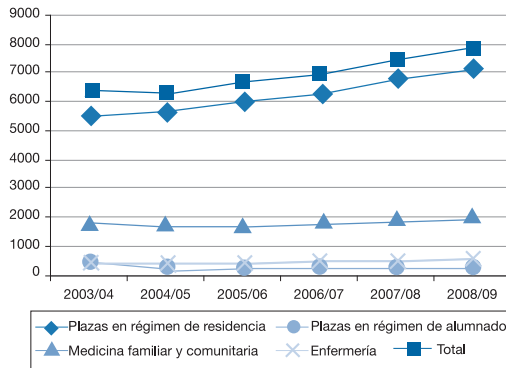
Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social

Oferta de plazas de formación sanitaria especializada

En relación con las necesidades de especialistas percibidas por las comunidades autónomas y reflejadas en los estudios de necesidad de especialistas realizados por el Ministerio, se ha producido en los últimos años un incremento progresivo de las plazas de formación sanitaria especializada, que supone un aumento de las mismas en el periodo 2003-2008, de 6.404 plazas en 2003/04 a 7.866 de 2008/09 (18,6%) (Figura 9.2).

La oferta total de plazas de formación sanitaria especializada en 2008 fue de 7.866, distribuidas de la siguiente manera:

Figura 9.2. Incremento de plazas de formación, 2003/4-2008/9



Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social

- Especialidades en régimen de residencia: 7.111 de la convocatoria general y 563 de enfermería. Cabe destacar que las especialidades con una mayor oferta de plazas fueron: Medicina Familiar y Comunitaria (1892), Pediatría y sus Áreas Específicas (395), Anestesia y Reanimación (337) y Medicina Interna (324), las tres primeras consideradas como deficitarias en cuanto a las necesidades de profesionales.
- Especialidades en régimen de alumnado: 192.

Acceso a la formación sanitaria especializada

Las convocatorias anuales de las pruebas selectivas de 2007 para el acceso a las plazas de formación sanitaria especializada en 2008 se realizaron a través de sendas órdenes ministeriales SCO/2705/2007, de 12 de septiembre, para médicos, farmacéuticos, químicos, biólogos, bioquímicos, psicólogos y radiofísicos hospitalarios y SCO/2706/2007, de 12 de septiembre, para las especialidades de enfermería (ambas publicadas en el B.O.E. del 19 de septiembre⁸).

Las pruebas de 2007/08 mantuvieron la tónica ascendente de los últimos años, tanto en el incremento de las plazas ofertadas como en el de los aspirantes admitidos y presentados en las siete titulaciones. Entre los médicos, por ejemplo, un incremento global en cinco años, en el conjunto de las plazas ofertadas, cercano al 15%, se acompañó de un aumento paralelo del volumen de aspirantes de medicina admitidos al examen, pasando de los 8.565 aspirantes de la convocatoria de 2003/04 a los 10.620 de este año, es decir, un incremento del 23,9% en 5 años.

Salvo en el caso de los radiofísicos, los aspirantes admitidos a los exámenes celebrados el sábado 19 de enero de 2008, ejemplificaron la notable feminización de los futuros especialistas en ciencias de la salud (Tabla 9.3).

Tabla 9.3. Convocatoria de plazas de formación sanitaria especializada 2007/2008

	MUJERES		HOMBRES		TOTAL
	ADMITIDOS	%	ADMITIDOS	%	
BIOLOGÍA	267	74,37	92	25,63	359
FARMACIA	775	79,08	205	20,92	980
MEDICINA	6.447	60,71	4.173	39,29	10.620
PSICOLOGÍA	1.633	83,61	320	16,39	1.953
QUÍMICA	126	70,39	53	29,61	179
RADIOFÍSICA	109	38,65	173	61,35	282
ENFERMERÍA	5.539	92,04	479	7,96	6.018
TOTAL	14.896	73,05	5.495	26,95	20.391

Fuente: Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad y Política Social

8 BOE del 19 de Septiembre <http://www.boe.es/boe/dias/2007/09/19/index.php>

Tabla 9.4. Evolución de la oferta y adjudicación de plazas de formación sanitaria especializada de medicina en las convocatorias de 2003/04 a 2007/08

	2003/04		2004/05		2005/06		2006/07		2007/08	
	Oferta	Adjud.	Oferta	Adjud.	Oferta	Adjud.	Oferta	Adjud.	Oferta	Adjud.
ALERGOLOGÍA	49	49	48	48	54	54	51	51	56	56
ANÁLISIS CLÍNICOS	49	49	40	40	34	34	36	36	35	34
ANATOMÍA PATOLÓGICA	55	55	55	54	72	72	74	73	86	86
ANESTESIOLOGÍA Y REANIM.	273	273	281	281	288	288	311	311	324	324
ANGIOLOGÍA Y CIR. VASCULAR	28	28	31	31	32	32	32	32	36	36
APARATO DIGESTIVO	104	104	107	107	108	108	115	115	131	131
BIOQUÍMICA CLÍNICA	21	21	27	27	23	23	22	22	21	20
CARDIOLOGÍA	114	114	111	111	119	119	129	129	144	144
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	17	17	19	19	24	24	24	24	29	29
CIRUGÍA GRAL. Y DEL A. DIGEST.	90	90	94	94	161	161	161	161	185	185
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	25	25	25	25	30	30	29	29	30	30
CIRUGÍA ORT. Y TRAUMA.	165	165	176	176	179	179	190	190	200	200
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	12	12	14	14	18	18	20	20	20	20
CIR PLÁSTICA ESTÉTICA Y REPA.	28	28	28	28	29	29	29	29	33	33
CIRUGÍA TORÁCICA	13	13	18	18	23	23	21	21	25	25
DERMATOLOGÍA Y VENEREOL.	57	57	54	54	58	58	64	64	69	69
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN	52	52	51	51	55	55	56	56	62	62
FARMACOLOGÍA CLÍNICA	21	21	21	21	20	20	21	21	23	22

	2003/04		2004/05		2005/06		2006/07		2007/08	
	Oferta	Adjud.	Oferta	Adjud.	Oferta	Adjud.	Oferta	Adjud.	Oferta	Adjud.
GERIATRÍA	44	44	45	45	48	48	51	51	56	56
HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA	64	64	66	66	92	92	96	96	115	115
HIDROLOGÍA MÉDICA	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
INMUNOLOGÍA	14	13	14	13	14	14	14	14	14	13
MED. DEL TRABAJO	305	305	77	77	71	71	105	105	129	129
MED. EDUCACIÓN FÍSICA	135	127	120	120	110	75	115	66	115	74
MED. FAMILIAR Y COMUNITARIA	1.770	1.770	1.682	1.682	1.700	1.648	1.771	1.582	1.859	1.606
MED.FÍSICA Y REHABILIT.	75	75	78	78	80	80	80	80	91	91
MED. INTENSIVA	125	125	126	126	130	130	140	140	151	151
MED. INTERNA	239	239	247	247	261	261	265	265	293	293
MED. LEGAL Y FORENSE	20	20	22	22	31	31	31	29	23	23
MED. NUCLEAR	29	29	31	31	40	40	39	39	43	43
MED. PREVENTIVA Y SP.	49	49	57	57	71	71	78	76	80	78
MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA	53	53	57	56	50	50	54	54	47	47
NEFROLOGÍA	84	84	83	83	87	87	90	90	95	95
NEUMOLOGÍA	70	70	70	70	88	88	92	92	103	103
NEUROCIRUGÍA	25	25	30	30	43	43	40	40	44	44
NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	43	43	43	43	46	46	43	43	50	49

	2003/04		2004/05		2005/06		2006/07		2007/08	
	Oferta	Adjud.	Oferta	Adjud.	Oferta	Adjud.	Oferta	Adjud.	Oferta	Adjud.
NEUROLOGÍA	99	99	98	98	106	106	103	103	107	107
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	200	200	205	205	218	218	228	228	251	251
OFTALMOLOGÍA	120	120	146	146	149	149	148	148	160	160
ONCOLOGÍA MÉDICA	75	75	76	76	81	81	85	85	100	100
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	23	23	30	30	38	38	41	40	48	48
OTORRINOLARINGOLOGÍA	65	65	74	74	74	74	73	73	81	81
PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍF.	295	295	315	315	330	330	337	337	370	370
PSIQUIATRÍA	169	169	179	179	189	189	208	208	223	223
RADIODIAGNÓSTICO	201	201	203	203	204	204	209	209	217	217
REUMATOLOGÍA	41	41	43	43	43	43	44	44	48	48
UROLOGÍA	55	55	56	56	73	73	73	73	85	85
TOTAL	5.670	5.661	5.483	5.480	5.804	5.717	6.048	5.804	6.517	6.216

Fuente: Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad y Política Social

Tabla 9.5. Resumen de los datos más significativos de las pruebas selectivas 2007/2008

Fase de ADMISIÓN		Medicina	Farma- cia	Quími- ca	Biología	Psico- logía	Radio- física	Enfer- mería	TOTALES								
Nº DE SOLICITUDES		10.793	987	181	364	1.974	283	6.054	20.636								
Nº Aspirantes Admitidos	Mujeres (Nº y %)	6.447	60,71	775	79,08	126	70,39	267	74,37	1.633	83,61	109	38,65	5.539	92,04	14.896	73,05
	Hombres (Nº y %)	4.173	39,29	205	20,92	53	29,61	92	25,63	320	16,39	173	61,35	479	7,96	5.495	26,95
	TOTAL	10.620		980		179		359		1.953		282		6.018		20.391	
Fase de SELECCIÓN		MED	FARM	QUIM	BIO	PSICO	RADF	ENF	TOTAL								
PRESENTADOS A EXAMEN		8.985	877	135	274	1.644	225	4.848	16.988								
% PRESENTADOS/ ADMITIDOS A EXAMEN		84,60	89,49	75,42	76,32	84,18	79,79	80,56	83,31								
RATIO PRESENTADOS/ PLAZA		1,38	3,33	5,00	7,21	15,36	7,50	9,93									
ASPIR. CON NÚMERO DE ORDEN DEFINITIVO		8.898	869	133	271	1.636	34	4.828									
RATIO ASPIR. CON Nº DE ORDEN/ PLAZA		1,37	3,30	4,93	7,13	15,29	1,13	9,89									
Fase de ADJUDICACIÓN		MED	FARM	QUIM	BIO	PSICO	RADF	ENF	TOTAL								
PLAZAS OFERTADAS		6.517	263	27	38	107	30	488	7.470								
PLAZAS ADJUDICADAS		6.216	261	27	37	107	30	488	7.166								
PLAZAS SIN ADJUDICAR		301	2	0	1	0	0	0	304								
ULTIMO Nº ORDEN CON PLAZA ADJUDIC.		8.897	420	28	37	108	30	1.474									

Fuente: Subdirección de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad y Política

Las pruebas selectivas que se celebraron el 19 de enero de 2008 no incorporaron cambios cualitativos entre los requisitos de los aspirantes, pero afianzaron la obligación, introducida un año antes, de acreditar el conocimiento del español de los ciudadanos de estados con otras lenguas oficiales y, como ventaja técnica, instauraron la opción de un nuevo sistema de verificación automática del documento de identidad.

Los actos de adjudicación de las plazas ofertadas se desarrollaron entre el 3 y el 18 de abril de 2008, quedando vacantes 301 plazas, todas ellas entre las 6.517 plazas ofertadas en Medicina, de las cuales 253 correspondían a Medicina Familiar y Comunitaria, una especialidad clave en la organización del Sistema Nacional de Salud -un 13, 61%- de las 1.859 plazas disponibles- y sin que en 2008 se agotara el cupo máximo de las 617 plazas que se podían adjudicar a médicos extranjeros no comunitarios.

Residentes en formación

Una vez completado el doble proceso de incorporación de los nuevos residentes, el 20 de mayo de 2008 y de finalización de las promociones de último año, el 3 de junio en las especialidades de cuatro años y el 20 de junio en las de cinco años de duración, el censo del Registro Nacional de Especialistas en Formación alcanzó en septiembre los 23.763 residentes.

Paralelamente al crecimiento en el número de plazas y residentes, en 2008 se incrementó la tramitación de procedimientos administrativos, registrándose 44 solicitudes de cambio de especialidad y 103 procedimientos de reconocimiento de periodos formativos previamente realizados que, comparados con las 51 solicitudes de 2003, supone un crecimiento en los últimos cinco años cercano al 88%.

Tabla 9.6. Residentes en formación sanitaria especialidad en septiembre de 2008

ESPECIALIDAD	NÚMERO	ESPECIALIDAD	NÚMERO
Alergología	164	Med. Familiar y Comunitaria	5.565
Análisis clínicos	299	Med. Física y Rehabilitación	303
Anatomía Patológica	232	Med. Intensiva	605
Anestesiología y Reanimación	1.182	Med. Interna	1.227
Angiología y Cirugía Vascul ar	158	Med. Nuclear	121
Aparato Digestivo	458	Med. Preventiva y Salud Pública	163
Bioquímica Clínica	220	Microbiología y Parasitología	228
Cardiología	605	Nefrología	331
Cirugía Cardiovascular	107	Neumología	327
Cirugía General y del Aparato Digestivo	669	Neurocirugía	171
Cirugía Oral y Maxilofacial	134	Neurofisiología Clínica	135
Cirugía Ortopédica y Traumatología	893	Neurología	404
Cirugía Pediátrica	79	Obstetricia y Ginecología	880
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora	146	Oftalmología	590
Cirugía Torácica	97	Oncología Médica	333
Dermatología Medicoquirúrgica y Venereología	243	Oncología Radioterápica	142
Endocrinología y Nutrición	219	Otorrinolaringología	288
Enfermería de Salud Mental	119	Pediatría y sus áreas específicas	1.342
Enfermería Obstétrico-Ginecología	707	Psicología Clínica	294
Farmacia Hospitalaria	503	Psiquiatría	779
Farmacología Clínica	55	Radiodiagnóstico	805
Geriatría	155	Radiofísica Hospitalaria	84
Hematología y Hemoterapia	353	Reumatología	164
Inmunología	84	Urología	332
Med. del Trabajo	269		
TOTAL		23.763	

Fuente: Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad y Política Social

En un contexto internacional de creciente movilidad de los profesionales sanitarios, en 2008 el sistema contaba con 2.338 residentes extranjeros, un 9,8% del cómputo total, de los cuales 458 eran nacionales de estados miembros de la Unión Europea o integrantes del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo (Tabla 9.7). Este fenómeno puede explicar también el crecimiento de las autorizaciones para realizar estancias formativas para graduados o especialistas extranjeros en centros acreditados españoles, que en 2008 alcanzaron las 750, doblando con creces las 312 estancias autorizadas en 2004.

Tabla 9.7. Especialistas en formación sin nacionalidad española

NACIONALIDAD	NÚMERO	NACIONALIDAD	NÚMERO
Alemania	43	Grecia	2
Andorra	7	Guatemala	11
Angola	4	Guinea-Ecuatorial	5
Argentina	198	Holanda	9
Argelia	13	Honduras	5
Armenia	2	Hungría	4
Austria	4	Irán	5
Bélgica	2	Irak	2
Belice	1	Israel	7
Bolivia	72	Italia	184
Bosnia	2	Jordania	8
Brasil	36	Líbano	5
Bulgaria	10	Lituania	1
Camerún	2	Marruecos	59
República Checa	6	México	83
Chile	20	Moldavia	5
China	1	Palestina	13
Colombia	229	Panamá	8
Congo	5	Paraguay	22
Corea	2	Perú	501
Costa Rica	3	Polonia	12
Croacia	2	Portugal	10
Cuba	133	Rumania	122
Cabo Verde	4	Rusia	16
Republica Dominicana	55	El Salvador	15
Ecuador	105	Serbia	3
Egipto	5	Siria	13
Eslovenia	1	Suecia	6
Eslovaquia	5	Túnez	1
Finlandia	2	Ucrania	20
Francia	21	Uruguay	18
Reino unido	5	Estados Unidos	13
Georgia	4	Venezuela	146
TOTAL		2.338	

Fuente: Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad y Política Social

Resumen y conclusiones

La información y los datos expuestos muestran un sistema de formación sanitaria especializada muy desarrollado, muy regulado, incluso rígido, pero con capacidad para ofrecer una formación de calidad, con prestigio internacional, a un numeroso colectivo de residentes, provenientes de siete titulaciones universitarias, en 54 especialidades diferentes. Un sistema además en plena expansión, tanto en el número de plazas acreditadas y ofertadas como en el de aspirantes de todas las titulaciones, que ha renovado en los últimos 4 años la mayor parte de sus programas formativos y trabaja en la definición de los programas de las nuevas especialidades de Enfermería aprobadas según Real Decreto 450/2005, de 22 de abril.

A pesar de sus reconocidos logros este sistema se encuentra inmerso en una profunda transformación, que está afectando fundamentalmente a la propia sistematización de las especialidades, al sistema de selección de los aspirantes, a la estructura de la formación a través de la definición de periodos iniciales comunes entre especialidades afines, a la potenciación y reconocimiento de las estructuras docentes y al sistema de evaluación. La publicación del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, constituye un paso fundamental en este proceso de renovación, introduce los nuevos conceptos, adapta el sistema al Estado de las autonomías y prevé las modificaciones que, ineludiblemente, se producirán en los próximos años.

9.3 Formación continuada

Comisión de Formación Continuada y Sistema de Acreditación

Con la publicación de la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, se da un importante impulso a la formación continuada y a su sistema acreditador. Dicha Ley considera a la Comisión de Formación Continuada la garante de armonizar el ejercicio de las funciones en materia de formación continuada en las Administraciones Sanitarias Públicas, instituciones y organismos, así como coordinar las actuaciones que se desarrollan en dicho campo. Su fundamento se encuentra en el artículo 38 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que exige a las Administraciones Públicas, con el fin de garantizar la calidad en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, establecer criterios comunes para ordenar las actividades de formación continuada.

Tal es el objetivo del Real Decreto 1142/2007 (BOE de 14 de septiembre), que determina la composición y funciones de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y que regula el sistema de acreditación de la misma.

Este Real Decreto otorga a la Comisión de Formación Continuada la consideración de órgano colegiado de las Administraciones Públicas, adscrito a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, estando compuesta por: dos representantes del Ministerio de Sanidad y Política Social, uno de los cuales ostenta la Presidencia; un representante del Ministerio de Educación; un representante del Ministerio de Defensa; un representante de cada una de las Comunidades Autónomas presentes en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y el Secretario de la Comisión, que es un funcionario del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Durante el año 2008, las principales actuaciones del Pleno de la Comisión de Formación Continuada han sido:

- Reafirmar la vigencia del Sistema Acreditador utilizado desde febrero de 1998, en tanto no se adopten nuevos criterios. Se refiere a los acuerdos sobre criterios, procedimientos y requisitos establecidos por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud en virtud del Convenio de Conferencia Sectorial, en lo referente:
 - Al protocolo de valoración que contempla criterios y estándares, previamente establecidos sobre la base de un componente cuantitativo, relativo a la ponderación de la duración de la actividad, y a un componente cualitativo ponderado, relacionado con el perfil pedagógico de la actividad formativa.
 - Al proceso de evaluación externa para la valoración de la calidad de la oferta, contrastando los descriptores que la caracterizan con los estándares establecidos.
 - A los modelos de solicitud de acreditación normalizados que recojan datos relativos al proveedor, a la actividad y a la financiación.
 - A la utilización de crédito por actividad como resultado de la valoración cuanti-cualitativa.
 - A la regulación de la forma en la que debe aparecer el logotipo y la acreditación concedida en todos los materiales de promoción y en las certificaciones emitidas por el proveedor-promotor de la actividad.
- Elaborar la propuesta del Reglamento de Régimen Interno que establece un régimen de funcionamiento centrado en el Pleno, en Comisiones Técnicas y en Grupos o Ponencias de trabajo. En su caso, establece la posibilidad de una Comisión Ejecutiva para ejercer, por delegación, las funciones que expresamente le delega el Pleno. El Reglamento, además de recoger las funciones de la Comisión de Formación Continuada que le asigna el artículo 34.4. de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre y demás normas de aplicación, incorpora la de

establecer la definición y normalización de datos y flujos, la selección de indicadores y los requisitos técnicos necesarios para el Sistema de Información de la Acreditación.

- Constituir la Comisión Técnica de Acreditación con la misma representación que el Pleno de la Comisión de Formación Continuada. Su Presidente es el Presidente del Pleno, que recae sobre el Subdirector General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Política Social. Teniendo como funciones:
 - El estudio, informe y propuesta para el establecimiento de procedimientos, criterios y requisitos para la acreditación de centros y actividades de formación continuada.
 - El estudio, informe y propuesta para el establecimiento de procedimientos, criterios y requisitos para la acreditación y la acreditación avanzada de profesionales en un área funcional específica de una profesión o especialidad, como consecuencia del desarrollo de actividades de formación continuada acreditada.
- Proponer el reparto competencial en la Acreditación de actividades de formación continuada. El Real Decreto 1142/2007, de 21 de agosto, establece en su artículo 8 que la acreditación de la formación continuada corresponde al Ministerio de Sanidad y Política Social y a las comunidades autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias. Con el fin de desarrollar el artículo se establece, por parte de la Comisión Técnica de Acreditación, su procedimiento⁹.
- Estudiar el procedimiento para la evaluación de actividades formativas a distancia. Se presenta la Guía-Procedimiento de Acreditación para actividades a distancia. La Guía entiende por formación a distancia cualquier sistema de comunicación que sustituye la interacción personal en el aula del profesor y alumno como medio preferente de enseñanza; a través de una acción sistemática y conjunta de diversos recursos didácticos y el apoyo de una organización que propicia el aprendizaje independiente y flexible del alumno. La Guía clasifica la formación a distancia en Tipo I, con contenidos de provisión y de gestión con elementos tecnológicos añadidos; y Tipo II con contenidos on line.
 - Formación a distancia de Provisión. Reproduce los enfoques tradicionales, basados en el estudio personal de materiales formativos enviados por correo. Con el tiempo y la introducción de nuevas tecnologías las únicas diferencias introducidas fueron que se entregaban los materiales con más agilidad (revistas, monografías, libros,...).

9 <http://www.msc.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/procedimiento.htm#presentacionSol>

- Formación a distancia de Gestión con elementos tecnológicos añadidos. Reconoce que la educación es más que una distribución de contenidos. Con la aparición de las tecnologías busca, a través de éstas, reproducir el entorno tradicional, intentando recrear el aula, la experiencia formal (CD, vídeos, DVD,...).
- Formación a distancia On line. Reproducen los procesos involucrados en el aprendizaje y reconocen la necesidad de un elemento clave, la comunicación. Se parte de la idea que un aprendizaje efectivo necesita diálogo, conversación, discusión y reflexión, y los establece como centro de la experiencia del proceso formativo, que se concibe como un proceso social no solitario.

De igual manera, establece su Procedimiento de valoración¹⁰.

Desarrollo Autonómico del Sistema de Acreditación de la formación continuada

Desde el inicio de la Comisión de Formación Continuada en 1997, se han ido desarrollando las Comisiones de Formación Continuada de las Comunidades Autónomas y sus propios Sistemas de Acreditación, inspirados en las directrices contenidas en el Convenio de Conferencia Sectorial (Resolución de 22 de diciembre de 1997, de la Subsecretaría), con una composición acorde con la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y desarrollada según características propias de cada Comunidad Autónoma.

El Convenio estableció que las funciones y acuerdos de la Comisión se desarrollarán y ejecutarán a través de los órganos administrativos de las Consejerías de Sanidad y Salud de las Comunidades Autónomas.

Por otro lado, el Real Decreto 1142/2007, de 31 de agosto, en su artículo 9 señala que el Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias en el Sistema Nacional de Salud está integrado por: La Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y por los órganos específicos de acreditación constituidos por el Ministerio y las Comunidades Autónomas.

Esta descentralización territorial no se ha completado en su totalidad. Así, en 2008 la situación de las Comisiones Autonómicas y sus Sistemas de Acreditación fue la siguiente:

- Las Comunidades Autónomas de Asturias y Canarias no dispusieron de un Sistema Acreditador operativo.
- Las Comunidades Autónomas de Andalucía, Aragón, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Galicia, Navarra, País Vasco y Valencia dispusieron de un Sistema Acreditador operativo y

¹⁰ <http://www.msc.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/procedimiento.htm# criteriosEva>

admitieron todas las profesiones sanitarias tituladas y profesionales del área sanitaria de formación profesional así como todos los formatos de actividad (presenciales y a distancia).

- Las Comunidades Autónomas de Castilla y León, Cataluña, Extremadura, La Rioja, Madrid y Murcia tuvieron operativo el Sistema Acreditador, pero con las limitaciones referidas a determinadas profesiones sanitarias y/o formatos de actividad.

9.4 Principales actuaciones relacionadas con la formación continuada y con el sistema acreditador

Durante el año 2008, se abrió el Sistema Acreditador para las actividades de formación continuada dirigidas a todas las profesiones y a todos los profesionales sanitarios, incluidos en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

A modo de resumen se presenta el total de actuaciones realizadas, tanto por el órgano administrativo del Ministerio de Sanidad y Política Social, así como el de las diferentes Comunidades Autónomas:

Tabla 9.8. Total de actuaciones realizadas en formación continuada y sistema acreditador en 2008

Nº SOLICITUDES DE ACREDITACIÓN RECIBIDAS	20.365
Nº ACTIVIDADES ACREDITADAS	18.307
Nº ACTIVIDADES ACREDITADAS POR PROFESIONAL DIANA: (*)	
Licenciados Sanitarios	10.682
Diplomados Sanitarios	7.309
Técnicos de Grado Superior	1.098
Técnicos de Grado Medio	1.267
Cinco primeras materias objeto de acreditación aportadas por las propias CCAA e INGESA	
1.- PRÁCTICA CLÍNICA	
2.- GESTIÓN Y CALIDAD	
3.- INVESTIGACIÓN	
4.- SALUD PÚBLICA	
5.- SEGURIDAD DEL PACIENTE	
Observaciones: *El sumatorio incluye actividades dirigidas a más de un profesional sanitario	
Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, Comunidades Autónomas e INGESA	

10 Investigación

En el año 2007 se promulgó la Ley de Investigación Biomédica, una ley clave para mejorar la calidad y la expectativa de vida de los ciudadanos. Esta ley ha establecido una nueva organización de la investigación biomédica, que en este nuevo contexto exige enfoque multidisciplinar, aproximación del investigador básico al clínico y coordinación y trabajo en red, como garantías necesarias para la obtención de una investigación de calidad.

Se ha optado por la generación de conocimiento biomédico a través del apoyo decisivo de las Administraciones Públicas, aportando importantes recursos económicos y humanos, y las infraestructuras necesarias. Tanto la Administración General del Estado, en ejercicio de la competencia de fomento y coordinación general de la investigación científica y técnica, como las administraciones de las comunidades autónomas, que en sus estatutos han recogido de manera unánime la competencia de fomento de la investigación, están configurando estructuras de investigación biomédica dentro del Sistema Nacional de Salud. El objetivo de esta acción se centra en el aprovechamiento de manera eficiente de los recursos disponibles y obtener así, a través de la aportación de los distintos grupos de investigación, unos resultados trasladables a la mejora de salud de los ciudadanos, estimulando la participación y colaboración de los distintos organismos de investigación, de las universidades y de los propios centros del Sistema Nacional de Salud.

Las funciones de promoción y coordinación de la investigación biomédica en el Sistema Nacional de Salud (SNS), se desarrollan a través de la Iniciativa Sectorial de Investigación en Salud. Esta línea estratégica fomenta la actividad investigadora del SNS como elemento vertebrador y fundamental para el progreso del mismo. Esta acción se establece a través de la promoción, de la coordinación de la formación investigadora y de la promoción de la carrera investigadora del personal del SNS, facilitando la adscripción temporal de especialistas y la aparición de los institutos de investigación biomédica y redes de investigación para la utilización conjunta de infraestructuras científicas y el desarrollo de proyectos de investigación.

En el año 2008, comienza la ejecución del VI Plan Nacional de investigación científica, desarrollo e innovación tecnológica para el período 2008-2011(I+D+i). Este plan establece cuatro áreas prioritarias de actuación: área de generación de conocimientos y capacidades; área de fomento de la cooperación en I+D; área de desarrollo e innovación tecnológica sectorial y área de acciones estratégicas. Se articula a través de las siguientes líneas instrumentales de actuación: recursos humanos, proyectos, fortalecimiento institucional, infraestructuras y coordinación del sistema. Todas estas actividades se han enmarcado en la Acción Estratégica en Salud (AES) que pretende dar cobertura a las propuestas en ciencia y tecnología.

El objetivo general de la AES es generar conocimiento para preservar la salud y el bienestar de la ciudadanía, así como para el desarrollo de los aspectos preventivos, diagnósticos, curativos, rehabilitadores y paliativos de la enfermedad, reforzando e incrementando para ello la competitividad y capacidad de I+D+i del SNS y de las empresas relacionadas con el sector.

Asimismo, durante este año, también se ha puesto en marcha dos estrategias específicas en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, el Plan de Terapias Avanzadas en el ámbito de la Medicina Regenerativa y la Acción Transversal en Cáncer, que persiguen la incorporación rápida de los avances de la investigación a los abordajes diagnósticos y terapéuticos aplicados a los pacientes.

10.1 Plan Nacional de Investigación (I+D+i)

El nuevo Plan Nacional de I+D+i 2008-2011 ha incorporado cambios importantes en su estructura y gestión. Se divide en cuatro áreas diferenciadas con seis líneas instrumentales de actuación. Dentro de éstas se encuentra la Acción Estratégica en Salud (AES), cuyos objetivos son:

- Generar conocimiento para preservar la salud y el bienestar de la ciudadanía.
- Potenciar la innovación científica en temas biosanitarios.
- Incorporar los avances de la investigación a los pacientes del SNS.

La AES se estructura en cinco líneas principales:

- Línea 1: Tecnologías moleculares y celulares de aplicación a la salud humana.
- Línea 2: Investigación traslacional sobre la salud humana.
- Línea 3: Fomento de la investigación en salud pública, salud ambiental y salud laboral, dependencia y servicios de salud, para la mejor calidad de vida funcional de la población española.
- Línea 4: Fomento de la investigación farmacéutica en medicamentos y desarrollo de tecnologías farmacéuticas. Investigación, desarrollo e innovación en fármacos para el tratamiento de las enfermedades más relevantes.
- Línea 5: El SNS como plataforma de desarrollo de investigación científica y técnica con el entorno industrial y tecnológico.

Los objetivos de la AES se concretan en:

- Aumentar la inversión pública y privada en I+D+i en salud.
- Aumentar el número y la calidad de los RR.HH. en I+D+i en salud.
- Aumentar la producción científica y la dimensión internacional de la I+D+i en salud.
- Aumentar la transferencia de conocimiento y tecnología en salud.

Líneas de actuación de la Estrategia en Salud

Para dar cumplimiento a los objetivos mencionados, la Acción Estratégica en Salud (AES) durante 2008 se articuló a través de varias líneas de actuación.

La primera línea de actuación se desarrolla a través de:

- Formar a investigadores en biomedicina y ciencias de la salud, mediante la realización de una tesis doctoral en el ámbito de la investigación biomédica.
- Promover la formación en investigación de profesionales sanitarios que hayan terminado el período de formación sanitaria especializada.
- Promover la formación del personal del SNS en tecnologías sanitarias o en investigación biomédica de interés para el Sistema, mediante estancias en instituciones nacionales o extranjeras.
- Fomentar el aumento del número de investigadores en las instituciones del SNS, para incrementar el potencial de conocimiento transferible hacia la práctica clínica, por medio de la contratación de doctores y otros profesionales con acreditada trayectoria investigadora en biomedicina y ciencias de la salud, adquirida en instituciones nacionales y extranjeras.

Con ello se pretende superar la separación evidente que existe entre la investigación biomédica y la práctica clínica, incrementando la masa crítica de facultativos especialistas-investigadores, que se consideran claves en la investigación traslacional, tanto en el sentido de trasladar el conocimiento a los pacientes, como en el de generar hipótesis de investigación desde la práctica asistencial.

Las comunidades autónomas que han solicitado y fundamentalmente se han beneficiado de este programa han sido la Comunidad Autónoma de Madrid, Cataluña y Andalucía.

La segunda línea de actuación ha sido la línea instrumental de actuación de proyectos. Esta acción estratégica se ha fundamentado en tres subprogramas de proyectos de investigación:

- Subprograma de proyectos de investigación en salud.
- Subprograma de proyectos de investigación clínica no comercial.
- Subprograma de proyectos de investigación en evaluación de tecnologías sanitarias y servicios de salud.

El primero de ellos se establece para lograr una línea de investigación de calidad estable para evitar la fragmentación de los grupos de investigación, estimulando la generación de una masa crítica en investigación. Uno de los objetivos, ha sido la promoción de la financiación de proyectos de profesionales sanitarios incorporados al SNS en los cinco últimos años. También se ha estimulado la presentación de proyectos coordinados para fomentar la cooperación científica, consiguiendo una aceleración en la traslación a la práctica clínica. Con esta acción se ha incentivado la participación del personal

investigador que realiza tareas asistenciales en el SNS como investigador principal.

En la convocatoria de 2008, se recibieron 2.042 solicitudes por un importe de 263.658.000 euros. Se financiaron 637 proyectos por un importe de 70.616.000 euros. La distribución territorial ha sido similar a la de otros años predominando las comunidades autónomas de Cataluña, Madrid y Andalucía (Tabla 10.1).

Tabla 10.1. Proyectos de I+D por CCAA. Convocatoria año 2008

	Solicitado IP				Aprobado IP			
	Nº Proyectos	Hombre	Mujer	Subvención (Miles de euros)	Nº Proyectos	Hombre	Mujer	Subvención (Miles de euros)
Andalucía	267	178	89	29.141	49	32	17	5.898
Aragón	48	31	17	4.355	11	7	4	881
Asturias	37	26	11	4.123	12	6	6	1.258
Baleares	35	22	13	3.136	11	8	3	866
Canarias	34	21	13	3.922	8	5	3	969
Cantabria	29	20	9	3.990	12	10	2	1.093
Castilla y León	69	42	27	11.100	17	11	6	1.745
Castilla-La Mancha	33	22	11	3.826	18	12	6	1.658
Cataluña	635	389	246	87.346	222	152	70	25.372
Comunidad Valenciana	139	89	50	18.460	39	22	17	2.950
Extremadura	20	14	6	2.672	5	4	1	330
Galicia	67	43	24	9.127	23	17	6	2.908
Madrid	470	278	192	64.177	166	106	60	20.478
Murcia	25	22	3	2.810	9	8	1	553
Navarra	53	32	21	6.695	20	13	7	2.581
País Vasco	78	50	28	8.573	14	8	6	1.049
La Rioja	3	0	3	205	1	0	1	26
TOTAL	2.042	1.279	763	263.658	637	421	216	70.616

Fuente: Memoria FIS 2008

En cuanto a la distribución de los proyectos por centros de realización cabe destacar que el 59,03% de los proyectos se solicitaron para su realización dentro del SNS, el 16,64% a través de Entidades y Fundaciones del SNS, el 13,97% las Universidades y el resto en Organismos Públicos de Investigación (OPIs).

Las áreas terapéuticas más solicitadas han sido Oncología (16,90%), seguida de Enfermedades Crónicas e Inflamación (16,25%) y enfermedades neurológicas y mentales (14,54%).

El segundo subprograma dedicado a la promoción de la investigación clínica no comercial se establece para fomentar la investigación científica con medicamentos de uso humano, mediante la financiación de proyectos independientes de la industria farmacéutica. Las áreas temáticas prioritarias que se han fomentado fueron:

- Medicamentos huérfanos y/o medicamentos de alto interés sanitario «sin interés comercial».
- Investigación clínica y estudios comparativos dirigidos a reducir las resistencias a los antibióticos.
- Investigación clínica de medicamentos para poblaciones especiales, en particular en población pediátrica.
- Investigación clínica, estudios farmacoepidemiológicos y de seguridad clínica de medicamentos autorizados en condiciones reales de uso.
- Estudios comparativos de medicamentos de elevado impacto en la salud pública y en el SNS, dirigidos a la mejora de la eficiencia de la práctica clínica.
- Medicamentos de terapia celular y otras terapias avanzadas como terapia génica o ingeniería de tejidos.
- Ensayos clínicos, incluyendo estudios farmacoepidemiológicos, encaminados a determinar poblaciones con distinto grado de respuesta, en eficacia y/o en seguridad a fármacos con relevancia clínica y terapéutica en la práctica asistencial.

Se presentaron un total de 303 proyectos, financiándose 131 por un importe de 13.535.000 euros, siendo Cataluña, Madrid y Andalucía las comunidades autónomas con más proyectos financiados (Tabla 10.2).

El 89,31% de los proyectos financiados fueron solicitados por centros pertenecientes al SNS, el 16,87% por Fundaciones del SNS y el resto por Universidades.

Tabla 10.2. Proyectos de investigación clínica independiente por CCAA. Convocatoria año 2008

	Solicitado IP				Aprobado IP			
	Nº Proyectos	Hombre	Mujer	Subvención (Miles de euros)	Nº Proyectos	Hombre	Mujer	Subvención (Miles de euros)
Andalucía	28	21	7	3.783	14	9	5	1.563
Aragón	3	1	2	246	1	0	1	29
Asturias	3	2	1	144	3	2	1	139
Baleares	5	4	1	210	1	1	0	2
Canarias	8	6	2	1.032	3	3	0	444
Cantabria	2	2	0	199	2	2	0	143
Castilla y León	4	3	1	357	2	1	1	106
Castilla-La Mancha	0	0	0	0	0	0	0	0
Cataluña	92	66	26	12.355	59	41	18	6.509
Comunidad Valenciana	14	11	3	778	7	5	2	372
Extremadura	1	0	1	23	0	0	0	0
Galicia	5	4	1	566	2	2	0	56
Madrid	46	35	11	7.262	29	21	8	3.380
Murcia	1	0	1	38	1	0	1	35
Navarra	13	11	2	2.232	5	4	1	739
País Vasco	7	6	1	432	2	2	0	18
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	232	172	60	29.656	131	93	38	13.535

Fuente: Memoria FIS 2008

En cuanto al tercer subprograma, se ha establecido para fomentar la investigación de las tecnologías médicas de interés para el SNS y para promover la investigación en servicios de salud.

Durante 2008, se solicitaron 36.546.000 euros para la ejecución de 592 proyectos. Se financiaron finalmente 209 proyectos, siendo el importe total 11.330.000 euros.

Las CCAA que solicitaron más proyectos fueron Cataluña, Madrid y Andalucía.

Las entidades que presentaron más solicitudes fueron del SNS (68,41%), Fundaciones del SNS (13,51%) y el resto Universidades y Organismos Públicos de Investigación (OPIs).

Tabla 10.3. Proyectos de investigación sobre evaluación de tecnologías sanitarias y servicios de salud. Convocatoria año 2008

	Solicitado IP				Aprobado IP			
	Nº Proyectos	Hombre	Mujer	Subvención (Miles de euros)	Nº Proyectos	Hombre	Mujer	Subvención (Miles de euros)
Andalucía	69	43	26	3.169	17	13	4	502
Aragón	23	16	7	829	13	9	4	422
Asturias	21	14	7	1.121	8	6	2	477
Baleares	10	5	5	762	3	2	1	100
Canarias	9	5	4	766	3	1	2	468
Cantabria	10	9	1	634	1	1	0	13
Castilla y León	11	8	3	458	4	3	1	167
Castilla-La Mancha	7	5	2	314	2	2	0	42
Cataluña	145	80	65	8.869	56	33	23	3.031
Comunidad Valenciana	43	32	11	2.599	17	16	1	775
Extremadura	9	6	3	1.105	1	1	0	10
Galicia	26	19	7	1.234	11	9	2	344
Madrid	141	85	56	8.499	43	26	17	1.844
Murcia	14	9	5	495	5	4	1	90
Navarra	10	8	2	394	4	4	0	109
País Vasco	27	18	9	1.691	9	6	3	407
La Rioja	1	1	0	11	1	1	0	11
TOTAL	592	374	218	36.546	209	145	64	11.330

Fuente: Memoria FIS 2008

La tercera línea de actuación se ha centrado en la promoción de infraestructuras científicas y tecnológicas, siendo la prioridad la adquisición de infraestructuras y equipamiento de uso comunitarios para los equipos de investigación de los centros del SNS. Con esto se potencia la mejor utilización y rendimiento de las infraestructuras científicas, se crean nuevas capacidades de investigación y se contribuye al desarrollo del SNS.

Se solicitaron 217 ayudas por un importe de 35.459.000 euros. Se concedieron 59 ayudas por un valor de 11.818.000 euros. Estas ayudas se concentraron en Cataluña, Madrid y Comunidad Valenciana (Tabla 10.4).

Tabla 10.4. Ayudas para infraestructuras. Convocatoria año 2008

	Solicitado		Aprobado	
	Nº Acciones	Subvención (Miles de euros)	Nº Acciones	Subvención (Miles de euros)
Andalucía	30	3.204	6	978
Aragón	12	1.725	2	453
Asturias	1	200	1	150
Baleares	12	751	1	108
Canarias	2	298	1	157
Cantabria	3	1.114	1	600
Castilla y León	7	1.081	2	299
Castilla-La Mancha	8	1.502	4	846
Cataluña	49	8.503	15	3.163
Comunidad Valenciana	12	2.460	6	1.184
Extremadura	14	1.128	1	469
Galicia	4	1.54	3	705
Madrid	32	7.012	10	1.680
Murcia	4	746	1	312
Navarra	4	766	1	210
País Vasco	23	3.915	4	502
La Rioja				
TOTAL	217	35.459	59	11.818

Fuente: Memoria FIS 2008

La cuarta línea instrumental se refiere a la articulación del sistema a través de la potenciación de estructuras estables de investigación cooperativa, mediante los CIBER (Centros de Investigación Biomédica en Red), RETICS (Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud) y CAIBER (Consortio de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red).

Los CIBER constituyen un medio de desarrollo y potenciación de estructura estable de investigación cooperativa en el SNS. Una de las finalidades es incrementar la masa crítica y la excelencia investigadora en el sistema. La financiación de estas estructuras es una acción estratégica y se establece por cuatro años. La financiación de estas estructuras durante el año 2008 ha sido la siguiente (Tabla 10.5).

Tabla 10.5. Financiación de los CIBER

CIBER	Nº Grupos	Nº Invest	Financiación (euros)
Bioingeniería, biomateriales y nanomedicina	55	544	5.748.600
Epidemiología y salud pública	55	547	4.466.000
Fisiología de la obesidad y nutrición	32	288	4.030.400
Enfermedades hepáticas y digestivas	50	432	6.305.200
Enfermedades neurodegenerativas	64	493	6.861.800
Enfermedades respiratorias	35	309	4.466.000
Enfermedades raras	64	609	7.612.000
Diabetes y enfermedades metabólicas	32	265	4.659.300
Salud mental	26	244	3.612.000
TOTAL	413	3.731	47.761.300

Observaciones: CIBER: Centros de Investigación Biomédica en Red
Fuente: Memoria FIS 2008

Las RETICS se orientan hacia una investigación planificada y tienen como objeto la generación de conocimientos nuevos para contribuir en el fundamento científico del Plan Nacional de I+D+i y al posicionamiento en el Espacio Europeo de Investigación. La financiación de estas estructuras durante el 2008 ha sido la siguiente (Tabla 10.6).

Tabla 10.6. Financiación de las RETICS

Título de la Red	Nº Grupos	Nº Invest	Financiación (euros)
Red de trastornos adictivos	1	7	40.710,60
Red de insuficiencia cardiaca (REDINSCOR)	7	19	48.300,00
Red de Sida	1	11	40.710,60
Red española de investigación en patología infecciosas (REIPI)	2	14	68.858,14
Red HERACLES: determinantes genéticos y ambientales de la disfunción vascular en la hipertensión y en la cardiopatía isquémica	0	0	0
Red de terapia celular	1	15	34.716,57
Red temática de investigación cooperativa en envejecimiento y fragilidad (RETICEF)	1	14	40.710,60
Factores de riesgo, evolución y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares y sus mecanismos (RECAVA)	2	27	75.427,27
Red de investigación en enfermedades renales (REDINREN)	2	15	58.643,88
Red de investigación en actividades preventivas y promoción de la salud en atención primaria (REDIAP)	2	28	63.439,11
Red temática de investigación cooperativa de cáncer	3	24	110.143,74
Enfermedades tropicales: de la genómica al control (RICET)	1	5	34.716,57
Red neurovascular (RENEVAS)	2	20	69.433,14
Alimentación saludable en la prevención primaria de enfermedades crónicas (PREDIMED)	1	6	34.716,57
Red española de esclerosis múltiple (REEM)	3	19	104.149,71
Patología ocular del envejecimiento, calidad visual y calidad de vida	2	13	69.433,14
Red de investigación de reacciones adversas a alérgenos y fármacos (RIRAAF)	1	6	34.716,57
Red temática de investigación cooperativa en biomedicina computacional (COMBIOMED)	1	15	700.379,62
Red de salud materno infantil y del desarrollo	13	105	962.543,79
Red de investigación en inflamación y en enfermedades reumáticas	22	165	2.626.466,19
TOTAL			2.626.466,19
Observaciones: RETICS: Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud			
Fuente: Memoria FIS 2008			

Los CAIBER son unidades centrales de investigación clínica y ensayos clínicos en pacientes, fundamentalmente sin interés comercial. La financiación se dirige a su constitución en instituciones y centros del SNS que tengan servicios asistenciales o, en los centros del SNS que gestionan sus actividades mediante fundaciones de derecho privado.

Durante el año 2008, se han financiado estas estructuras con un importe de 10.000.000 euros, distribuyéndose de la siguiente forma entre las comunidades autónomas (Tabla 10.7).

Tabla 10.7. Distribución de solicitudes y concesiones del sistema CAIBER.		
Convocatoria año 2008		
	Nº Solicitudes	Nº Concesiones
Andalucía	7	4
Aragón	1	1
Asturias	1	1
Baleares	1	1
Canarias	4	1
Cantabria	1	1
Castilla y León	3	1
Castilla-La Mancha	5	1
Cataluña	13	9
Comunidad Valenciana	4	2
Extremadura	1	1
Galicia	5	2
Madrid	11	9
Murcia	2	1
Navarra	2	1
País Vasco	4	4
La Rioja		
TOTAL	65	40
Observaciones: CAIBER: Consorcio de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red		
Fuente: Memoria FIS 2008		

La quinta línea de actuación ha financiado acciones complementarias de refuerzo.

Uno de los programas específicos es la dinamización del entorno investigador y tecnológico del SNS para fomentar la cooperación pública y privada de acciones singulares, que se orientan a la praxis clínica en investigación con medicamentos de uso humano, acciones de innovación, desarrollo de tecnologías sanitarias y el fomento de la creación de Institutos de Investigación Sanitaria en el SNS.

El número de ayudas concedidas han sido 12 por un importe de 33.437.000 euros, siendo la Comunidad Autónoma de Madrid la que más ayudas ha recibido, en cambio la más financiada ha sido la de Cataluña (Tabla 10.8).

Tabla 10.8. Acciones de dinamización del entorno investigador y tecnológico del SNS. Convocatoria año 2008

	Solicitado IP				Aprobado IP			
	Nº Proyectos	Hombre	Mujer	Subvención (Miles de euros)	Nº Proyectos	Hombre	Mujer	Subvención (Miles de euros)
Andalucía	1	0	1	200	1	1	0	6.578
Aragón	1	1	0	8.771	4	3	1	14.257
Cataluña	5	4	1	19.797	4	3	1	14.257
Madrid	8	4	4	34.141	6	4	2	11.970
Navarra	1	1	0	842	1	1	0	632
TOTAL	16	10	6	63.750	16	12	4	33.437

Fuente: Memoria FIS 2008

Otros dos programas dentro de esta línea han sido acciones de formación en medicina basada en la evidencia y en evaluación de tecnologías sanitarias y acciones específicas en salud, deporte y actividad física.

Otras líneas de actuación

Además de la financiación realizada a través de la Acción Estratégica en Salud, existen otras fuentes de financiación de la investigación clínica como la autonómica.

Otra fuente fundamental de financiación es a través de programas europeos concretamente a través del VII Programa Marco IDT que es el principal instrumento de la Unión Europea para financiar investigación plurianual para acciones de investigación y desarrollo tecnológico que creará un mercado interior de la ciencia y la tecnología, fomentando la calidad científica, la competitividad y la innovación.

Por último cabe destacar, la financiación de proyectos de investigación clínica a través del sector privado siendo cada vez más habitual esta fórmula de cooperación.

Tabla 10.9. Distribución de la financiación del sistema CAIBER. Convocatoria 2008

	Europeos	Regionales	Plan Nacional	Privados
Andalucía	7	202	39	nd
Aragón	0	31	20	3
Asturias	nd	nd	nd	nd
Baleares	2	6	21,5	9
Canarias	1	38	9	19
Cantabria	1	10	10	1
Castilla y León	nd	242	645	nd
Castilla-La Mancha	1	54	18	6
Cataluña	53	130		31
Comunidad Valenciana	nd	nd	nd	nd
Extremadura	1	9	7	0
Galicia	0	29	27	12
Madrid	14	120	290	204
Murcia	14	11	21	17
Navarra	5	27	17	3
País Vasco	2	82	26	25
La Rioja	2	2	9	7

Observaciones: CAIBER: Consorcio de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red

Fuente: Memoria FIS 2008

10.2 Estructuras y centros de investigación

Es de destacar que en los últimos años, comienza a ser notable un aumento de la investigación para el progreso social y el desarrollo económico, con el consecuente valor sanitario y social de la investigación biomédica y sanitaria. Por ello se ha impulsado la investigación sanitaria, así como para garantizar que la actividad investigadora y la transferencia de sus resultados a la práctica clínica, como para que se desarrollen en buena y debida forma, y se sustenten científicamente, garantizando en todo momento los derechos de los pacientes y de los investigadores.

El objetivo ha sido que las iniciativas de investigación básica y clínica se desarrollen en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, para aprovechar así al máximo el caudal de conocimiento y las oportunidades de investigar e innovar que existen, tanto en los hospitales como en la atención primaria.

Para la consecución de estos objetivos, el Ministerio de Sanidad y Política Social, ha incrementado los fondos destinados a la investigación sanitaria, definiendo líneas prioritarias de actuación, como ya hemos visto, y

adoptando también otra serie de medidas como la potenciación de la investigación traslacional, el impulso de las nuevas tecnologías y metodologías de investigación, y el incremento de la masa crítica de investigadores en el Sistema Nacional de Salud, impulsando especialmente la carrera de los jóvenes investigadores.

Uno de los elementos utilizados para el incremento de esta actividad, es el fomento de la creación de Institutos de Investigación Sanitaria como elementos básicos sobre los que construir estructuras en red de rango superior, que además de proporcionar calidad a la actividad investigadora confieren cohesión territorial al entramado investigador del Sistema Nacional de Salud.

La coordinación en estos institutos entre investigación básica y clínica es esencial para situar adecuadamente la investigación biomédica española a nivel internacional y, además, repercute positivamente en la asistencia sanitaria de los ciudadanos al facilitar una incorporación más rápida de las innovaciones científicas a la práctica clínica.

Una de las principales características de estos centros es que sirven para promover y desarrollar la integración armónica de las investigaciones básica, clínica y de salud pública como un todo, potenciando el concepto de hospital como centro de investigación. Esta integración permite acortar el período de tiempo transcurrido entre la producción de un nuevo conocimiento y su transferencia y aplicabilidad real en la práctica médica.

Otra de las estructuras estables y novedosas creadas en los últimos años para el aumento de la investigación monográfica sobre una patología o problema de salud concreto son los Centros de Investigación Biomédica en Red (CIBER). Estos están integrados por grupos de investigación, sin contigüidad física, pertenecientes a diferentes Administraciones, Instituciones y Comunidades Autónomas, del sector público o privado con líneas y objetivos de investigación centrados en un área específica común y coordinándose con otros grupos para la consecución de unos objetivos científicos que difícilmente podrían plantearse en un contexto de ejecución más restringido.

Los CIBER generan grandes centros de investigación traslacional, de carácter multidisciplinar y multiinstitucional donde se integra la investigación básica, clínica y poblacional, al objeto de desarrollar un único programa común de investigación, focalizado en ciertas patologías que son relevantes para el Sistema Nacional de Salud por su prevalencia o que, debido a la repercusión social de las mismas son consideradas estratégicas para el mismo. La génesis de estos CIBER se llevó a cabo a través de una estrategia de coordinación de la investigación, aprovechando las sinergias existentes entre los diferentes grupos de investigación biomédica que realizan investigación en estas áreas.

Además nos encontramos con otro tipo de estructuras como son las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud (RETICS).

Estas redes son estructuras organizativas en donde la asociación al Instituto de Salud «Carlos III» de un conjunto variable de centros y grupos de investigación en biomedicina, de carácter multidisciplinar, dependientes de las diferentes Administraciones públicas o del sector privado y pertenecientes a un mínimo de cuatro Comunidades Autónomas, tienen como objetivo la realización de proyectos de investigación cooperativa de interés general.

Por último cabe destacar la aparición del Consorcio de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red (CAIBER) que es uno de los subprogramas recogidos en la Acción Estratégica en Salud (AES).

El objetivo principal del CAIBER es fortalecer la estructura de las unidades que lo componen, con el fin de promover la salud y el bienestar de los ciudadanos. Esto se está realizando a través de la constitución de una red cualificada para la realización de ensayos clínicos financiados y priorizados. Además, se pretende reforzar el apoyo para la participación en investigación clínica, especialmente de aquellos grupos que actualmente no tienen recursos para resolver los problemas de diseño o desarrollo.

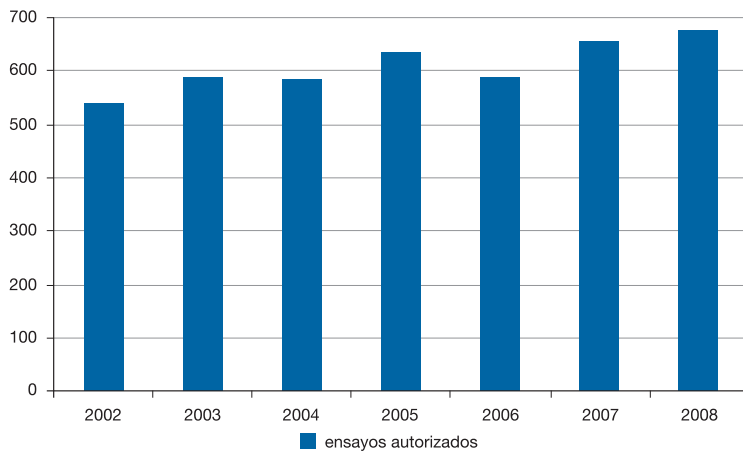
No podemos olvidar que la investigación básica resulta esencial para todos los sectores de la sanidad y supone la base de una educación de mayor nivel y el reclutamiento de nuevos investigadores. Los centros donde se realiza este tipo de investigación forman la piedra angular y son base fundamental para las estructuras en red o consorcio anteriormente descritas. Estas instituciones también permiten el reclutamiento de nuevos investigadores, que generan nuevos conocimientos y los difunden para la industria y la sociedad.

10.3 Proyectos de Investigación

Una vez analizado el tipo de estructuras para la investigación que hay actualmente en España, vamos a pasar a describir qué proyectos de investigación se realizan en el SNS atendiendo al tipo de proyecto, metodología utilizada o tipo de producto a investigar.

Uno de los grandes bloques de investigación a analizar son los ensayos clínicos con medicamentos de uso humano. Durante 2008 se autorizaron 675 ensayos clínicos, de los cuales el 42,8% correspondieron a fases I y II. En un 24,8% de los ensayos clínicos fase I el objetivo fue demostrar bioequivalencia.

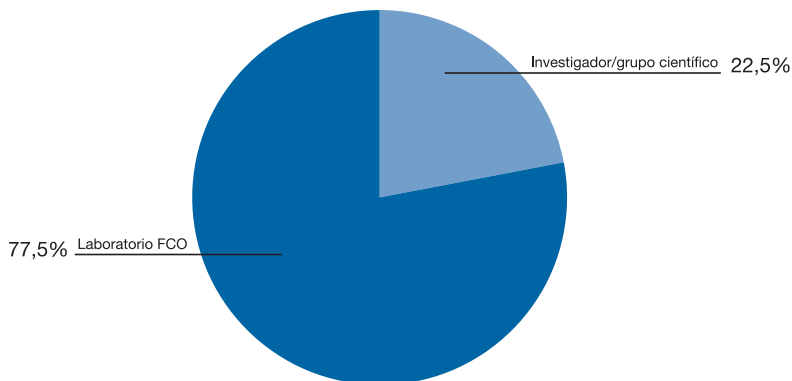
Figura 10.1. Ensayos clínicos con medicamentos de uso humano 2002-2008



Fuente: Memoria de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) 2008

La mayoría de los ensayos clínicos tenían como promotor una compañía farmacéutica, teniendo solo el 22,5% de ellos un promotor investigador o sociedad científica.

Figura 10.2. Promotores de ensayos clínicos en 2008

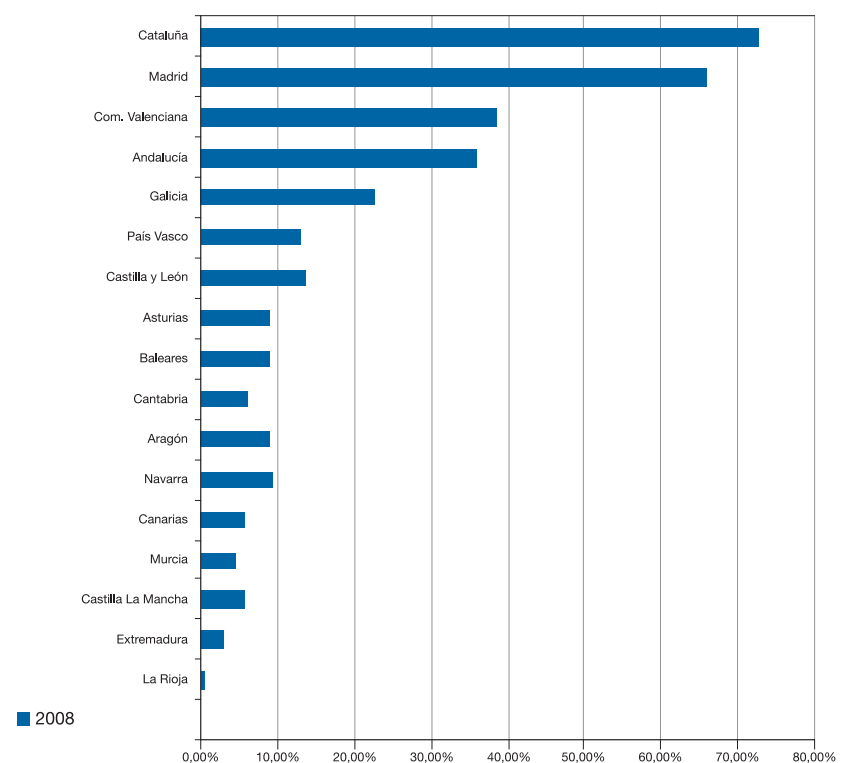


Fuente: Memoria de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) 2008

En el 95,7% de los ensayos clínicos la población diana incluía adultos, en el 74% de los casos ancianos, y sólo en el 9,6%, niños. En el 90,6% de estos ensayos los participantes previstos incluían tanto hombres como mujeres.

Con respecto al número y la ubicación de los centros participantes, cabe señalar que una amplia mayoría de los EC son multicéntricos, con participación en la mayoría de los casos de centros de más de una comunidad autónoma. En el caso de los ensayos unicéntricos, el 59% de ellos tienen como promotor un investigador o sociedad científica.

Figura 10.3. Porcentaje de participación de las comunidades autónomas en los ensayos clínicos



Fuente: Memoria de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) 2008

Otro de los tipos de estudios realizados durante el año 2008 en las comunidades autónomas son los estudios epidemiológicos. Asimismo, cabe resaltar los proyectos de investigación realizados con células, tejidos u órganos conforme al RD 1301/06 y sus principales aplicaciones, así como estudios de investigación clínica autorizados en 2008 por las CCAA, conforme a la Ley 14/2007.

11 Innovación

La innovación se puede definir como "el arte de saber aplicar, en unas determinadas condiciones y para alcanzar un propósito preciso, las ciencias, técnicas y otras reglas fundamentales que permitan concebir y obtener nuevos productos o servicios, procesos, métodos de gestión y sistemas de información en la empresa"¹. Puede distinguirse entre:

- Innovación tecnológica, que comprende los cambios introducidos en productos, servicios y procesos
- Innovación social, que intenta nuevas soluciones a los problemas de empleo velando por la eficiencia de la empresa
- Innovación en métodos de gestión relativos al ámbito de la administración, gestión comercial, financiera y sistemas de información de la actividad productiva, entre otros

Algunos autores consideran que la presión de la demanda es un factor determinante en la innovación. Por ejemplo, en el sistema sanitario parece que las demandas de los ciudadanos y pacientes para la mejora en la accesibilidad sería el origen de medidas como la central de llamadas única, el acceso al sistema sanitario a través de Internet y la telefonía móvil, la telemedicina, las consultas de alta resolución en acto único, la receta y el visado electrónicos.

En el sistema sanitario es muy frecuente la innovación en métodos de gestión, sobre todo utilizando los métodos de gestión por procesos. La mejora de procesos es un nuevo enfoque que funde las TIC con la gestión de recursos humanos y puede mejorar drásticamente el rendimiento de la organización. Para ello es necesario diseñar los procesos para implantar de forma efectiva la estrategia, que se basa en trabajadores motivados que utilizan las TIC. Algunos ejemplos de innovación basados en la metodología de la gestión por procesos son los llevados a cabo en Cantabria que ha elaborado su mapa de procesos; Navarra con su proyecto de Complejo Asistencial Médico-Tecnológico; Castilla y León, y Galicia con la gestión por procesos asistenciales integrados, en salud mental la primera y, en pediatría y en laboratorio la segunda; la Comunidad de Valencia en la gestión de casos de las condiciones crónicas en dos patologías.

1 Morcillo, P.: "Dirección estratégica de la tecnología e innovación", Civitas, Madrid 1997

11.1 La innovación en el Sistema Nacional de Salud

Para elaborar el Informe del SNS se solicitó a las Comunidades Autónomas que informaran sobre un máximo de tres experiencias innovadoras, indicando en cada una de ellas sus características principales, como la población a que se dirige, el método empleado y los principales resultados (Figura 11.1).



Casi todas las Comunidades Autónomas han tenido iniciativas innovadoras en el área de la gestión de servicios sanitarios y en la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (Tabla 11.1 y Tabla 11.2).

Tabla 11.1. Experiencias innovadoras de las CCAA en gestión de servicios sanitario

CCAA	EXPERIENCIA
Andalucía	Proyecto de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso de la muerte Prestación farmacéutica gratuita a la población infantil menor de un año
Aragón	Gestión de la cartera de servicios en el Sistema de Salud Aragonés Carta de compromiso de los ciudadanos
Canarias	Registro canario de profesionales sanitarios
Cantabria	Plan Estratégico 2008-2011: mapa de procesos- adecuación a la Norma ISO 9001:2008
Castilla y León	Plan de acreditación y reconocimiento a la excelencia en equipos de atención primaria Estrategia de eficiencia energética en los centros asistenciales de la Gerencia Regional de Salud Programa de gestión propia: pilotaje en seis equipos de atención primaria
Cataluña	Soporte a la red de gestores de la innovación hospitalaria de diversos centros hospitalarios de Cataluña Elaboración del documento sobre el marco conceptual de la innovación (productos, procesos y organización) en los Centros de Salud
Comunidad Valenciana	Innovación en la atención de las condiciones crónicas del departamento de salud La Fe de Valencia- "gestión de casos de las condiciones crónicas"
Galicia	Reordenación de las urgencias hospitalarias Hospitalización a domicilio: redefinición de criterios para asegurar la equidad en el acceso y ampliación de la red a toda la Comunidad Autónoma Proceso asistencial integrado en la atención pediátrica Definición del proceso asistencial integrado de laboratorio
Madrid	Unidad Central de Radiodiagnóstico
Navarra	Complejo Asistencial Médico Tecnológico de Navarra: procesos de alta resolución y provisión de tecnología o servicios médicos al Centro de Procesos de Alta Resolución
País Vasco	Evaluación del Impacto en Salud: impulsar la estrategia de la "salud en todas las políticas"
Melilla	Guía de actuación para la evacuación de pacientes desde Melilla
Ceuta	Encuesta de clima de seguridad asistencial entre profesionales
Observaciones: Incluye información remitida por las CCAA e INGESA al cierre del presente informe Fuente: Informes de las CCAA e INGESA	

Tabla 11.2. Experiencias innovadoras de las CCAA en tecnologías de la información y la comunicación (TIC)

CCAA	EXPERIENCIA
Andalucía	Servicio de tele traducción simultánea
Baleares	Receta electrónica
Castilla La Mancha	Telemedicina: transmisión digital de imagen médica a los centros de salud Historia clínica única electrónica Receta electrónica Visado electrónico de recetas Participación en proyecto EpSOS-Diseño de Hª clínica digital común para Europa Proyecto de elección informatizada de Menú para pacientes hospitalizados: "e-comanda"
Cataluña	Soporte a un sistema telemático de intervención en neuropsicología Soporte específico para las propuestas de Investigación presentadas en el ámbito europeo: Demarcare, Open ehealth, Child arrhythmias Soporte a redes de telemedicina (proyecto teleictus, retinopatía neonatal y retinopatía diabética)
Comunidad Valenciana	Implantación de técnicas de telemedicina en el departamento de salud valenciano Arnau de Vilanova-Lliria: teledermatología
Navarra	Proyecto Zahorí: herramienta informática para búsquedas conceptuales para identificación y acceso a la Hª clínica en AP y AE en actividades investigadoras Identificación del paciente con RFID (Radiofrequency Identification) o similar en los centros sanitarios
País Vasco	Kirozainbide.Hospital Galdakao-Usansolo: herramienta informática elaborada en entorno wiki por enfermería del área quirúrgica Seguridad clínica en el proceso quirúrgico. Hospital Santiago: apoyo en tecnología wifi, RFID, Bluetooth
La Rioja	Implantación de la Historia Clínica Digital Proyecto Avanzado de Telemedicina de la Comunidad Autónoma de la Rioja (PATCAR)
Ceuta	Sistema específico de identificación de paciente hospitalario con alto grado de riesgo para su seguridad
Observaciones: Incluye información remitida por las CCAA e INGESA al cierre del presente informe Fuente: Informes de las CCAA e INGESA	

Por otra parte, los proyectos asistenciales, las innovaciones en investigación y desarrollo, y las intervenciones para mejorar la equidad siguen estando presentes en las líneas innovadoras de las Comunidades Autónomas (Tabla 11.3 y Tabla 11.4).

Tabla 11.3. Experiencias innovadoras de las CCAA en proyectos asistenciales

CCAA	EXPERIENCIA
Baleares	Atención al Síndrome coronario agudo con elevación del ST(SCAEST)
Canarias	Proyecto SAMAP: Mejora de la calidad en el abordaje de los trastornos mentales en Atención Primaria de la CCAA Proyecto de coordinación entre AP y AE en prevención cardiovascular
Castilla y León	Proceso integrado de Atención Sociosanitaria a las personas con trastornos mentales
Castilla-La Mancha	Programa de atención hospitalaria al paciente celíaco
Cataluña	Plan estratégico de la atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) Soporte al desarrollo de un dispositivo de radiofrecuencia para el tratamiento de lesiones hepáticas Código Ictus y código Infarto
Galicia	Estrategia gallega del cáncer
País Vasco	"Un pequeño reto". Hospital Psiquiátrico de Álava: herramienta terapéutico-rehabilitadora en pacientes con esquizofrenia
Observaciones: Incluye información remitida por las CCAA e INGESA al cierre del presente informe Fuente: Informes de las CCAA	

Tabla 11.4. Experiencias innovadoras de las CCAA en formación e investigación, equidad y otras experiencias

CCAA	EXPERIENCIA
Aragón	Consortio de salud de Aragón: mejora de la accesibilidad geográfica y de acceso a servicios de calidad
Cantabria	Hospital virtual de Valdecilla-formación en simulación médico quirúrgica Investigación biomédica a través del Instituto de Formación e Investigación Marqués de Valdecilla Oficina de Ensayos Clínicos-Programa Nacional de Apoyo a la Investigación Clínica (CAIBER)
Cataluña	Seminario para la preparación de las propuestas presentadas al Séptimo Programa-Marco de la UE Curso Valorización de la investigación, transferencia tecnológica y comercialización
Madrid	Grupo de Investigación clínica en Atención Primaria-Grupo ICAP Equipo de intervención para la población excluida en el Área 1 de Atención Primaria (EIPE)
Navarra	Campaña de Seguridad Vial en el ámbito laboral
La Rioja	Centro de Investigación Biomédica de la Rioja
País Vasco	"Un pequeño reto". Hospital Psiquiátrico de Álava: herramienta terapéutico-rehabilitadora en pacientes con esquizofrenia
Observaciones: Incluye información remitida por las CCAA e INGESA al cierre del presente informe Fuente: Informes de las CCAA	

Andalucía

La Comunidad de Andalucía ha orientado sus esfuerzos innovadores hacia las áreas de derechos del paciente. Entre ellos destaca el Proyecto de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso de la muerte, que pretende asegurar la autonomía del paciente en el fin de la vida y el respeto a sus decisiones. La norma pretende aportar seguridad jurídica a los profesionales y respalda la práctica clínica que alivie el sufrimiento en el proceso final de la vida.

Con el objetivo de apoyar a las familias y favorecer la natalidad en la comunidad, se ha establecido la gratuidad de la prescripción farmacéutica a los menores de un año. Otra experiencia innovadora en Andalucía es la implantación de teletraducción simultánea para 46 idiomas, con el objetivo de evitar las barreras idiomáticas en la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente.

Aragón

Aragón ha centrado sus esfuerzos innovadores en una gestión activa de la cartera de servicios que se presta a los ciudadanos, incorporando nuevos servicios que se han acreditado como seguros, eficaces y efectivos; o bien modificando o suprimiendo aquellos que se han quedado anticuados bien por falta de evidencia o por quedar desfasados en la realidad sanitaria actual.

El Consorcio de Salud de Aragón, entidad que agrupa a varios ayuntamientos, una mutua de accidentes de trabajo y el Departamento de Salud de la Comunidad Autónoma, permite mejorar la accesibilidad geográfica, mejora la calidad del servicio, y favorece la participación de los ciudadanos. Esta mejora de la equidad se consigue a través de una red asistencial en la que se implican las administraciones locales de las zonas con mayor dispersión. El proyecto permite integrar todos los recursos públicos y facilita el servicio con la incorporación de la tecnología.

La Carta de Compromisos es un proyecto para garantizar los derechos de los usuarios, de carácter corporativo, homogéneo y único para toda la población de Aragón. En ella se hacen explícitas las líneas maestras de cada compromiso, que quedan definidas en cuatro grandes apartados: información y respeto a la autonomía de decisión, accesibilidad al sistema público de salud, calidad en la atención y participación de los usuarios.

Baleares

En Baleares, la atención al Síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) mediante un plan de atención integrada entre el 061, hospitales públicos, atención primaria y hospitales privados, mejora la coordinación de la atención a pacientes con cardiopatía isquémica. Este proceso se acompaña de un registro informatizado y centralizado que permite la monitorización y

evaluación, y generar un proceso de mejora continua. El registro es un elemento clave en el plan de calidad de la atención en la cardiopatía isquémica.

La receta electrónica, muy implantada en esta comunidad, es una experiencia innovadora que emplea las tecnologías de la información y la comunicación. La receta electrónica es un ejemplo de cómo las TIC permiten relacionar de una forma más efectiva diferentes profesionales, aunque su verdadera innovación es la modificación del proceso de atención a los ciudadanos.

Canarias

Canarias centra sus proyectos de innovación en la mejora de proyectos asistenciales de alta prevalencia como son los trastornos en salud mental y la prevención del riesgo cardiovascular, a través de la integración y coordinación de la atención primaria y atención especializada. Desarrolla una estrategia que incluye, entre otras acciones, grupos de trabajo de atención primaria y atención especializada, elaboración de protocolos y manuales, formación de los profesionales, foros de debate y asignación de responsables en los centros asistenciales.

Para la mejora de la gestión, la Comunidad de Canarias ha creado un registro de profesionales sanitarios utilizando un soporte digital. El registro integra en un solo instrumento todos los datos de los profesionales disponibles en la Comunidad Autónoma y sirve también para facilitar a la administración sanitaria información para la planificación de los recursos humanos.

Cantabria

Cantabria orienta su desempeño innovador hacia las actividades de formación e investigación, en un esfuerzo por la transferencia del conocimiento como garante de mejora de la calidad. Para ello ha implantado y desarrollado diferentes estructuras que dan apoyo y soporte, tanto en la formación de los profesionales como en la investigación. El Hospital Virtual de Valdecilla es un centro docente médico-quirúrgico multidisciplinar y referente nacional e internacional en los nuevos métodos de formación e investigación docente. El Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla apoya la investigación biosanitaria, gestionándola y organizándola. En la actualidad se encuentra en un proceso de acreditación de sus grupos de investigación según parámetros de excelencia.

La Oficina de Ensayos Clínicos de Cantabria, incluida en el programa nacional de apoyo a la investigación clínica (CAIBER) da apoyo y promueve tanto los ensayos clínicos comerciales como no comerciales sobre intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. En esta comunidad

también se ha diseñado el mapa de procesos, en el afán de mejorar la calidad en la atención sanitaria mediante nuevas fórmulas organizativas, facilitando a los ciudadanos el acceso electrónico a la administración sanitaria.

Castilla y León

Castilla y León desarrolla iniciativas orientadas a la mejora de la calidad asistencial, profundizando en la cultura de autoevaluación, con el modelo europeo de excelencia (EFQM) en todos los centros de salud de la Comunidad. Una interesante innovación en la gestión es el programa de gestión propio (autogestión), pilotado en varios equipos de atención primaria. Por otra parte esta comunidad desarrolla también proyectos innovadores, de carácter ecológico, respetuosos con el medio ambiente, en el empeño de un uso eficiente de la energía y en la utilización de energías renovables. Para ello se invierte en el uso de energías renovables en las instalaciones. Por otra parte, esta comunidad ha concedido prioridad a la innovación del proyecto asistencial de atención a los pacientes con trastornos mentales graves, implantando un proceso integrado, según la metodología de gestión por procesos, y coordinado con los servicios sociales (atención sociosanitaria).

Castilla-La Mancha

La Comunidad de Castilla-La Mancha impulsa las nuevas tecnologías de la información sanitaria, teniendo como objetivo principal mejorar la calidad asistencial. Este impulso innovador se concreta en el desarrollo de áreas como la telemedicina, la historia clínica única electrónica, el visado y la receta electrónicas. En el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, se ha pilotado la iniciativa e-comanda, basada en la tecnología RFID (identificación por radio frecuencia) que permite a los pacientes hospitalizados elegir el menú de forma informatizada, aún en aquellos con movilidad muy reducida.

También en Castilla-La Mancha se ha concedido prioridad al programa asistencial de atención hospitalaria para pacientes celíacos, con un abordaje integral y multidisciplinar. El objetivo es informar sobre la enfermedad a los pacientes, a los profesionales sanitarios implicados en su cuidado y a todo el personal que interviene en la elaboración y distribución de los alimentos en el hospital. El programa contempla el plan de recepción del paciente celíaco hospitalizado, la elaboración de la guía para pacientes celíacos, la formación del personal de cocina y finalmente el programa formativo de enfermería.

Cataluña

El programa de fomento de la innovación en los hospitales de Cataluña establece el marco conceptual de la innovación bien sea de productos, de procesos u organizativos. El proyecto se inició en 2005, y se han desarrollado unidades específicas de innovación en diversos hospitales, muchas de ellas centradas en

el ámbito de la innovación de productos como la tecnología médica. Por ejemplo, las iniciativas código ictus y código infarto, cuyo objetivo final es disminuir la mortalidad de las enfermedades del aparato circulatorio, primera causa de muerte en la población catalana. El Plan estratégico de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) es otro proyecto asistencial innovador en el que se reorienta la organización de la atención sanitaria, creando un único equipo funcional, con el objetivo de garantizar una atención adaptada a las necesidades generadas por los cambios demográficos, sociales y culturales, y con el objetivo de potenciar una atención de la salud integral e integrada.

Comunidad Valenciana

En Valencia se ha desarrollado una técnica de telemedicina asíncrona aplicada a la dermatología. Se pilotó la experiencia en una zona básica de salud de gran población; se analizaron los costes (directos, indirectos, tangibles e intangibles), y tras varios meses de implantación, se amplió el proyecto a otras zonas básicas de salud. También se encuentra en proceso la aplicación de la teledermatología en una unidad de apoyo de enfermería para el tratamiento y seguimiento del paciente con heridas y úlceras crónicas.

En el área de la gestión sanitaria esta Comunidad ha puesto en funcionamiento un modelo de atención basado en la gestión de casos de las condiciones crónicas. El objetivo es garantizar una atención proactiva, apropiada, segura, potenciando la continuidad asistencial a través de una coordinación entre niveles asistenciales, los recursos sociales y de la comunidad. Para este proyecto se diseñó y pilotó un programa de gestión de crónicos en el que se incluían las siguientes medidas: identificar y estratificar la población susceptible de inclusión, elaborar guías y protocolos, diseñar programas educativos específicos, introducir e impulsar el uso de las TIC para lo que se ha desarrollado una solución tecnológica multiplataforma que permite monitorizar regularmente a los pacientes mediante telefonía móvil, fija e Internet. También se asignan recursos e incentivos hacia este objetivo, y se incorpora la evaluación continua y la mejora de la calidad.

Galicia

Galicia centra su empeño innovador en las áreas de gestión sanitaria y en la mejora de procesos asistenciales; prima la estrategia sobre el cáncer con un abordaje multidisciplinar e integrado, y adquiere compromisos de atención oportuna en el tiempo y en el espacio para las neoplasias más prevalentes. Por otra parte, en esta Comunidad se modifica la organización en puntos clave como son las urgencias de los hospitales, introduciendo herramientas que mejoran la calidad de la atención y la accesibilidad; se reordena la hospitalización a domicilio mejorando la accesibilidad y se amplía la oferta a toda la comunidad.

En Galicia también se revisa la organización de la atención pediátrica en toda la comunidad, tanto en el ámbito de la atención primaria como de la atención especializada, reordenando los recursos e integrándolos con independencia de donde estén asignados, de forma que se eviten desigualdades en el acceso a la atención y en las cargas de trabajo. Por otra parte, se ha establecido, con criterios de calidad asistencial, el proceso integrado de laboratorio para asegurar la calidad en las fases preanalítica, analítica y postanalítica.

Madrid

En la Comunidad de Madrid se ha creado la Unidad Central de Radiodiagnóstico para dar servicio a seis hospitales de Madrid. El uso de las TIC permite producir imágenes digitales que se pueden archivar de inmediato, distribuirlas por una red de comunicación de alta velocidad, y acceder a los estudios desde cualquier consulta o punto de diagnóstico radiológico. Este sistema permite que se puedan hacer estudios radiológicos a pacientes de otros centros sanitarios de Madrid, informes a los centros de atención primaria y elaborar informes de segunda opinión.

En la Comunidad de Madrid también se ha organizado un equipo de intervención en poblaciones excluidas con el fin de que las barreras existentes para las personas que viven en exclusión social no sean insalvables, con el objeto de hacer accesibles los servicios sanitarios a esta población que vive en condiciones de extremo riesgo y desigualdad. El equipo es móvil y colabora con otros organismos e instituciones para la normalización e integración de estas poblaciones. Se trata de establecer un cauce extraordinario de atención sanitaria para romper el vínculo pobreza-enfermedad en poblaciones con una morbilidad distinta de la población general, con elevada prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas y que no accedería nunca a los servicios públicos por los cauces establecidos.

La tercera línea innovadora en esta comunidad se desarrolla en el área de la investigación clínica en atención primaria. Para ello se ha constituido un grupo técnico de asesoría único para toda la comunidad, que armoniza los criterios de evaluación y factibilidad de todos los proyectos de investigación biomédica y clínica que se pretenden realizar en una o más áreas de atención primaria. El grupo está formado por responsables de investigación designados por cada gerencia de atención primaria y coordinados por un técnico designado por la Agencia Laín Entralgo.

Navarra

Navarra centra sus actuaciones innovadoras en las TIC. Mediante programas informáticos se realizan búsquedas conceptuales que permiten extraer la esencia o concepto que subyace en la historia clínica con el objetivo de dotar a los profesionales de una herramienta que facilite las labores de investigación. También utilizan RFID para la identificación inequívoca del

paciente en el servicio de urgencias del Hospital Virgen del Camino. En el área de la gestión sanitaria y como mejora organizativa, esta comunidad proyecta un centro de alta resolución que integra los recursos humanos y tecnológicos para orientar la organización sanitaria hacia las expectativas de los ciudadanos. El centro de alta resolución dispone de una cartera de servicios enunciada por procesos que incluye actividades, siempre sin ingreso, referidas a consultas externas, exploraciones especiales y cirugía ambulatoria. Se atiende por proceso, en acto único y con alta resolución.

La Comunidad de Navarra ha desarrollado otro proyecto innovador, a través del Instituto Navarro de Salud Laboral con el objetivo de reducir el elevado número de accidentes laborales viales ocurridos tanto en el itinerario como durante actividades en misión dentro de la jornada de trabajo. Es una campaña de prevención de seguridad vial en el ámbito sociolaboral, en la que participa también la Dirección General de Trabajo y Prevención de Riesgos Laborales. La campaña se dirige preferentemente a ayuntamientos, mancomunidades de servicios, a empresas con riesgo vial significativo y posteriormente a empresas del sector de transporte por carretera, y también al Gobierno de Navarra respecto a sus funcionarios y resto de personal.

País Vasco

El País Vasco introduce la evaluación del impacto en salud (EIS) con el objetivo de incorporar la perspectiva de la salud y las desigualdades sociales en salud en la elaboración de las políticas no sanitarias en la comunidad autónoma. Después de una primera experiencia y evaluación en la regeneración de un barrio de Bilbao se desarrolló y validó una herramienta de cribado de intervenciones no sanitarias, destinada a identificar aquellas que debido a su previsible impacto en la salud de la población deberían beneficiarse de una EIS.

Otra iniciativa innovadora, en el ámbito de las tecnologías de la información en Euskadi fue el desarrollo de una herramienta informática, creada en un entorno Wiki, elaborada en su totalidad por el personal de enfermería del área quirúrgica del hospital Galdakao-Usansolo, como alternativa que complementa la docencia tradicional de las enfermeras que deseen ampliar o poner al día sus conocimientos y, que es accesible desde cualquier punto de la intranet corporativa.

Con el apoyo de TIC (sistemas de información, herramientas informáticas, RFID y Bluetooth) se ha desarrollado un proyecto de seguridad clínica en el proceso quirúrgico en el hospital Santiago. El objetivo es eliminar los riesgos potenciales y prevenir y proteger ante riesgos no evitables. Por último, en el hospital psiquiátrico de Álava se ha implantado una novedosa herramienta terapéutico rehabilitadora que bajo la presentación de un juego pretende mejorar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia u otro trastorno mental grave.

La Rioja

Las experiencias más relevantes en esta comunidad son la implantación de procesos de telemedicina, la consolidación de la historia clínica digital en los hospitales de la comunidad y la creación del Centro de Investigación Biomédica de la Rioja.

Los proyectos de telemedicina en funcionamiento en la Rioja son Teleoftalmología, Teledermatología y Telecardiología. La historia clínica digital es un proyecto consolidado en ambos niveles asistenciales que permite compartir la información clínica a todos los profesionales desde cualquier punto de la red asistencial.

El Centro de Investigación de la Rioja cuenta como líneas de investigación, la oncología, las enfermedades infecciosas, el VIH Sida, las enfermedades neurodegenerativas y la microbiología molecular.

INGESA (Ceuta y Melilla)

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) también ha llevado experiencias innovadoras en las ciudades de Ceuta y Melilla.

En Melilla se ha elaborado una guía para la evacuación de pacientes, especialmente necesaria en esta ciudad, que es de utilidad para todos los profesionales sanitarios. Se pretende mejorar la adecuación del tiempo necesario para el traslado y optimizar los recursos según las indicaciones clínicas.

En Ceuta se han implantado pulseras de identificación inequívoca de pacientes hospitalarios. La evaluación que se ha llevado a cabo muestra que el grado de implantación fue alto, con variabilidad según servicios. También en la ciudad de Ceuta se promovió una encuesta entre los profesionales sanitarios para conocer la opinión, conocimientos y acciones relacionados con la seguridad del paciente. Los profesionales fueron seleccionados al azar y las conclusiones revelan que el grado de seguridad asistencial, según la opinión de los profesionales, alcanza una puntuación de 6,37/10; el 56% de los profesionales percibe que existe un buen nivel de seguridad del paciente, y, la mayoría de los encuestados no ha notificado ningún evento adverso en 2007.

Conclusión

Del resumen anterior puede deducirse que la innovación ocupa un lugar importante en las prioridades del Sistema Nacional de Salud. Las experiencias de innovación más frecuentes son las referidas a la garantía de los derechos de los ciudadanos y a la gestión de los servicios sanitarios, y todas ellas emplean las TIC para su implantación.

Algunas experiencias amplían sus iniciativas hacia áreas hasta ahora poco frecuentes como el impacto en la salud de la población de intervenciones no sanitarias como pueden ser la vivienda, el transporte y el empleo, o las experiencias donde se tiene en cuenta el medio ambiente y las energías renovables.

Anexo: Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AE	Atención Especializada
AEC	Asociación Española de Cirujanos
AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AES	Acción Estratégica en Salud
ALDAGUA	Sistema de Información Ejecutiva de Agua de Consumo
AMAC	Assessing Migrants and Communities (Análisis de Inmigrantes y Comunidades)
AP	Atención Primaria
APN	Atención al Parto Normal
ARS	Análisis de Requerimientos del Sistema
ASSIR	Atención a la Salud Sexual y Reproductiva
ATC	Anatomical, Therapeutic, Chemical classification system (Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química)
ATIENDE	Unidad de Atención e Intervención del Daño Emocional (Programa ATIENDE)

B

BIFAP	Base de datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria
BIOBADASER	Registro Español de Acontecimientos Adversos de Terapias Biológicas en Enfermedades Reumáticas
BOE	Boletín Oficial del Estado

C

CAIB	Comunidad de las Islas Baleares
CAIBER	Consorcio de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red
CAPV	Comunidad Autónoma del País Vasco
CASVIH	Comisión de Ayudas Sociales a los afectados del Virus de Inmunodeficiencia Humana
CC	Comorbilidad y/o Complicaciones
CCAA	Comunidades Autónomas
CC-CEIC	Centro Coordinador de Comités Éticos de Investigación Clínica
CCST	Comité Científico para la Seguridad Transfusional
CD	Compac Disc
CDSS	Comisión de Determinantes Sociales de la Salud

CE	Comunidad Europea
CEI	Comité de Investigación Clínica
CEIC	Comités Éticos de Investigación Clínica
CEIPC	Comité Español Interdisciplinario de la Prevención Cardiovascular
CEPG	Consejo Estatal del Pueblo Gitano
CEVHC	Comisión de evaluación ayudas sociales a los afectados de Virus de Hepatitis C
CIBER	Centros de Investigación Biomédica en Red
CIE9MC	Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión-Modificación Clínica
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CJE	Consejo de la Juventud de España
CM	Comité de Ministros
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
CMBDAAE	Conjunto Mínimo Básico de Datos de Atención Ambulatoria Especializada
CMDIC	Conjunto Mínimo de Datos de Informes Clínicos
CNB	Comisión Nacional de Bioseguridad
CNPT	Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo
COE	Council Of Europe (Consejo Europeo)
COMBIOMED	Red Temática de Investigación Cooperativa en Biomedicina Computacional (RETIC-COMBIOMED)
COT	Cirugía Ortopédica y Traumatología
CREIS	Centro de Evaluación de Impacto en Salud
CSUR	Centros, Servicios y Unidades de Referencia
CSUR-SNS	Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud
CT	Centros de Transfusión
CUE	Consejo de la Unión Europea
CVI	Centros de Vacunación Internacional

D

DAS	Documento para la Atención Sanitaria
DG SANCO	Dirección General de Sanidad y Consumo de la Comisión Europea
DGSP y SE	Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior
DHPC	Direct Healthcare Professional Communications (Comunicaciones Directas al Profesional Sanitario)
DPP	Di-Peptidil-Peptidasa
DVD	Digital Versatil Disc

E

EAP	Equipos de Atención Primaria
EAPN	Estrategia de Atención al Parto Normal
EBA	Entidades de Base Asociativa
EC	Ensayo Clínico
ECB	European Chemicals Bureau (Agencia Europea de Productos Químicos)
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control (Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades)
ECHA	European Chemicals Agency (Agencia Europea de Sustancias y Preparados Químicos)
EESCRI	Estadística de Establecimientos Con Régimen de Internado
EFG	Especialidad Farmacéutica Genérica
EFQM	European Foundation for Quality Management (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad)
EGSP	Estadística Gasto Sanitario Público
EIPE	Equipo de Intervención para la Población Excluida
EIS	Evaluación de Impacto en Salud
EMA	European Medicines Agency (Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos)
EMTOC	Electronic Model Tobacco Control (Modelo Electrónico de Control del Tabaco)
ENS	Encuesta Nacional de Salud
ENSE	Encuesta Nacional de Salud de España
EPES	Empresa Pública de Emergencias Sanitarias
EPINE	Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en España
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
epSOS	European Patient-Smart Open Services (Paciente Europeo-Servicios Inteligentes Abiertos)
ERT	Equal Rights Trust (Confianza en la Igualdad de Derechos)
ESAC	European Surveillance of Antimicrobial Consumption (Vigilancia del Consumo Europeo de Antimicrobianos)
ESCRI	Establecimientos Con Régimen de Internado
ESO	Educación Secundaria Obligatoria
EUBIS	European Blood Inspection (Inspección Sanguínea Europea)
EUNESSE	Red Europea sobre Seguridad de Personas de Edad Avanzada
EUNetPaS	European Network for Patient Safety (Red Europea para la Seguridad del Paciente)
EUROSTAT	Statistical Office of the European Communities (Oficina Europea de Estadística)
EV	Esperanza de Vida
EVBS	Esperanza de Vida en Buena Salud

F

FAISEM	Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental
FCS	Fondo de Cohesión Sanitaria
FCSRD	Fondo de Cohesión Sanitaria según Real Decreto
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control (Convenio Marco para el Control de Tabaco)
FEDRA	Farmacovigilancia Española de Datos de Reacciones Adversas)
FEMP	Federación Española de Municipios y Provincias
FIPSE	Fundación para la Investigación y la Prevención del SIDA en España
FIS	Fondo de Investigación Sanitaria
FSG	Fundación Secretariado Gitano
FUNDESALUD	Fundación para la Formación y la Investigación de los Profesionales de la Salud de Extremadura

G

GAISHC	Grupo Asesor de Interoperabilidad Semántica de la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud
GCPHC	Grupo de Comunidades para el Pilotaje de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud
GERT	Grupo de trabajo de estándares y requerimientos técnicos
GESIDA	Grupo de Estudios del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
GESMA	Gestión Sanitaria de Mallorca
GISCARMSA	Gestora de Infraestructuras Sanitarias de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia
GPC	Guía de Práctica Clínica
GRD	Grupos Relacionados por Diagnóstico
GRD-AP	Grupos Relacionados por el Diagnóstico-Atención Primaria

H

HBSC	Health Behaviour in School-Aged Children (Estudio sobre las conductas saludables de los jóvenes escolarizados)
HCDSNS	Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud
HCE	Historia Clínica Electrónica
HCR	Historia Clínica Resumida
HdD	Hospitalización de Día
HSH	Sexo no protegido entre hombres

I

I+D	Investigación + Desarrollo
I+D+i	Investigación + Desarrollo + innovación
ICAP	Investigación Clínica en Atención Primaria
ICAP	Informe de los Cuestionarios de Actividades de Prevención
ICS	Instituto Catalán de la Salud
IDT	Investigación y Desarrollo Tecnológico
IHTSDO	International Health Terminology Standards Development Organisation (Organización Internacional para el Desarrollo de Estándares en Terminología Sanitaria)
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INE	Instituto Nacional de Estadística
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
INSL	Instituto Navarro de Salud Laboral
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
IP	Investigador Principal
IRPF	Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas
ISCIH	Instituto de Salud Carlos III
ITS	Infección de Transmisión Sexual
IVA	Impuesto sobre el Valor Añadido
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo

L

LOPS	Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
------	---

M

MFyC	Medicina Familiar y Comunitaria
MIR	Médico Interno Residente
MSPS	Ministerio de Sanidad y Política Social

N

NÁYADE	Sistema de Información Nacional de Agua de baño
--------	---

O

OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico)
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no Gubernamentales
ONT	Organización Nacional de Trasplantes
OPI	Organismo Público de Investigación

OSM	Observatorio de Salud de la Mujer
OSNS	Observatorio del Sistema Nacional de Salud

P

PA	Principio Activo
PAC	Punto de Atención Continuada
PAE	Proceso Atención de Enfermería
PATCAR	Proyecto Avanzado de Telemedicina de la Comunidad Autónoma de la Rioja
PAVSA	Programa de Prevención y Atención a las personas afectadas por el VIH-SIDA en Asturias
PEI	Producto en fase de Investigación Clínica
PIB	Producto Interior Bruto
PIDCA	Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas
PIJ	Programa de Intercambio de Jeringuillas
PMF	Precio Máximo de Financiación
PMS	Planes Municipales de Salud
PNH	Plan Nacional de Hemoterapia
POVISA	Policlínico de Vigo, Sociedad Anónima
PPP	Por Persona Protegida
PREDIMED	Prevención con Dieta Mediterránea
PREDIMERC	Prevalencia de Diabetes Mellitus y factores de Riesgo Cardiovascular
PROGALIAM	Programa Gallego de Atención del Infarto Agudo de Miocardio (con elevación del ST)
PSE	Plan de Salud de Extremadura
PSUR	Periodic Safety Update Report (Informe Periódico de Seguridad)
PVP	Precio Venta al Público

R

RASSE	Red de Alerta Sanitaria de Sanidad Exterior
RD	Real Decreto
REACH	Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals (Reglamento Europeo sobre Sustancias Químicas)
REACH-IT	Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals-Informatic (Reglamento Europeo sobre Sustancias Químicas-Aplicación Informática)
RECAVA	Riesgo, Evolución y tratamiento de las enfermedades Cardiovasculares
RECS	Red Española de Ciudades Saludables

REDIAP	Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud en Atención Primaria
REDINREN	Red de Investigación en Enfermedades Renales
REDINSCOR	Red de Insuficiencia Cardíaca
REEM	Red Española de Esclerosis Múltiple
REIPI	Red Española de Investigación en Patología Infecciosas
RELAS	Red Local de Acción en Salud
RENEVAS	Red Neurovascular
RETICEF	Red Temática de Investigación Cooperativa en Envejecimiento y Fragilidad
RETICS	Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud
REUS	Red Española de Universidades Saludables
RFID	Radio Frequency Identification (Identificación por Radiofrecuencia)
RICET	Red de Investigación de Centros de Enfermedades Tropicales
RIRAAF	Red de Investigación de Reacciones Adversas a Alérgenos y Fármacos
RMN	Resonancia Magnética
RRHH	Recursos Humanos
RTIC	Redes Temáticas de Investigación Cooperativa

S

SAMAP	Salud Mental en Atención Primaria
SCACEST	Síndrome Coronario Agudo con Elevación del ST
SCAEST	Atención al Síndrome coronario agudo con elevación del ST
SCO	Sanidad y Consumo
SCS	Sistema de Cuentas de la Salud
semFYC	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
SEMICYUC	Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias
SENECA	Seguridad: Estudio Nacional de Estándares de Calidad (Estándares de Calidad de Cuidados para la Seguridad del Paciente en los Hospitales del Sistema Nacional de Salud)
SESCAM	Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
SGIP	Subdirección General de Instituciones Penitenciarias
SGPSYSE	Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología
SGSA y SL	Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral
SIAP	Sistema de Información de Atención Primaria
SIC-CEIC	Sistema de Información del Centro Coordinador-Comités Éticos de Investigación Clínica
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SINAC	Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo

SIPES	Sistema de información en Promoción y Educación para la Salud
SIVES	Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica del VIH/ITS de Cataluña
SMS	Short Message Service (Servicio de Mensajes Cortos)
Snomed CT	Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms (Nomenclatura Médica Sistematizada-Terminología Clínica)
SNS	Sistema Nacional de Salud
SNST	Sistema Nacional de Seguridad Transfusional
SPNS	Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida
SS	Seguridad Social
ST	Servicios de Transfusión
SUAP	Servicio de Urgencias de Atención Primaria
SUMMA	Servicio de Urgencias Médicas de Madrid

T

TAC	Tomografía Axial Computarizada
TAM	Tasa Anual Media (de variación)
TAO	Tratamiento Anticoagulante
TARGA	Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad
TAS	Trabajo y Asuntos Sociales (Ministerio de)
TEACH VIP	Training, Educating and Advancing Collaboration in Health on Violence and Injury Prevention (Entrenamiento, Educación, y Promoción de la Colaboración en materia de Salud sobre Violencia y Prevención de Lesiones)
TEDDY	Task Force in Europe for Drug Development for the Young (Fuerza Europea para el Desarrollo de Medicamentos para la Población Joven)
TIC	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
TIS	Tarjeta Individual Sanitaria
TS	Trabajadoras/es del Sexo
TSI	Tarjeta Sanitaria Individual

U

UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UDVP	Usuario de Drogas por Vía Parenteral
UE	Unión Europea
UFSP	Unidad Funcional de Seguridad del Paciente
UNE EN ISO	Una Norma Española (similar a) International Organization for Standardization (Organización Internacional para la Estandarización)

UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura)
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session (Asamblea General de las Naciones Unidas-Sesión Especial)

V

VHC	Virus de la Hepatitis C
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VIMPA	Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias (Atención Sanitaria)

W

WiFi/Wi-Fi	Wireless Fidelity
------------	-------------------

El informe del Observatorio del Sistema Nacional de Salud correspondiente al ejercicio 2008 pretende ofrecer, al igual que en ediciones anteriores, un resumen del estado del Sistema Nacional de Salud y su evolución anual. Su objetivo es poner a disposición de todas las personas interesadas información actualizada de experiencias e intervenciones que se han llevado a cabo en España. La visión de conjunto de todo ello contribuye a la transparencia y a un conocimiento más próximo del Sistema Nacional de Salud en el período analizado.

